

วารสาร

ISSN 2697-5041 (Online)

# วิจัยสุขภาพและการพยาบาล

Journal of Health and Nursing Research

ปีที่ 41 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

Vol.41 No.2 May - August 2025



ศูนย์การเรียนรู้  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ



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



## Journal of Health and Nursing Research

ISSN 2697-5041 (Online)

Vol. 41 No. 2 May – August 2025

---

<b>Advisory Board</b>	Asst. Prof. Dr. Panarut Wisawatapnimit	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
<b>Editor</b>	Asst. Prof. Sopah Raksatham	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
<b>Assistant Editors</b>	Asst. Prof. Sasiwimon Booranarek	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
	Dr. Waranya Sangpithuk	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
<b>Editorial team</b>		
	Prof. Dr. Henrik Eriksson	Department of Health Sciences, Section for Health Promotion and Care Sciences, University West, Trollhattan, Sweden.
	Prof. Dr. Hsing-Mei Chen	Department of Nursing, College of Medicine, National Cheng Kung University, Taiwan.
	Prof. Dr. Suparb Aree-Ue	Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Mahidol University, Thailand.
	Assoc. Prof. Dr. Samoraphop Banharak	Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand.
	Assoc. Prof. Dr. Somjai Puttapitukpol	Thailand Nursing and Midwifery Council
	Assoc. Prof. Dr. Arpaporn Powwattana	Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand.
	Asst. Prof. Dr. Doungnetre Thummakul	Faculty of Nursing, Suan Dusit University, Thailand.
	Asst. Prof. Dr. Yupaporn Tirapaiwong	Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
	Asst. Prof. Dr. Ratchaneekorn Upasen	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand.
	Asst. Prof. Dr. Wongchan Petpichetchian	The College of Advanced Practice Nurse and Midwife of Thailand Thailand Nursing and Midwifery Council, Thailand.
	Dr. Pathamaporn Thongterm	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
	Dr. Jenjiratchaya Thanapholsart	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
<b>Owner:</b>	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Thailand.	

**Office & Publisher:**

Boromarajonani College of Nursing, Bangkok  
2/1 Phayathai Road, Ratchathewi, Bangkok 10400 Thailand.  
Tel. 66-2-354-2320 Ext. 411  
Fax. 66-2-2354-2319  
E-mail: journalbcn@bcn.ac.th  
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok>

**Objectives:**

1. To disseminate research articles and academic articles on nursing and related sciences.
2. To be a medium for exchanging knowledge and experiences in nursing, education and related sciences.
3. To be a source of academic presentations for health personnel.

**The publication of 3 issues /year**

Issue 1 January - April  
Issue 2 May - August  
Issue 3 September - December

**Journal Management Department**

Asst. Prof. Sasiwimon Booranarek  
Rungkanda Phummara  
Phinyaphat Pichayatadapat



## Journal of Health and Nursing Research

### วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ISSN 2697-5041 (Online)

ปีที่ 41 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2568

Vol. 41 No. 1 May – August 2025

ที่ปรึกษา	ผศ. ดร.พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
บรรณาธิการ	ผศ.โสภา รักษาธรรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ผศ.ศศิวิมล บุรณะเรข ดร.วรัญญา แสงพิทักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

#### กองบรรณาธิการ

Prof. Dr. Henrik Eriksson	Department of Health Sciences, Section for Health Promotion and Care Sciences, University West, Trollhattan, Sweden.
Prof. Dr. Hsing-Mei Chen	Department of Nursing, College of Medicine National Cheng Kung University, Taiwan
ศ. ดร.สุภาพ อารีเอื้อ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย
รศ. ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย
รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์	สภาการพยาบาล
รศ. ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย
ผศ. ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ประเทศไทย
ผศ. ดร.ยุพภรณ์ ดิเรพรวงค์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเทศไทย
ผศ. ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร	กรรมการบริหารวิทยาลัยการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง แห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล ประเทศไทย
ดร.ปฐมภรณ์ ทองเต็ม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
ดร.เจนจิรัชญา ธนพลศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร

สำนักงาน ผู้จัดพิมพ์ : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

2/1 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพ 10400

โทรศัพท์ 0-2354-2320 ต่อ 411 โทรสาร 0-2354-2319

E-mail: journalbcn@bcn.ac.th

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

**วัตถุประสงค์:**

1. เผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
2. เป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางการพยาบาล การศึกษา และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
3. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรสุขภาพ

**การเผยแพร่วารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ**

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

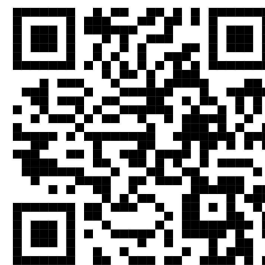
ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

**ฝ่ายจัดการวารสาร**

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศศิวิมล บุรณะเรข

นางสาวรุ่งกานดา ภูมรา

นางสาวภิญญาพัชญ์ พิชญธาดาพัฒน์



เว็บไซต์วารสารฯ

1. รศ. ดร.กัญญาดา ประจุศิลป์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รศ. ดร.จิณพิชญ์ชา สาทิยามาส คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
3. รศ. ดร.จินตนา อาจสันเทียะ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
4. รศ. ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา
5. รศ. ดร.พัชรี วรกิจพูนผล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
6. รศ. ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริรัมย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
7. รศ. ดร.วิริณี กิตติพิชัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
8. รศ. ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
9. รศ. ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
10. ผศ. ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
11. ผศ. ดร.แสงดาว จันท์ธาดา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น  
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
12. ผศ. ดร.กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
13. ผศ. ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
14. ผศ. ดร.กิตติภูมิ ภิญโย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
15. ผศ. ดร.ฉันทนา แรงสิงห์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
16. ผศ. ดร.ชุตินา ฉันทมิตรโอภาส คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
17. ผศ. ดร.ณิชกานต์ ทรงไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
18. ผศ. ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
19. ผศ. ดร.ทัศนี สุนทร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
20. ผศ. ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
21. ผศ. ดร.นฤมล สิงห์ตง สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
22. ผศ. ดร.นันทกา สวัสดิพานิช สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
23. ผศ. ดร.พนิดา ศิริอำพันกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
24. ผศ. ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ  
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
25. ผศ. ดร.พิริยลักษณ์ ศิริสุภลักษณ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ธัญบุรี
26. ผศ. ดร.ภญ.อมรทัศน์ สดใส วิทยาลัยเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
27. ผศ. ดร.วิไล นาป่า โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
28. ผศ. ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพนโบบ์แมนน์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
29. ผศ. ดร.สุนทรภรณ์ มีพริ้ง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
30. ผศ. ดร.สุภาพร วรณสันทัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ธัญบุรี
31. ผศ. ดร.อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
32. ผศ. ดร.อรนุช ชูศรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

- |  |   |
|--|---|
| 33. ผศ. ดร.อุไร นิโรธนันท์             | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ธัญบุรี                           |
| 34. ผศ. พ.ต.ท.ดร.อภิสิทธิ์ ตามสัต์ย์   | วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ   |
| 35. ผศ. พ.ต.หญิง ดร.นภาพิษฎ์ จันทขัมมา | สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช                             |
| 36. ผศ.ดร.รุ่งทิวา หวังเรืองสฤติย์     | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช<br>คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก     |
| 37. ดร.เชษฐา แก้วพรม                   | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่<br>คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก           |
| 38. ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง             | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น<br>คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก        |
| 39. ดร.ณรีณี แยมสกุล                   | นักวิชาการอิสระ   |
| 40. ดร.ธัญญาศิริ โสมคำ                 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี<br>คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 41. ดร.พรเลิศ ชุ่มชัย                  | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท<br>คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก     |
| 42. ดร.รัตติกร เมืองนาง                | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี<br>คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก       |
| 43. ดร.วิราวรรณ คำหวาน                 | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  |
| 44. ดร.สินศักดิ์ชื่นม อุ่นพรมมี        | ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย   |
| 45. ดร.อดิพร สำราญบัว                  | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี                             |

## สารบัญ

ปีที่ 41 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

### บทความวิจัย

- การพัฒนาแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติ  
การพยาบาลเด็กในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 1  
จุฑารัตน์ คงเพชร ทักษมาศ ไทยเล็ก
- ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหารต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และปัจจัย  
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านท่าข้าว  
จังหวัดลำปาง 13  
ยงยุทธ แก้วเต็ม ไกรสร วงศ์ธิดา
- ประสบการณ์การปรับตัวของนิสิตโรคซึมเศร้าในช่วงการระบาดของโควิด 19 26  
ชนกพร ศรีประสาร กองกาญจน์ จันทน์จารุสิริ น้ำทิพย์ คตภูธร ธานีธาดา สิริโสณแก้ว
- ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง  
ท่อน้ำดีในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 38  
ศิริลักษณ์ สุวรรณวงษ์ จิตรประภา รุ่งเรือง จารินี คุณทวีพันธ์ สาวภา ดงหงษ์
- การพัฒนาแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในการป้องกันอันตราย จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช  
ของเกษตรกรแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในชุมชนเขตพื้นที่จังหวัดอุดรธานี 50  
บุญยงค์ บุคำ ศรีณยู เรือนจันทร์ พงษ์ศักดิ์ อัมมอย
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถพยาบาล ภาคเอกชน กรุงเทพมหานคร 62  
รัตติยากร ถีอวัน พรรณี บัญชรหัตถกิจ ทศพร ชูศักดิ์ เฉลิมลินธุ์ สิริเศรษฐ์ภพ
- การศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ของโรงพยาบาลส่งเสริม  
สุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข 74  
ลภัสราดา หนุ่มคำ กันตาทิร บุญวรรณ กิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ
- การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 85  
ณัฐติพร อ้นดั่ง พร บุญมี
- ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ ในเขตกรุงเทพมหานคร 97  
พรชนก บุญชม อาภาพร เภาวัฒนา ลลิตา แก้ววิไล
- เปรียบเทียบประสิทธิผลการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ ในการพยาบาลผู้ป่วย  
หัวใจวายต่อความรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ 108  
วิดาพร ทับทิมศรี อุบล สุทธิเนียม จันทร์เพ็ญ นิลวัชรเมณี ปฐมภรณ์ ทองเต็ม ศรีสุนทรรา เจริญวิพัฒน์  
นันทิวา นันทกรพิทักษ์
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตนของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง  
ในกรุงเทพมหานคร 119  
รัฐกานต์ ขำเขียว วัฒนีย์ ปานจินดา
- การพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อส่งเสริมพัฒนาการสมวัยของเด็กวัย  
ก่อนเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ด 131  
ทิพย์ภรณ์ ไชยชนะแสง ลำพงษ์ ศรีวงศ์ชัย มาลี ล้วนแก้ว
- อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยภาวะอาหารทะเลที่มีรับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยา  
ระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 144  
วิลาวรรณ เสวกจันทร์ ดาราวรรณ รองเมือง

## สารบัญ

ปีที่ 41 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

การศึกษาเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เมวดี ศรีมงคล พัชรินทร์ บุญเสริม	156
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกระงับของวัยทำงานเจนเอเรชั่นแซด ในเขตกรุงเทพมหานคร กวิตา เลิศกิติ นฤมล เอี่ยมณีกุล อภาพพร เผ่าวัฒนา ลลิตา แก้ววิไล	168
ปัจจัยทำนายการถูกกลั่นแกล้งของเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศในเขตกรุงเทพมหานคร วสุพร พันธุ์สาย นฤมล เอี่ยมณีกุล อภาพพร เผ่าวัฒนา ระพีพันธ์ จอมมะเร็ง	180
ประสิทธิผลของแอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติในการเลิกสูบบุหรี่: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ วีระชัย เชื้อนแก้ว ณัฐธิดา ทิวาโต วินัย รอบคอบ วรภรณ์ ทินวัง ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ พิชญ์สินี มงคลศิริ	192
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในระยะเตรียมจำหน่าย ศรียุญา ชาญสุข กชนิภา ขาววงษ์ ณัชนนพรรณ ปลื้มรุ่งโรจน์ คณิวรรณ ภูเขา เมธาวิ ปัญญาสวัสดิ์ กาญจนา ปัญญาดี	205
<b>บทความวิชาการ</b>	
การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เชษฐาภรณ์ จันทร์เลิศฤทธิ์ จุรี แสนสุข	216
การตีตราทางสุขภาพจิต: บทบาทของพยาบาลชุมชน นิภาวรรณ ศรีโยหะ	227

## Content

Volume 41 Number 2 May – August 2025

### Research Articles

- Development of a Hybrid Learning Model for Pediatric Nursing Knowledge and Skills Preparation during the COVID-19 Pandemic 1  
Jutarat Kongpet, Tutthamat Thailek
- Effectiveness of Dietary Lifestyle Modification Program on Glycemic Control and Risk Factors for Complications in Type 2 Diabetes Mellitus Patients, Ban Tha Khua Sub-district Health Promoting Hospital, Lampang Province 13  
Yongyuth Kaewtem, Kraison Wongthida
- Adaptation Experiences of University Students with Major Depressive Disorder during the Covid-19 Pandemic 26  
Chanokporn Sriprasarn, Kongkarn Chancharusiri, Namtip Kotputorn, Thanatda Sirisanokaeo
- Health Literacy and Health Behavior among People Aged 15 Years and Over to Prevent Liver Fluke Disease and Bile Duct Cancer in the Community of Mueang District, Buriram Province 38  
Siriluk Suwannawong, Jitprapa Rungruang, Jarinee Kuntaweepan, Sawapa Donghong
- The Development of a Participatory Health Risk Communication Model for Preventing Harm from Pesticide Use among Farmers Through Community Network Collaboration in Uttaradit Province 50  
Boonyong Bukham, Saranyoo Ruanjan, Pongsak Onmoy
- Factors Affecting Safety Driving Behaviors of Ambulance Drivers by Private Companies in Bangkok 62  
Rattiyakorn Thuewan, Pannee Banchonhattakit, Thassaporn Chusak, Cherlyn Sirisetpop
- A Comparative Study of the Performance as Based on the 2023 Primary-Care Quality Standard Criteria of Subdistrict Health Promoting Hospitals that Transferred from the Ministry of Public Health 74  
Lapatrada Numkham, Kantapat Boonwan, Kittiyaporn Choksawadphinyo
- Nursing Practice in the Rational Use of Antibiotics among Pediatric Patients at Health Promotion Hospitals 85  
Nattiporn Onduang, Porn Boonmee
- Predictive Factors of Adaptation in New Cases of HIV/AIDS Infection in Bangkok 97  
Pornchanok Boonchom, Arpaporn Powwattana, Lalita Kaewwilai
- Comparative Effectiveness of Simulation-Based and Interactive Media Learning of Heart Failure Nursing on Knowledge and Satisfaction among Undergraduate Nursing Students of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 108  
Vidaporn Dhabdhimsri, Ubol Suttineam, Chanpen Ninwatcharamanee, Pathamaporn Thongterm, Srisuntra Jermworapipat, Nantiwa Nantagonpitak
- Factors Related to Executive Function (EF) Ability of Nursing Students at a Private University in Bangkok 119  
Ruttakarn Kamkhiew, Wattanee Panjinda
- The Developmental Model using Family-Centered Care to Promote Developmental among Preschool Children in Roi-Et Province 131  
Tippharat Chaichanasang, Lumpong Srewongchai, Malee Launkaw

## Content

### Volume 41 Number 2 May – August 2025

Incidence and Factors Influencing Hypotension Following General Anesthesia in Patients with Peptic Ulcer Perforation at Suratthani Hospital Wilawan Sawekchan, Daravan Rongmuang	144
A Comparison Study of Resilience Quotient Before and After Mental Health & Psychiatric Nursing Practicum among Senior Nursing Students, Faculty of Nursing Chaiyaphum Rajabhat University Maywadee Srimongkon, Pattarin Boonserm	156
Factors Related to Violence against Generation Z Workers in Bangkok Kawita Lertkeerati, Naruemon Auemaneekul, Arpaporn Powwattana, Lalita kaewwilai	168
Predictors of Bullying Victims among Young Lesbian Gay Bisexual Transgender (LGBT) in Bangkok Metropolis Wasuporn Phansai, Naruemon Auemaneekul, Arpaporn Powwattana, Rapeepun Jommaroeng	180
Effectiveness of Mindfulness-Based Application for Smoking Cessation: A Systematic Review Weerachai Kuankaew, Nattira Tiwato, Winai Robkob, Woraporn Thinwang, Sipraphai Inchaihep, Pitsini Mongkhonsiri	192
The Effects of a Motivational Enhancement Program on Readiness to Change Behavior in Psychiatric Patients with Substance Use Disorders during The Pre-Discharge Phase Sarinya Chansuk, Kochanipa kwawong, Natchamonphan Pluemroongroj, Kaniwan Poosa, Methavee Punyasawad, Kanchana Buddee	205
<b>Articles</b>	
Evidence-Based Nursing Care to Prevent Acute Kidney Injury among Patients with Septic Shock Chetthaporn Chanlertlit, Juree Sansuk	216
Mental health stigma: The role of community nurses Nipawan Sriyoha	227

## บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ฉบับนี้ เข้าสู่ปีที่ 41 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2568 ยังคงทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ผ่านกระบวนการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (Double-blind peer review) เพื่อให้ผู้อ่านได้รับองค์ความรู้ที่ทันสมัย และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานต่อไป

ในฉบับนี้ประกอบด้วย บทความวิจัยจำนวน 18 เรื่อง และบทความวิชาการ 2 เรื่อง ครอบคลุมประเด็นที่หลากหลาย ทั้งการจัดการเรียนรู้ การพัฒนารูปแบบการพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลทางด้านจิตใจ และสังคม เช่น การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหารต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประสิทธิภาพการปรับตัวของนิสิตโรคซึมเศร้า รวมถึงการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกรบกวนแรงของวัยทำงานเจนเอเรชั่นแซด ในเขตกรุงเทพมหานคร และการใช้แอปพลิเคชันเพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

ในส่วนของบทความวิชาการ มี 2 เรื่องที่น่าสนใจ ได้แก่ การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ และการตีตราทางสุขภาพจิต: บทบาทของพยาบาลชุมชน

ทางกองบรรณาธิการขอเชิญชวนท่านผู้อ่านติดตามบทความทั้งหมดภายในเล่ม และสำหรับผู้สนใจส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ สามารถศึกษาคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับและรายละเอียดได้ทางเว็บไซต์วารสาร <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok> หรือสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ โทร. 02-354-2320 ต่อ 411 หรือทาง E-mail: [journalbcn@bcn.ac.th](mailto:journalbcn@bcn.ac.th) หรือ Facebook page: วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ขอขอบพระคุณผู้เขียนบทความ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้อ่านทุกท่านที่มีส่วนร่วมผลักดันให้วารสารฉบับนี้เป็นแหล่งความรู้ที่มีคุณภาพ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภา รักษาธรรม

บรรณาธิการ



## บทความวิจัย

## Development of a Hybrid Learning Model for Pediatric Nursing Knowledge and Skills Preparation during the COVID-19 Pandemic

Received: Jan 13, 2025

Revised: Apr 18, 2025

Accepted: Apr 22, 2025

Jutarat Kongpet, M.N.S<sup>1\*</sup>Tutchamat Thailek, M.N.S<sup>2</sup>

## Abstract

**Introduction:** A hybrid learning approach is beneficial in promoting students' learning. However, its impact on confidence in pediatric nursing knowledge and practical skills is limited.

**Research objectives:** To develop a hybrid learning approach for pediatric nursing knowledge and skills preparation

**Research methodology:** Research and development consisted of four steps: 1) analyzing the situation, 2) developing a hybrid learning model, 3) testing the model, and 4) evaluating the effectiveness using an assessment of confidence in performing pediatric nursing skills and a satisfaction assessment form regarding a hybrid learning approach, both of which were validated by five experts, with a Scale-Level Content Validity Index (CVI)/ Universal Agreement of .71 and 1, respectively. The reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient, which resulted in a value of .87 and .86, respectively. The sample consisted of 55 nursing students. Data were analyzed using mean and standard deviation.

**Results:** The hybrid learning approach for preparing pediatric nursing knowledge and skills consists of time-synchronized skills training, video-based learning, active participation in learning, ongoing and post-learning assessment, and providing documents to support learning. After the learning model was delivered, students' average scores for their confidence in performing pediatric nursing skills and satisfaction with the hybrid learning approach were rated as highly confident and highly satisfied. (M = 4.20, SD = .47, and M = 4.26, SD = .39, respectively).

**Conclusions:** The hybrid learning approach preparing pediatric nursing knowledge and skills can boost confidence in these skills and positively impact on nursing students' satisfaction.

**Implications:** The hybrid learning can be applied to pediatric nursing practice courses.

**Keywords:** hybrid learning, pediatric nursing skills, nursing students

---

Funding: Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

<sup>1\*</sup>Corresponding author: Lecturer, Email: jutaratkongpet@gmail.com

<sup>2</sup>Lecturer, Email: tutchamat.t@psu.ac.th

<sup>1-2</sup>Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

การพัฒนา รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน  
เพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก  
ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Received: Jan 13, 2025

Revised: Apr 18, 2025

Accepted: Apr 22, 2025

จุฑารัตน์ คงเพชร พย.ม.<sup>1\*</sup>

ทัชมาศ ไทยเล็ก พย.ม.<sup>2</sup>

**บทคัดย่อ**

**บทนำ:** การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานสามารถส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน ทั้งนี้ผลของการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานต่อความมั่นใจในความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กยังมีอยู่อย่างจำกัด

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** เพื่อพัฒนา รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก

**ระเบียบวิธีวิจัย:** การวิจัยและพัฒนา มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนา รูปแบบ 3) การทดลองใช้รูปแบบ และ 4) การประเมินประสิทธิผล โดยแบบประเมินความมั่นใจในการทำหัตถการทางการพยาบาลเด็กและความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าเฉลี่ยดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับได้เท่ากับ .71 และ 1 ตามลำดับ และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .87 และ .86 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล จำนวน 55 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ผลการวิจัย:** รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ประกอบด้วย 1) การฝึกทักษะแบบประสานเวลา 2) การศึกษาจากวิดีโอ 3) การมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ 4) การประเมินผลระหว่างและภายหลังจากจัดการเรียนรู้ 5) การจัดเตรียมเอกสารเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ ภายหลังจากได้รับการจัดการเรียนรู้ ผู้เรียนมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการทำหัตถการทางการพยาบาลเด็กและคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.20, SD = .47$  และ  $M = 4.26, SD = .39$ ) ตามลำดับ

**สรุปผล:** การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กสามารถเสริมสร้างความมั่นใจด้านทักษะและมีผลทางบวกต่อความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล

**ข้อเสนอแนะ:** รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานสามารถนำไปใช้ในการจัดการเรียนรู้ทางการพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กได้

**คำสำคัญ** การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก นักศึกษาพยาบาล

ได้รับทุนสนับสนุนจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

<sup>1\*</sup>Corresponding author อาจารย์ Email: jutaratkongpet@gmail.com

<sup>2</sup>อาจารย์ Email: tutchamat.t@psu.ac.th

<sup>1-2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา ประเทศไทย

## บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถือเป็นโรคติดต่อที่ส่งผลกระทบต่อประชากรโลก เป็นวงกว้างตั้งแต่ปลายปี 2019<sup>1</sup> นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดการเรียนรู้ในระดับอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้ประกาศให้ทุกรายวิชาจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน (Hybrid learning) ซึ่งเป็นวิธีการจัดการเรียนรู้แบบเผชิญหน้าในชั้นเรียน (Face-to-face) ร่วมกับการเรียนผ่านระบบออนไลน์ (Online learning) เช่น ระบบซูม (Zoom) หรือเว็บเอ็กซ์ (Webex meetings) การเรียนโดยใช้วิดีโอ (VDO) การเรียนแบบสถานการณ์จำลองในคอมพิวเตอร์ และการใช้บทเรียนแบบอีเลิร์นนิ่ง (E-learning)<sup>2</sup> สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว ทำให้การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินการได้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความมั่นใจในตนเองและความสามารถในการปฏิบัติหัตถการพยาบาลของผู้เรียนได้<sup>3</sup> ดังนั้นการออกแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานที่สามารถพัฒนาความมั่นใจด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กจึงถือเป็นโจทย์ที่ท้าทาย

การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ โดยการส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-directed learning) ผ่านการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย รวมถึงผู้เรียนได้ค้นคว้าหาความรู้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ นำไปสู่การพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์<sup>4</sup> การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการพบว่า การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานโดยการใช้สื่อวิดีโอร่วมกับการจัดการเรียนรู้แบบเผชิญหน้าสามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาด้านความรู้และทักษะได้<sup>5</sup> เช่นเดียวกับผลการวิเคราะห์ห่อภิมานที่ระบุว่าจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานดังกล่าวส่งผลให้ผู้เรียนมีความรู้ทางการพยาบาลและความพึงพอใจต่อการเรียนรู้เพิ่มขึ้น มีส่วนในการพัฒนาทักษะทางการพยาบาลของผู้เรียนได้<sup>6</sup> อีกทั้งยังเป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่ผู้เรียนส่วนใหญ่พึงพอใจ<sup>7</sup> ซึ่งมีผลอย่างยิ่งต่อความมั่นใจในทักษะการปฏิบัติการพยาบาล<sup>8</sup>

แม้การออกแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาผู้เรียนด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลในช่วงเวลาดังกล่าวเต็มไปด้วยข้อจำกัดจากการที่สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ทวีความรุนแรงขึ้นในระยะเวลาอันรวดเร็ว การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานถือเป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้รูปแบบหนึ่งที่สามารถนำมาใช้จัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ของรายวิชาได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานที่มีประสิทธิภาพสามารถพัฒนาผู้เรียนมีความมั่นใจทั้งทางด้านความรู้และทักษะ นอกจากนี้ยังเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่ดีต่อผู้เรียนอีกด้วย ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานมาใช้เพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้และทักษะพื้นฐาน และมีความมั่นใจในการนำทักษะดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กสำหรับนักศึกษาพยาบาล

## วัตถุประสงค์เฉพาะ

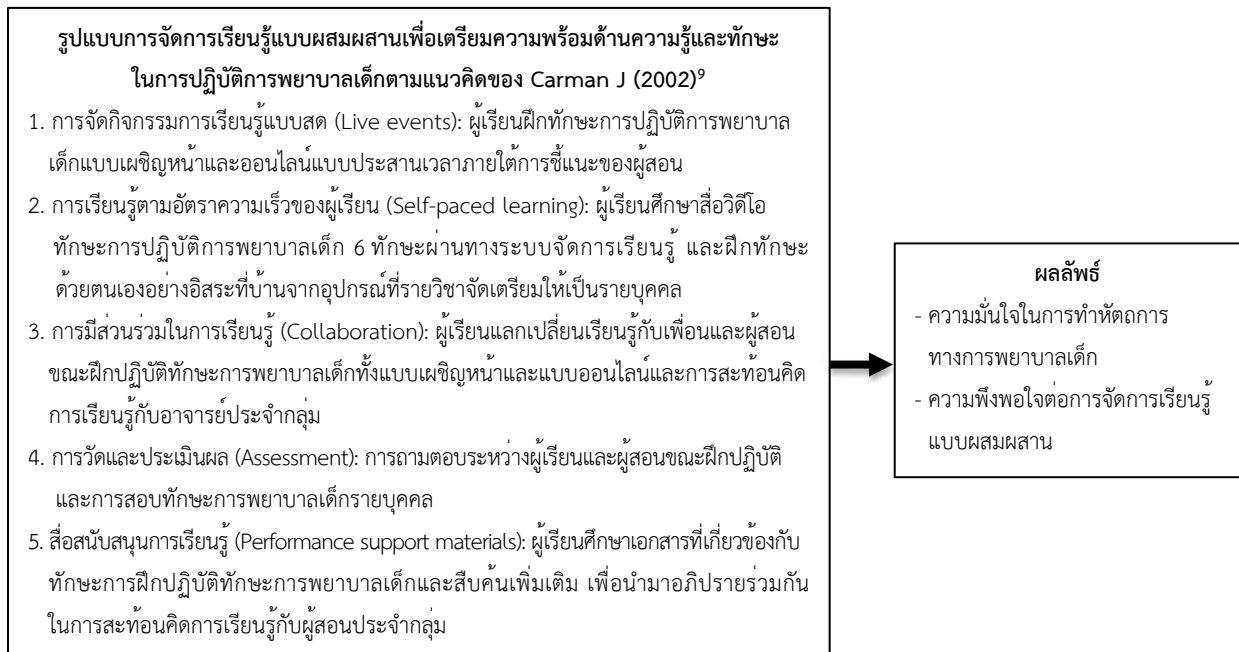
1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์การจัดการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กสำหรับนักศึกษาพยาบาล

3. เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กต่อความมั่นใจในการทำหัตถการทางการพยาบาลเด็กและความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ครั้งนี้ คือ กรอบแนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานของ Carman J (2002)<sup>9</sup> โดยการออกแบบรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับองค์ประกอบ 5 ประการ ถือเป็นแนวคิดหลักในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กด้วยวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานที่สามารถพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาล นำไปสู่ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นที่ 1 การศึกษาปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ (Research 1; R1)** เป็นการวิเคราะห์สภาพการณ์ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และประชุมร่วมกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง คือ ผู้สอนในรายวิชา จำนวน 8 ท่าน เพื่อระดมข้อคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานที่สามารถพัฒนาความมั่นใจในด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาลได้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำนวน 10 ท่าน  
กลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำนวน 8 ท่าน  
โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติ คือ เป็นอาจารย์พยาบาลประจำสาขาวิชาการ  
พยาบาลเด็ก และมีประสบการณ์ด้านการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กอย่างน้อย 1 ปี

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน ประกอบด้วย รูปแบบ ระยะเวลา  
และการวัดและประเมินผลผู้เรียน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

**ขั้นที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน** เพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้  
และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก (Development 1; D1) ผู้วิจัยร่างรูปแบบการจัดการเรียนรู้  
แบบผสมผสาน โดยพัฒนาจากข้อมูลการจัดการเรียนรู้ที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม  
ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะเวลา จึงดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการจัดการเรียนรู้  
โดยผู้สอนในรายวิชาทั้ง 8 ท่าน และนำส่งรูปแบบการจัดการเรียนรู้เข้ารับการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการ  
วิชาการพยาบาลศาสตรบัณฑิต

**ขั้นที่ 3 การนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อทดลองใช้** (Research 2; R2) ผู้วิจัย  
ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมความพร้อมของห้องเรียนออนไลน์ และห้องปฏิบัติการในการฝึกทักษะ  
การพยาบาลเด็กแบบเผชิญหน้า เนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะเวลา ทำให้ไม่สามารถทดลองใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้  
แบบผสมผสานกับนักศึกษาพยาบาลได้ ผู้วิจัยจึงดำเนินการทดลองใช้รูปแบบกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สอน  
ในรายวิชาจำนวน 6 ท่าน แบบเสมือนจริงทุกขั้นตอน

**ขั้นที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน** (Development 2; D2)  
เป็นการนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยประเมินความมั่นใจในการทำหัตถการ  
ทางการพยาบาลเด็กและความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้  
และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาล

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 55 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก  
ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564 และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 55 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา เกรดรายวิชาการพยาบาลเด็ก  
เกรดเฉลี่ยสะสม ประสบการณ์ในการเรียนรู้แบบผสมผสานในรายวิชาปฏิบัติ ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้  
แบบผสมผสานในรายวิชาปฏิบัติก่อนเรียนวิชานี้

2. แบบประเมิน ได้แก่ แบบประเมินความมั่นใจในการทำหัตถการทางการพยาบาลเด็ก 7 ข้อ  
ประกอบด้วย การประเมินความมั่นใจรายทักษะจำนวน 6 ข้อ และประเมินความมั่นใจด้านความรู้ 1 ข้อ และแบบประเมิน  
ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน ประกอบด้วย ด้านทักษะ 6 ข้อ และด้านความรู้ 4 ข้อ พัฒนา

โดยอ้างอิงจากรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่ออกแบบขึ้น เป็นวัดแบบมาตรา (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งมีค่าคะแนนมากที่สุด คือ 5 และน้อยที่สุดคือ 1 แบ่งเกณฑ์ระดับความมั่นใจ และความพึงพอใจเป็น 5 ระดับโดยการคำนวณช่วงคะแนนจากการนำค่าคะแนนสูงสุดลบค่าคะแนนต่ำสุด และหารด้วย จำนวนระดับความมั่นใจ<sup>10</sup> ได้ค่าช่วงคะแนนเท่ากับ .80 ดังนี้ 1 - 1.80 หมายถึง น้อยที่สุด 1.81 - 2.60 หมายถึง น้อย 2.61 - 3.40 หมายถึง ปานกลาง 3.41 - 4.20 หมายถึง มาก และ 4.21 - 5 หมายถึง มากที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินความมั่นใจในการทำหัตถการทางการแพทย์ในเด็ก และแบบประเมินความพึงพอใจ ต่อการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าเฉลี่ย ดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับที่ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านมีความเห็นตรงกัน (Scale-Level content validity index/Universal agreement [S-CVI/UA]) เท่ากับ .71 และ 1.00 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงโดยการหาค่า ความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87 และ .86 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอน ปฏิบัติการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานเพื่อทดแทนการฝึกปฏิบัติในคลินิกในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ PSU IRB 2021-LL-Nur 032 (Internal) ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564 กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการทำวิจัย และมีอิสระในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลจะถูกปกปิดเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1. ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย

1.1 การเตรียมและตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์และสื่อที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้

1.2 การเตรียมความพร้อมผู้สอน โดยการชี้แจงรายละเอียดการจัดการเรียนรู้ พร้อมทั้งเปิดโอกาส ให้ผู้สอนซักถามข้อสงสัย

2. ขั้นการนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะ ในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กไปทดลองใช้

3. ขั้นการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก โดยจัดการเรียนรู้ตามรูปแบบที่กำหนด

3.1 การเตรียมความพร้อมผู้เรียน ผู้วิจัยเข้าพบนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ลงทะเบียนเรียน รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564 เพื่อชี้แจงแนวการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน เพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก จากนั้นผู้สอนที่ไม่ได้อยู่ในทีมวิจัยชี้แจง รายละเอียดโครงการวิจัยและเชิญชวนนักศึกษาให้เข้าร่วมในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงลายมือชื่อในใบพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

3.2 ผู้วิจัยร่วมกับทีมผู้สอนดำเนินการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อม ด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กตามรูปแบบที่กำหนด ระยะเวลา 3 วัน ดังนี้

วันที่ 1 กิจกรรมการฝึกปฏิบัติทักษะ 6 ทักษะ โดยแบ่งผู้เรียนเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 3 - 4 คน ในการฝึกปฏิบัติแบบเผชิญหน้าในห้องปฏิบัติการ ใช้เวลาประมาณ 23 - 24 นาทีต่อทักษะ ในระหว่างนั้นผู้เรียน ส่วนหนึ่งฝึกทักษะผ่านทางออนไลน์ภายใต้การชี้แนะของผู้สอน 2 ท่าน โดยผู้เรียนทุกคนหมุนเวียนฝึกปฏิบัติ ทุกทักษะจนครบ โดยมีโอกาสได้รับการฝึกทั้งแบบออนไลน์และแบบเผชิญหน้าเท่าเทียมกันทุกคน

วันที่ 2 กิจกรรมการสอบทักษะการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและการให้เลือดในเด็ก โดยผู้เรียนมีเวลาสอบทักษะละ 25 นาที เป็นการสอบแบบเผชิญหน้าเป็นรายบุคคล และผู้เรียนต้องได้รับการประเมิน ผ่านในทุกทักษะ คือ ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ทุกทักษะ ทั้งนี้ระหว่างรอสอบผู้เรียนสามารถฝึกซ้อม ทักษะหรือซักถามข้อสงสัยผ่านทางออนไลน์ภายใต้การให้คำชี้แนะของผู้สอน 1 ท่าน

วันที่ 3 กิจกรรมการสอบทักษะการดูดเสมหะทางจมูกและปาก และการใส่สายยางให้อาหาร ทางจมูก ผู้เรียนมีเวลาสอบทักษะละ 15 นาที โดยดำเนินการเช่นเดียวกับวันที่ 2 เมื่อเสร็จสิ้นการสอบ ผู้เรียนร่วม สะท้อนคิดการเรียนรู้กับผู้สอนประจำกลุ่ม

4. ขั้นการเก็บข้อมูลและการประเมินผลการจัดการเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการแจกแบบประเมิน ความมั่นใจในการทำหัตถการทางการพยาบาลเด็ก และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้ แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กหลังเสร็จสิ้นการจัดการ เรียนรู้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก (7 สัปดาห์หลังจัดการเรียนรู้) โดยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำ กลุ่มวิชา ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติบรรยาย โดยนำเสนอค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับความมั่นใจในการทำหัตถการทางการพยาบาลเด็กและระดับความพึงพอใจต่อการจัดการ เรียนรู้แบบผสมผสานด้วยสถิติบรรยาย โดยนำเสนอค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

#### ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาและการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สรุปได้ว่า การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้ และทักษะ โดยการใช้การฝึกทักษะแบบออนไลน์ควบคู่ไปกับการฝึกทักษะแบบเผชิญหน้า การจัดทำสื่อวิดีโอ การสอบทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก รวมถึงการเตรียมทรัพยากรสนับสนุนการเรียนรู้ จะช่วยให้ผู้เรียนได้รับ การพัฒนาทักษะอย่างเหมาะสมและมีความมั่นใจในความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเด็กได้

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะ ในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก พัฒนาตามกรอบแนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน<sup>10</sup> มีรายละเอียดดังนี้

1. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบสดโดยประสานเวลา (Live events) ผู้เรียนและผู้สอนอยู่ร่วมกัน ในเวลาเดียวกันในการฝึกปฏิบัติทักษะแบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์ โดยคิดเป็นสัดส่วนการฝึกปฏิบัติทักษะ แบบเผชิญหน้า ร้อยละ 50 และการฝึกปฏิบัติทักษะแบบออนไลน์ ร้อยละ 50

2. การเรียนรู้ตามอัตราความเร็วของผู้เรียน (Self-paced learning) ผู้เรียนศึกษาสื่อวิดีโอทักษะ และฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง 1 สัปดาห์ ก่อนจัดการเรียนรู้ โดยใช้ชุดอุปกรณ์ฝึกทักษะที่ได้รับ

3. การมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ (Collaboration) ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนรู้ตลอดทั้ง 3 วัน โดยร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนและผู้สอนขณะฝึกปฏิบัติทักษะการพยาบาลเด็กทั้งแบบเผชิญหน้า แบบออนไลน์ และการสะท้อนคิดการเรียนรู้กับสมาชิกกลุ่มและผู้สอนประจำกลุ่ม

4. การวัดและประเมินผล (Assessment) ผู้เรียนได้รับการวัดและประเมินผลระหว่างฝึกทักษะ การปฏิบัติการพยาบาลเด็กทั้งแบบเผชิญหน้าและออนไลน์ผ่านการถาม-ตอบระหว่างการฝึกปฏิบัติ รวมถึงได้รับการประเมินผลหลังจากจัดการเรียนรู้ โดยการสอบทักษะที่กำหนด

5. สื่อสนับสนุนการเรียนรู้ (Performance support materials) ผู้เรียนเข้าถึงแหล่งเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ที่เกี่ยวข้องกับทักษะการฝึกปฏิบัติทักษะการพยาบาลเด็ก รวมถึงสืบค้นจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ และนำมาอภิปราย และสะท้อนคิดการเรียนรู้ร่วมกับสมาชิกกลุ่มและผู้สอนประจำกลุ่ม

**3. ผลของการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กหรับนักศึกษาพยาบาล**

### 3.1 ความมั่นใจในการทำหัตถการทางการพยาบาลเด็ก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 21 - 23 ปี ( $M = 21.82$ ,  $SD = .47$ ) โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 50 ราย ร้อยละ 90.90 และเพศชายจำนวน 5 ราย ร้อยละ 9.10 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 74.50 และศาสนาอิสลาม ร้อยละ 25.50 มีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 3.05 - 3.83 ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 55 ราย กลุ่มตัวอย่าง 47 ราย มีประสบการณ์ในการเรียนรู้แบบผสมผสานในรายวิชาปฏิบัติมาก่อน ร้อยละ 85.50 มีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานในรายวิชาปฏิบัติในระดับมาก ร้อยละ 44.70 และมีความพึงพอใจในระดับน้อย ร้อยละ 31.90

ส่วนที่ 2 ความมั่นใจในการทำหัตถการทางการพยาบาลเด็ก ระดับความมั่นใจเฉลี่ยในการทำหัตถการทางการพยาบาลเด็กภายหลังได้รับการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.20$ ,  $SD = .47$ ) โดยทักษะการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นทักษะที่คะแนนเฉลี่ยความมั่นใจสูงสุด ( $M = 4.45$ ,  $SD = .57$ ) จัดอยู่ในระดับมากที่สุด ในขณะที่ทักษะการให้เลือดเป็นทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจต่ำที่สุด ( $M = 3.93$ ,  $SD = .57$ ) จัดอยู่ในระดับมาก ส่วนคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจด้านความรู้ในการให้การพยาบาลเด็กพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.93$ ,  $SD = .63$ ) ตารางที่ 1

**3.2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก**

ระดับความพึงพอใจเฉลี่ยต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.26$ ,  $SD = .39$ ) โดยด้านความรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือ เป็นความรู้ที่จำเป็นต่อการฝึกปฏิบัติในรายวิชา ( $M = 4.35$ ,  $SD = .48$ ) รองลงมา คือ สามารถนำไปต่อยอดในการเรียนสัปดาห์อื่น ๆ ได้ ( $M = 4.29$ ,  $SD = .46$ ) และระยะเวลาในการจัดการเรียนรู้เหมาะสม ( $M = 4.29$ ,  $SD = .46$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะ ความพึงพอใจสูงสุด คือ ทักษะที่ฝึกปฏิบัติสามารถนำไปต่อยอดในการเรียนสัปดาห์อื่น ๆ ได้ ( $M = 4.38$ ,  $SD = .56$ ) รองลงมา คือ การชี้แจงวิธีการเรียนรู้และการเตรียมตัวแก่ผู้เรียนชัดเจน ( $M = 4.25$ ,  $SD = .58$ ) ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความมั่นใจในการทำหัตถการทางการพยาบาลเด็ก (N = 55)

ทักษะการพยาบาลเด็ก	M	SD	ระดับความมั่นใจ
1. การทำหัตถการ			
1.1 การใส่สายยางให้อาหารทางจมูก	4.15	.65	มาก
1.2 การดูดเสมหะทางจมูกและปาก	4.13	.67	มาก
1.3 การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	4.45	.57	มากที่สุด
1.4 การให้เลือด	3.93	.72	มาก
1.5 การฉีดยาทางหลอดเลือดดำ	4.40	.63	มากที่สุด
1.6 การพ่นยาเป็นฝอยละออง	4.40	.63	มากที่สุด
2. ความมั่นใจด้านความรู้ในการให้การพยาบาลเด็ก	3.93	.63	มาก
คะแนนความมั่นใจเฉลี่ย	4.20	.47	มาก

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน เพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก (N = 55)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
<b>ด้านความรู้</b>			
1. เป็นองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการฝึกปฏิบัติในรายวิชา	4.35	.48	มากที่สุด
2. สามารถนำความรู้ไปใช้ต่อยอดในการเรียนสัปดาห์อื่น ๆ ได้	4.29	.46	มากที่สุด
3. รูปแบบการจัดการเรียนรู้เหมาะสม	4.27	.49	มากที่สุด
4. ระยะเวลาในการจัดการเรียนรู้เหมาะสม	4.29	.46	มากที่สุด
<b>ด้านทักษะ</b>			
1. การชี้แจงวิธีการเรียนรู้และการเตรียมตัวแก่ผู้เรียนชัดเจน	4.25	.58	มากที่สุด
2. มีการจัดเตรียมหุ่น อุปกรณ์ สถานที่ ยา และเวชภัณฑ์ เพียงพอต่อการใช้งาน	4.07	.60	มาก
3. สื่อวิดีโอการปฏิบัติมีความชัดเจนและง่ายต่อการศึกษด้วยตนเอง	4.25	.65	มากที่สุด
4. ระยะเวลาการฝึกทักษะเหมาะสม	4.24	.67	มากที่สุด
5. ทักษะที่ฝึกปฏิบัติสามารถนำไปใช้ต่อยอดในการเรียนสัปดาห์อื่น ๆ ได้	4.38	.56	มากที่สุด
6. เกณฑ์การประเมินผลการฝึกปฏิบัติชัดเจน	4.20	.70	มาก
ความพึงพอใจเฉลี่ย	4.26	.39	มากที่สุด

### อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

1. สภาพการณ์การจัดการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แม้ว่าในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้ผู้เรียนขาดประสบการณ์การปฏิบัติทักษะการพยาบาลเด็กซึ่งอาจกระทบต่อความมั่นใจของผู้เรียนได้ แต่ผู้สอนในรายวิชาต่างเล็งเห็นตรงกันว่า การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานสามารถนำมาใช้เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเด็กได้ เนื่องจากปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างชัดเจนที่ระบุว่า การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานสามารถพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลได้<sup>11</sup> นอกจากนี้เมื่อพิจารณาประโยชน์ต่อผู้เรียนจากมุมมอง

ของนักศึกษาพยาบาล มีผลการศึกษางชี้ว่าการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการเรียนรู้ทางการพยาบาลมีประโยชน์ และทำให้ผู้เรียนมีประสบการณ์การเรียนรู้ทางการพยาบาลที่ดีขึ้นอีกด้วย<sup>12</sup>

2. รูปแบบการจัดการเรียนรู้ แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กที่ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญทั้ง 5 ประการอย่างครบถ้วน ได้แก่ 1) การจัดการเรียนรู้แบบประสานเวลาอย่างมีคุณภาพ ทั้งแบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์ ทำให้ผู้สอนสามารถให้คำชี้แนะแก่ผู้เรียนได้ทันทีเมื่อผู้เรียนต้องการ 2) การเรียนรู้ตามอัตราความเร็วของผู้เรียน โดยการใช้สื่อวิดีโอที่ผู้เรียนสามารถเข้าถึงและเรียนรู้ได้ตามต้องการ ซึ่งสามารถเสริมแรงจูงใจในการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียนและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลได้<sup>13</sup> 3) การมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ โดยการออกแบบให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมการเรียนรู้ ทั้งแบบเผชิญหน้าและออนไลน์ ส่งผลให้ผู้เรียนมีทักษะการพยาบาลที่ดีขึ้น<sup>14</sup> 4) การวัดและประเมินผล ทำให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตนเองและแก้ไขข้อผิดพลาดของตนได้ อีกทั้งยังทำให้ผู้เรียนมีความมั่นใจในความรู้และทักษะการพยาบาลเด็กเพิ่มขึ้นจากการได้รับการประเมินผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด และ 5) สื่อสนับสนุนการเรียนรู้ การที่ผู้เรียนสามารถเข้าถึงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับทักษะการฝึกปฏิบัติทักษะการพยาบาลเด็ก ทำให้ผู้เรียนสามารถขยายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ส่งผลในการเพิ่มความมั่นใจในทักษะปฏิบัติการพยาบาลเด็กได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่ารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานที่ออกแบบขึ้น สามารถนำไปสู่การพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเด็กได้ สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิमानที่พบว่าการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานสามารถเพิ่มทักษะการพยาบาลได้<sup>15</sup>

3. ผลของการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กต่อความมั่นใจในการทำหัตถการทางการพยาบาลเด็กและความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน ภายหลังได้รับการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก พบว่าผู้เรียนมีความมั่นใจในการทำหัตถการทางการพยาบาลเด็กอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศนอร์เวย์ที่พบว่าประมาณร้อยละ 95 ของนักศึกษาพยาบาลรู้สึกเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานสามารถทำให้ตนเองมีความมั่นใจในการพัฒนาทักษะทางการพยาบาลมากยิ่งขึ้น<sup>16</sup> การเรียนรู้ตามอัตราความเร็วของผู้เรียน โดยการใช้สื่อวิดีโอถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานมีประสิทธิภาพ<sup>9</sup> ผลจากการทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการอย่างเป็นระบบสรุปว่าการใช้สื่อวิดีโอสามารถทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความมั่นใจในทักษะการปฏิบัติการพยาบาลได้<sup>17</sup> อย่างไรก็ตามในการศึกษาคั้งนี้พบว่าผู้เรียนมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในทักษะการให้เลือดน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับทักษะอื่นและความมั่นใจด้านความรู้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านประสบการณ์<sup>18</sup> ส่วนทักษะการใส่สายยางให้อาหารทางจมูกและทักษะการดูดเสมหะทางจมูกและปาก ถือเป็นอีก 2 ทักษะที่ได้คะแนนเฉลี่ยความมั่นใจน้อยเมื่อเทียบกับทักษะอื่นเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทักษะดังกล่าวเป็นทักษะที่มีรายละเอียดเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเด็ก ซึ่งแตกต่างจากประสบการณ์ของผู้เรียนที่เคยปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่มาก่อน จึงอาจส่งผลต่อความมั่นใจได้ สำหรับความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ผลการศึกษาคั้งนี้พบว่าผู้เรียนมีคะแนนความพึงพอใจในการจัดการเรียนรู้แบบดังกล่าวอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยพบว่าผู้เรียนมีคะแนนความพึงพอใจสูงสุดในด้านนำไปใช้ต่อยอดในการเรียนสัปดาห์อื่น ๆ เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจด้านความรู้ที่พบว่าผู้เรียนมีคะแนนความพึงพอใจในด้านสามารถนำความรู้ไปต่อยอดได้อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดเช่นกัน

ซึ่งสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่าการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานสามารถทำให้ผู้เรียนสามารถเก็บรักษาองค์ความรู้ได้ดีขึ้น (Knowledge retention)<sup>19</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

อาจารย์พยาบาลสามารถนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในการจัดการเรียนรู้ในชั้นปีถัดไปได้

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานในตัวแปรตามอื่นที่สะท้อนสมรรถนะของผู้เรียนได้ชัดเจนขึ้น เช่น ผลสัมฤทธิ์ของการเรียนรายวิชา เป็นต้น
2. ควรมีการสำรวจความคิดเห็นของผู้เรียนในขั้นตอนการศึกษาปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์

### References

1. Centers For Disease Control And Prevention. CDC museum COVID-19 timeline [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec. 21]. Available from: <https://www.cdc.gov/museum/timeline/covid19.html>
2. Prince of Songkla University. Prince Of Songkla University announcement: Teaching, learning practices, and examinations during the COVID-19 pandemic [Internet]. 2021 [cited 2024 Oct. 21]. Available from: <https://www.psu.ac.th/trang/wp-content/uploads/32-ประกาศ-แนวทางการจัดการเรียนการสอน-1-2564-127-21-พ.ค.64.pdf>
3. Alnjadat RM, Al-Rawashdeh AB, Almutairi FA, Shahin MAH. The effects of the COVID-19 pandemic on the clinical practicum of undergraduate nursing and midwifery students in Jordan: a descriptive survey. SAGE Open Nursing [internet]. 2024 Apr. 22 [cited 2024 Dec. 21];10:23779608241246877. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11036915/>
4. Rueangsawat S, Saetew P, Choome P. The effect of blended learning management on 21st century learning skills for nursing students, Boromarajonani College Of Nursing, SuratThani. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2020;21(1):235-44. (in Thai)
5. Coyne E, Rands H, Frommolt V, Kain V, Plugge M, Mitchell M. Investigation of blended learning video resources to teach health students clinical skills: an integrative review. Nurse Education Today 2018;63:101-7.
6. Li C, He J, Yuan C, Chen B, Sun Z. The effects of blended learning on knowledge, skills, and satisfaction in nursing students: a meta-analysis. Nurse Education Today 2019;82:51-7.
7. Yang Y, Chen H, Sun H. Nursing undergraduate students' experiences and perceptions of blended learning in pediatric nursing: a mixed methods study. SAGE Open Nursing [Internet]. 2024 Sep. 10 [cited 2024 Dec. 21];10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39258221/>
8. Go CFM, Gonzales FRS, Gonzales MMT, Gonzales SAC, Gregorio AH, Guerra MAEG, et al. Nursing students' blended learning satisfaction, self-efficacy, and work readiness: a structural equation modeling study. Teaching And Learning In Nursing [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar. 25];19(4):638-45. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1557308724001082>

10. Silanoi L. The use of rating scale in quantitative research on social sciences, humanities, hotel and tourism study. *Journal Of Management Science*, Ubon Ratchathani University 2019;15(8):112-26. (in Thai)
11. Oh HK. Effects of blended learning on nursing students' clinical competence, clinical judgment, and skill performance ability. *Asia-Pacific Journal of Convergent Research Interchange* 2020;8(4):57-67.
12. Williamson K, Muckle J. Students' perception of technology use in nursing education. *Computers Informatics Nursing*. 2018;36(2):70-6.
13. Lee NJ, Chae SM, Kim H, Lee JH, Min HJ, Park DE. Mobile-based video learning outcomes in clinical nursing skill education: a randomized controlled trial. *Computer Informatics Nursing* 2016;34(1):8-16.
14. Zhang J, Qin C. Collaborative learning in higher nursing education: a systematic review. *Journal of Professional Nursing* 2018;34(5):378-88.
15. Niu Y, Xi H, Liu J, Sui X, Li F, Xu H, et al. Effects of blended learning on undergraduate nursing students' knowledge, skills, critical thinking ability and mental health: a systematic review and meta-analysis. *Nurse Education In Practice* [Internet]. 2023 Sep. 22 [cited 2024 Dec. 21];72:103786. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37793247/>
16. Opsal A, Fossum M, Elf M, Undheim M, Johannessen T. Student nurses' satisfaction and confidence: blended learning skills training on satellite campuses. *Teaching And Learning In Nursing* [Internet]. 2025 Feb. 24 [cited 2025 Mar. 25]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1557308725000587>
17. Stone R, Cooke M, Mitchell M. Undergraduate nursing students' use of video technology in developing confidence in clinical skills for practice: a systematic integrative literature review. *Nurse Education Today* [Internet]. 2020 Jan. [cited 2025 Mar. 25];84:104230. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026069171930259X>
18. Ozel F, Bulantekin Duzalan O. Experiences of nursing students in practicing blood transfusion. *Black Sea Journal of Health Science* 2023;6(2):279-85.
19. Abuejheisheh AJ, Alshraideh JA, Amro N, Hani SB, Darawad MW. Effectiveness of blended learning basic life support module on knowledge and skills: a systematic review of randomized controlled trials *Heliyon* [Internet]. 2023 Nov. 2 [cited 2025 Mar. 25];9(11):e21680. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38027704/>

## บทความวิจัย

## Effectiveness of Dietary Lifestyle Modification Program on Glycemic Control and Risk Factors for Complications in Type 2 Diabetes Mellitus Patients, Ban Tha Khua Sub-district Health Promoting Hospital, Lampang Province

Received: Dec 27, 2024

Revised: Apr 21, 2025

Accepted: Jun 26, 2025

Yongyuth Kaewtem, Ph.D.<sup>1\*</sup>

Kraison Wongthida, B.Sc.<sup>2</sup>

### Abstract

**Introduction:** Dietary lifestyle modification in type 2 diabetes mellitus patients helps control blood glucose levels and risk factors for disease complications.

**Research objectives:** To compare blood glucose levels and complication risk factors before and after implementing a dietary lifestyle modification program, and to evaluate program outcomes in type 2 diabetes mellitus patients.

**Research methodology:** This mixed-methods study consisted of two phases: 1) a quasi experimental one-group pretest-posttest design with 27 diabetes mellitus patients, and 2) a qualitative study with 10 participants. Research instruments included a dietary lifestyle modification program, demographic questionnaire, clinical data recording form, and focus group discussion guide. Data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon Signed Rank Test for pre-post comparisons, and thematic analysis for qualitative data.

**Results:** Although mean fasting blood glucose and HbA1c levels showed a decreasing trend post-program, the differences were not statistically significant ( $p > .05$ ). Among complication risk factors, only triglycerides, LDL cholesterol, and insulin resistance index showed significant improvement ( $p < .05$ ). Blood pressure, HDL cholesterol, BMI, and waist circumference remained unchanged ( $p > .05$ ). Program outcomes revealed three themes: 1) implementation challenges, 2) success strategies, and 3) practice value.

**Conclusions:** The program effectively reduced certain risk factors for diabetic complications.

**Implications:** Despite the small sample size and non-significant differences in blood glucose control, this approach could guide interventions for reducing diabetes complication risk factors.

**Keywords:** dietary lifestyle modification program, glycemic control, risk factors for complications, type 2 diabetes mellitus patients

<sup>1\*</sup>Corresponding author: Assistant professor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Lampang Thailand. Email: thun716@gmail.com

<sup>2</sup>Public Health Technical Officer, Professional Level, Sub-district Health Promoting Hospital, Lampang, Thailand. Email: Kraisonwongthida@gmail.com

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหารต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านท่าซัว จังหวัดลำปาง

Received: Dec 27, 2024

Revised: Apr 21, 2025

Accepted: Jun 26, 2025

ยงยุทธ แก้วเต็ม ปร.ด.<sup>1\*</sup>

ไกรสร วงศ์ธิดา วท.บ.<sup>2</sup>

**บทคัดย่อ**

**บทนำ:** การปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาล ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อน-หลัง และประเมินผลลัพธ์หลังใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหารกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

**ระเบียบวิธีวิจัย:** วิจัยแบบผสมวิธีมี 2 ระยะ 1) วิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดี่ยววัดผลก่อน-หลังในผู้ป่วยเบาหวาน 27 ราย 2) วิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง 10 ราย เครื่องมือคือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหาร แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก แนวคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อน-หลังด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ แกนสาระ

**ผลการวิจัย:** ภาพรวมค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและน้ำตาลสะสมในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีแนวโน้มลดลงแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีเพียง ไตรกลีเซอไรด์ คอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี และดัชนีภาวะดื้ออินซูลินเท่านั้นที่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ความดันโลหิต คอเลสเตอรอลชนิดดี ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ผลลัพธ์หลังเข้าโปรแกรม คือ 1) ความท้าทายในการปฏิบัติตามโปรแกรม 2) กลวิธีบรรลุความสำเร็จของโปรแกรม 3) คุณค่าของการปฏิบัติตามโปรแกรม

**สรุปผล:** โปรแกรมนี้สามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ในบางปัจจัย

**ข้อเสนอแนะ:** แม้จะศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่น้อยและไม่มีความแตกต่างในเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่สามารถเป็นแนวทางการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานได้

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหาร การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

<sup>1\*</sup>Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ลำปาง ประเทศไทย  
Email: thun716@gmail.com

<sup>2</sup>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าซัว ลำปาง ประเทศไทย Email: Kraisonwongthida@gmail.com

## บทนำ

โรคเบาหวานทั่วโลกมีมากถึง 537 ล้านคน มากกว่าร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คาดว่าภายในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี พ.ศ. 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน<sup>1</sup> ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากร่างกายไม่สามารถผลิตหรือใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจหลอดเลือด โรคไต โรคจอประสาทตา เป็นต้น ซึ่งการรักษาปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่ การออกกำลังกาย การใช้ยา การควบคุมอาหารรวมถึงการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหาร<sup>2</sup>

การปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหารเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นการลดพฤติกรรมการรับประทานอาหารแบบจุกจิกเพื่อลดการกระตุ้นอินซูลินซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยรับประทานอาหารมื้อเช้า กลางวัน และเย็น ให้ครบถ้วน และเว้นระยะห่างระหว่างมื้ออาหาร (4-4-12) แต่ในระหว่างช่วงเวลาที่เว้นระยะการทานอาหาร สามารถทานอาหาร ดื่มน้ำเปล่าหรือเครื่องดื่มที่ไม่มีน้ำตาลที่จะกระตุ้นการหลั่งอินซูลินเพื่อลดการใช้อินซูลินเพื่อให้ร่างกายใช้ไขมันสะสมได้ดีช่วยลดไขมันสะสมหน้าท้องและส่วนอื่นในร่างกายโดยไม่เสียมวลกล้ามเนื้อ ช่วยเพิ่มอัตราการเผาผลาญไขมันเพิ่มขึ้น เพิ่มการตอบสนองของเซลล์ต่ออินซูลินทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง นอกจากนี้การเว้นระยะห่างระหว่างมื้อยังช่วยลดน้ำหนัก ไขมันในเลือด ความดันโลหิต และลดภาวะดื้ออินซูลิน<sup>3</sup> ซึ่งภาวะนี้สามารถตรวจสอบได้ง่ายจากค่าดัชนีภาวะดื้ออินซูลิน (Triglyceride/HDL ratio) ซึ่งคำนวณจากระดับไตรกลีเซอไรด์ หารด้วยระดับ HDL คอเลสเตอรอล จากผลเลือดเพื่อประเมินภาวะดื้ออินซูลินที่เริ่มมีผลต่อหลอดเลือดโดยกำหนดค่าดังนี้ 1) ค่าระหว่าง 1.5 - 2.0 มีภาวะดื้ออินซูลินระดับปานกลาง 2) ค่าระหว่าง 2.0 - 3.0 มีภาวะดื้ออินซูลินระดับสูง 3) ค่า > 3.0 มีภาวะดื้ออินซูลินระดับรุนแรง<sup>4</sup> การทราบภาวะเสี่ยงค่าดัชนีดังกล่าวเป็นประโยชน์ในผู้ป่วยเบาหวานช่วยลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหารโดยกำหนดช่วงเวลาสามารถช่วยลดปัญหาภาวะดื้ออินซูลินและการรับประทานอาหารตลอดทั้งวันลงได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปรับวิถีการรับประทานอาหารโดยการรับประทานอาหารเป็นช่วงเวลาช่วยลดพฤติกรรมการรับประทานอาหารจุกจิกซึ่งมีส่วนสำคัญในการควบคุมและลดระดับน้ำตาลในเลือด ช่วยลดน้ำหนักตัว ลดระดับอินซูลิน ลดภาวะดื้ออินซูลิน ลดระดับเลปติน เพิ่มระดับอติโพเนคติน เป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการรักษาเบาหวานชนิดที่ 2<sup>5</sup> ดังนั้นการรับประทานอาหารเป็นช่วงเวลาจึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมนี้เนื่องจากทฤษฎีช่วยเสริมสร้างทัศนคติต่อพฤติกรรมในเชิงบวก ส่งเสริมการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและการมีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนจะส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยได้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าว ให้บริการด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพระดับปฐมภูมิดูแลผู้รับบริการ 6 หมู่บ้าน ประชากร 4,469 คน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง จากสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไปส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนรวมถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีการรับประทานอาหารขยะ อาหารถุง อาหารสำเร็จรูป อาหารที่มีรสหวานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยมีกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

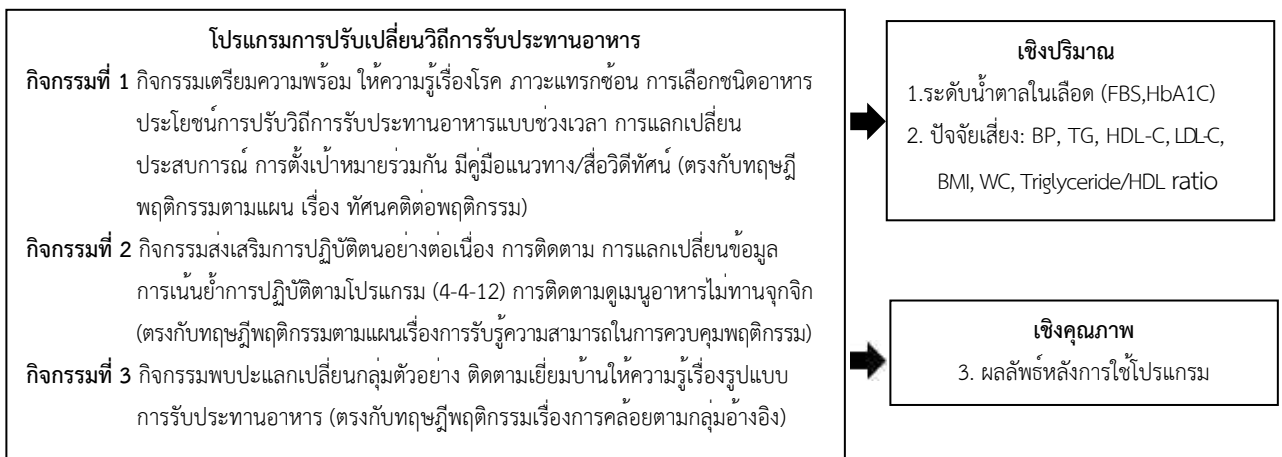
เพิ่มมากขึ้น ช่วงปี พ.ศ. 2565 - 2567 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 135, 160 และ 176 ราย ตามลำดับ<sup>6</sup> โดยในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน แม้ว่าในปัจจุบันจะยังไม่มีรายใดมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นก็ตามแต่การมีแนวโน้มผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นถือเป็นความจำเป็นของพื้นที่ในการหาวิธีในการควบคุมระดับน้ำตาลและป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรค ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการนำโปรแกรมดังกล่าวมาใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในพื้นที่

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหารในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความดันโลหิต ไตรกลีเซอไรด์ คอเลสเตอรอลชนิดดี คอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ดัชนีภาวะดื้ออินซูลิน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหารในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์หลังใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหารในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน<sup>7</sup> มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการปฏิบัติตามโปรแกรม โดยมีปัจจัยหลักที่กำหนดพฤติกรรมคือ ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมในการปรับวิถีการรับประทานอาหารให้เป็นเวลา ร่วมกับการมีเป้าหมายร่วมภายในกลุ่ม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหารดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ไตรกลีเซอไรด์ คอเลสเตอรอลชนิดดี คอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ดัชนีภาวะดื้ออินซูลินของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหารดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

## คำถามการวิจัย

ผลลัพธ์หลังใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็นอย่างไร

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยแบบผสมวิธีในรูปแบบเชิงอธิบายเป็นลำดับ เพื่อทำความเข้าใจผลลัพธ์ของโปรแกรมอย่างลึกซึ้ง โดยนำผลเชิงคุณภาพมาอธิบายและสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณ แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ 1) วิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 27 คน 2) วิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสนทนากลุ่มหลังผู้เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 10 คน เพื่อศึกษาผลลัพธ์หลังใช้โปรแกรม

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 176 ราย กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power<sup>o</sup> กำหนดค่าระดับความเชื่อมั่น = .05 ค่าขนาดอิทธิพล = .50 อำนาจการทดสอบ = .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติ เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้ป่วยเบาหวานอายุ 35 - 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป 2) มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (HbA1c  $\geq$  6.5% หรือ FPG  $\geq$  126 mg/dl) 3) ได้รับการพิจารณาจากแพทย์ว่าสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ 4) สามารถได้ยิน อ่าน พูด เข้าใจภาษาไทย และสมัครใจยินดีเข้าร่วมวิจัย และมีเกณฑ์คัดออก คือ 1) เป็นเบาหวานชนิดอื่นที่ไม่ใช่ชนิดที่ 2 เช่น เบาหวานชนิดที่ 1 เบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือมีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานรุนแรง เช่น ต้อกระจกชนิดรุนแรง ไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจขั้นรุนแรง มีโรคร่วมอื่น ๆ ที่รุนแรง เช่น มะเร็ง โรกระบบประสาท เป็นต้น 2) ผู้ที่มีปัญหาเกิดขึ้น เช่น หน้ามืด หิวบ่อย ใจสั่น เหนื่อยง่าย ระหว่างที่เข้าร่วมโปรแกรม 3) กรณีเป็นเพศหญิงที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร 4) ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเกิดขึ้นในช่วงที่ทำการศึกษา 5) ผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัวไม่สามารถให้ความร่วมมือหรือไม่สามารถติดตามได้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหารโดยรับประทานอาหารมื้อเช้า กลางวัน และเย็น ให้ครบถ้วนและเว้นระยะห่างระหว่างมื้ออาหารประมาณ 4 ชั่วโมง เริ่มต้นมื้อเช้าเวลา (07.00 - 08.00) เว้นรับประทานอาหาร 4 ชั่วโมง ทานมื้อกลางวันเวลา (12.00 - 13.00) เว้นรับประทานอาหารอีก 4 ชั่วโมง ทานมื้อเย็นเวลา (17.00 - 18.00) หลังจากนั้นไม่ทานอาหารที่กระตุ้นอินซูลินอีกจนเวลากลับมาถึงมื้อเช้าของวันถัดไปเป็นเวลา 12 ชั่วโมง ช่วงเวลาที่เว้นระยะสามารถทานอาหาร ต้มน้ำหรือเครื่องดื่มที่ไม่มีน้ำตาล มีการปรึกษาแพทย์ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทุกรายโดยทำตามโปรแกรมอย่างน้อย 3 - 5 วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้ ประโยชน์ของการปรับรูปแบบวิถีการรับประทานอาหาร ชนิดอาหารที่ควรรับประทาน การติดตามผลการทำกิจกรรม สอบถามปัญหาผ่านไลน์และติดตามเยี่ยมบ้าน

1.2 คู่มือแนวทางการรับประทานอาหารที่เหมาะสม แบบบันทึกการรับประทานอาหาร แบบบันทึกเป้าหมายในการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์ ระยะเวลา 12 สัปดาห์

1.3 วิถีทัศน์รูปแบบการรับประทานอาหารและประโยชน์ของการรับประทานอาหารตามช่วงเวลาที่กำหนด ตัวอย่างรายการอาหารที่ควรรับประทาน ความยาววิถีทัศน์ประมาณ 10 นาที จำนวน 7 คลิป

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว สัญญาณชีพ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหาร 8 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระดับไขมันในเลือด การรักษาที่ได้รับ โดยเครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัลได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากการตรวจเช็คทุก 1 เดือน สายวัดรอบเอว ความยาวมาตรฐานเป็น 1 เมตร มีหน่วยวัดเป็นเซนติเมตรที่มีตัวเลขชัดเจน ไม่ยืด ไม่มีรอยแตกหัก ตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยนำไปตรวจเช็คความยาววัดของไม้บรรทัดที่ได้มาตรฐานก่อนใช้ทุกครั้ง

ส่วนที่ 3 แนวประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่มประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ ความเหมาะสมของโปรแกรม สิ่งได้เรียนรู้ ประโยชน์ที่เกิดขึ้น ปัญหา อุปสรรค และสิ่งที่ควรพัฒนาหรือปรับปรุงของโปรแกรม

สัปดาห์	กิจกรรม
1	ใช้เวลา 90 นาที ซึ่งแจ้งรูปแบบโปรแกรมฯ ประโยชน์ ตั้งเป้าหมายร่วมกันให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ ภาวะแทรกซ้อน การเลือกอาหารที่เหมาะสม มอบแบบบันทึกเมนูการรับประทานอาหาร แจกคู่มือการปฏิบัติตน แจกสื่อวิถีทัศน์ โดยสามารถดาวน์โหลดไว้ในโทรศัพท์ และสามารถเปิดดูได้ตลอดเวลาเมื่อกลับบ้าน (กลุ่มตัวอย่างมีโทรศัพท์มือถือที่ดูสื่อวิถีทัศน์ได้) พร้อมนัดหมายครั้งต่อไป (รายกลุ่ม)
2	ใช้เวลา 45 - 60 นาที ชักถามอาการต่าง ๆ สอบถามปัญหาข้อสงสัยในการปฏิบัติ ทบทวนความรู้ วิถีทัศน์เกี่ยวกับวิธีการรับประทานอาหารเพิ่มเติม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน สอบถามเกี่ยวกับแบบบันทึกเมนูการรับประทานอาหาร นัดหมายครั้งต่อไป (รายกลุ่ม)
3	ชักถามประเมินอาการ ตรวจสอบแบบบันทึกรายการอาหาร ประเมินปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ติดตามประเมินความสม่ำเสมอ ยกย่องชมเชยผู้ที่ปฏิบัติได้ตามที่กำหนด สำหรับผู้ที่ปฏิบัติไม่ได้ตามที่กำหนดผู้วิจัยจะเสริมแรง และชี้ให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยเน้นย้ำประโยชน์ของการดำเนินกิจกรรม สัปดาห์นี้เป็นการติดตาม สอบถามปัญหาผ่านไลน์ (รายเดี่ยว)
4-7	ติดตามให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามโปรแกรม ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 4 ติดตาม และสอบถามปัญหาผ่านไลน์ และในสัปดาห์ที่ 6 อีกครั้ง (รายเดี่ยว)
8	ใช้เวลา 45 - 60 นาที ชักถามประเมินอาการ ประเมินปัญหาอุปสรรคร่วมกัน เน้นย้ำความสำคัญในตั้งเป้าหมายร่วมกันลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านและกระตุ้นการดูแลวิถีทัศน์อย่างต่อเนื่อง (รายกลุ่ม) สัปดาห์ที่ 4 - 8 สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่เน้นการติดตามและเสริมแรง
9-11	ติดตามให้ปฏิบัติตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่องและสอบถามปัญหาผ่านไลน์เป็นระยะ ๆ (รายเดี่ยว)
12	ใช้เวลา 45 - 60 นาที ติดตามแบบบันทึกรายการอาหาร ประเมินผลซ้ำโดยติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก (รายกลุ่ม) สัปดาห์ที่ 9 - 12 สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่เน้นตามกลุ่มอ้างอิง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในหน่วยปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยปฐมภูมิ และอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลชุมชน โดยโปรแกรมฯ คู่มือแนวทาง และวิถีทัศน์รูปแบบการรับประทานอาหาร ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

สำหรับเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้หาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ได้ค่าระหว่าง .67 - 1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 เครื่องมือเชิงคุณภาพให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสม ความสมบูรณ์ของภาษา

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E2567-035 ลงวันที่ 25 เมษายน 2567 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการศึกษา สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ มีการปกปิดข้อมูลรักษาความลับ ผลการศึกษาจะนำเสนอผลในภาพรวม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสาร และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรม 12 สัปดาห์

**ระยะที่ 2 วิจัยเชิงคุณภาพ** ใช้ทฤษฎีแบบปรากฏการณ์วิทยามุ่งศึกษาทำความเข้าใจประสบการณ์ตามการรับรู้ ให้ความหมายกับประสบการณ์ที่กระทำตามแนวคิดของฮัสเซล<sup>9</sup> เป็นการศึกษาทำความเข้าใจประสบการณ์และบรรยายปรากฏการณ์ที่เป็นอิสระโดยปราศจากการทดสอบสมมติฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหาร การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นให้ได้ข้อมูลที่มีความหลากหลายเพื่อนำไปพัฒนาได้อย่างครอบคลุม กำหนดคุณสมบัติคือ เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมครบถ้วน มีการพิจารณาผลลัพธ์ทางคลินิกที่แตกต่างกันทั้งผู้ที่มีอาการดีขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลงหรือแย่ลง มีการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดและคัดเลือกตัวแทน จำนวน 10 ราย

**เครื่องมือที่ใช้** ใช้แนวประเด็นคำถามกึ่งโครงสร้างในการสนทนากลุ่มใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที โดยขออนุญาตบันทึกเสียงเพื่อนำไปถอดคำต่อคำโดยเปลี่ยนชื่อ สถานที่ที่เป็นรหัสแทน เมื่อสนทนาเสร็จ ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วตรวจสอบความถูกต้องเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

**ความเชื่อถือของวิจัยเชิงคุณภาพ** ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มได้มีการทวนสอบข้อมูลเพื่อให้ได้มาซึ่งความเชื่อมั่นของข้อมูล โดยก่อนสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยสรุปทบทวนประเด็นที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบก่อนที่จะวิเคราะห์ข้อมูล ทำการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลก่อนวิเคราะห์เพื่อช่วยในการลงรหัสและตีความหมายข้อมูลได้ถูกต้อง เมื่อได้ผลการวิเคราะห์ที่เป็นข้อสรุปได้นำเสนอให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทราบอีกครั้ง ถ้ามีข้อความใดแก้ไขหรือคลุมเครือจะทวนสอบเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างอาสาสมัครและผู้วิจัยเพื่อยืนยันความถูกต้องเป็นการตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ให้ข้อมูล (Member check)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความดันโลหิต ไตรกลีเซอไรด์ คอเลสเตอรอลชนิดดี คอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ดัชนีภาวะดีอินซูลิน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหารในกลุ่มผู้ป่วย

เบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test เนื่องจากมีการตรวจสอบข้อมูลแล้วพบว่าไม่มีแจกแจงแบบโค้งปกติ 3) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ<sup>10</sup>

### ผลการศึกษา

1. **ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.78 อายุอยู่ในช่วง 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.78 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 92.59 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.04 รายได้ 1,000 - 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 74.07

2. **การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด** เปรียบเทียบโปรแกรมพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงจาก 150.37 เป็น 135.37 mg/dl และ 8.50 เป็น 7.98 % ตามลำดับ แต่จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และน้ำตาลในเลือดสะสมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและน้ำตาลในเลือดสะสมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหาร (n = 27)

ตัวแปร	ระยะเวลา ทดลอง	Median (IQR)	M	SD	Z	p
น้ำตาลในเลือด	ก่อน	146.00 (89.00 - 290.00)	150.37	48.87	-1.502 <sup>b</sup>	.133*
ขณะอดอาหาร	หลัง	124.00 (94.00 - 278.00)	135.37	40.55		
น้ำตาลสะสม	ก่อน	8.10 (7.00 - 12.20)	8.50	1.15	-1.563 <sup>b</sup>	.118*
ในเลือด	หลัง	7.90 (6.50 - 10.70)	7.98	1.14		

\*p < .05, <sup>b</sup> Based on positive ranks

3. **การเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน** พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยไตรกลีเซอไรด์ คอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี และดัชนีภาวะดื้ออินซูลินลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p < .05) ส่วนปัจจัยด้านอื่น ๆ ได้แก่ ความดันโลหิต คอเลสเตอรอลชนิดดี ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความดันโลหิต ไตรกลีเซอไรด์ คอเลสเตอรอลชนิดดี คอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ภาวะดื้ออินซูลิน ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหาร (N = 27)

ตัวแปร	ระยะเวลา ทดลอง	Median (IQR)	M	SD	Z	p
<b>1. ความดันโลหิต</b>						
ซิสโตลิก	ก่อน	130.00 (123.00 - 139.00)	132.96	22.71	-1.069 <sup>b</sup>	.25
	หลัง	127.00 (117.00 - 134.00)	128.67	16.10		
ไดแอสโตลิก	ก่อน	79.00 (72.00 - 83.00)	78.93	7.97		.26
	หลัง	77.00 (73.00 - 82.00)	76.74	7.61		

\*p < .05, <sup>b</sup> Based on positive ranks

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความดันโลหิต ไตรกลีเซอไรด์ คอเลสเตอรอลชนิดดี คอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ภาวะดื้ออินซูลิน ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหาร (N = 27) (ต่อ)

ตัวแปร	ระยะการทดลอง	Median (IQR)	M	SD	Z	p
2. ไตรกลีเซอไรด์	ก่อน	137.00 (69.00 - 433.00)	148.74	73.80	-2.691 <sup>b</sup>	.007*
	หลัง	96.00 (49.00 - 192.00)	111.74	38.82		
3. คอเลสเตอรอลชนิดดี	ก่อน	48.00 (43.00 - 42.00)	49.25	12.50	-.916 <sup>b</sup>	.360
	หลัง	47.00 (51.00 - 42.00)	46.88	13.06		
4. คอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี	ก่อน	96.00 (82.00 - 124.00)	108.62	38.72	-2.018 <sup>b</sup>	.044*
	หลัง	87.00 (77.00 - 96.00)	89.96	20.49		
5. ดัชนีมวลกาย	ก่อน	24.03 (21.79 - 26.56)	24.28	3.21	-.379 <sup>b</sup>	.705
	หลัง	23.84 (21.64 - 26.48)	24.26	3.34		
6. เส้นรอบเอว (ซม.)	ก่อน	84.00 (82.00 - 91.00)	84.37	7.06	-.986 <sup>b</sup>	.324
	หลัง	82.00 (81.00 - 91.00)	83.85	7.83		
7. ดัชนีภาวะดื้ออินซูลิน	ก่อน	2.88 (2.35 - 3.49)	3.24	2.34	-2.042 <sup>b</sup>	.041*
	หลัง	2.32 (1.61 - 3.14)	2.36	0.95		

\*p < .05, <sup>b</sup> Based on positive ranks

#### 4. ผลลัพธ์ จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพสามารถจัดกลุ่มประเด็นได้ดังนี้

1. ความท้าทายในการปฏิบัติตามโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า การปรับวิถีการรับประทานอาหาร ส่งผลให้เกิดอาการทางร่างกายหลายประการ ได้แก่ ใจสั่น ความรู้สึกหิวอย่างรุนแรง ความทรمانทางร่างกาย เกิดความยากลำบากในการควบคุมตนเองระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมโดยผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมประสบปัญหาในการควบคุมตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยมีผลกระทบจากอิทธิพลของสภาพแวดล้อมโดยเฉพาะครอบครัว ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของแต่ละบุคคล ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“ใจสั่น อยากรอาหาร แต่ก็ต้องอดทน” ผู้สนทนาคนที่ 1

“ใน 1 สัปดาห์ทำตามโปรแกรมได้ประมาณ 3 - 4 วัน แต่ก็ยังรู้สึกว่าไม่ได้ทำเลย” ผู้สนทนาคนที่ 3

“ถ้าอยู่คนเดียวจะทำได้ดี ไม่มีใครกระตุ้นให้รู้สึกอยากทานอาหารก็เลยทนได้” ผู้สนทนาคนที่ 4

“ส่วนใหญ่ครอบครัวจะทานมือเย็นกันเยอะ ทำให้ลำบากในการปรับวิธีการทาน เลยทานไม่ได้ตามที่กำหนด ครอบครัวใหญ่จะทำได้ลำบากมาก พอเราไม่ทานระหว่างมือด้วยก็จะโกรธเรา” ผู้ร่วมสนทนาคนที่ 5

“โปรแกรมดีแต่เราเองที่ตามใจปาก พอไม่ได้ทานระหว่างมือจะใจสั่น เหน็บขาด้วย” ผู้สนทนาคนที่ 8

“อุปสรรคก็คือความหิว เมื่อหิวแล้วใจสั่นทำให้รอเวลาทานมือต่อไปไม่ได้” ผู้สนทนาคนที่ 9

2. กลวิธีบรรลุความสำเร็จของโปรแกรม จากผลการศึกษาพบว่า การเข้าร่วมโปรแกรมโดยสามารถปฏิบัติจนประสบความสำเร็จจะต้องอาศัยอยู่คนเดียว มีสติ มีวินัยบังคับตนเองให้อยู่กับการเข้าโปรแกรมฯ และพยายามไม่มีการเก็บอาหารสำรองไว้ในบ้าน ในขณะที่เดียวกันการรู้จักถลดและทิ้งอาหารโดยไม่รู้สึกละเลยตายฝึกที่จะทิ้งอาหารที่เหลือแทนที่จะเก็บไว้ทานภายหลังจนเกินความจำเป็น ตลอดจนให้ความสำคัญกับการควบคุมตนเองให้ได้เมื่อเกิดความอยากอาหารและครอบครัวมีส่วนช่วยดูแลกำกับ ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“สิ่งที่ทำให้ประสบความสำเร็จคือ อย่าเสียดายของและอาหารที่เหลือ และอย่ามีอาหารในตู้เย็นสำรองมากเกินไป เมื่อเปิดตู้จะทำให้อากาศอาหารมากยิ่งขึ้น” ผู้สนทนาคนที่ 2

“ถ้าเรามีสติ รู้ตัวว่าต้องควบคุมอาหาร เราก็ปฏิบัติตัวได้และไม่ทานจุบจิบ” ผู้สนทนาคนที่ 4

“กิจกรรมเหมาะสมดีแล้วที่ให้ทดลองทำ 3 เดือน ยังสนใจจะทำต่อและตั้งใจจะทำงานอย่างจริงจังจะต้องเพิ่มการบังคับตนเอง มีวินัย และไม่เสียดายของที่เราทานไม่หมดในมือก่อนหน้านั้น” ผู้สนทนาคนที่ 7

“ครอบครัวมีส่วนสำคัญ ถ้าครอบครัวมีการทานให้เห็น ก็จะกระตุ้นความอยาก ทำให้ความตั้งใจที่จะอดอาหารนั้นล้มเหลวได้” ผู้สนทนาคนที่ 10

**3. คุณค่าของการปฏิบัติตามโปรแกรม** จากผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมมีความเหมาะสม ช่วยฝึกวินัยในการควบคุมอาหารและเรียนรู้การควบคุมด้วยตนเอง โปรแกรมมีความยืดหยุ่นไม่ได้บังคับให้ต้องปฏิบัติทุกวัน ทำให้ไม่รู้สึกเครียดจนเกินไป และระยะเวลาที่มีความเหมาะสม การเข้าโปรแกรมมีความคล้ายคลึงกับวิถีชีวิตปกติ เพียงแค่เพิ่มวินัยในการฝึกการรับประทานอาหาร ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่มีเครียดบ้างครั้งในวันที่ทำไม่ได้” ผู้สนทนาคนที่ 1

“โปรแกรมดี มีความยืดหยุ่น ทำให้เราได้ทำสิ่งที่ดีและมีประโยชน์กับตัวเรา” ผู้สนทนาคนที่ 2

“โปรแกรมนี้ดีต่อสุขภาพ จริง ๆ ก็เหมือนการใช้วิถีชีวิตตามปกติ คือการทานอาหารให้เป็นเวลาให้เวลาร่างกายได้พัก กินอยู่ตามวิถีชีวิตปกติ เพียงแค่ไม่ทานจุบจิบเท่านั้นก็ลดเบาหวานได้” ผู้สนทนาคนที่ 3

“รู้สึกสบาย เบาตัว น้ำหนักลง ความดันลง ไม่เครียด” ผู้สนทนาคนที่ 4

“จุดเด่น คือ ได้ฝึกวินัยในการทำงาน อาจจะมีเครียดบ้างบางครั้งในช่วงแรก แต่ก็ปรับตัวได้ รู้สึกสบายตัว สบายท้อง เบา โลง ทานน้อยลง น้ำหนักตัวลดลง อยากจะทำต่อ” ผู้ร่วมสนทนาคนที่ 6

“ความเหมาะสมดีแล้วที่ให้ทดลองทำ 3 เดือน ตั้งใจว่าจะทำงานอย่างจริงจัง” ผู้สนทนาคนที่ 7

“โปรแกรมนี้ดีช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ถ้าปฏิบัติตัวครบตามที่วางแผน” ผู้สนทนาคนที่ 8

“จุดเด่นคือ ยืดหยุ่นไม่บังคับให้ทำงานเกินไป ฝึกความอดทน ควรทำต่อเนื่องต่อไป” ผู้สนทนาคนที่ 10

## อภิปรายผลการวิจัย

**1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด** ขณะอดอาหารและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหาร จากผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและน้ำตาลในเลือดสะสมลดลง แต่จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผลที่ค่อนข้างสั้นรวมถึงขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก ทำให้ยังไม่สามารถสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างชัดเจนในเชิงสถิติ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าในระยะเวลาสั้นเพียง 12 สัปดาห์ ยังไม่ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ<sup>11</sup> อย่างไรก็ตามการที่ระดับน้ำตาลมีการปรับตัวดีขึ้นในกลุ่มตัวอย่าง ถือเป็นสัญญาณที่ดีและชี้ให้เห็นแนวโน้มในเชิงบวกของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าถึงความเป็นไปได้ในการช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หากมีการศึกษาในระยะยาวและในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และการที่ระดับน้ำตาลมีแนวโน้มลดลงใกล้เคียงกับค่าเป้าหมายการรักษา (HbA1c <7%) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีศักยภาพในการช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหากมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และจากผลการศึกษาที่พบแนวโน้ม

การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดแม้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแต่มีความสำคัญทางคลินิกซึ่งการลดลงของ HbA1c ทุก 1% สัมพันธ์กับการลดลงของความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานถึง 21%<sup>12</sup>

**2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน** ผลการศึกษาพบว่า ค่าไตรกลีเซอไรด์ คอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี และดัชนีภาวะดื้ออินซูลินของกลุ่มทดลองดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งนี้เป็นผลมาจากการให้ความรู้ การรับประทานครบถ้วน การมีคู่มือ สื่อวีดิทัศน์ประกอบการปฏิบัติตามโปรแกรม การเสริมสร้างแรงจูงใจ ด้วยการใช้กิจกรรมกลุ่มและการติดตามเยี่ยมทางไลน์ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมว่ามีผลต่อการลดปัจจัยเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญโดยเฉพาะโรคทางหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้การลดลงของระดับไตรกลีเซอไรด์ และคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดีในเลือดมีความสำคัญต่อการลดความเสี่ยงและโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กในผู้ป่วยเบาหวานได้<sup>13</sup> และผลจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหารในแต่ละกิจกรรมตามกรอบแนวคิดช่วยให้เกิดการลดปัจจัยเสี่ยงได้ทั้งการเตรียมความพร้อมและการสร้างทัศนคติต่อพฤติกรรมเป็นปัจจัยสำคัญ ที่กำหนดความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม การส่งเสริมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมช่วยเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ป่วย และการพบปะแลกเปลี่ยนและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เป็นการสร้างเสริมทางสังคมเชิงบวกและการสนับสนุนจากกลุ่มจนเกิดแรงจูงใจให้ปฏิบัติตาม ส่วนภาวะดื้ออินซูลินเป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้ร่างกายไม่สามารถตอบสนองต่ออินซูลินได้อย่างเหมาะสมซึ่งดัชนีภาวะดื้ออินซูลินที่สูงมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดรวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานอื่น ๆ ด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตามโปรแกรมดังกล่าวยังไม่สามารถช่วยควบคุมความดันโลหิต ระดับคอเลสเตอรอลชนิดดี ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งที่ปัจจัยเหล่านี้ก็มีความสำคัญต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อาจเพราะการศึกษาครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ระยะเวลาการศึกษาขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่มากพอและการที่มีปัจจัยแทรกซ้อนอื่นๆ แต่ไม่ได้ถูกควบคุมในการศึกษานี้ เช่น ความร่วมมือในการรักษา ความเครียด เป็นต้น

**3. ผลลัพธ์หลังใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหาร** พบ 3 ประเด็นสำคัญ คือ ความท้าทายในการปฏิบัติตามโปรแกรม กลวิธีที่จะบรรลุความสำเร็จของโปรแกรม และคุณค่าของการปฏิบัติตามโปรแกรม ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานมีความท้าทายในเรื่องความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีอาการหิว ใจสั้น ทำให้ไม่สามารถทำได้ครบทุกวันส่วนใหญ่ทำได้ประมาณ 3 - 4 วันต่อสัปดาห์<sup>14</sup> โดยผู้ป่วยเบาหวานรู้สึกลำบากที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารโดยเฉพาะการงดหรือจำกัดอาหารบางประเภท หรือการงดทานอาหารว่างเนื่องจากติดนิสัยความรู้สึกหิวและความอยากอาหาร อย่างไรก็ตามแม้จะมีความยากลำบากแต่ส่วนใหญ่ก็สังเกตเห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับโดยเฉพาะการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคซึ่งพบจากผลการศึกษาเชิงปริมาณที่ช่วยลดระดับไตรกลีเซอไรด์ คอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี และดัชนีภาวะดื้ออินซูลิน และผลการศึกษาเชิงคุณภาพก็บ่งชี้ว่าการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้ช่วยสร้างประโยชน์ให้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ระบุว่า “รู้สึกสบายตัวมากขึ้น” นอกจากนี้ปัจจัยที่ช่วยให้ประสบความสำเร็จ ได้แก่ การอยู่คนเดียวเพื่อลดการถูกกระตุ้นความอยากอาหาร การมีสติ ความตั้งใจในการควบคุมตนเอง การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรม เช่น ไม่เก็บอาหารเหลือและจำกัดอาหารในตู้เย็น เป็นต้น

การศึกษานี้ใช้การวิจัยแบบผสมวิธีโดยนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพมาอธิบายสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น ทำให้ความเข้าใจถึงกระบวนการปรับวิถีการรับประทานอาหารของผู้ป่วยว่ามีข้อจำกัด

โดยการลดลงของไตรกลีเซอไรด์ คอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี ค่าดัชนีภาวะดีอินซูลินในเชิงปริมาณสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่าโปรแกรมมีประโยชน์ช่วยให้ "สบายตัว" และ "เบาตัว" ส่วนการที่ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต คอเลสเตอรอลชนิดดี ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวไม่ลดลงนั้นสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ระบุถึงความยากลำบากในการควบคุมอาหาร และอาจจะต้องใช้ระยะเวลาและความเข้มข้นในการทำกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะได้นำไปวางแผนในการออกแบบการวิจัยต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สามารถนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีการรับประทานอาหารไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค โดยจัดทำคู่มือตัวอย่างเมนูอาหารที่เหมาะสมตามบริบทท้องถิ่นโดยผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. หน่วยงานด้านสุขภาพสามารถนำผลการศึกษาไปใช้วางแผนในการส่งเสริมสุขภาพโดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของโรคในระยะยาว

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น ปรับปรุงโปรแกรมให้ครอบคลุมทั้งด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย มีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อให้สามารถประเมินผลของโปรแกรมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ควรออกแบบการวิจัยแบบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมซึ่งจะทำให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

### References

1. Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. Chronic disease situation report, 2023. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2023 [cited 2025 Jan 13]. Available from: [https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?deptcode=brc&news=38403&news\\_views=2606](https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?deptcode=brc&news=38403&news_views=2606). (in Thai)
2. Arnason TG, Bowen MW, Mansell KD. Effects of intermittent fasting on health markers in those with type 2 diabetes: A pilot study. *World journal of diabetes*. 2017;8(4):154-64. Available from: <https://doi.org/10.4239/wjd.v8.i4.154>
3. Grajower MM, Horne BD. Clinical management of intermittent fasting in patients with diabetes mellitus. *Nutrients*. 2019;11(4):873. Available from: <https://doi.org/10.3390/nu11040873>.
4. Baneu P, Văcărescu C, Drăgan S-R, Cirin L, Lazăr-Höcher A-I, Cozgară A, Faur-Grigori A-A, Crisan S, Gaita D, Luca C-T, et al. The triglyceride/HDL ratio as a surrogate biomarker for insulin resistance. *Biomedicines*. 2024;12:1493. Available from: <https://doi.org/10.3390/biomedicines12071493>
5. Albosta M, Bakke J. Intermittent fasting: is there a role in the treatment of diabetes? A review of the literature and guide for primary care physicians. *Clinical Diabetes and Endocrinology*. 2021;7(1):3.
6. Ban Tha Khua Sub-district Health Promoting Hospital. Chronic disease morbidity rate report 2024. Lamphang: Ban Tha Khua Sub-district Health Promoting Hospital; 2024. (in Thai)

7. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991;50(2):179–211. Available from: [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T).
8. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1992.
9. Husserl E. *Phenomenology and the crisis of philosophy*. New York: Harper & Row; 1965.
10. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77–101. Available from: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
11. Wilkinson MJ, Manoogian ENC, Zadourian A, Lo H, Fakhouri S, Shoghi A, et al. Ten-hour time-restricted eating reduces weight, blood pressure, and atherogenic lipids in patients with metabolic syndrome. *Cell Metabolism*. 2020;31(1):92-104.
12. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, Hadden D, Turner RC, Holman RR. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ*. 2000 Aug 12;321(7258):405-12. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7258.405>.
13. Pan Y, Zhao M, Song T, Tang J, Kuang M, Liu H, et al. Role of triglyceride-glucose index in type 2 diabetes mellitus and its complications. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*. 2024;17:3325-33. Available from: <https://doi.org/10.2147/dmso.s478287>
14. Alexzandra T, Gentsch M, Reed K, Cunningham A, Chang M, Kahn S, et al. "Once I take that one bite": the consideration of harm reduction as a strategy to support dietary change for patients with diabetes. *BMC Endocrine Disorders*. 2024;24(3):1-9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12902-023-01529-6>.

## Adaptation Experiences of University Students with Major Depressive Disorder during the Covid-19 Pandemic

Chanokporn Sriprasam, Ph.D.<sup>1\*</sup>

Kongkarn Chancharusiri, M.D.<sup>2</sup>

Namtip Kotputorn, B.N.S.<sup>3</sup>

Thanatda Sirisanokaeo, B.Sc.<sup>4</sup>

Received: Jan 23, 2025

Revised: Jun 12, 2025

Accepted: Jul 26, 2025

### Abstract

**Introduction:** The COVID-19 pandemic significantly impacted university students with major depressive disorder. For these individuals, the inability to adapt could lead to worsening depression. Therefore, understanding their experiences of adaptation during the COVID-19 pandemic is important.

**Research objectives:** To study the adaptation experiences of university students with major depressive disorder during the COVID-19 pandemic.

**Research methodology:** A descriptive qualitative method was applied in this study. The participants were university students diagnosed with major depressive disorder who were receiving treatment at the Mental Health Clinic of Suddhavej Hospital in Maharakham Province, Thailand. Participants were selected using purposive sampling. Data were collected through in-depth interviews from January to June 2024. The data were analyzed using content analysis.

**Results:** Twenty participants were included in this analysis, and data saturation were achieved. The adaptation experiences of university students with major depressive disorder revealed 6 themes: 1) Emotional adaptation 2) Adaptation to online learning 3) Adaptation to attending follow-up appointments at the hospital 4) Social adaptation 5) Cognitive and behavioral adaptation 6) Social support that facilitated adaptation during the COVID-19 pandemic.

**Conclusions:** The university students with major depressive disorder demonstrated a variety of adaptive strategies to navigate the challenges posed by the COVID-19 pandemic.

**Implications:** The findings of this research may serve as a foundation for developing targeted care and enhancing mental health support services for university students with major depressive disorder.

**Keywords:** adaptation experiences, university students with major depressive disorder, COVID-19

*Funding: Faculty of Nursing, Maharakham University*

*<sup>1\*</sup>Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Nursing, Maharakham University, Maharakham, Thailand.*

*Email: chanokporn.s@msu.ac.th*

*<sup>2</sup> Psychiatrist, Email: kongkarn.c@msu.ac.th*

*<sup>3</sup> Registered Nurse, Email: namtip.k@msu.ac.th*

*<sup>4</sup> Psychologist, Email: thanatda.s@msu.ac.th*

*<sup>2-4</sup>Mental Health Clinic, Suddhavej Hospital, Maharakham University, Maharakham, Thailand.*

## ประสบการณ์การปรับตัวของนิสิตโรคซึมเศร้าในช่วงการระบาดของโควิด 19

ชนกพร ศรีประสาร ปร.ด.<sup>1\*</sup>กมลกาญจน์ จันทน์จารุศิริ พ.บ.<sup>2</sup>น้ำทิพย์ คตภูธร พย.บ.<sup>3</sup>ธัญธิดา สิริโสณแก้ว วท.บ.<sup>4</sup>

Received: Jan 23, 2025

Revised: Jun 12, 2025

Accepted: Jul 26, 2025

## บทคัดย่อ

**บทนำ:** การระบาดของโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อนิสิตมหาวิทยาลัยที่เป็นโรคซึมเศร้าอย่างมาก หากนิสิตไม่สามารถปรับตัวได้อาจทำให้มีอาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้นและอาจฆ่าตัวตายได้ ดังนั้น การทำความเข้าใจถึงประสบการณ์การปรับตัวในช่วงการระบาดของโควิด 19 จึงมีความสำคัญ

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์การปรับตัวของนิสิตมหาวิทยาลัยที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงการระบาดของโควิด 19

**ระเบียบวิธีวิจัย:** การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา ผู้ให้ข้อมูลเป็นนิสิตมหาวิทยาลัยที่เป็นโรคซึมเศร้ามารับการรักษาที่ คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลสุทธาเวช จังหวัดมหาสารคาม เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก ระหว่างเดือนมกราคม ถึงมิถุนายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

**ผลการวิจัย:** พบข้อมูลอ้อมตัวที่จำนวนผู้ให้ข้อมูล จำนวน 20 ราย ประสบการณ์การปรับตัวของนิสิตที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงการระบาดของโควิด 19 ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) การปรับตัวด้านอารมณ์ 2) การปรับตัวต่อการเรียนแบบออนไลน์ 3) การปรับตัวต่อการไปตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล 4) การปรับตัวด้านสังคม 5) การปรับตัวด้านความคิดและพฤติกรรม และ 6) แรงสนับสนุนที่ทำให้สามารถปรับตัวผ่านช่วงการระบาดของโควิด 19 ได้

**สรุปผล:** ในช่วงการระบาดของโควิด 19 นิสิตมหาวิทยาลัยที่เป็นโรคซึมเศร้ามีการปรับตัวด้านอารมณ์ การเรียนแบบออนไลน์ การไปตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล ด้านสังคม ด้านความคิดและพฤติกรรม และมีแรงสนับสนุนที่ทำให้สามารถปรับตัวผ่านช่วงการระบาดของโควิด 19 ได้

**ข้อเสนอแนะ:** ผลการวิจัยทำให้เข้าใจการปรับตัวของนิสิตมหาวิทยาลัยที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงการระบาดของโควิด 19 และสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดูแลและส่งเสริมให้นิสิตมหาวิทยาลัยที่เป็นโรคซึมเศร้าปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ:** ประสบการณ์การปรับตัว นิสิตมหาวิทยาลัยที่เป็นโรคซึมเศร้า โควิด 19

ได้รับทุนสนับสนุนจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>1\*</sup>Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม ประเทศไทย Email: chanokpom.s@msu.ac.th

<sup>2</sup>จิตแพทย์ Email: kongkam.c@msu.ac.th

<sup>3</sup>พยาบาลวิชาชีพ Email: namthip.k@msu.ac.th

<sup>4</sup>นักจิตวิทยา Email: thanatda.s@msu.ac.th

<sup>2,4</sup>คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลสุทธาเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม ประเทศไทย

## บทนำ

การระบาดของโควิด 19 ส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่อนิสิตมหาวิทยาลัยทั่วโลก โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านอารมณ์ ที่ส่งผลกระทบต่อให้นิสิตมหาวิทยาลัยมีอาการซึมเศร้าและเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ดังเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกาสำหรับอเมริกาและประเทศจีน พบว่าก่อนการระบาดของโควิด 19 นิสิตเป็นโรคซึมเศร้าจำนวนร้อยละ 22 และร้อยละ 16.90 แต่หลังการระบาดของโควิด 19 พบว่า มีนิสิตเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่า คือ ร้อยละ 40 และร้อยละ 30.60 ตามลำดับ<sup>1</sup> และพบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ให้นิสิตเป็นโรคซึมเศร้าในช่วงการระบาดของโควิด 19 ในประเทศจีน คือ ปัญหาการจัดการอารมณ์และความเครียดจากระบบการเรียน<sup>2</sup> สำหรับในประเทศไทย พบว่า ก่อนการระบาดของโควิด 19 ปี พ.ศ. 2562 นิสิตมหาวิทยาลัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 3.40 และในระหว่างการระบาดของโควิด 19 ปี พ.ศ. 2564 - 2565 พบว่าเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 33.36 ซึ่งเพิ่มขึ้นประมาณ 9.8 เท่า<sup>3</sup> และพบว่าสาเหตุที่ทำให้เป็นโรคซึมเศร้าคือ มีความวิตกกังวล และรู้สึกหดหู่ในการปรับตัวให้เข้ากับรูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไป<sup>4</sup>

นิสิตมหาวิทยาลัยที่เป็นโรคซึมเศร้า เป็นกลุ่มเปราะบางที่มักมีปัญหาการปรับตัว การไม่สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้ จึงทำให้เป็นโรคซึมเศร้า<sup>5</sup> เมื่อเริ่มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า บางรายอาจเผชิญกับปัญหาจากการรักษาด้วยยาเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านเศร้าในระยะแรกได้ เช่น มึนงง คลื่นไส้ และอาเจียน แต่ก็ต้องพยายามรับประทานอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่เดียวกันก็ต้องดูแลตัวเองให้ไปเรียน และปรับตัวกับปัญหาที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าด้วย เช่น ปัญหาครอบครัว ความเครียด ความวิตกกังวลจากการเรียน ปัญหาเรื่องเพื่อน ในขณะที่ต้องปรับตัวเผชิญกับปัญหาดังกล่าว ก็ยังต้องเผชิญกับการระบาดของโควิด 19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ที่ไม่เคยคิดว่าการระบาดจะทำให้เกิดความรุนแรงมาก การติดต่อแพร่ระบาดทางระบบทางเดินหายใจได้อย่างง่ายดาย การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ภาพของผู้ที่ติดเชื้อโควิดและเจ็บป่วย มีความรุนแรง น่ากลัวมาก อาการที่รุนแรง การหายใจลำบาก ใช้สูงอาการหนักมาก อีกทั้งผู้ติดเชื้อยังต้องถูกแยกกักตัวให้อยู่ตามลำพัง ญาติไม่สามารถเข้าไปดูแลหรือเยี่ยมได้ หากเสียชีวิตก็ต้องจากไปโดยลำพัง แม้กระทั่งการจัดงานศพ ก็พบปัญหาความยากลำบาก เช่น การหาวัดในการเผาศพหรือตามการประกอบพิธีทางศาสนาที่นับถือ ภาพเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกสะท้อนใจสำหรับคนในสังคมทั่วโลก และสำหรับนิสิตที่เป็นโรคซึมเศร้า มีอารมณ์เศร้าอยู่แล้ว การที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์เช่นนี้ และการต้องปรับตัวกับการใช้มาตรการล็อกดาวน์ ให้อยู่แต่ในที่พักอาศัย ห้ามเดินทางข้ามจังหวัด การเรียนการสอนแบบออนไลน์ จึงทำให้มีความเครียด ซึมเศร้า สลดหดหู่ อารมณ์ตึงเครียดมากขึ้นกว่าเดิม<sup>4</sup> และหากไม่สามารถปรับตัวได้ก็อาจทำให้มีอาการของโรคซึมเศร้ารุนแรงขึ้น และอาจฆ่าตัวตายได้<sup>5</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การปรับตัวของนิสิตมหาวิทยาลัยต่อสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวและระดับการปรับตัวโดยใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ จึงขาดข้อมูลเชิงลึก และรายละเอียดที่ทำให้เข้าใจถึงการปรับตัวของนิสิตได้ดีขึ้น และยังไม่พบการศึกษาถึงประสบการณ์การปรับตัวในกลุ่มนิสิตที่เป็นโรคซึมเศร้าในสถานการณ์การระบาดนี้ และถึงแม้ว่าในปัจจุบัน เป็นยุค Post-Covid 19 หรือ New Normal คือ ยุคแห่งการปรับตัวผ่านช่วงระยะเวลา 10 ปี หรือระหว่าง พ.ศ. 2564 - 2574 โดยศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 คาดการณ์ว่าสังคมไทยสามารถคุมสถานการณ์แพร่ระบาดเชื้อโควิด 19 ได้ แต่เนื่องจากโรคระบาดโควิด 19 มีหลากหลายสายพันธุ์และความรุนแรงของสายพันธุ์แตกต่างกัน และที่ผ่านมาโรคในตระกูลเดียวกันกับโควิด 19 ได้ระบาดมาก่อนแล้ว คือ โรคซาร์ส (SARS) โรคเมอร์ส (MERS) ล้วนแล้วแต่มาจากสถานะซูโนติก (Zoonotic) หรือโรคระบาดจากสัตว์สู่คน ในอนาคตโรคในตระกูลเดียวกันอาจมีการแพร่ระบาดอีกครั้ง<sup>6</sup> ดังนั้น

การศึกษาถึงประสบการณ์การปรับตัวของนิสิตที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงการระบาดของโควิด 19 จึงมีความจำเป็นเพื่อให้เข้าใจถึงการปรับตัวของนิสิตที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงการระบาดของโควิด 19 และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานแนวทางในการวางแผนดูแล และส่งเสริมให้นิสิตที่เป็นโรคซึมเศร้าสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์การปรับตัวของนิสิตที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงการระบาดของโควิด 19

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative research)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นิสิตที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่ คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลสุทธาเวช จังหวัดมหาสารคาม และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า (F32) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงตามเกณฑ์ (Purposive sampling) คือ 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) ศึกษาอยู่ในชั้นปี 1 - 4 ระดับปริญญาตรี ระหว่างปีการศึกษา 2565 - 2566 3) มีคะแนนซึมเศร้า  $\leq 18$  คะแนน (ระดับน้อยมากถึงปานกลาง ประเมินด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9Q) 4) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 5) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบตัวต่อตัว โดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตัวอย่าง เช่น “ช่วยเล่าว่าการระบาดของโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อตนเองอย่างไรบ้าง” “นิสิตมีการปรับตัวต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเองในช่วงการระบาดของโควิด 19 อย่างไรบ้าง” ส่วนคำถามอื่น ๆ จะปรับให้สอดคล้องกับข้อมูลสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของข้อมูล โดยการฟังบทสัมภาษณ์ซ้ำ ถอดเทปแบบคำต่อคำและตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์ โดยการฟังบทสัมภาษณ์ซ้ำอีกครั้ง และทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความเข้มงวดของงานวิจัยโดยการให้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายตรวจสอบความถูกต้อง (Member checking) จากนั้นเปิดโอกาสให้อธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่ข้อมูลไม่ชัดเจนในมุมมองของผู้ให้ข้อมูล (Clarification) และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป หลังจากนั้นตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันกับผู้ร่วมวิจัย

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 552-504/2566 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2566 คณะผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ-สกุล เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายไฟล์บทสัมภาษณ์ และเอกสารบันทึกข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดทันที และขณะสัมภาษณ์หากผู้วิจัยถามคำถามที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสะเทือนใจ ร้องไห้ ผู้วิจัยจะหยุดถามคำถาม และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้พูดระบายความรู้สึก โดยผู้วิจัยจะรับฟังอย่างตั้งใจเพื่อแสดงความเข้าใจและยอมรับในการแสดงออก และหากผู้ให้ข้อมูลต้องการแหล่งช่วยเหลือ

ผู้วิจัยจะดำเนินการส่งต่อ และผู้วิจัยยินดียุติการสัมภาษณ์ครั้งนั้น หากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมให้สัมภาษณ์ แต่หากผู้ให้ข้อมูลยังคงยินดีที่จะให้ข้อมูล ผู้วิจัยขอนัดหมายในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนมกราคม ถึง มิถุนายน 2567 ณ ห้องให้คำปรึกษาศลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลสุทธาเวช ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว และไม่มีเสียงรบกวน นักจิตวิทยาประจำคลินิก (ผู้ร่วมวิจัย) เป็นผู้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมโครงการวิจัย (Recruitment process) เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อเข้าใจแล้ว จึงเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย ลงลายมือชื่อไว้ในแบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัย หลังจากนั้นขออนุญาตสอบถามข้อมูลทั่วไป สัมภาษณ์เชิงลึกแบบตัวต่อตัว บันทึกเทปเสียง สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยสังเกตพฤติกรรม ลักษณะกิริยา ท่าทาง การแสดงออกของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ และจดบันทึกภาคสนาม ใช้เวลาสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 45 - 60 นาที สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนละ 1 ครั้ง หลังจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 20 ราย ผู้วิจัยพบว่า ข้อมูลอิ่มตัว คือ ได้ข้อมูลที่ซ้ำ ๆ กัน ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น และมีความเพียงพอของข้อมูล ข้อมูลมีจำนวนมากพอที่จะสรุปข้อมูลที่นำเสนอของประสบการณ์การปรับตัวของนิสิตที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงการระบาดของโควิด 19 ได้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสังเกตโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการจัดการข้อมูลให้เป็นระเบียบ กลั่นกรองเฉพาะความหมายที่สำคัญตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย การนำเสนอข้อมูลในรูปของการพรรณนาประกอบคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

### ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 20 ราย อายุตั้งแต่ 18 - 25 ปี อายุเฉลี่ย 22.10 ปี เพศหญิง จำนวน 19 ราย เพศชายจำนวน 1 ราย ได้รับค่าใช้จ่ายตั้งแต่ 4,000 ถึง 15,000 บาทต่อเดือน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 9,140 บาทต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคซึมเศร้า 2 - 5 ปี เฉลี่ย 2.95 ปี และมีประสบการณ์การติดโควิดตั้งแต่ 1 - 4 ครั้ง ร้อยละ 65 ประสบการณ์การปรับตัวของนิสิตที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงระบาดโควิด 19 พบ 6 ประเด็นหลัก ดังนี้

#### 1) การปรับตัวด้านอารมณ์ ผู้ให้ข้อมูลจึงมีการปรับตัวด้านอารมณ์ 2 ประเด็น ดังนี้

**1.1 การลดความกลัวและวิตกกังวล** ผู้ให้ข้อมูลมีความกลัวและวิตกกังวลว่าตนเองจะติดเชื้อ และกลัวตนเองจะนำเชื้อโควิด 19 ไปสู่ครอบครัว มีการลดความกลัวและวิตกกังวล ดังนี้

**1.1.1 กลัวและวิตกกังวลว่าตนเองจะติดเชื้อโควิด 19** ผู้ให้ข้อมูลจึงมีการลดความกลัวและวิตกกังวล โดยดูแลป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อโควิด 19 เช่น รักษาความสะอาดของร่างกายตนเองเพิ่มขึ้น พกเจลแอลกอฮอล์เพื่อล้างมือ สวมใส่หน้ากากอนามัยเมื่อต้องออกไปนอกห้องพัก ไม่ไปในที่ชุมชนแออัด รักษาระยะห่าง สังเกตอาการไข้ ไอ เจ็บคอ วัตถุประสงค์ตรวจ ATK ดังคำกล่าว “หนูกลัวติดเชื้อ หนูรู้สึกถ้าเราป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแล้วยังป่วยเป็นโรคโควิดอีกแย่มากขึ้น ก็เลยพยายามดูแลตัวเอง รักษาระยะห่าง กลับจากโรงพยาบาล หนูจะล้างมือ อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ถอดเสื้อผ้าเอาไปซักทันทีเลย แล้วก็เจลแอลกอฮอล์ใส่แมส ตรวจ ATK ไม่ค่อยได้ไปข้างนอก” (P7)

สั่งอาหารแบบเดลิเวอรี่ให้มาส่งที่หอพักแทนการออกไปซื้อหรือรับประทานอาหารที่ร้าน ดังคำกล่าว “ช่วงโควิดคือหนูแทบไม่ออกไปไหนเลย เพราะว่าด้วยความกลัวว่าจะติดเชื้อ กลัวจะรุนแรง เลยอยู่แต่ในห้องเลยล่ะ เวลากินข้าวสั่งแล้วก็เขามาส่งแล้วก็ค่อยไปรับขึ้นมา” (P3) “ส่วนมากหนูจะสั่งอาหารให้เขามาส่งค่ะ เพราะว่าหนูไม่อยากจะออกไปข้างนอก สั่งในกลุ่ม Facebook มมส. ของกินเท่านั้น 24 ชม. หรือกลุ่มมมส. ของกินทุกอย่าง บางครั้งก็กด Grab ค่ะ” (P18)

ใช้สมุนไพร ฟ้าทะลายโจร และขิง ดังคำกล่าว “ใช้ฟ้าทะลายโจรค่ะ หยอดตอนคัดจมูก วันหนึ่งหยอดประมาณ 2 ครั้ง หยอดแล้วมันโล่ง แต่ว่าข้อเสียคือ ขม และก็น้ำขิง ชงใส่น้ำร้อน กิน 3 ชงต่อวัน เช้า กลางวัน เย็น จิบเอา อาการดีขึ้นค่ะ” (P12)

ค้นหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโควิด 19 จากเว็บไซต์ Google และติดตามข้อมูลข่าวสารจากสื่อสังคมออนไลน์ Facebook หรือ Twitter (X) ดังคำกล่าว “คีย์เข้าไปใน google เน้นคำว่า ป้องกันตนเองจากโควิด” (P3) “ดู Facebook กับ Twitter (X) สถิติคนเสียชีวิตในแต่ละวัน โปสต์ป้องกันการติดโควิด” (P6)

สวดมนต์ ไหว้พระ และฝากทำบุญตักบาตรทางสื่อสังคมออนไลน์ เพื่ออธิษฐานขอให้ตนเองไม่ติดเชื้อโควิด 19 ดังคำกล่าว “สวดมนต์ไหว้พระ อธิษฐานขอยeahให้หนูติดโควิดเลย สวดอะระหังลัมมา รอบเดียวก่อนนอนทุกวัน แล้วก็จะมีอวยพรตัวเอง สาธุ.. ขอให้ร่างกายแข็งแรง อย่าติดโควิด เพราะว่าติดโควิดปุ๊บ เราก็คงหยุดนั่นหยุดนี่... สวดแล้วฝันดีค่ะ” (P18) “มีรับตักบาตรไปทำบุญที่วัด แถว ๆ บ้าน เป็นคนรู้จัก เพิ่งมาทำช่วงโควิดติดต่อกันทาง Facebook เราก็ออกไปบอกว่ายากทำบุญ เขาก็จะส่งมาว่าวันนี้มีแกงอะไร หนูทำอาทิตย์ละครั้งค่ะ พอทำแล้ว รู้สึกดีขึ้น” (P7)

1.1.2 กลัวตนเองจะนำเชื้อโควิด 19 ไปสู่ครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าจะไม่เดินทางข้ามจังหวัด ไม่กล้ากลับบ้านที่ต่างจังหวัด เพราะกลัวว่าอาจจะไปติดเชื้อระหว่างเดินทาง และจะเป็นคนที่นำพาเชื้อโควิด 19 ไปสู่ครอบครัว จะทำให้ตนเองรู้สึกผิดเพิ่มขึ้น ดังคำกล่าว “กลัวตัวเองจะไปติดเชื้อระหว่างทาง แล้วเอาไปแพร่ให้ครอบครัว จะรู้สึกผิดเพิ่มขึ้น” (P15)

1.2 การผ่อนคลายอารมณ์ ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเครียด มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบทั้งในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเรียนแบบออนไลน์ และใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่แต่ในห้องพักที่หอพักคนเดียว ทำให้รู้สึกเหงาโดดเดี่ยว บางครั้งทำให้ซึมเศร้าเพิ่มขึ้น มีการปรับตัวโดยการผ่อนคลายอารมณ์โดยใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น ฟังเพลง ทาง YouTube และ TikTok ดังคำกล่าว “ส่วนใหญ่ก็จะฟังเพลงใน TikTok ค่ะ เพลงสนุก ๆ ก็จะถูกขึ้นต้นเองบ้าง เหมือนเป็นเพื่อนระบาย” (P9) “ฟังเพลงทาง YouTube ครับ เป็นเพลงที่เราฟังค่อนข้างบ่อยแล้วมันจะดังขึ้นหน้าฟีดแล้วครับ ยกตัวอย่างเช่น เพลง ไอ ออลเดย์ วันนา ไดร้ ซัมทาม ของ 1975 ครับ ลักษณะเป็นเพลงกล่าวถึงการเป็นซึมเศร้า แต่ก็ให้กำลังใจช่วงท้ายครับ” (P15)

เลี้ยงสัตว์ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ชอบเลี้ยงแมวเป็นเพื่อนแก้เหงา มีแมวเป็นเพื่อน โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโควิด 19 รู้สึกชอบเวลาที่แมวมาคลอเคลีย มาหยอก เล่นด้วย และเมื่อมีความทุกข์ใจ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เล่าว่ามักเก็บกดปัญหาเอาไว้ ไม่กล้าเล่าให้ใครฟัง แต่สามารถพูดคุยเล่าระบายให้แมวฟังได้ทุกอย่าง ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย อาการซึมเศร้ามลดลง ดังคำกล่าว “แมวจะมาอ้อน มาคลอเคลีย มาหยอก เล่นด้วย แล้วก็มาเลียนิ้วมีอะนะ รู้สึกว่าตอนนั้นมีกำลังใจ แมวช่วยให้หนูหายเร็ว อาการเศร้าของหนูดีขึ้นนะค่ะ” (P12)

**2. การปรับตัวต่อการเรียนแบบออนไลน์** การระบาดของโควิด 19 ทำให้มหาวิทยาลัย ต้องปรับเป็นการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ซึ่งเป็นสิ่งใหม่ที่ผู้ให้ข้อมูลไม่เคยเรียนแบบนี้มาก่อน จึงเกิดปัญหาความไม่พร้อมของการเรียนรู้ บางรายประสบกับปัญหาสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร สัญญาณขาดหาย ทำให้การเรียนรู้สะดุด รู้สึกหงุดหงิด และเครียด และบางครั้งผู้ให้ข้อมูลก็ไม่สามารถเปิดกล้องได้เนื่องจากมีผลต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ต ดังคำกล่าว “จะเป็นเรียนแบบเข้าไปฟังอาจารย์สอนเฉย ๆ กับดูที่อาจารย์เปิดแล้วก็ดูสไลด์ แล้วก็ทำงานส่งออนไลน์ ส่วนมากจะไม่ได้เปิดกล้อง พอเปิดแล้วมันก็ทำให้สัญญาณไม่ค่อยดีค่ะ บอกอาจารย์ ๆ ว่าใครสะดวกเปิดก็เปิดได้ ดูที่บ้านก็ไวย้อนหลังได้ค่ะ” (P5)

**3. การปรับตัวต่อการไปตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล** ผู้ให้ข้อมูลก็ยังคงไปโรงพยาบาลตามวันนัด แต่เผชิญกับปัญหาการเดินทางเนื่องจากส่วนใหญ่ไม่มีรถส่วนตัว และรถสองแถวประจำทางไม่ค่อยมีในช่วงนั้น ต้องขอให้เพื่อนไปส่งบ้างหรือบางครั้งจะใช้บริการจาก แอปพลิเคชันบริการรับ-ส่งการเดินทาง เมื่อถึงโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลพบกับบรรยากาศที่ทุกคนเคร่งเครียด สวมใส่หน้ากากอนามัย รักษาระยะห่างกันอย่างเคร่งครัด นั่งรอบบนที่นั่งที่ไม่มีเครื่องหมายกากบาท การพูดคุยติดต่อกับพยาบาลและจิตแพทย์ จะมีฉากพลาสติกกันเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด บรรยากาศเปลี่ยนไปจากก่อนการระบาดของโควิด แต่ก็รู้สึกว่าทุกคนมีการป้องกันการติดเชื้อ จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่ติดเชื้อโควิดด้วย ดังคำกล่าว “มีปัญหาเรื่องการเดินทางค่ะเพราะไม่มีรถส่วนตัว รถสองแถวเขาไม่ค่อยออกมา ต้องรบกวนเพื่อนพามาโรงพยาบาล บางครั้งก็เรียกแกร็บเอาค่ะ เขาใส่หน้ากากป้องกันการติดเชื้อ ไปโรงพยาบาลทุกคนก็ป้องกันติดเชื้อตามมาตรการ บรรยากาศเคร่งเครียด แต่ก็คิดว่าดีจะได้ไม่ติดเชื้อ” (P1)

**4. การปรับตัวด้านสังคม** การต้องเผชิญกับมาตรการล็อกดาวน์ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลติดต่อกับสังคมผ่านโซเชียลมีเดีย ส่วนใหญ่จะเป็นการแชทผ่านทางเฟซบุ๊ก ดังคำกล่าว “พอเราไม่ได้เจอเพื่อน ก็เลยเล่นโซเชียลมากขึ้น มีเฟซบุ๊ก อินสตาแกรม ไลน์ค่ะ ส่วนใหญ่จะเป็นการแชทคุยกันทางเฟซบุ๊กค่ะ แล้วก็กลุ่มเพื่อนห้องเรียนที่เอาไว้คุยงานประสานงานกัน” (P6)

### 5. การปรับตัวด้านความคิดและพฤติกรรม

**5.1 การเลือกสนใจดูแลตัวเองในช่วงการระบาดของโควิด 19** ผู้ให้ข้อมูลซึ่งพักอาศัยอยู่ห้องพักคนเดียว ไม่ได้กลับบ้านที่ต่างจังหวัด ไม่มีคนดูแล ในเวลาวิกฤตของชีวิตนี้ จึงได้เรียนรู้ว่า ควรสนใจดูแลตัวเองมากกว่า เพราะไม่มีใครที่จะมาสนใจดูแลผู้ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ดังคำกล่าว “ปกติหนูชอบไปสนใจสิ่งรอบข้างมากกว่าจนไม่ได้สนใจความรู้สึกตัวเอง ไม่ได้สนใจว่าตัวเอง จะเป็น จะดียังไง โควิดทำให้หนูเรียนรู้ได้ว่า มันไม่ได้มีคนดูแลเราตลอด เราก็แบบไม่ต้องสนใจคนรอบข้างมากเกินไป ถ้าเราเป็นอะไรไป เขาก็ไม่ได้สนใจ หนูก็เลยเลือกที่จะดูแลตัวเองดีกว่า” (P12)

**5.2 มุมมองการคิดเชิงบวกจากการระบาดของโควิด 19** ผู้ให้ข้อมูล มีการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการระบาดของโควิด 19 จากเชิงลบเป็นมุมมองเชิงบวก คือ การระบาดของโควิด 19 ทำให้ตนเองมีความใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ห่วงใยตัวเองมากขึ้น ดังคำกล่าว “โควิดทำให้ใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ห่วงใยตัวเองมากขึ้นค่ะ” (P13)

**6. แรงสนับสนุนทำให้สามารถปรับตัวผ่านช่วงการระบาดของโควิด 19 ได้** ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เล่าว่าเป็นมารดาที่คอยให้กำลังใจ และย้ำเตือนให้มีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 และอาจารย์ที่ปรึกษา เวลาที่ผู้ให้ข้อมูลขาดเรียน คะแนนสอบไม่ผ่าน อาจารย์ที่ปรึกษาจะโทรศัพท์ติดต่อผู้ให้ข้อมูล สอบถาม

สาเหตุให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ จนทำให้สอบผ่าน และผลการเรียนดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีเพื่อนร่วมชั้นเรียน ช่วยไปส่งที่โรงพยาบาล บางครั้งเพื่อนซื้อข้าวมาให้วางไว้ที่จุดวางอาหารของหอพักด้วย ดังคำกล่าว “แม่ให้กำลังใจ ได้ดี ปลอดภัยเรารู้ว่ามันจะผ่านไป เดียวมันก็หาย พุดมาตลอดทุกครั้งที่มาหาหมอเลยคะ และคอยเตือนให้ใส่ หน้ากากอนามัย พกเจลแอลกอฮอล์เวลาจะไปธุระข้างนอกคะ” (P2) “อาจารย์ที่ปรึกษาโทรมาถามเรื่องขาดเรียน ค่ะแนนสอบไม่ผ่านหลายวิชา พุดให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ให้ติดต่อพุดคุยกับอาจารย์ได้ มีอะไรให้ช่วยเหลือให้บอก ต่อมาหนูก็สอบผ่านคะ ทุกวันนี้ยังติดต่ออาจารย์อยู่คะ” (P17) “เพื่อนคอยดูแล พามาโรงพยาบาล บางครั้งก็ซื้อข้าวไปให้ วางไว้ที่หอพักให้วาง ติดต่อพุดคุยกันถามกันคะ” (P1)

### อภิปรายผลการวิจัย

**ประเด็นหลัก 1 การปรับตัวด้านอารมณ์** ผู้ให้ข้อมูลมีการปรับตัวด้านอารมณ์ประกอบด้วย การลดความกลัว วิตกกังวล และการผ่อนคลายอารมณ์ สามารถอธิบายได้ดังนี้

การลดความกลัวและวิตกกังวล ความกลัวและวิตกกังวลว่าตนเองจะติดเชื้อโควิด 19 จึงมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า นิสิตมหาวิทยาลัยมีความวิตกกังวลต่อการระบาดของโควิด 19 ระดับมาก จึงมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ระดับมากเช่นกัน พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 สามารถลดความกลัวและความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อโควิด 19 ได้<sup>7</sup> นอกจากนี้ยังมีการสั่งอาหารเดลิเวอรี่ให้มาส่งที่หอพักแทนการออกไปรับประทานอาหารที่ร้าน อธิบายได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความกลัวว่าจะติดเชื้อโควิด 19 จึงมีการป้องกันการติดเชื้อ สั่งอาหารออนไลน์จากกลุ่มใน Facebook หรือ Grab ซึ่งเป็นช่องทางที่เข้าถึงได้ง่าย และสะดวก สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ในช่วงการระบาดของโควิด 19 นักศึกษามหาวิทยาลัย มีการสั่งอาหารผ่านทางออนไลน์ให้มาส่ง<sup>8</sup> และผู้ให้ข้อมูลยังมีการใช้สมุนไพรมะนาวและขิง อธิบายได้ว่า พืชสมุนไพรเป็นสมุนไพรที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้ใช้ในช่วงการระบาดของโควิด 19 และพบว่ามีปริมาณการใช้ที่สูงขึ้นในช่วงการระบาดของโควิด 19 นอกจากนี้ยังพบว่ามีการใช้ขิงด้วยเช่นกัน<sup>9</sup>

การค้นหาคำความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อโควิด 19 จากเว็บไซต์และสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ให้ข้อมูล อธิบายได้ว่า โรคโควิด 19 เป็นโรคที่เกิดขึ้นใหม่ เมื่อติดเชื้อแล้วมีความรุนแรง อาจทำให้เสียชีวิตได้ จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกกลัวการติดเชื้อ และปัจจุบันเป็นยุคที่ทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการระบาดของโควิด 19 ทั่วโลกได้อย่างทันทีผ่านเว็บไซต์และสื่อสังคมออนไลน์<sup>10</sup> และถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแต่ก็ยังคงมีความสนใจที่จะค้นหาคำความรู้ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการสงบ มีพฤติกรรมที่แสดงถึงความพยายามในการดูแลตนเองด้วยความตั้งใจใส่ใจและไม่ละเลยต่ออาการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง<sup>11</sup> สำหรับการสวดมนต์ ไหว้พระ และฝากทำบุญตักบาตรทางสื่อสังคมออนไลน์ อธิบายได้ว่าการสวดมนต์ ไหว้พระ เป็นการภาวนาทางศาสนาพุทธอย่างหนึ่ง ทำให้มีสมาธิ จิตใจสงบ ทำให้มีกำลังใจ สามารถลดความกลัวได้<sup>12</sup> นอกจากนี้ การทำบุญใส่บาตร เป็นประเพณีที่เชื่อว่าเป็นการสร้างบุญกุศล สามารถกวาดน้ำอุทิศส่วนกุศลให้กับผู้ล่วงลับ เจ้ากรรมนายเวรที่ทำให้เจ็บป่วย ทำให้เกิดความสุขสงบในจิตใจ การเจ็บป่วยหายได้ แต่ด้วยวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ในปัจจุบันจึงมีการจ้างร้านค้าให้เป็นตัวแทนในการทำอาหารใส่บาตรให้แทน<sup>13</sup>

สำหรับความกลัวตนเองจะนำเชื้อโควิด 19 ไปสู่ครอบครัว อธิบายได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มักมีบุคลิกภาพหวงใย คิดถึงและสนใจคนมาก และเกิดความรู้สึกผิดง่ายอยู่แล้ว<sup>14</sup> เมื่อมีการระบาดของโควิด 19 จึงมีความรู้สึกกลัวและเป็นห่วงคนในครอบครัวมากกว่า หากตนเองกลับบ้าน อาจจะเป็นคนนำเชื้อโควิด 19

ไปสู่ครอบครัว จะทำให้ตนเองรู้สึกผิดและอาจเป็นการทำให้เกิดอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้ จึงไม่เดินทางกลับบ้านที่ต่างจังหวัด

การผ่อนคลายอารมณ์ โดยใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อผ่อนคลายอารมณ์ อธิบายได้ว่า เป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ใช้สะดวก สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ในช่วงการระบาดของโควิด 19 นักศึกษามหาวิทยาลัย มีการฟังเพลงผ่านสื่อออนไลน์ และ YouTube เนื่องจากสามารถใช้งานได้ง่าย สะดวก<sup>๑</sup> การเลี้ยงสัตว์ อธิบายได้ว่า แมวเป็นสัตว์เลี้ยงที่ชอบมาคลอเคลีย สามารถเล่าหรือระบายความรู้สึกกับแมว เหมือนเป็นเพื่อน จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลเลี้ยงแมว สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า ในช่วงการระบาดของโควิด 19 มีการเลี้ยงแมว โดยส่วนมากเป็นผู้หญิง ร้อยละ 89 การเลี้ยงแมวช่วยลดความรู้สึกซึมเศร้า การต้องแยกตัวอยู่คนเดียว ความโดดเดี่ยว และช่วยเพิ่มความเมตตาตนเอง ความสามารถที่จะทำกิจวัตรประจำวัน การมีเป้าหมายและความหมายของชีวิต และการเผชิญกับความไม่แน่นอนในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด 19<sup>15</sup>

**ประเด็นหลัก 2 การปรับตัวต่อการเรียนออนไลน์** ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งเดิมมักมีปัญหาเรื่องการเรียน ขาดสมาธิ ขาดแรงบันดาลใจในการเรียนอยู่แล้ว เมื่อต้องเรียนแบบออนไลน์ ซึ่งเป็นสิ่งใหม่และพบเจอกับอุปสรรคในการเรียนออนไลน์ อาจทำให้รู้สึกหงุดหงิดและเครียด ผู้ให้ข้อมูลมีการปรับตัวที่เหมาะสมโดยการแจ้งอาจารย์ผู้สอนถึงปัญหาสัญญาณอินเทอร์เน็ต ดูวิดีโอการสอนที่บ้านที่กไว้ออนไว้ และมีการผ่อนคลายอารมณ์ด้วยการฟังเพลงจาก YouTube, TikTok และเลี้ยงแมว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ในช่วงการระบาดของโควิด 19 นิสิตมหาวิทยาลัยมีความเครียดจากการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับสูง และมีวิธีจัดการความเครียดจากการเรียนออนไลน์ โดยการทำกิจกรรมที่ชอบทำให้ผ่อนคลายความเครียดได้<sup>12</sup>

**ประเด็นหลัก 3 การปรับตัวต่อการไปรับบริการที่โรงพยาบาล** อธิบายได้ว่า บุคคลที่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาก็จะพยายามเผชิญกับปัญหา หาวิธีแก้ไขปัญหานั้น ไม่หลีกเลี่ยงปัญหา<sup>5</sup> ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เมื่อเผชิญกับปัญหาการเดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจตามนัด จึงพยายามหาวิธีแก้ไขปัญหานี้ โดยขอให้เพื่อนช่วยไปส่งหรือใช้บริการจากแอปพลิเคชันรับส่งการเดินทาง สะท้อนถึงผู้ให้ข้อมูลสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้และมีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

**ประเด็นหลัก 4 การปรับตัวด้านสังคม** ในช่วงการระบาดของโควิด 19 แม้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถไปพบเจอเพื่อนได้เหมือนเดิม แต่เป็นยุคที่การติดต่อสื่อสารผ่านทางโซเชียลมีเดียมีการเข้าถึงและใช้ได้อย่างสะดวก ผู้ให้ข้อมูลจึงมีการปรับตัวโดยการใช้การติดต่อสื่อสารผ่านทางโซเชียลมีเดียเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยมีการปรับตัวด้านสังคม โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนในลักษณะสื่อสารทางออนไลน์<sup>16</sup>

**ประเด็นหลัก 5 การปรับตัวด้านความคิดและพฤติกรรม** ในการเลือกสนใจดูแลตัวเอง อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักมีความสนใจคนรอบข้างมากกว่าตนเอง<sup>14</sup> การระบาดของโควิด 19 ทำให้ได้อยู่กับตัวเองมากขึ้น จึงเกิดการเรียนรู้และปรับตัวด้านความคิดว่า ไม่ได้มีใครมาสนใจและดูแลตนเองได้ตลอดเวลา จึงมีการปรับพฤติกรรมตามมา ด้วยการเลือกที่จะสนใจดูแลตนเอง สำหรับมุมมองการคิดเชิงบวกจากการระบาดของโควิด 19 การระบาดของโควิด 19 ทำให้ใส่ใจในสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น สะท้อนถึงการปรับมุมมองต่อการระบาดของโควิด 19 จากมุมมองการคิดเชิงลบเป็นเชิงบวก สอดคล้องกับการศึกษา การสำรวจการคิดเชิงบวกของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งที่มีต่อสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 พบว่า นักศึกษามีการคิดเชิงบวกอันดับที่หนึ่ง คือ การระบาดของโควิด 19 ทำให้ได้มีโอกาสหันมาใส่ใจป้องกันสุขภาพของตัวเอง ร้อยละ 70.16<sup>17</sup>

**ประเด็นหลัก 6** แรงสนับสนุนที่ทำให้สามารถปรับตัวผ่านช่วงการระบาดของโควิด 19 ได้ การได้รับการดูแล ช่วยเหลือ พุดคุย และให้กำลังใจจากครอบครัว อาจารย์ที่ปรึกษา และเพื่อนในช่วงการระบาดของโควิด 19 ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกมีกำลังใจ ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความเครียด และอาการซึมเศร้าลดลง สามารถดำเนินชีวิตประจำวัน เรียนหนังสือ ปรับตัวได้ สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า การได้รับกำลังใจ พุดคุยระบายความรู้สึก การดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือจากครอบครัว อาจารย์ที่ปรึกษาและเพื่อนจะทำให้อาการซึมเศร้า เครียดลดลง และสามารถปรับตัวผ่านช่วงการระบาดของโควิด 19 มาได้<sup>18-19</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันโรคโควิด 19 จะเป็นโรคประจำถิ่น แต่อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ทำให้เข้าใจถึงการปรับตัวของนิสิตที่เป็นโรคซึมเศร้าในช่วงการระบาดของโควิด 19 ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตในชีวิต และในอนาคตอาจมีการระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่อาจมีลักษณะเช่นนี้เกิดขึ้น ดังนั้น ผลการวิจัยจึงสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานแนวทางในการวางแผนดูแลและส่งเสริมให้นิสิตที่เป็นโรคซึมเศร้ามีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมต่อไป

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

พัฒนารูปแบบการส่งเสริมให้ครอบครัว อาจารย์ที่ปรึกษา และเพื่อนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการปรับตัวของนิสิตที่เป็นโรคซึมเศร้า ให้สามารถปรับตัวในช่วงเวลาวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

### References

1. Zarowski B, Giokaris D, Green O. Effects of the COVID-19 pandemic on university students' Mental health: a literature review. Cureus [internet]. 2024 [cited 2025 Mar. 20]; 16(2):1-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38348205/>
2. Zuopeng J, Xuhong J, Ran T, Hazar D. COVID-19: a source of stress and depression among university students and poor academic performance. Frontiers In Public Health [internet]. 2022 [cited 2025 Mar 12];10(41):104-16. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.898556/full>
3. Krachodnok P, Boonchan F, Thongnopakun S. Mental health literacy and factors related to depression in the situation of coronavirus disease 2019 (COVID-19) among undergraduate students in one university of Chonburi province. Journal of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University [internet]. 2022 [cited 2024 Nov 13];5(2):125-35. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmpub/article/view/253336> (in Thai)
4. Meuangkhwa P, Klongdee K, Chaniang S. Depression among Thai undergraduate students: the critical role of higher educational institutions. Journal of Nursing, Siam University [internet]. 2021 [cited 2024 Mar 12];21(41):104-16. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal/article/view/244029> (in Thai)
5. Videbeck SL. Psychiatric-mental health nursing. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020.

6. Samakoses V. The role of educational institutions on the risks of the adaptation. *Journal of Social Sciences and Humanities* [internet]. 2021 Dec. 7 [cited 2025 Mar. 25];47(2):1-6. Available from: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/socku/article/view/255690/173171> (in Thai)
7. Thinpreprem R, Sirijaroonwong U, Silangam W. Knowledge and behavior of students of public health and environmental Huachiew Chalermprakiet University regarding self-care prevention from Novel Coronavirus (COVID-19) [Internet]. 2021 [cited 2025 Apr. 1]. Available from: <https://has.hcu.ac.th/jspui/handle/123456789/2575> (in Thai)
8. Srikhamjak T, Yanawuth K, Sucharittham K, Larprabang C, Wangsattabongkot P. Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and lifestyle in Thai occupational therapy students: a mixed method study. *European Journal of Investigation in Health, Psychology And Education*. [ internet] . 2022 [cited 2024 Nov 20];12:1682–99. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36421324/>
9. Soontara C, Thanawiroon C, Treepojana R, Srichamnan P, Sadira T. The study of quantity and value of herbal and Thai traditional medicines use in Sunpasitthiprasong hospital [internet]. 2024 [cited 2025 June 12]; 20(2):40–59. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/IJPS/article/view/267291/183528> (in Thai)
10. Wongpiromsarn Y. Mental health and the COVID -19 crisis in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand* [internet]. 2020 [cited 2024 Dec 2];28(4):280-91. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/242486/166967> (in Thai)
11. Yingthanathannan P, Uthis P, Upasen R. Lived experiences of patient with major depressive disorder who achieved remission. *Journal of Nursing Research, Innovation and Health* [internet]. 2020 [cited 2024 Nov 18];32(2):55-65. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/254326> (in Thai)
12. Kladsumnaing P, Rattanangam S. Chanting resulting in the quality of life development of Buddhists in Samut Sakhon province. *The Journal of Institute of Trainer Monk Development* [internet].2023 [cited 2024 Dec 2]; 6(3):24-34. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/tmd/article/view/262477/179280> (in Thai)
13. Visarado PS, Wichuma N. Appropriate food offering of Thai Buddhists at contemporary. *Journal of Roi Kaensarn Academi* [internet]. 2023 [cited 2024 Nov 18];8(2):497-511. Available from: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JRKSA/article/view/258713> (in Thai)
14. Angkapanichkit J. Life cycle of home, hospital and university: a narrative analysis of Thai student with depression. *The New Viridian Journal of Arts, Humanities and Social Sciences* [internet]. 2022 [cited 2024 Nov. 14];2(1):44-59. Available from: [https://so01.tci-thaijo.org/index.php/The\\_New\\_Viridian/article/view/255036/169972](https://so01.tci-thaijo.org/index.php/The_New_Viridian/article/view/255036/169972) (in Thai)
15. Kogan LR, Currin-McCulloch J, Bussolari C, Packman W, Erdman P. The psychosocial influence of companion animals on positive and negative affect during the COVID- 19 pandemic. *Animals* [internet]. 2021[cited 2024 Dec 12];11(7):1-25. Available from: <http://www.mdpi.com/journal/animals>.
16. Chareonrook D. The adaptability of undergraduate students of Rangsit university during the COVID-19. *Journal of Communication Arts Review* [ internet]. 2023 [cited 2025 Mar 14];27(1):132-40. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/jca/article/view/260939> (in Thai)

17. Kaewsom K, Jubklay C, Nilnate N, Thamhiweth N. Positive thinking among university students on pandemic situation of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). PHIKUN Journal [internet]. 2022 Jul. 1 [cited 2025 Apr. 5];20(1):67-8. Available from: <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/Phikun/article/view/260246> (in Thai)
18. Klingthong N, Lertsuwan K, Nunchai K. Predictive factor for the tendency of depression of private university nursing students in Thailand during the Covid-19 quarantine. Singburi Hospital Journal [internet]. 2024 [cited 2024 Nov 22];32(3):B120-6. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/266652> (in Thai)
19. Phonrakdee K. Stress and stress management in online learning during the covid-19 pandemic among the music education program students in faculty of Education, Burapha university. Journal of Educational Management [internet]. 2022 [cited 2025 Apr 27];39(105): 298-307. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/JEMEPTB/article/view/257563/173505> (in Thai)

## Health Literacy and Health Behavior among People Aged 15 Years and Over to Prevent Liver Fluke Disease and Bile Duct Cancer in the Community of Mueang District, Buriram Province

Siriluk Suwannawong, M.N.S.<sup>1</sup>

Jitprapa Rungruang, M.N.S.<sup>2\*</sup>

Jarinee Kuntaweepan, M.N.S.<sup>3</sup>

Sawapa Donghong, M.N.S.<sup>4</sup>

Received: Jan 15, 2025

Revised: Jul 15, 2025

Accepted: Jul 21, 2025

### Abstract

**Introduction:** Health literacy and health behavior of people aged 15 years and over in preventing liver fluke disease and bile duct cancer, which are important in adjusting current eating behavior.

**Research objectives:** To study the relationship between health literacy and health behavior among people aged 15 years and above to prevent liver fluke disease and bile duct cancer in the community of Mueang District Buriram Province.

**Research methodology:** Descriptive study. The sample group consisted of 440 people aged 15 years and over in the community in Mueang District, Buriram Province between September- December 2023, with data collected from questionnaires. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient statistics.

**Results:** Health literacy and health behavior had a statistically significant relationship at the .01 level, 1) namely skills in accessing health information and health services, 2) understanding health information, 3) evaluating health information and services, and 4) applying health information and services ( $r = .79$ ,  $r = .78$ ,  $r = .77$ ,  $r = .75$ ,  $p < .01$ ). Health behavior of people aged 15 years and over was at a fair level ( $M = 1.23$ ,  $SD = .59$ ). The results of this study can provide information to the general public as a guideline for preventing liver fluke and bile duct cancer.

**Conclusions:** Health literacy is related to health behavior of people aged 15 years and above to prevent liver fluke disease and bile duct cancer in the community of Mueang District, Buriram Province.

**Implications:** The results of this study can be used to provide knowledge to the general public as a guideline for people to have behaviors to protect themselves from liver fluke disease and bile duct cancer.

**Keywords:** health literacy, health behavior, liver fluke disease, cholangiocarcinoma

<sup>1,3</sup>Lecturer, <sup>1</sup>Email: [Siriluk.suw29@gmail.com](mailto:Siriluk.suw29@gmail.com) <sup>3</sup>Email: [jarinee.2504@gmail.com](mailto:jarinee.2504@gmail.com)

<sup>2\*</sup>Corresponding author: Lecturer, Email: [pairat834@gmail.com](mailto:pairat834@gmail.com)

<sup>4</sup>Registered Nurse, Email: [kaejakengjung@gmail.com](mailto:kaejakengjung@gmail.com)

<sup>1,3</sup>Faculty of Nursing Western University, Buriram, Thailand.

<sup>2</sup>Faculty of Nursing and Allied Health Sciences Dhonburi Rajabhat University, Samut Prakan, Thailand.

<sup>4</sup>Queen Sirikit Hospital, Chonburi, Thailand.

## ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ศิริลักษณ์ สุวรรณวงษ์ พย.ม.<sup>1</sup>จิตรประภา รุ่งเรือง พย.ม.<sup>2\*</sup>จารินี คุณทวีพันธ์ พย.ม.<sup>3</sup>สาวภา ดงหงษ์ พย.ม.<sup>4</sup>

Received: Jan 15, 2025

Revised: Jul 15, 2025

Accepted: Jul 21, 2025

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีความสำคัญในการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารในปัจจุบัน

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

**ระเบียบวิธีวิจัย:** การศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 440 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2567 ด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

**ผลการวิจัย:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ( $r = .79, r = .78, r = .77, r = .75, p < .01$ ) พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ ( $M = 1.23, SD = .59$ ) ซึ่งผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลให้กับประชาชนทั่วไปเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้

**สรุปผล:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

**ข้อเสนอแนะ:** ผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลให้ความรู้แก่กับประชาชนทั่วไปเพื่อเป็นแนวทางให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ โรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี

<sup>1-3</sup>อาจารย์ <sup>1</sup>Email: Siriluk.suw29@gmail.com <sup>3</sup>Email: jarinee.2504@gmail.com

<sup>2\*</sup>Corresponding author อาจารย์ Email: pairat834@gmail.com

<sup>4</sup>พยาบาลวิชาชีพ Email: kaejakengjung@gmail.com

<sup>1,3</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวินเทิร์ส บุรีรัมย์ ประเทศไทย

<sup>2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี สมุทรปราการ ประเทศไทย

<sup>4</sup>โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ชลบุรี ประเทศไทย

## บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีพบมากเป็นอันดับหนึ่งทั้งในเพศชายและหญิง สาเหตุหลักเกิดจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ที่เกิดจากการบริโภคปลาดิบ หรืออาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ในปัจจุบันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปี 2561 พบว่า มีผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 6,757 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.30 และประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตราซาวด์ จำนวน 181,510 ราย คิดเป็นร้อยละ 113.44 จากเป้าหมาย 160,000 ราย โดยผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการผ่าตัด จำนวน 659 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.40 จากเป้าหมาย 800 ราย<sup>1</sup> และยังพบว่าในประเทศไทยที่อายุ 15 ปี ขึ้นไป รับชุดตรวจพยาธิใบไม้ตับฟรี ซึ่งประชาชนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไปทุกสิทธิ ที่มีความเสี่ยงจะมีเชื้อพยาธิใบไม้ตับ<sup>2</sup> โดยข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในประเทศไทยมีผู้ป่วยสะสมในช่วง 10 ปี อยู่ที่ 1.92 แสนราย เฉลี่ยอยู่ 2.31 หมื่นรายต่อปี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก ในประเทศไทยพบในพื้นที่ภาคอีสาน ซึ่งถือว่าสูงที่สุดในประเทศ<sup>3</sup> องค์การอนามัยโลกจึงได้ระบุว่าโรคพยาธิใบไม้ตับเรื้อรัง หรือมีการติดเชื้อซ้ำบ่อย ๆ เป็นสาเหตุที่มีความสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งสามารถพบได้ทั่วไปในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยที่พบมะเร็งมากที่สุดของประเทศ<sup>4,5</sup> และคาดว่าจะพบพยาธิใบไม้ตับชุกที่สุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีถึงปีละ 28,000 ราย เนื่องจากสารคัดหลั่งที่ออกมาจากตัวพยาธิ สามารถกระตุ้นให้เซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้นเมื่อเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีที่มีเยื่อถูกทำลายเพิ่มจำนวนมากขึ้นก็จะนำไปสู่การเกิดมะเร็งท่อน้ำดี และหากมีการติดเชื้อซ้ำบ่อย ๆ ทำให้มีการอักเสบเกิดขึ้น<sup>1</sup> จึงมีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับ พ.ศ. 2559 - 2568 มีการกำหนดเป้าหมายคืออัตราเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีลดลงครึ่งหนึ่งอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงน้อยกว่าร้อยละ 1<sup>4</sup>

ปัจจุบันความรอบรู้ด้านสุขภาพมีองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจของประชาชนทางด้านสุขภาพ<sup>6</sup> พบว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านความรู้มีทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ที่นำมาเผยแพร่ในสื่อสังคมออนไลน์ ทำให้ประชาชนที่เสพสื่อออนไลน์ส่วนหนึ่งหลงเชื่อ โดยไม่ตรวจสอบกับแหล่งข้อมูลที่ถูกต้อง และไม่สามารถ แยกแยะได้ว่าข้อมูลชุดใดที่ไม่สมควรเชื่อถือ เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย ส่งผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองทำให้เสียเวลา และเสียค่ารักษาพยาบาล<sup>7</sup> จากการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน และนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป<sup>8</sup> ดังนั้นการที่ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และถูกต้อง จะช่วยลดความเสี่ยงที่นำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพดังกล่าวได้ บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลการเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลโรคภัยไข้เจ็บ ด้วยตนเอง และการป้องกันโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ( $r = .19, p < .001$ ) ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ( $r = .26, p < .001$ ) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ( $r = .14, p < .05$ ) ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรวมมีความสัมพันธ์เช่นกัน ( $r = .17, p < .05$ )<sup>9</sup> สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

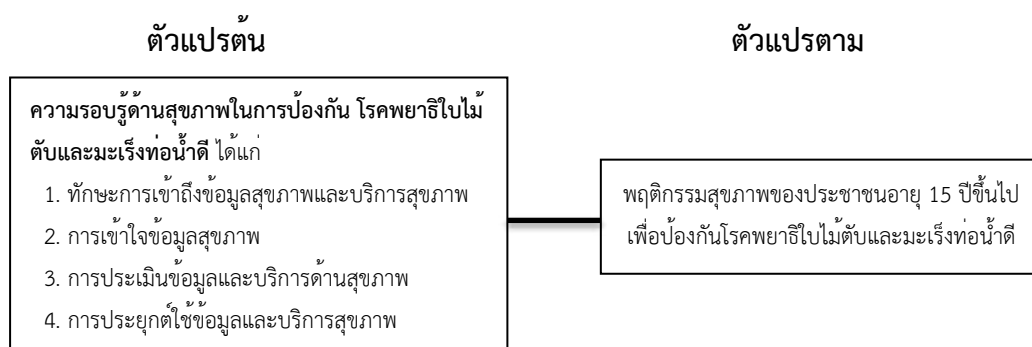
อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 69.60 และพฤติกรรมการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 74.40 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ( $r = .10$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการได้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน ( $r = .14$ ) และด้านการตัดสินใจ ( $r = .07$ ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05<sup>10</sup> ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ เนื่องจากอำเภอเมืองมีประชาชนอาศัยอยู่หนาแน่นและประชาชนอาศัยอยู่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ การเกษตรและประมงเป็นอันดับ 1 เมื่อเทียบจากอาชีพ ค้าขาย และรับจ้าง ทำให้อาจมีพฤติกรรมการรับประทาน อาหารดิบได้ และในจังหวัดบุรีรัมย์ยังพบกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีอายุ 15 ปีขึ้นไปตามนิยาม โดยคำนวณจากจำนวน ประชาชน 2,208 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5<sup>18</sup> และเพื่อให้หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา วางแผนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจากกองสุขศึกษา<sup>8</sup> ทั้ง 4 องค์ประกอบด้าน ได้แก่ 1) ทักษะ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) การประเมินข้อมูลและบริการ ด้านสุขภาพ และ 4) การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งสามารถสรุป กรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์ (Correlational study design) ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ รวมทั้งหมด 647,688 คน<sup>11</sup>

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 440 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุ 15 ปีขึ้นไป 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) แบบสอบถามชุดที่ส่งข้อมูลไม่สมบูรณ์ 2) คนต่างด้าว และผู้พิการ

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโดยใช้สูตรของ Yamane,<sup>12</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงได้คำนวณเผื่อการสูญหาย เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 เป็นจำนวนเท่ากับ 440 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) โดยการสุ่มจากตำบลในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ได้ 5 ตำบลจาก 18 ตำบล ได้แก่ ตำบลบ้านยาง ตำบลบ้านบัว ตำบลกระสัง ตำบลสองห้อง และตำบลอิสาน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) เลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อประชาชนในตำบลบ้านยาง ตำบลบ้านบัว ตำบลกระสัง ตำบลสองห้อง และตำบลอิสาน ทั้ง 5 แห่ง จำนวน 800 คน 2) คำนวณกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ตำบล จำนวน 440 คน โดยใช้สูตรคำนวณสัดส่วนในการสุ่ม ดังนี้  $n = n/N \times 100$  แทนค่า  $n = 422/800 \times 100 = 55\%$  ดังนั้น จะได้สัดส่วนร้อยละ 55 ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อยู่ ชุมชนเขตอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ โดยมี 1) ตำบลบ้านยาง 2) ตำบลบ้านบัว 3) ตำบลกระสัง 4) ตำบลสองห้อง และ 5) ตำบลอิสาน โดยมีจำนวนประชาชนแต่ละตำบลอยู่ที่ 160 คน เป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างตำบลละ 88 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน จำแนกตามตำบลในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์

ชื่อตำบล	จำนวนประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
ตำบลบ้านยาง	160	88
ตำบลบ้านบัว	160	88
ตำบลกระสัง	160	88
ตำบลสองห้อง	160	88
ตำบลอิสาน	160	88
รวม	800	440

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส

ท่านได้เข้ารับการตรวจจุกจากระหาไข้อย่างน้อยในรอบ 1 ปีหรือไม่ และท่านตรวจจุกจากระพบไข้อย่างน้อยในรอบ 1 ปีหรือไม่  
ลักษณะแบบสอบถามเป็นเลือกตอบจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข<sup>13</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 0 ถึง 64 คะแนน เป็นการวัดองค์ประกอบ 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ด้านที่ 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ด้านที่ 3) การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ และด้านที่ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ แบบสอบถามเป็นข้อคำถามถึงลักษณะความรู้ทางด้านสุขภาพ เป็นการวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า Rating scale 0 - 4 คะแนน ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน (4) เกือบทุกวัน (3) บางวัน (2) แทบไม่ปฏิบัติ (1) ไม่ปฏิบัติ (0)<sup>13</sup> เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ยรวมในการวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวความคิดของ เบสท์<sup>16</sup> ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย .00 - 1.33 หมายถึง ความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 1.34 - 2.67 หมายถึง ความรอบรู้สุขภาพระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 2.68 - 4.00 หมายถึง ความรู้สุขภาพอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข<sup>13</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ เป็นการวัดพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร และการดูแลสุขภาพจิต แบบสอบถามเป็นข้อคำถามถึงลักษณะพฤติกรรมรับประทานอาหาร การล้างมือ เป็นการวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า Rating scale โดยมีคำถามเชิงบวก 2 ข้อและเชิงลบ 12 ข้อ ค่าคะแนนระหว่าง 0 ถึง 56 คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ปฏิบัติทุกวัน = 4 คะแนน	ปฏิบัติทุกวัน = 0 คะแนน
เกือบทุกวัน = 3 คะแนน	เกือบทุกวัน = 1 คะแนน
บางวัน = 2 คะแนน	บางวัน = 2 คะแนน
แทบไม่ปฏิบัติ = 1 คะแนน	แทบไม่ปฏิบัติ = 3 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ = 0 คะแนน	ไม่ปฏิบัติ = 4 คะแนน

ใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ยในการวัดระดับพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี แบ่งออกเป็น 3 ระดับโดยค่าคะแนนเฉลี่ยรวม ตามแนวความคิดของ เบสท์<sup>16</sup> ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย .00 - 1.33 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 1.34 - 2.67 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 2.68 - 4.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้แบบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข<sup>4</sup> ซึ่งเป็นเครื่องมือสากล และได้รับการยอมรับทางวิชาการ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามมาตรฐานนี้โดยมิได้ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาสาระหรือข้อคำถามแต่อย่างใด และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

(Content validity index) ได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่า .73 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้ค่า .76 และนำไปหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีคุณสมบัติและสภาพแวดล้อมคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ตามหนังสือรับรองที่ บร 0033.002/3010 ลงวันที่ 31 พฤษภาคม 2567 และเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ BRO 2024 - 057 และทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลไปยัง ผู้บริหาร ที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการตอบแบบสอบถามและให้ผู้ร่วมวิจัยตัดสินใจด้วยตนเองในการจะเข้าร่วมวิจัย และกรณีของกลุ่มตัวอย่างที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมขออนุญาตผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมวิจัยและก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้ร่วมวิจัยสามารถยกเลิกหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยนี้ได้เมื่อใดก็ได้โดยไม่มีเงื่อนไข รวมถึงแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ การยกเลิกหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีความกระทบใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยในครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจะทำภายหลังได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์แล้ว

1. ผู้วิจัยนัดหมายเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และผู้เข้าร่วมวิจัย ในการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที โดยผู้วิจัยเปิดให้ผู้ตอบแบบสอบถามซักถามข้อสงสัยได้
2. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างให้เวลาตอบประมาณ 30 นาที ในการเก็บข้อมูลในแบบสอบถามใช้รหัสแทน ชื่อ-สกุลจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย แบบสอบถามที่รับกลับ มีการตอบได้ครบถ้วน
3. ผู้วิจัยรอรับแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างที่ได้ตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว และตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อ
4. จำนวนข้อมูลที่สมบูรณ์เป็นแบบสอบถามที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ 440 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นการแจกแจงแบบปกติ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients)

## ผลการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพจากกองสุศึกษา<sup>8</sup> ทั้ง 4 องค์ประกอบด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ซึ่งจะอธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนเขตอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการดูแลสุขภาพ โดยรวมพฤติกรรมปฏิบัติอยู่ในระดับไม่ดี ( $M = 1.23, SD = .59$ ) และระดับพฤติกรรมรายข้อมีพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11) ล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร ( $M = 2.97, SD = 1.26$ ) และข้อ 12) ล้างมือหลังจากออกจากห้องน้ำ ( $M = 3.14, SD = 1.26$ ) ที่ประชาชนมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มตัวอย่าง ( $N = 440$ )

พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป	M	SD	ระดับพฤติกรรม
1. ล้างมือหลังจากออกจากห้องน้ำ*	3.14	1.26	ดี
2. ล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร*	2.97	1.26	ดี
3. รับประทานอาหารสุ่มตำใส่ปลาร้าดิบ	1.60	1.07	ไม่ดี
4. รับประทานอาหารปลาน้ำจืด เกล็ดขาว เช่น ปลาดิบ ปลาตะเพียน ปลาชิว ปลาสลัด ที่ปรุงสุกด้วยความร้อน	1.55	1.39	พอใช้
5. รับประทานอาหารปลาร้าดิบหรือแจ่วบองปลาร้าดิบ	1.28	1.01	ไม่ดี
6. รับประทานอาหารจ่อมดิบ/ปลาน้อยดิบ	1.04	.96	ไม่ดี
7. รับประทานอาหารสุ่มที่ปรุงไม่สุก	.84	1.03	ไม่ดี
8. บีบมะนาวหรือใส่พริกในปลาน้ำจืดดิบก่อนรับประทาน	.80	1.00	ไม่ดี
9. รับประทานอาหารก้อยปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ	.72	.89	ไม่ดี
10. ให้อาหารสุนัขและแมวด้วยปลาน้ำจืดที่ปรุงแบบสุก ๆ ดิบ ๆ	.71	1.09	ไม่ดี
11. บีบหรือขยำ มดแดงกับ ปลาน้ำจืดดิบเพื่อให้เปลี่ยนสีเป็นสีซีดก่อน รับประทาน	.69	.91	ไม่ดี
12. รับประทานหม่าปลาดิบ	.66	.92	ไม่ดี
13. ดื่มน้ำสุกร่วมกับรับประทานอาหารปลาน้ำจืดที่ปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ	.61	.90	ไม่ดี
14. ถ่ายอุจจาระตามทุ่งนา	.57	.96	ไม่ดี
<b>รวม</b>	<b>1.23</b>	<b>.59</b>	<b>ไม่ดี</b>

\*ข้อคำถามเชิงบวก

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า ด้านที่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านที่ 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านที่ 3) การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และด้านที่ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

และมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ อยู่ในระดับมาก  $p < .01$  ( $r = .79$ ,  $r = .78$ ,  $r = .77$ ,  $r = .75$ ,  $p < .01$ ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มตัวอย่าง (N = 440)

ปัจจัยที่ศึกษา	พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป	
	r	p-value
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	.79	.00**
2. ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	.78	.00**
3. ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	.77	.00**
4. ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	.75	.00**

\*\* $p < .01$

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยรวมมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับไม่ดี ( $M = 1.23$ ,  $SD = .59$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่อัตราชุกต่ำและอัตราชุกสูง เขตสุขภาพที่ 7 ที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพ ต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 52.83 และ 62.01<sup>17</sup> ยังอธิบายได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอเมืองบุรีรัมย์ ยังมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีไม่ดี เช่น ชอบรับประทานส้มตำปูปลาร้าดิบ และมีการดื่มสุราร่วมกับการรับประทานลาบก้อยดิบ รวมทั้งเคยมีประวัติรับประทานอาหารที่ทำจากปลาดิบกับครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำซ้อนได้<sup>14</sup>

นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงการมีความรู้ด้านสุขภาพและนำความรู้นั้นมาสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ เช่น การไม่รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ การดำเนินชีวิตในสังคมปัจจุบันสภาพแวดล้อม การดำรงชีวิต ซึ่งจะอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ดังนี้ การดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 กับการป้องกันโรคประจำตัวของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปชุมชนเขตอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ และพบว่าความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พบ 4 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ( $r = .79$ ,  $p < .01$ ) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ( $r = .78$ ,  $p < .01$ ) การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ( $r = .77$ ,  $p < .01$ ) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ( $r = .75$ ,  $p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านซับถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว<sup>9</sup> พบว่าความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรวมมีความสัมพันธ์กัน ( $r = .17$ ,  $p < .05$ )<sup>9</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขตสุขภาพที่ 9<sup>10</sup> พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม

การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ( $r = .10, p < .05$ )<sup>6</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล<sup>15</sup> พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพและการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .001$  และสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมนก็แสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพและการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ<sup>15</sup> และการศึกษาความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนใน 5 หมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียง ตำบลสมอ อำเภอลำดวน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับน้อย มีโอกาสที่จะติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากกว่าประชาชนที่มีการรับรู้ความเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับมาก 40.85 เท่า ( $AOR = 40.85, 95\%CI = 1.68 - 98.39$ ) และมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับไม่ต่ำมีโอกาสที่จะติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากกว่าประชาชนที่มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับดี 31.54 เท่า ( $AOR = 31.54, 95\%CI = 3.46 - 87.01$ )<sup>19</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ มีความสัมพันธ์กัน และสามารถนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรทำวิจัยเชิงทดลองโดยการนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในชุมชนเขตอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่

1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนทั่วไป
2. การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เช่น การพัฒนาการสื่อสารเป็นแอปพลิเคชันเพื่อการเข้าถึงการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนทั่วไป
3. การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ เช่น การศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่
4. การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ นำไปประยุกต์สร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทั่วไป เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีได้

## References

1. Bureau Of General Communicable Diseases, Department Of Disease Control, Ministry Of Public Health. Summary of the operations of the Bureau Of General Communicable Diseases, fiscal year 2017 [internet]. 2024 [cited 2025 Jan. 25] Available from: [http://dcd.ddc.moph.go.th/uploads/file/yutthasart/YUT\\_personal/report\\_20feb61cp\\_2.3.61.pdf](http://dcd.ddc.moph.go.th/uploads/file/yutthasart/YUT_personal/report_20feb61cp_2.3.61.pdf) (in Thai)
2. National Health Security Office. Inviting Thais to use their gold card rights to prevent "bile duct cancer" and receive a "liver fluke test kit" at drug stores and lab clinics [internet]. 2024 [cited 2024 Feb. 6] Available from: [https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/News\\_4617](https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/News_4617) (in Thai)
3. National Cancer Institute, Ministry Of Public Health. Stop the liver fluke problem, announces quick win 100 days, selects 100,000 people at risk [internet]. 2023 [cited 2024 Feb. 6] Available from: <https://www.hfocus.org/content/2023/10/28796> (in Thai)
4. Department Of Disease Control, Ministry of Public Health. Decade strategic plan to eliminate liver fluke problems and biliary duct cancer 2016–2025. Bangkok: Office of The Printing Affairs Office of The Veterans Welfare Organization under the Royal Patronage. 2016. (in Thai)
5. Sutthichaimongkol T. Bile duct cancer 2022 [internet]. 2024 [cited 2024 Feb. 5] Available from: <https://thasl.org/Liverflukeandbileductcancer> (in Thai)
6. Kaewdamkeng K. Health literacy: access, understand and application. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Protexst; 2017. (in Thai)
7. Kwanmuang K. Health knowledge, Issue 1 Bangkok: Amarin; 2019. (in Thai)
8. Division Of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Health intelligence. Bangkok: Newthamda Press (Thailand); 2013. (in Thai)
9. Varumporn T, Sarapan Y, Sangjun S. Health literacy and behavior prevention of *Opisthorchis's* of people in Moo 3 Baan Sub Thaworn Thai Udom Sub-District Khlong Hat District, Sa kaeo Province Thailand. *Journal of Council of Community Public Health* 2020;3(2):16-30. (in Thai)
10. Chotikawanichkul O, Pensuk P, Nachairitthiwong S, Un urat B. Health literacy and liver fluke prevention behaviors among secondary students in the secondary educational Service Area Service Area Office Region 9. *Department Of Health Service Support Journal* 2021;17(1):35-44. (in Thai)
11. Panchai K, Pitak K, Junnua N. Factors affecting consumption of raw fish among people in Lao Kwang Sub-district, Non Koon District, Sisaket Province. *Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University* 2022;11(1):6-15. (in Thai)
12. Trato R. *Nursing research: concepts to application*. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2024. (in Thai)
13. Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Health knowledge and health behavior of the people to prevent liver fluke disease and bile duct cancer in the sub-district, quality of life management [internet]. 2023.[cited 2024 Feb. 1]. Available from: <https://url.in.th/KVthj> (in Thai)
14. Ministry of Labor. year 2022, Buriram Province. Labor situation report, Buriram province, quarter 3, 2022 internet]. 2023. Available from: <https://url.in.th/FjNvv> (in Thai)

15. Rattanasena P. Factors associating with the levels of 3E2S health behaviors of people aged over 15 years in Bangkok and perimeter area. *Walailak Journal of Research and Development Under Royal Patronage* 2022;18(1):131-45. (in Thai)
16. Best JW, Khan JV. Research in education [internet]. 2012 [cited 2025 Aug. 15] Available from: <https://www.sciepub.com/reference/326978>
17. Simmatan S, Intarasangkha W, Chaiarch K. A comparative study of health literacy on Opisthorchiasis prevention in low and high prevalence area; Health Region 7. *Academic Journal of Disease Control Office* 8, Udon Thani Province 2023;2(1):63-79. (in Thai)
18. Communicable Disease Control Group, Buriram Provincial Public Health Office. Strategy issue [internet]. 2025 [cited 2025 Mar. 18] Available from: [https://brm.moph.go.th/strategy/kpitem\\_bro/filetem68/e5.pdf](https://brm.moph.go.th/strategy/kpitem_bro/filetem68/e5.pdf) (in Thai)
19. Saengpeng C, Thanachat S. Prevalence and risky behaviors for infection with the liver fluke *Opisthorchis viverrini* in people in 5 villages of Na Wiang Subdistrict Health Promoting Hospital, Samo Subdistrict, Prang Ku District, Sisaket Province. *Journal Of Health System Research and Development* 2021;14(1):25-32. (in Thai)

## The Development of a Participatory Health Risk Communication Model for Preventing Harm from Pesticide Use among Farmers Through Community Network Collaboration in Uttaradit Province

Received: Feb 12, 2025

Revised: May 29, 2025

Accepted: Jun 9, 2025

Boonyong Bukham, M.P.H<sup>1</sup>

Saranyoo Ruanjan, Ph.D.<sup>2\*</sup>

Pongsak Onmoy, D.P.H<sup>3</sup>

### Abstract

**Introduction:** The use of unprotected pesticides poses significant health risks to farmers. Promoting community participation is essential for raising awareness and encouraging preventive behaviors in pesticide use.

**Research objectives:** To develop and evaluate a health risk communication model aimed at preventing pesticide-related harm among farmers through collaboration with community network.

**Research methodology:** This action research involved two phases: 1) the development of a health risk communication model using the A-I-C technique, and 2) the evaluation of its implementation. The purposive sample included 38 participants-30 at-risk farmers and 8 community partner representatives. Data were collected through focus groups, participant observation, and a validated questionnaire to assess participant satisfaction, with Cronbach's alpha of .95. The data were subsequently analyzed using descriptive statistics and content analysis.

**Results:** The health risk communication model was developed based on communication components: sender, message, channel, and receiver. It also included a tailored intervention program consisting of health impact reflection media, use of personal protective equipment (PPE), local innovator development, and participatory learning. Implementation of this model led to improved awareness, increased adoption of protective behaviors, safer cholinesterase enzyme levels, and report of high satisfaction.

**Conclusions:** The communication model effectively promoted self-protective behaviors in pesticide use among farmers.

**Implications:** The communication model for preventing pesticide harm should be applied in other communities.

**Keyword:** health risk communication model, participation, action research, pesticides

<sup>1</sup>Public health technical officer, Khoi Sung Sub-district Health Promoting Hospital, Uttaradit, Thailand.

Email:teshow\_model@hotmail.com

<sup>2\*</sup>Corresponding author: Lecturer, Email: sruanjan@gmail.com

<sup>3</sup>Lecturer, Email: o.pongsak@hotmail.com

<sup>2-3</sup>Faculty of Science and Technology, Uttaradit Rajabhat University, Uttaradit, Thailand.

การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในการป้องกันอันตราย  
จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย  
ในชุมชนเขตพื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์

Received: Feb 12, 2025

Revised: May 29, 2025

Accepted: Jun 9, 2025

บุญยงค์ บุค้ำ ส.ม.<sup>1</sup>

ศรัณยู เรือนจันทร์ ปร.ด.<sup>2\*</sup>

พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย ส.ด.<sup>3</sup>

บทคัดย่อ

**บทนำ:** การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยไม่ป้องกันตนเองส่งผลให้เกษตรกรเสี่ยงต่ออันตรายทางสุขภาพ จำเป็นต้องส่งเสริมการรับรู้ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักและพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ ในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

**ระเบียบวิธีวิจัย:** การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) การพัฒนารูปแบบการสื่อสารโดยใช้เทคนิค A-I-C (Appreciation-Influence-Control) และ 2) การประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เกษตรกรกลุ่มเสี่ยง 30 คน และภาคีเครือข่าย 8 คน รวม 38 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสนทนากลุ่ม แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบสอบถามความพึงพอใจที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

**ผลการวิจัย:** รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพพัฒนาจากองค์ประกอบของผู้ส่งสาร เนื้อหา ช่องทาง และผู้รับสาร โดยจัดทำเป็นชุดกิจกรรมสร้างเสริมประสบการณ์เกษตรกร ได้แก่ การใช้สื่อสะท้อนผลกระทบสุขภาพ การใช้ชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การพัฒนานวัตกรรมชุมชน และการฝึกปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้เกษตรกรเกิดความตระหนักรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันอย่างเหมาะสม ไม่พบระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในระดับเสี่ยง และมีความพึงพอใจในระดับสูง

**สรุปผล:** รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ ทำให้เกษตรกรเกิดความตระหนักรู้และมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

**ข้อเสนอแนะ:** ขยายผลการใช้รูปแบบสู่ชุมชนอื่นเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

**คำสำคัญ:** รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ การมีส่วนร่วม การวิจัยเชิงปฏิบัติการ สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

<sup>1</sup>นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข่อยสูง อุดรดิตถ์ ประเทศไทย Email: teshow\_model@hotmail.com

<sup>2\*</sup>Corresponding อาจารย์ Email: sruanjan@gmail.com

<sup>3</sup>อาจารย์ Email: o.pongsak@hotmail.com

<sup>2-3</sup>คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ อุดรดิตถ์ ประเทศไทย

## บทนำ

นโยบายส่งเสริมการเกษตรของภาครัฐ ทำให้เกษตรกรมุ่งเน้นการเพิ่มผลผลิตโดยนิยมใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชเป็นจำนวนมากทำให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อม<sup>1</sup> และประเด็นสำคัญที่สุดคือ ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ ซึ่งสะท้อนได้จากรายงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมในประเทศไทย ปี 2565 - 2567 พบผู้ป่วยจากสารพิษกำจัดศัตรูพืช อัตรา 14.26, 8.72 และ 7.92 ต่อแสนประชากร ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยจากสารพิษกำจัดศัตรูพืชมีแนวโน้มลดลง แต่ในช่วงปีดังกล่าวกลับพบว่าเกษตรกรมีระดับสารเคมีตกค้างในร่างกายระดับเสี่ยงขึ้นไปมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบอัตรา 22.71, 27.44 และ 33.52<sup>2</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง<sup>3</sup> โดยมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพเมื่อได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกายเริ่มจากอาการแพ้และหากมีการสะสมมากขึ้นในร่างกาย ส่งผลให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคปอด โรคมะเร็งโพรงจมูก โรคผิวหนัง และปัญหาการเจริญพันธุ์ เป็นต้น<sup>4</sup>

จังหวัดอุดรธานี เป็นจังหวัดที่ประชาชน ร้อยละ 53.60 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม<sup>5</sup> และนิยมใช้สารเคมีเพื่อป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ทำให้มีความเสี่ยงจากอันตรายของสารเคมี โดยในปี 2565 - 2567 พบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในร่างกายของเกษตรกรระดับเสี่ยงขึ้นไป ร้อยละ 28.92, 36.43 และร้อยละ 46.91<sup>6</sup> โดยเฉพาะเกษตรกรตำบลข่อยสูง พบสูงกว่าค่าร้อยละของระดับจังหวัด และระดับประเทศ โดยพบร้อยละ 44.68, 57.14 และ 49.04 ซึ่งเหตุสำคัญมาจากการสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเองไม่เหมาะสมในขณะที่เตรียมและฉีดพ่นสารเคมี รวมถึงการเข้าไปในแปลงเพาะปลูกภายหลังจากการฉีดพ่นโดยไม่สวมอุปกรณ์ป้องกัน ทำให้ได้รับการสัมผัสสารเคมีทั้งทางตรงและทางอ้อม<sup>7</sup> ปัญหาการใช้สารเคมีที่ไม่ถูกต้องนี้ กระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการด้านการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ เพื่อให้หน่วยงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สร้างความเข้าใจถึงสาเหตุรวมถึงอันตรายและผลกระทบต่อชีวิตเพื่อหวังให้นำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันที่ถูกต้องโดยวิธีการหรือรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบกลุ่มเพื่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ที่ดีและค้นพบวิธีแก้ปัญหาที่น่าพอใจร่วมกัน<sup>8</sup> ซึ่งความสำเร็จประการหนึ่ง คือ การให้เกษตรกรและชุมชนเข้ามาร่วมตั้งแต่การค้นหาปัญหา สาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์<sup>9</sup> ซึ่งแนวคิดการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพนี้ ช่วยลดช่องว่างของความไม่เข้าใจกันระหว่างบุคลากรสุขภาพกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้เป็นอย่างดี<sup>10</sup> แต่จากการทำงานที่ผ่านมาของตำบลข่อยสูงกลับยังพบว่าเกษตรกรยังขาดความตระหนัก ไม่ป้องกัน มีความเสี่ยงต่อการรับสัมผัสสารเคมี ถึงแม้ว่าได้มีการสื่อสารความรู้ ความเข้าใจ แต่ยังไม่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากช่องทางและวิธีการสื่อสารยังไม่เป็นรูปธรรม ส่วนใหญ่เป็นการแจ้งผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อนำไปบอกต่ออีกทอดหนึ่งทำให้เกษตรกรไม่ได้รับข่าวสารที่เพียงพอ จึงละเลยและไม่ร่วมมือในการป้องกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้เกษตรกรเกิดการตระหนักรู้อันตราย และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องต่อไป

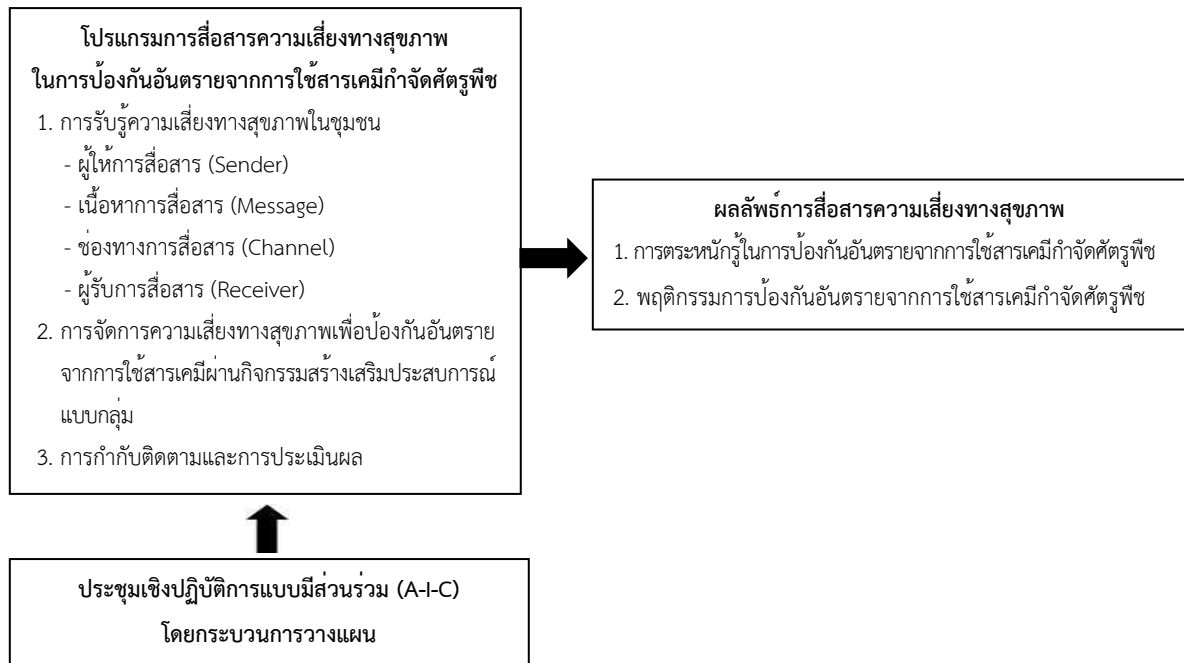
## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ<sup>11</sup> ที่มุ่งเน้นการรับรู้สถานการณ์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและลดผลกระทบต่อสุขภาพ โดยนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพร่วมกับกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของเกษตรกรและภาคีเครือข่าย ให้เข้าใจถึงอันตรายและผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันสุขภาพที่ดี



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation influence control: A-I-C) แบ่งการวิจัยเป็น 2 ระยะ

**ระยะที่ 1** การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

1. ขั้นวางแผนการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพโดยจัดสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สาเหตุ ปัญหา อุปสรรค และประชุมวางแผนโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C)
2. ขั้นออกแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ โดยจัดทำแผนปฏิบัติการที่มุ่งเน้นการป้องกันตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสม และวางกรอบแนวทางการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
3. ขั้นการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ จัดประชุมกลุ่มย่อยแกนนำเกษตรกรและภาคีเครือข่าย และติดตาม สังเกตผลการดำเนินงาน
4. ขั้นสะท้อนผลการพัฒนา โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดทำข้อเสนอสำหรับนำไปสร้างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงที่มีผลการตรวจระดับสารเคมีในกระแสเลือดระดับเสี่ยงขึ้นไป (ระดับการทำงานของเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสมีค่าต่ำกว่า 87.5 หน่วยต่อมิลลิลิตร) จำนวน 216 คน 2) กลุ่มบุคคลที่เป็นภาคีเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน (4 คน) สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล หรือ ส.อบต. (1 คน) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. (9 คน) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลช้อยสูงที่รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข (1 คน) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่รับผิดชอบงานด้านอาชีวอนามัย (1 คน) แกนนำเกษตรกรที่ไม่ใช้สารเคมี (2 คน) รวมทั้งหมด 18 คน

#### กลุ่มตัวอย่าง

1. เกษตรกรกลุ่มเสี่ยง คำนวณโดยใช้ขนาดตัวอย่างร้อยละ  $15^{12}$  ได้ จำนวน 30 คน
2. กลุ่มตัวอย่างภาคีเครือข่ายในชุมชน กำหนดโดยใช้การเทียบสัดส่วนเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงต่อภาคีเครือข่ายในชุมชน ด้วยสัดส่วน 216:18 ได้ขนาดตัวอย่างภาคีเครือข่ายในชุมชน 8 คน

รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 38 คน ทำการคัดเลือก 2 ขั้นตอน 1) คัดเลือกหมู่บ้านเป้าหมายที่มีผลการตรวจระดับสารเคมีตกค้างในร่างกายของเกษตรกรที่มีผลระดับเสี่ยงขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 50 โดยมีหมู่บ้านที่เข้าเกณฑ์จำนวน 4 หมู่บ้าน 2) คัดเลือก 1 หมู่บ้านเพื่อทดลองรูปแบบเชิงปฏิบัติการโดยการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีจับฉลากจากนั้นคัดเลือกตัวอย่าง ดังนี้

1. เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน ตามคุณสมบัติ 1) เป็นประชาชนที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการทำเกษตร 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไปโดยอาศัยอยู่ในพื้นที่เป้าหมายไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) มีสภาพร่างกายแข็งแรง ไม่พิการ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 4) สามารถอ่านออกเขียนหนังสือได้ 5) มีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนเลือกแบบเจาะจง จำนวน 8 คน ตามคุณสมบัติที่เป็นเจ้าหน้าที่รัฐหรือบุคคลที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งจากหน่วยงานของรัฐ หรือบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่จากผู้นำชุมชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่บ้านในพื้นที่เป้าหมายไม่น้อยกว่า 1 ปี มีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลช้อยสูงที่รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานด้านอาชีวอนามัย จำนวน 1 คน และแกนนำเกษตรกร ที่ไม่ใช้สารเคมี จำนวน 1 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยในระยะที่ 1 ได้แก่ แบบสนทนากลุ่มเกษตรกรและภาคีเครือข่าย

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจหาความเที่ยงตรง (Validity test) ของแนวคำถามสนทนากลุ่ม โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบดูความชัดเจน ความถูกต้องของภาษาและความตรงต่อเนื้อหา (Content validity) โดยหาค่า IOC มีค่าเท่ากับ 1.00 นำเครื่องมือวิจัยที่ได้รับการปรับปรุงตามคำแนะนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างในตำบลวังแดงอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน แล้วนำมาพิจารณาตรวจสอบอีกครั้งจนได้เครื่องมือวิจัยที่สมบูรณ์

**ระยะที่ 2** ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยจัดสนทนากลุ่ม ประเมินการตระหนักรู้ในการป้องกันอันตรายและพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร่วมกับตรวจหาระดับการทำงานเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด และประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบในกลุ่มเกษตรกร

### **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงที่มีผลการตรวจระดับสารเคมีในกระแสเลือดในระดับเสี่ยงขึ้นไป (ระดับการทำงานของเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสมีค่าต่ำกว่า 87.5 หน่วยต่อมิลลิลิตร) จำนวน 216 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ขนาดตัวอย่าง 15 %<sup>11</sup> ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คัดเลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดได้แก่ 1) เป็นประชาชนที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการทำเกษตร 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไปโดยอาศัยอยู่ในพื้นที่เป้าหมายไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) มีสภาพร่างกายแข็งแรง ไม่พิการ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 4) สามารถอ่านออกเขียนหนังสือได้ 5) มีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือวิจัยในระยะที่ 2 ได้แก่ 1) แบบสนทนากลุ่ม 2) แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม 3) แบบสอบถามความพึงพอใจในรูปแบบ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความพึงพอใจในรูปแบบ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ และ 3) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

### **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

หาความเที่ยงตรง (Validity test) ของแนวคำถามสนทนากลุ่ม แนวการบันทึกของแบบสังเกต และแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบดูความชัดเจน ความถูกต้องของภาษาและความตรงต่อเนื้อหา (Content validity) โดยหาค่า IOC มีค่าเท่ากับ 1.00 ทุกประเภท และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability test) ที่ได้รับการปรับปรุงตามคำแนะนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันใน ตำบลวังแดง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า .95

### **การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง**

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เอกสารรับรองเลขที่ 020/65 เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2565 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อขอความยินยอมในการวิจัยด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

#### **ระยะที่ 1** การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ

1. ขึ้นวางแผนการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพเก็บรวบรวมข้อมูล จากการจัดสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ และปัญหาอุปสรรคของการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพและประชุมวางแผนโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) จำนวน 1 ครั้ง 1 วัน โดยแบ่งกลุ่มย่อยออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 12 - 13 คน ใช้เวลากลุ่มละ 2 ชั่วโมง รวม 6 ชั่วโมง

2. ขั้นตอนการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ โดยประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ ปฏิบัติตามแผนงานกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน จำนวน 4 ครั้ง 4 วัน โดยใช้เวลา 6 ชั่วโมงต่อวัน และร่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ โดยทำการบันทึกจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และถ่ายภาพเก็บข้อมูล

3. ขั้นการพัฒนาแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ จัดประชุมกลุ่มย่อยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน จำนวน 2 ครั้ง 2 วัน โดยใช้เวลา 4 ชั่วโมงต่อวัน และติดตาม สังเกตผลการดำเนินงานของกลุ่มตัวอย่าง 38 คน จำนวน 2 ครั้ง 2 วัน โดยใช้เวลา 6 ชั่วโมงต่อวัน โดยการบันทึกข้อมูลสภาพที่สังเกตเห็นรอบ ๆ ตัว สิ่งที่เกิดขึ้นได้ และถ่ายภาพเก็บข้อมูล

4. ขั้นสะท้อนผลการพัฒนา โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน และจัดทำข้อเสนอสำหรับนำไปสร้างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จำนวน 2 ครั้ง 2 วัน โดยใช้เวลา 6 ชั่วโมงต่อวัน และสรุปพจนานาประกอบคำบรรยาย

**ระยะที่ 2** ประเมินผลการพัฒนาแบบการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยจัดสนทนากลุ่มเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงเพื่อสะท้อนผลของกระบวนการจัดกิจกรรมการพัฒนา ประเมินการตระหนักรู้ในการป้องกันอันตรายและพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร่วมกับตรวจหาระดับการทำงานเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด และประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 30 คน และสรุปพจนานาประกอบคำบรรยาย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ได้แก่ 1) จัดลำดับและจัดกลุ่มของข้อมูล 2) อ่านทบทวนข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจ 3) แยกข้อมูลอีกครั้ง 4) จัดหมวดหมู่ความเหมือน/ความต่าง 5) หาความสัมพันธ์ของข้อมูล 6) อธิบายแบบแผนหัวเรื่องและประเภทของกลุ่มข้อมูล ดีความ หาความหมายของเรื่องและประเภทข้อมูลแสดงในรูปแบบของการพรรณนา ประกอบตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลที่ได้อีกด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า ได้แก่ 1) การตรวจสอบด้านข้อมูล โดยพิจารณาแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน 2) การตรวจสอบด้านผู้วิจัยโดยการเปลี่ยนตัวผู้สังเกตหรือผู้สัมภาษณ์ และ 3) การตรวจสอบด้านวิธีรวบรวมข้อมูล

#### ผลการวิจัย

##### 1. ผลการพัฒนาแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ พบว่า

1.1 สถานการณ์และการสร้างการรับรู้ความเสี่ยงทางสุขภาพในชุมชน จากการศึกษาพบว่า อุปสรรคในพื้นที่ คือ มีกลุ่มผู้ประกอบการหรือตัวแทนจำหน่ายสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้ใช้การโฆษณาผ่านทางโทรทัศน์ วิชยู สื่อโซเชียลมีเดีย ชักชวนเกษตรกรใช้ผลิตภัณฑ์ และจัดกิจกรรมออกบูทตัวแทนจำหน่ายในชุมชน แจกของรางวัล ติดป้ายโฆษณาขนาดใหญ่ตามข้างถนน ปักป้ายโฆษณาตามสวน ไร่ นา ทำให้เกษตรกรเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย แต่ไม่ได้บอกกล่าวถึงอันตราย มีเพียงสัญลักษณ์รูปหัวกะโหลกไขว้ข้างบรรจุภัณฑ์ที่แสดงข้อควรระวังในการใช้สารเคมีเท่านั้น ส่วนการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพของหน่วยงานรัฐยังไม่ถึงกลุ่มเกษตรกรเนื่องจากชุดความรู้อยู่บนสื่อออนไลน์เท่านั้น และมีไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนในการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ จึงสร้างการรับรู้ความเสี่ยงทางสุขภาพในชุมชนโดยใช้แนวทางตามองค์ประกอบของการสื่อสารความเสี่ยงใน 4 ด้าน ได้แก่

ผู้ส่งสาร เนื้อหา ช่องทางการสื่อสาร และผู้รับสาร สร้างและพัฒนาขึ้นจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนแบบมีส่วนร่วมและหาแนวทางการดำเนินงาน A-I-C ผลพบว่า

**A: วางแผนการสร้างการรับรู้ (Appreciation)** โดยดำเนินการ 1) ด้านผู้ส่งสาร ต้องเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากเป็นผู้มีองค์ความรู้ และโน้มน้าวให้เกิดการปฏิบัติตาม จำต้องอาศัยทักษะความชำนาญและความน่าเชื่อถือจึงจะเกิดความเชื่อมั่นให้แก่กลุ่มเกษตรกร 2) ด้านเนื้อหา ได้เน้นให้ตรงประเด็น ตรงกับบริบทพื้นที่ เข้าถึงเกษตรกรโดยตรง เนื่องจากสืบค้นในโซเชียลมีเดียได้ยาก เนื้อหาต้องไม่มากเกินไป ตัวอักษรในสื่อมองเห็นชัดเจนและอ่านครั้งเดียวเข้าใจ 3) ด้านช่องทางการสื่อสาร ได้เพิ่มช่องทางที่เข้าถึงเกษตรกรโดยตรง เนื่องจากไม่มีโทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต ขาดความชำนาญในการใช้สื่อ หอกระจายข่าวของหมู่บ้านยังกระจายไม่ทั่วถึง อีกทั้งเกษตรกรต้องออกจากบ้านไปทำงานตั้งแต่เช้าตรู่ 4) ด้านผู้รับสาร ต้องเน้นลดปัญหาและอุปสรรคของเกษตรกรที่ขาดอุปกรณ์ในการรับสารหลัก ขาดความชำนาญในการใช้โซเชียล ไม่มีเวลาสืบค้นข้อมูล ขาดความตระหนักและสนใจในการรับรู้ข้อมูลเนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจ

1.2 การจัดการความเสี่ยงทางสุขภาพเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมี ผ่านกิจกรรมสร้างเสริมประสบการณ์แบบกลุ่ม ผลพบว่า

**I: สร้างแนวทางการพัฒนา (Influence)** ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบการจัดกิจกรรมตามแผนงานเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการในชุมชน ได้แก่ แผนงานการสร้างเสริมประสบการณ์ของเกษตรกรเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การจัดทำข้อมูลด้านสุขภาพของเกษตรกร 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และสร้างความเข้าใจแก่เกษตรกร 3) การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ความเสี่ยงทางสุขภาพและการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืช 4) การจัดตั้งศูนย์สร้างเสริมคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

**C: สร้างการปฏิบัติ (Control)** เลือกวิธีการและนำแนวทางการดำเนินงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงมาหาข้อตกลงร่วมกัน และแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในกิจกรรม พบว่า รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ คือ ชุดสร้างเสริมประสบการณ์เกษตรกรเพื่อป้องกันภัยอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ประกอบด้วย 1) สื่อสะท้อนผลกระทบทางสุขภาพและอันตรายจากการใช้สารเคมี 2) การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชส่วนบุคคล 3) สร้างบุคคลต้นแบบเพื่อเป็นนวัตกรรมด้านการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการใช้สารเคมี 4) กิจกรรมการฝึกปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม

## 2. การประเมินผลรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพ

2.1 การตระหนักรู้ในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า

2.1.1 เกษตรกรตื่นตัว และได้รับข้อมูลทั่วถึงจากการใช้สื่อสะท้อนผลกระทบทางสุขภาพและอันตรายจากการใช้สารเคมีเชิงรุกและเข้าถึงได้โดยตรง มีป้ายประชาสัมพันธ์เชิงบวกที่ใช้ข้อความแสดงความรัก ความห่วงใย ตามคำกล่าวของเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ที่กล่าวว่า “ป้ายประชาสัมพันธ์ได้ใช้คำขวัญ คำเตือน ที่เน้นข้อความเด่น ๆ ทำให้เข้าใจ” และป้ายไว้นิลที่แสดงข้อความ รูปภาพการเจ็บป่วยและภาพสัญลักษณ์ที่แสดงถึงอันตราย ตามคำกล่าวของผู้ใหญ่บ้าน ที่กล่าวว่า “ใช้รูปหัวกะโหลกไขว้ รูปคนป่วยเอาให้ดู ทำให้ระมัดระวังตัวขึ้น” โดยได้นำป้ายไปปักและติดประชาสัมพันธ์ในพื้นที่สวน ไร่ นา และพื้นที่ทางการเกษตรของเกษตรกร เพื่อการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย ตามคำกล่าวของเกษตรกร ที่กล่าวว่า “ดีมาก เนื่องจากเวลาของเกษตรกรไม่ตรงกัน อันนี้สำคัญ รวมทั้งสถานที่ด้วย เขาอยู่ตรงไหนเราต้องไปตรงนั้น”

2.1.2 เกษตรกรเกิดแรงบันดาลใจ และรับรู้วิธีป้องกันอันตรายจากการใช้บุคคลต้นแบบเพื่อเป็นนวัตกรรมด้านการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพ จากการพัฒนาบุคคลที่มีการดูแลป้องกันตนเองอย่างถูกต้องให้มีบทบาทและเป็นช่องทางที่สื่อสาร แนะนำ และปฏิบัติเป็นตัวอย่างที่ถูกต้อง ตามคำกล่าวของเกษตรกรที่กล่าวว่า “คนที่มีอาชีพเหมือนๆ กันหรือทำเหมือนๆ กัน ที่ปฏิบัติถูกได้มาแล้วให้ฟัง ดูว่าสุขภาพเขาเป็นยังไง จึงทำให้ไปทำตาม” “เห็นคนที่เขาปฏิบัติถูกต้อง ได้ให้เขามาเล่าให้ฟัง จึงรู้ว่าเขาปฏิบัติกันยังไงบ้าง”

2.1.3 เกษตรกรเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้เนื้อหาด้วยความสมัครใจ รวมถึงการได้ฝึกปฏิบัติเพื่อเกิดการรับรู้ เกิดความชำนาญ และหาแนวทางการพัฒนาการปฏิบัติที่ถูกต้องร่วมกัน ผ่านการฝึกปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม นำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องได้ ซึ่งเกิดจากการกำหนดผู้ส่งสารหลักเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ช่วย ตามคำกล่าวของเกษตรกรที่กล่าวว่า “เป็นเพราะหมออบรมนี้แหละจึงดี ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคอยเป็นผู้ช่วยหมอ” และตามคำกล่าวของผู้ใหญ่บ้านที่กล่าวว่า “เพราะหมออบรม แนะนำ ที่หมู่บ้านจึงได้รู้กัน คนที่สนใจมีมาก ผมหาคนอบรมให้ได้ตลอด” จุดแข็งและปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ ความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่

2.2 พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า เกษตรกรได้มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชส่วนบุคคล ทำให้ป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีอย่างถูกต้องผ่านแหล่งเรียนรู้ คือศูนย์สร้างเสริมคุณภาพชีวิตในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในชุมชนมีชุดอุปกรณ์ป้องกันตนเองสาธิต ตามคำกล่าวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่กล่าวว่า “เพราะมีตัวอย่างให้ดู ให้ได้ฝึกใส่ ถึงได้หามาใช้กัน” แต่การสะท้อนผลการพัฒนา ยังพบว่า เกษตรกรบางคนยังใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่สม่ำเสมอ แต่แก้ไขโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเกษตรกรต้นแบบให้การติดตามเชิงรุก เน้นการสื่อสารความเสี่ยงที่เข้าถึงบุคคลโดยตรง

2.3 ผลการตรวจหาระดับการทำงานเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 30 คน ไม่พบในระดับเสี่ยง (ค่ามากกว่า 87.5 หน่วยต่อมิลลิลิตร)

2.4 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า ด้านผู้ส่งข้อมูลข่าวสาร ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านผู้รับข้อมูลข่าวสาร มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 83.30 ( $M = 2.83, SD = .379$ ) ส่วนด้านช่องทางการสื่อสารด้านการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับสูงรองลงมา ร้อยละ 70 ( $M = 2.70, SD = .466$ ) และในภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับสูง ร้อยละ 86.70 ( $M = 2.86, SD = .345$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลของรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า เกษตรกรตระหนักรู้ในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จากการประชาสัมพันธ์เชิงบวก ได้รับข้อมูลทั่วถึงจากการใช้สื่อสะท้อนผลกระทบทางสุขภาพและอันตรายจากการใช้สารเคมีได้แรงบันดาลใจ และรับรู้วิธีป้องกันอันตราย และมีส่วนร่วมในการรับรู้เนื้อหาด้วยความสมัครใจ เนื่องมาจากรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนี้ ใช้การสร้างการรับรู้ความเสี่ยงทางสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับผู้ให้การสื่อสาร เนื้อหาการสื่อสาร ช่องทางการสื่อสาร และผู้รับการสื่อสาร โดยผู้ให้การสื่อสารความเสี่ยง ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับอันตรายจากสิ่งคุกคามสุขภาพไปยังผู้รับสาร ต้องเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นบุคคลที่ปฏิบัติงาน

อยู่ในชุมชน เป็นบุคคลที่เกษตรกรเชื่อถือและเชื่อมั่น จึงทำให้เกษตรกรรับรู้และเข้าใจชัดเจนยิ่งขึ้น เป็นการสร้างแรงจูงใจและโน้มน้าวเพื่อให้ปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมจะคงไว้ซึ่งความเชื่อมั่นและไว้วางใจได้<sup>13</sup> และเนื้อหาข้อความหลักชัดเจนเข้าใจง่าย ครอบคลุมเรื่องป้องกันอันตรายและผลกระทบจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งเจาะจงถึงกลุ่มเป้าหมายโดยตรง และมีความชัดเจนในประเด็นที่ต้องการสื่อสาร สำหรับช่องทางการสื่อสารความเสี่ยง ต้องดำเนินการผ่านช่องทางสื่อบุคคล ควบคู่ไปกับสื่อกิจกรรม ได้แก่ การจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์เชิงบวกและการสาธิตฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความชำนาญ<sup>14</sup> และที่สำคัญการให้ผู้รับสารความเสี่ยงได้เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบและสะท้อนปัญหา และตรงกับความต้องการของผู้รับสารไม่ขัดต่อวิถีชีวิตการทำงาน จะสามารถสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ จนนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องได้

พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า เกษตรกรได้มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชส่วนบุคคลอย่างถูกวิธี เนื่องมาจากได้จัดการความเสี่ยงทางสุขภาพผ่านกิจกรรมสร้างเสริมประสบการณ์แบบกลุ่ม และการกำกับติดตามและการประเมินผล ร่วมกับการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) จึงเกิดผลสำเร็จ ทำให้เกษตรกรและภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันวางแผนและตัดสินใจร่วมกันแก้ปัญหาของชุมชนเอง ซึ่งสะท้อนได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในขั้นการตัดสินใจมีความสำคัญอย่างยิ่ง<sup>15</sup> โดยเน้นฝึกปฏิบัติจากอุปกรณ์จริง ใช้เกษตรกรบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพมาร่วมกิจกรรม และใช้ภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมวางแผน จึงทำให้เกษตรกรเกิดการตระหนักรู้และป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการใช้เทคนิคกระบวนการ A-I-C ได้แก่ ระยะเวลาวางแผน ระยะดำเนินการตามแผน ระยะติดตามผล และระยะการคืนข้อมูล ทำให้เกษตรกรมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มมากขึ้น<sup>16</sup> มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง อันเนื่องจากการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงที่ใช้กระบวนการ A-I-C เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการเริ่มต้นศึกษาสภาพปัญหาและสถานการณ์จริงในพื้นที่ ผ่านกระบวนการการวางแผนร่วมกัน ร่วมออกแบบแนวทางแก้ปัญหา โดยมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และปรับปรุงพัฒนาจนเกิดรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงที่ตรงกับวิถีชีวิตและบริบทของชุมชน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงาน กิจกรรม และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการและกิจกรรมที่ทำ จึงได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี<sup>17</sup> นอกจากนี้ การสื่อสารความเสี่ยงที่สะท้อนผลกระทบต่อสุขภาพและอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ทำให้เกษตรกรและชุมชนตระหนักถึงความสำคัญและป้องกันผลกระทบทางสุขภาพนี้ ได้มีส่วนสำคัญให้เกิดการเรียนรู้ด้านการประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากการผลิตทางการเกษตรได้<sup>18</sup> สะท้อนถึงรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับวิถีชีวิตและบริบทของชุมชน

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรเป็นผู้ส่งสารหลัก สร้างการรับรู้ความเสี่ยงทางสุขภาพโดยใช้เนื้อหาสื่อสารเชิงบวกผ่านช่องทางบุคคลและสื่อกิจกรรม พร้อมส่งเสริมเกษตรกรมีส่วนร่วมในการออกแบบสะท้อนปัญหา จัดกิจกรรมกลุ่มกับนวัตกรรมชุมชน และกำกับ ติดตาม ประเมินผลร่วมกับภาคีเครือข่าย ช่วยลดอันตรายและผลกระทบจากสารเคมีได้

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ประยุกต์ใช้โปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพตามกระบวนการ A-I-C สู่มาตรการทางสังคม ด้านคุ้มครอง ป้องกันสุขภาพเกษตรกรและประชาชนจากผลกระทบของการใช้สารเคมีทางการเกษตร
2. พัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพประเด็นการลดใช้สารเคมีทางเกษตร โดยบูรณาการขับเคลื่อนกับนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และระดับตำบล (พชต.)

### References

1. Alhashim R, Deepa R, Anandhi A. Environmental impact assessment of agricultural production using LCA: a review. *Climate* [Internet]. 2021 Aug 30 [cited 2025 Feb. 12];9(11):164. Available from: <https://doi.org/10.3390/cli9110164>
2. Department of Disease Control. Report on the situation of diseases and health hazards from occupation and environment [Internet]. 2024. [cited 2024 Nov. 14]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/doed/pagecontent.php?page=888&dept=doed>
3. Wanasri W, Yuyuen N, Suksai Y. Factors influencing pesticide use behavior among farmers in Pluemphatthana Village, Kokkhamong Sub-District, Pakha District, Buriram Province. *Chaloemkarnjana Academic Journal* 2021;8(1):128-41. (in Thai)
4. Chantrawichit C, et al. Guideline for safe use of pesticides. Siam Pimnava; 2021. (in Thai)
5. Uttaradit Provincial Agriculture and Cooperatives Office. Uttaradit Province Agricultural and Cooperative Development Plan (2023 - 2027) Revised Edition for Fiscal Year 2027. [Internet]. 2019. [cited 2024 May 14]. Available form: [https://www.opsmoac.go.th/uttaradit-strategic-strategic\\_org](https://www.opsmoac.go.th/uttaradit-strategic-strategic_org). (in Thai)
6. Uttaradit Provincial Public Health Office. Health data center (HDC- dashboard). [Internet]. 2024. [cited 2024 Sep 30]. Available form: <https://hdc.moph.go.th/utt/public/standard-report/3e9b22afedc152096c7caf484c7d9629>. (in Thai)
7. Khoy Sung Sub-district Health Promoting Hospital. Summary report on public health for the fiscal year 2024. Khoy Sung Sub-district Health Promoting Hospital, Uttaradit Province; 2024. (in Thai)
8. Duangjinda M, Nimit – Arnun, N, Roojanavech S. The outcomes of health risk communication program among high risk stroke patients at Sub - District Health Promoting Hospitals in Samut sakhon Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2016;17(2):59-67. (in Thai)
9. Khwaenkonchim P. Development of health impact and safety prevention model for farmers using chemical pesticides with community participation. *Journal Of Health Science* 2023;32(5):828-39. (in Thai)
10. Qiu W, Rutherford S, Chu C, Mao A, Hou X. Risk communication and public health. *Global Journal of Medicine and Public Health* 2016;5(4):1-11.
11. Rothman AJ, Kiviniemi MT. Advancing theory and practice in health risk communication: a toolbox for motivating behaviour change. *Health Psychology Review* 2022;16(1):1-20.
12. Srisaad, B. Basic research. Bangkok: Suweeriya Sarn; 1992. (in Thai)

13. Nimit-arnun N, Roojanavech S, Poopitukkul J. The health risk communication pattern of stroke disease towards cultural perspective of tai song dam ethnic group: the case study in a community in Nakorn Pathom Province. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2019;27(2):80-92. (in Thai)
14. Sujariyakul A, Boonchutima S, Kachentawa K. Development of tuberculosis key messaging for risk communication in the high risk MDR-TB spot: a case study of Thai-Myanmar border provinces, year 2015. Journal of Health Science 2016;25(4):583-92. (in Thai)
15. Piekeng K, Hunnirun P. Development of health impact and safety prevention model for farmers using chemical pesticides with community participation in Suphanburi Province. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology 2022;7(5):158-74. (in Thai)
16. Phumwiangsri S, Sinsupan N, Chanawongse A. The development of a sustainable management model for pesticide contamination in fruits, vegetables, and agricultural products with the participation of the community and network partners in Nongnakham District, Khon Kaen Province. Health System Research and Development Journal 2021;14(2):36-56. (in Thai)
17. Buathana N. Participation process in healthcare among farmers using chemical substances in Ban Huai Bong Community, Mae Puem Subdistrict, Mueang District, Phayao Province. Journal of Buddhist Studies 2015;6(1):44-57. (in Thai)
18. Jaitia S, Tachai A. Assessment of health impacts from agricultural production: concepts and practices leading to public health policy recommendations. Environmental Journal 2023;27(1):2-8. (in Thai)

## Factors Affecting Safety Driving Behaviors of Ambulance's Drivers by Private Companies in Bangkok

Rattiyakorn Thuewan, M.S.<sup>1\*</sup>

Panee Banchonhattakit, Dr.PH.<sup>2</sup>

Thassaporn Chusak, Ph.D.<sup>3</sup>

Cherlyn Sirisetpop, Ph.D.<sup>4</sup>

Received: Jan 11, 2025

Revised: May 3, 2025

Accepted: May 6, 2025

### Abstract

**Introduction:** Road accidents result in injury, disability and death, leading to significant impacts on the economy, society and quality of life.

**Research objectives:** To examine factors influencing safe driving behavior among private-sector ambulance drivers in Bangkok.

**Research methodology:** This analytical cross-sectional research included 211 ambulance drivers. Data were collected using the questionnaires and analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

**Results:** The level of safe driving behavior was 92.40%. Factors significantly influenced the safe driving behavior of ambulance drivers were personal factors, ambulance speed ( $\beta = .174, p = .009$ ), level of education ( $\beta = -.221, p < .001$ ), smoking status ( $\beta = -.184, p = .006$ ), and ambulance driving experience ( $\beta = .153, p = .020$ ). These factors accounted for the prediction of the safe driving behavior among ambulance drivers by 13.20%. The predisposing factors were self-efficacy in accident prevention ( $\beta = .363, p < .001$ ), perceived susceptibility to accidents ( $\beta = .172, p = .016$ ), and perceived benefits of preventing driving accidents ( $\beta = .165, p = .033$ ). The reinforcing factors involved support from family, colleagues, and emergency medical service professionals ( $\beta = .158, p = .017$ ). Collectively, these variables contributed to the prediction of safe driving behavior among ambulance drivers by 56.90%.

**Conclusions:** Factors influencing safe driving behavior among ambulance drivers included ambulance speed, level of education, smoking, driving experience, self-efficacy in accident prevention, awareness of accident risk, recognition of the benefits of accident prevention, and social support.

**Implications:** Organizations responsible for ambulance services should promote awareness of safe driving practices and enhance social support.

**Keywords:** safe driving behavior, ambulance drivers, private companies

*Funding:* Department of Medical Services

<sup>1\*</sup>Corresponding author: Doctoral Candidate, Program on Health System Management, Email: rattiyakorn.thue@vru.ac.th

<sup>2-3</sup>Associate Professor, <sup>2</sup>Email: panee.ban@vru.ac.th <sup>3</sup>Email: tsp2548@hotmail.com

<sup>4</sup>Assistant Professor, Email: ploychayarin@gmail.com

<sup>1-4</sup>Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani, Thailand.

## ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ ของพนักงานขับรถพยาบาล ภาคเอกชน กรุงเทพมหานคร

รัตติยากร ถีวัน วท.ม.<sup>1\*</sup>พรรณี บัญชรหัตถกิจ ส.ด.<sup>2</sup>ทัศพร ชูศักดิ์ ปร.ด.<sup>3</sup>ณเอลินญ์ สิริเศรษฐ์ภาพ ปร.ด.<sup>4</sup>

Received: Jan 11, 2025

Revised: May 3, 2025

Accepted: May 6, 2025

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการบาดเจ็บทุพพลภาพและเสียชีวิต ส่งผลกระทบต่อทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตอย่างมหาศาล

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถพยาบาล ภาคเอกชน กรุงเทพมหานคร

**ระเบียบวิธีวิจัย:** การวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ โดยใช้ทฤษฎี PRECEDE Framework เก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด 211 คน ด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน

**ผลการวิจัย:** พนักงานขับรถพยาบาลมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.40 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล อัตราความเร็วที่ใช้ ( $\beta = .174, p = .009$ ) ระดับการศึกษาสูงสุด ( $\beta = -.221, p < .001$ ) การสูบบุหรี่ ( $\beta = -.184, p = .006$ ) ประสบการณ์การขับรถพยาบาล ( $\beta = .153, p = .020$ ) โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ ได้ร้อยละ 13.20 ปัจจัยนำ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุ ( $\beta = .363, p < .001$ ) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ ( $\beta = .172, p = .016$ ) การรับรู้ประโยชน์การป้องกันอุบัติเหตุ ( $\beta = .165, p = .033$ ) และปัจจัยเสริม การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงานและบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ( $\beta = .158, p = .017$ ) โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ ได้ร้อยละ 56.90

**สรุปผล:** ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ ได้แก่ อัตราความเร็วที่ใช้ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ประโยชน์การป้องกันอุบัติเหตุ และการสนับสนุนจากสังคม

**ข้อเสนอแนะ:** หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคมโดยบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น จำกัดความเร็วตามกฎหมายกำหนดและการจัดโปรแกรมฝึกอบรม

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมความปลอดภัย พนักงานขับรถพยาบาล รถพยาบาลภาคเอกชน

ได้รับทุนสนับสนุนจาก กองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์

<sup>1\*</sup>Corresponding author นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ Email: rattiyakom.thue@vru.ac.th

<sup>2-3</sup>รองศาสตราจารย์ <sup>2</sup>Email: pannee.ban@vru.ac.th <sup>3</sup>Email: tsp2548@hotmail.com

<sup>4</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: ploychayarin@gmail.com

<sup>1-4</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ปทุมธานี ประเทศไทย

## บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการบาดเจ็บทุพพลภาพและเสียชีวิต ส่งผลกระทบต่อทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตอย่างมาก จนเป็นปัญหาสำคัญของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน พบการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลก 1.19 ล้านราย คิดเป็น 15 ต่อแสนประชากร และพบว่าคนไทยเสียชีวิต 18,218 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 25 ต่อแสนประชากร<sup>1</sup> ยานพาหนะสำหรับการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินเป็นยานพาหนะประเภทรถยนต์ประเภทหนึ่งที่แนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งขึ้นกองสาธารณสุขฉุกเฉินสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรายงานข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาลในระหว่าง ปีงบประมาณ 2562 - ปีงบประมาณ 2567 ข้อมูล ณ วันที่ 30 พฤษภาคม 2567 พบการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาลทั้งสิ้น จำนวน 179 ครั้ง ส่งผลทำให้มีผู้ได้รับบาดเจ็บทั้งสิ้นจำนวน 295 ราย และเสียชีวิตทั้งสิ้นจำนวน 21 ราย<sup>2</sup> โดยปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการขับขี่ สภาพรถและสภาพแวดล้อมในการขับขี่เป็นสาเหตุสำคัญ ในการเกิดอุบัติเหตุ กล่าวคือ ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการขับขี่ ได้แก่ การขับขี่ด้วยความเร็ว ซึ่งมักเกิดอุบัติเหตุในช่วงความเร็ว 81 - 100 กิโลเมตรต่อชั่วโมง พนักงานขับรถขาดการฝึกอบรมหลักสูตรการขับรถพยาบาล ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ขาดสมาธิในการขับขี่และขาดความรับผิดชอบ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ ช่วงเวลา โดยมากมักเกิดอุบัติเหตุ ในกลางคืน ช่วงเวลา 20.01 - 24.00 น. สภาพถนนมีลักษณะเป็นทางโค้ง และสภาพชุมชนที่มีคนพลุกพล่านและปัจจัยด้านรถพยาบาล ได้แก่ รถและอุปกรณ์ภายในรถไม่ได้รับการตรวจสอบและขึ้นทะเบียน ระบบอุปกรณ์ไม่ได้มาตรฐาน และไม่ติดตั้ง GPS นอกจากนี้ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิตการทำงาน ประสบการณ์การขับรถพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายจราจรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัยด้วย<sup>3</sup>

กรุงเทพมหานครเป็นเมืองหลวงของประเทศมีการแบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 50 เขต มีประชากรตามทะเบียนราษฎรอาศัยอยู่ประมาณ 5.5 ล้านคน และมีประชากรแฝงกลางวัน 0.98 ล้านคน ปีงบประมาณ 2565 พบว่าจำนวนรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง จำนวน 1,320 คัน คิดเป็นร้อยละ 11.52 และรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน จำนวน 3,820 คัน คิดเป็นร้อยละ 33.35 รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับกลาง จำนวน 21 คัน คิดเป็นร้อยละ 0.18 และรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น จำนวน 6,293 คัน คิดเป็นร้อยละ 54.94 โดยสถิติการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 83,654 ครั้ง<sup>4</sup>

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันอุบัติเหตุได้ร้อยละ 51.70<sup>5</sup> ระดับการศึกษา ระดับความรู้เกี่ยวกับการขับรถพยาบาลอย่างปลอดภัย การตรวจสอบสภาพความพร้อมใช้งานของรถพยาบาล เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตระหนักรู้ถึงความปลอดภัยทางถนนของพนักงานขับรถพยาบาล โดยร่วมกันพยากรณ์ระดับการตระหนักรู้ถึงความปลอดภัยทางถนนของพนักงานขับรถพยาบาลได้ ร้อยละ 17.60<sup>6</sup>

ปัจจุบันประชาชนได้ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตมากขึ้น ผู้บริโภคมีทางเลือกที่มากขึ้น การเรียกร้องบริการที่มีมาตรฐานและมีคุณภาพจึงมากขึ้น ประชาชนจากสถานพยาบาลส่วนใหญ่จึงหันไปใช้บริการของสถานบริการของเอกชน ซึ่งเป็นที่ทราบกันว่าค่าใช้จ่ายสูงเพิ่มมากขึ้น ด้วยความเชื่อมั่นในว่าคุณภาพในการให้บริการของภาคเอกชนมีมาตรฐานที่ดีกว่าและมีความเสี่ยงในการรักษาน้อยกว่าโรงพยาบาลของภาครัฐบาล<sup>7</sup>

โดยธุรกิจการบริการรถพยาบาลเอกชนในปัจจุบันมีการแข่งขันด้านคุณภาพและการให้บริการค่อนข้างสูง เนื่องจากการเกิดใหม่ของบริษัทรถพยาบาลเอกชนมีจำนวนมาก<sup>8</sup> จากความต้องการใช้บริการภาคเอกชนมากขึ้นจึงเป็นเหตุให้มีจำนวนรถพยาบาลเอกชนและบุคลากรผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินภาคเอกชนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาลเพิ่มขึ้น เนื่องจากบุคลากรผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินมีความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือ ดูแล ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจากจุดเกิดเหตุ ขณะนำส่ง เพื่อเข้ารับการรักษาที่เหมาะสม โดยทำงานอยู่บนความคาดหวังของญาติและผู้ป่วยว่าจะได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและมีความปลอดภัย จากลักษณะการทำงานที่เร่งรีบนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคลากรผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินอาจได้รับความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนสูงมากกว่าการปฏิบัติงาน<sup>6</sup> จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถพยาบาลภาคเอกชน กรุงเทพมหานครโดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Framework ในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมก่อน แล้วจึงวางแผนและกำหนดกลวิธี เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น<sup>9</sup> เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผน มาตรการความปลอดภัยของรถพยาบาล กำหนดนโยบาย เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาล อันจะส่งผลต่อความปลอดภัยของบุคลากรที่ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถพยาบาลภาคเอกชน กรุงเทพมหานคร

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถพยาบาลภาคเอกชน กรุงเทพมหานคร ประยุกต์ใช้ PRECEDE Framework<sup>9</sup> เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1

### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถพยาบาล ภาคเอกชน กรุงเทพมหานคร

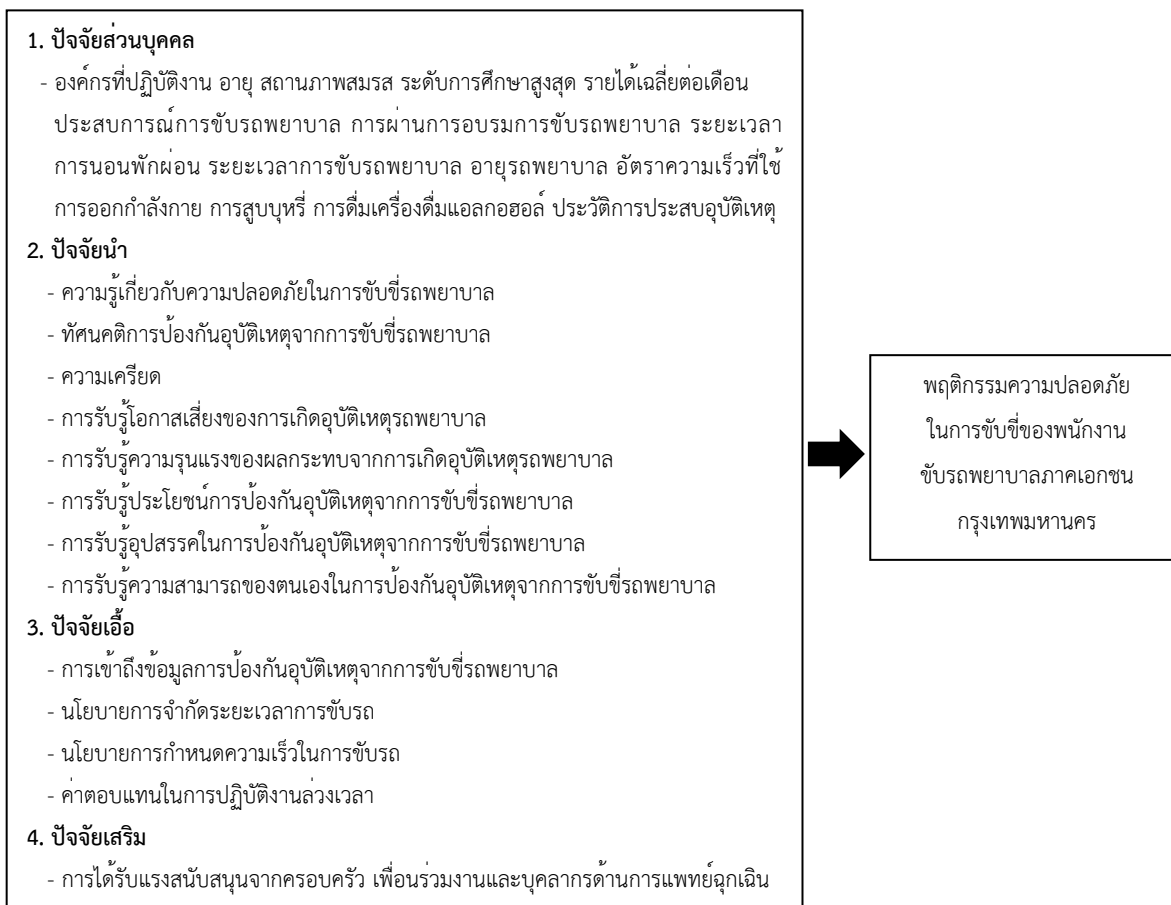
### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytical study)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พนักงานขับรถพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน บริษัทเอกชนและมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับการอนุมัติให้เป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ จากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2567 จำนวน 211 คน โดยเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด ข้อมูลที่ได้มาจากพนักงานขับรถพยาบาล สังกัดโรงพยาบาลเอกชน 5 แห่ง บริษัทเอกชน 7 แห่ง และมูลนิธิ 8 แห่ง มีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) พนักงานขับรถพยาบาลที่มีอายุ 25 ปี - 55 ปี 2) พนักงานขับรถพยาบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

อย่างน้อย 1 ปี 3) พนักงานขับรถพยาบาลที่พูดและสื่อสารภาษาไทยได้ดี และ 4) พนักงานขับรถพยาบาลที่ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาข้อมูลจากรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ องค์กรที่ปฏิบัติงาน อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์การขับรถพยาบาล การผ่านการอบรมการขับรถพยาบาล ระยะเวลาการนอนพักผ่อน ระยะเวลาการขับรถพยาบาล อายุรถพยาบาล อัตราความเร็วที่ใช้ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการประสบอุบัติเหตุ เป็นลักษณะเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการขับรถพยาบาล 10 ข้อ เป็นแบบ 2 ตัวเลือก ถูก 1 คะแนน ผิด 0 คะแนน โดยการแปลผลคะแนนเป็นร้อยละตามเกณฑ์ของบลูม<sup>10</sup> มีเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ คือ สูง (ร้อยละ 80 - 100) ปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79) ต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60) 2) ทักษะการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับรถพยาบาล 5 ข้อ 3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาล 5 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาล 5 ข้อ 4) การรับรู้ประโยชน์การป้องกันอุบัติเหตุจากการขับรถพยาบาล 5 ข้อ 5) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับรถพยาบาล 5 ข้อ 6) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับรถพยาบาล 5 ข้อ โดยเป็นการประเมินค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน แปลผลคะแนนโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่

1.00 – 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์<sup>11</sup> คือ ระดับต่ำ 1.00 - 2.33 ระดับปานกลาง 2.34 - 3.67 และระดับสูง 3.68 – 5.00 7) แบบสอบถามความเครียด 20 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต พัฒนาโดยโรงพยาบาลสวนปรุงมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ คือ 1 ไม่รู้สึกเครียด 2 รู้สึกเครียดเล็กน้อย 3 รู้สึกเครียดปานกลาง 4 รู้สึกเครียดมาก และ 5 รู้สึกเครียดมากที่สุด การแปลผลระดับความเครียดตามคะแนนรวม คือ ระดับน้อย (0 – 23 คะแนน) ระดับปานกลาง (24 – 41 คะแนน) ระดับสูง (42 – 61 คะแนน) ระดับรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ 5 ข้อ ค่าคะแนนระหว่าง 1 - 25คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม 5 ข้อ ค่าคะแนนระหว่าง 1 - 25คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาล 10 ข้อ ค่าคะแนนระหว่าง 1 – 50 คะแนน

ส่วนที่ 3 - 5 เป็นการประเมินค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์<sup>11</sup> คือ ระดับต่ำ 1.00 - 2.33 ระดับปานกลาง 2.34 - 3.67 และระดับสูง 3.68 - 5.00

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำผลการตรวจสอบหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of congruency: IOC) ซึ่งได้ค่าอยู่ระหว่าง .60 - 1.00 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับบุคคลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยแบบทดสอบความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ .72 และทดสอบโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ภาพรวมแบบสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถพยาบาลมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 โดยแบบสอบถามทัศนคติมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 การรับรู้ความรุนแรงมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 การรับรู้ประโยชน์มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 การรับรู้อุปสรรคมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 การรับรู้ความสามารถของตนเองมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 การเข้าถึงข้อมูลและนโยบายสำคัญมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 การได้รับแรงสนับสนุนมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 และพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

#### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี เลขที่การรับรอง 0067/2567 ลงวันที่ 16 พฤศจิกายน 2567 การเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานมหาวิทยาลัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน ประธานบริษัท ผู้จัดการมูลนิธิ ที่ได้รับการอนุมัติให้เป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ จากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทั้งหมด 20 แห่ง โดยการใช้แบบสอบถาม Google FORM ออนไลน์ และใส่แบบฟอร์มเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 2 สัปดาห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อการวิเคราะห์เกี่ยวกับลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยด้วยสถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

### ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า พนักงานขับรถพยาบาลปฏิบัติงานมูลนิธิ ร้อยละ 43.60 อายุ 25 - 35 ปี ร้อยละ 66.40 สถานภาพโสด ร้อยละ 67.30 ระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) ร้อยละ 33.60 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 69.70 ประสบการณ์การขับรถพยาบาล 1 - 5 ปี ร้อยละ 68.70 ผ่านการอบรมการขับรถพยาบาล ร้อยละ 56.40 ระยะเวลาการนอนพักผ่อนต่อวัน 7 - 8 ชม. ร้อยละ 54.50 ระยะเวลาการขับรถพยาบาล 6 - 10 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 46.90 อายุรถพยาบาล 6 - 10 ปี ร้อยละ 41.20 อัตราความเร็วที่ใช้ 91 - 120 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ร้อยละ 51.70 การออกกำลังกายต่อสัปดาห์ น้อยกว่า 3 ครั้ง ร้อยละ 86.30 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 73 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 72.50 และไม่เคยประสบอุบัติเหตุ ร้อยละ 91 ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการขับขี่รถพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.04 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ตามระดับความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการขับขี่รถพยาบาล (N = 211)

ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการขับขี่รถพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง (8 - 10 คะแนน)	171	81.04
ความรู้ระดับปานกลาง (6 - 7 คะแนน)	25	11.85
ความรู้ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 6 คะแนน)	15	7.11

ทัศนคติการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถพยาบาลอยู่ในระดับสูง (M = 4.79, SD = .42) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาลอยู่ในระดับสูง (M = 4.46, SD = .74) การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาลอยู่ในระดับสูง (M = 4.41, SD = .84) การรับรู้ประโยชน์การป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถพยาบาลอยู่ในระดับสูง (M = 4.65, SD = .62) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.52, SD = 1.47) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถพยาบาลอยู่ในระดับสูง (M = 4.60, SD = .57) ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ พบว่า การเข้าถึงข้อมูลการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถพยาบาล นโยบายการจำกัดระยะเวลาการขับรถ นโยบายการกำหนดความเร็วในการขับรถ ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานล่วงเวลาอยู่ในระดับสูง (M = 4.55, SD = .65) ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงานและบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับสูง (M = 4.51, SD = .67) และส่วนที่ 5 พฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถพยาบาล พบว่า อยู่ในระดับสูง (M = 4.63, SD = .58) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถพยาบาล (N = 211)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถพยาบาล	M	SD	ระดับ
<b>ปัจจัยนำ</b>			
ทัศนคติการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถพยาบาล	4.79	.42	สูง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาล	4.46	.74	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาล	4.41	.84	สูง
การรับรู้ประโยชน์การป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถพยาบาล	4.65	.62	สูง
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถพยาบาล	2.52	1.47	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถพยาบาล	4.60	.57	สูง
<b>ปัจจัยเอื้อ</b>			
การเข้าถึงข้อมูลการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถพยาบาลและนโยบายสำคัญ	4.55	.65	สูง
<b>ปัจจัยเสริม</b>			
การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงานและบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน	4.51	.67	สูง
<b>พฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถพยาบาล</b>	4.63	.58	สูง

ส่วนที่ 6 ความเครียด พบว่า พนักงานขับรถพยาบาล โดยส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.50 รองลงมา คือ พนักงานขับรถพยาบาลมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 24.20 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละตามระดับความเครียด (N = 211)

ความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียดระดับน้อย	51	24.20
ความเครียดระดับปานกลาง	94	44.50
ความเครียดระดับสูง	47	22.30
ความเครียดระดับรุนแรง	19	9.00

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถพยาบาล

1. ปัจจัยที่ส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า สมการทำนายที่ดีที่สุดในการวิเคราะห์ ได้แก่ อัตราความเร็วที่ใช้ ( $\beta = .174, p = .009$ ) ระดับการศึกษาสูงสุด ( $\beta = -.221, p < .001$ ) การสูบบุหรี่ ( $\beta = -.184, p = .006$ ) ประสบการณ์การขับรถพยาบาล ( $\beta = .153, p = .020$ ) โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถพยาบาลได้ร้อยละ 13.20 โดยที่ตัวแปรอัตราความเร็วที่ใช้ ประสบการณ์การขับรถพยาบาลส่งผลในทิศทางบวก ในขณะที่ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ส่งผลในทิศทางลบ สามารถเขียนสมการทำนาย ได้ดังนี้

#### สมการในรูปดิบ

พฤติกรรมความปลอดภัย (Y) = 4.313 + .006 (อัตราความเร็วที่ใช้) + (- .085) (ระดับการศึกษาสูงสุด) + (- .243) (การสูบบุหรี่) + .019 (ประสบการณ์การขับรถพยาบาล)

### สมการมาตรฐาน

Z (พฤติกรรมความปลอดภัย) = .174 (อัตราความเร็วที่ไข้) + (-.221) (ระดับการศึกษาสูงสุด) + (-.184) (การสูบบุหรี่) + .153 (ประสบการณ์การเข้ารับรพพยาบาล) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการเข้ารับของพนักงานเข้ารับรพพยาบาล (N = 211)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	$\beta$	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	4.313	.260		16.581	<.001
อัตราความเร็วที่ไข้	.006	.002	.174	2.647	.009
ระดับการศึกษาสูงสุด	-.085	.025	-.221	-3.341	<.001
การสูบบุหรี่	-.243	.087	-.184	-2.795	.006
ประสบการณ์การเข้ารับรพพยาบาล	.019	.008	.153	2.335	.020

R = .363 R<sup>2</sup> = .132 Adj. R<sup>2</sup> = .115 F = 7.798, p < .001

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการเข้ารับของพนักงานเข้ารับรพพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า สมการทำนายที่ดีที่สุดในการวิเคราะห์ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุจากการเข้ารับรพพยาบาล ( $\beta = .363$ , p < .001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุรพพยาบาล ( $\beta = .172$ , p = .016) การรับรู้ประโยชน์การป้องกันอุบัติเหตุจากการเข้ารับรพพยาบาล ( $\beta = .165$ , p = .033) การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงานและบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ( $\beta = .158$ , p = .017 โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการเข้ารับของพนักงานเข้ารับรพพยาบาลได้ร้อยละ 56.90 โดยสามารถเขียนสมการทำนาย ได้ดังนี้

### สมการในรูปดิบ

พฤติกรรมความปลอดภัย (Y) = .973 + .369 (การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุจากการเข้ารับรพพยาบาล) + .137 (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุรพพยาบาล) + .156 (การรับรู้ประโยชน์การป้องกันอุบัติเหตุจากการเข้ารับรพพยาบาล) + .138 (การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงานและบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน)

### สมการมาตรฐาน

Z (พฤติกรรมความปลอดภัย) = .363 (การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุจากการเข้ารับรพพยาบาล) + .172 (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุรพพยาบาล) + .165 (การรับรู้ประโยชน์การป้องกันอุบัติเหตุจากการเข้ารับรพพยาบาล) + .158 (การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงานและบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถพยาบาล (N = 211)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	$\beta$	t	p-value
- ค่าคงที่ (Constant)	.973	0.228		4.268	.001*
<b>ปัจจัยนำ</b>					
- การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถพยาบาล	.369	.078	.363	4.763	.001*
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาล	.137	.056	.172	2.439	.016**
- การรับรู้ประโยชน์การป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถพยาบาล	.156	.072	.165	2.149	.033**
<b>ปัจจัยเสริม</b>					
- การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงานและบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน	.138	.057	.158	2.411	.017**

R = .754, R<sup>2</sup> = .569, Adj. R<sup>2</sup> = .560, F = 67.924, p\*\*<. 001

### อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถพยาบาลภาคเอกชน กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) ร้อยละ 33.60 ประสบการณ์การขับรถพยาบาล 1 - 5 ปี ร้อยละ 68.70 ผ่านการอบรมการขับรถพยาบาล ร้อยละ 56.40 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 72.50 ภาพรวมพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถพยาบาล พบว่า อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากพนักงานขับรถพยาบาลมีพฤติกรรมปฏิบัติทุกครั้งเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนออกปฏิบัติการ ขณะออกปฏิบัติการและหลังออกปฏิบัติการ รวมทั้งพนักงานขับรถพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการขับขี่รถพยาบาลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยของพนักงานขับรถประจำโรงพยาบาลในระบบส่งต่อกรณีศึกษาเฉพาะเขตสุขภาพที่ 6 พบว่าพฤติกรรมความปลอดภัยของพนักงานขับรถประจำโรงพยาบาลในระบบส่งต่ออยู่ในระดับมากและพบว่าปัจจัยความเชื่อด้านการขับขี่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทิศทางเดียวกัน<sup>12</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการตระหนักรู้ถึงความปลอดภัยทางถนนของพนักงานขับรถพยาบาลในโรงพยาบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า พนักงานขับรถพยาบาลผ่านการอบรมหลักสูตรพนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 95.10 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 57.30 มีระดับความรู้เกี่ยวกับการขับรถพยาบาลอย่างปลอดภัยอยู่ในระดับสูง มีระดับความตระหนักรู้ถึงความปลอดภัยทางถนนอยู่ในระดับสูง<sup>6</sup>

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า สมการทำนายที่ดีที่สุดในการวิเคราะห์ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล อัตราความเร็วที่ใช้ระดับการศึกษาสูงสุด การสูบบุหรี่ ประสบการณ์การขับรถพยาบาล โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถพยาบาลได้ร้อยละ 13.20 สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยของพนักงานขับรถประจำโรงพยาบาลในระบบส่งต่อ กรณีศึกษาเฉพาะเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า

ผลการเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อการขับขี่ปลอดภัยของพนักงานขับรถประจำโรงพยาบาลชุมชนในระบบส่งต่อกับ อายุ และประสบการณ์เป็นพนักงานขับรถประจำโรงพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05<sup>12</sup> 2) ปัจจัยนำ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถพยาบาล การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาล การรับรู้ประโยชน์การป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถพยาบาล และ 3) ปัจจัยเสริม การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงานและบุคลากรด้านการแพทย์ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถพยาบาล ได้ร้อยละ 56.90 สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถพยาบาลฉุกเฉินของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า มีตัวแปรที่สามารถคาดทำนาย 3 ตัวแปร โดยเรียง ลำดับตามค่า Beta ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ การเข้าถึงข้อมูล โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง การเข้าถึงข้อมูลผลดีและประโยชน์ แรงสนับสนุนทางสังคม (.218, .026, .009, .017 และ .439 ตามลำดับ) โดยสามารถรวมทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถพยาบาลฉุกเฉินได้ร้อยละ 3.11<sup>5</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมการรับรู้และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่และช่วยลดความเครียดจากการขับขี่รถพยาบาล
2. หน่วยงานที่รับผิดชอบควร มุ่งเน้นในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพนักงานขับรถพยาบาล ให้ปฏิบัติตามกฎหมายและมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดอย่างเคร่งครัด เช่น กำกับพฤติกรรมกรรมการขับรถของพนักงานขับรถตามกฎหมายกำหนด และการจัดโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรทำการศึกษาโดยการสุ่มตัวอย่างประชากรให้กว้างขึ้น เพื่อให้ประชากรที่ทำการศึกษเป็นตัวแทนประชากรในภาพรวมของประเทศ และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างภาครัฐและภาคเอกชน
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านรถพยาบาลที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถพยาบาลเพื่อนำไปสู่การวางแผนออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถพยาบาล
3. ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถพยาบาล โดยนำตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ไปประยุกต์ใช้ ได้แก่ อัตราความเร็วที่ใช้ ระดับการศึกษาสูงสุด การสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ประโยชน์การป้องกันอุบัติเหตุ และการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม

## References

1. World Health Organization (WHO). Global status report on road safety 2023 [Internet]. 2024. [cited 2024 Jul. 18]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2023/12/29295>
2. Division Of Public Health Emergency Management, Department of Health, Ministry of Public Health. The meeting to summarize the investigation of the ambulance accident; 17 June 2024; Bangkok. Division Of Public Health Emergency Management, Department of Health, Ministry of Public Health; 2024.
3. Khampor K. The study of the relationship between personal health care behaviors and quality of working life of ambulance drivers in Mahasarakham Province. Mahasarakham Hospital Journal [Internet]. 2019 [cited 2024 Dec. 15];16(1):44-52. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/205165/142834> (in Thai)
4. Bangkok Emergency Medical Service Center (Erawan Center). Annual report 2022 [Internet]. 2024. [2024 Jul. 25]. Available from: <https://webportal.bangkok.go.th/msdbangkok/page/sub/23868/รายงานประจำปีสำนักการแพทย์> (in Thai)
5. Chindavech N. Accident prevention behavior from emergency ambulance driving of emergency ambulance drivers in Samut Prakan Province. Journal of Health Science of Thailand [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec. 15];32(4):606-15. Available from: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/14381/11596> (in Thai)
6. Polsong T, Laokiat L. Factors related to road safety awareness of ambulance drivers in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan. 5];9(1):15-30. Available from: <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/JAHS/article/view/822/737> (in Thai)
7. Saelim P. A comparison between service quality of private hospital and service quality of government hospital in Muang Suratthani District Suratthani Province. Region 11 Medical Journal [Internet]. 2016 [cited 2024 Jul. 28];30(2):47-57. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/178584/126924> (in Thai)
8. Yatalea P, Nookhong J. A study on demands to reserve ambulance service affecting application development of private hospital ambulance reservation case study: medical safety team thailand Co., Ltd [Internet]. 2024. [2024 Jul. 28]. Available from: <https://hs.ssru.ac.th/useruploads/files/20190306/cb1745be36468dcbf52cef4bef0c08f6acb5481c.pdf>
9. Ua-Kit N, Pensri L. Utilization of the precede model in health promotion. Thai Red Cross Nursing Journal [Internet]. 2019 [cited 2024 Dec. 15];12(1):38-48. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/203249/145132> (in Thai)
10. Bloom BS. Human characteristics & school learning. New York: McGraw-Hill; 1976
11. Best JW. Research in education. Prentice Hall; 1997
12. Yorphraklin N, Nuchsamnieng S. Factors affecting the safety behavior of ambulance driving in the referral system of drivers at community hospitals a case study of Health Region 6. Journal of MCU Buddhapanaya Review [Internet]. 2020 [cited 2024 Dec. 15];5(3):70-82. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jmbr/article/view/243967/168172> (in Thai)

## บทความวิจัย

## A Comparative Study of the Performance as Based on the 2023 Primary-Care Quality Standard Criteria of Subdistrict Health Promoting Hospitals that Transferred from the Ministry of Public Health

Received: Jan 15, 2025

Revised: Jul 7, 2025

Accepted: Jul 21, 2025

Lapatrada Numkham, Ph.D.<sup>1</sup>

Kantapat Boonwan, M.Sc.<sup>2\*</sup>

Kittiyaporn Choksawadphinyo, Ph.D.<sup>3</sup>

### Abstract

**Introduction:** The transfer of sub-district health promoting hospitals to the provincial administrative organizations is one of the government's policies to facilitate access to healthcare for local people. However, the quality of services after implementing this policy has not been examined.

**Research objectives:** To study and compare the performance of subdistrict health promoting hospitals that transferred its missions according to the 2023 primary-care service quality standards of the Ministry of Public Health among the three provinces of Khon Kaen, Prachinburi and Suphanburi.

**Research methodology:** A cross sectional study was conducted, collecting data from 14 4 subdistrict health-promoting hospitals across three provinces, using the 2023 primary-care service quality assessment form of the Primary Healthcare System Support Office, Ministry of Public Health. Data were analyzed using descriptive statistics and Kruskal-Wallis Test.

**Results:** The average score of the primary-care service quality assessment of all three provinces in all eight parts were statistically significantly different in 4 parts: 1) Management system, 2) personnel arrangement and service potential, 3) primary healthcare service system, with statistical difference levels of  $p < .001$ , and 4) medical and public-health laboratory system, with a statistical difference level of  $p < .05$ .

**Conclusions:** Management system, personnel arrangement and service potential, primary healthcare service system and medical and public-health laboratory systems differed among the three provinces.

**Implications:** Primary care units should utilize the evaluation results to improve their services to achieve comprehensive coverage across all aspects of care. Subdistrict Health Promoting Hospital administrators, in particular, should analyze their staffing needs and forward them to the Provincial Administrative Organization for overall analysis. This implication could inform the development of staffing frameworks and the allocation of adequate resources to Sub-district Health Promoting Hospitals.

**Keywords:** primary-care quality standards criteria, management guidelines for sub-district health promoting hospitals, transfer of duties to provincial administrative organizations

Funding: Health Systems Research Institute (HSRI)

<sup>1</sup>Associated Professor, Email: lapatrada.rbac@gmail.com

<sup>2\*</sup>Corresponding author: Lecturer, Email: kantapat9boon@gmail.com

<sup>3</sup>Assistant Professor, Email: k.phinyo@gmail.com

<sup>1-3</sup>Faculty of Nursing, Rattana Bundit University, Pathum thani, Thailand.

## การศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข

Received: Jan 15, 2025

Revised: Jul 7, 2025

Accepted: Jul 21, 2025

ลภัสรดา หนู่มคำ ปร.ด.<sup>1</sup>

กันตาทภัทร บุญวรรณ วท.ม.<sup>2\*</sup>

กิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ ปร.ด.<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นนโยบายหนึ่งของรัฐบาลเพื่อช่วยให้ประชาชนในท้องถิ่นเข้าถึงบริการทางสุขภาพ อย่างไรก็ตามคุณภาพการให้บริการหลังจากใช้นโยบายนี้ยังไม่ได้มีศึกษา

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ระหว่าง 3 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น ปรานีบุรี และสุพรรณบุรี

**ระเบียบวิธีวิจัย:** การศึกษาภาคตัดขวางเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 144 แห่งใน 3 จังหวัด โดยใช้แบบประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ของสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบครัสคัล-วอลลิส

**ผลการวิจัย:** ค่าเฉลี่ยผลการประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิของทั้ง 3 จังหวัด ทั้ง 8 ส่วน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 4 ส่วน ได้แก่ 1) ด้านระบบบริหารจัดการ 2) ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ 3) ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีระดับความแตกต่างทางสถิติที่  $p < .001$  และ 4) ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีระดับความแตกต่างทางสถิติที่  $p < .05$

**สรุปผล:** ด้านระบบบริหารจัดการ ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีความแตกต่างกันใน 3 จังหวัด

**ข้อเสนอแนะ:** หน่วยบริการปฐมภูมิควรนำผลการประเมินไปปรับใช้ในการพัฒนาการให้บริการให้บรรลุเป้าหมายครอบคลุมการให้บริการทุกด้าน รวมถึงผู้บริหาร รพ.สต. ควรทำการวิเคราะห์อัตรากำลังและนำเสนอต่อ อบจ. เพื่อวิเคราะห์ในภาพรวม อันจะนำไปสู่การกำหนดกรอบอัตรากำลัง และจัดสรรให้กับ รพ.สต. อย่างเพียงพอ

**คำสำคัญ:** เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ แนวทางบริหารจัดการ รพ.สต. การถ่ายโอนภารกิจไป อบจ.

ได้รับทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

<sup>1</sup>รองศาสตราจารย์ Email: lapatrada.rbac@gmail.com

<sup>2\*</sup>Corresponding author อาจารย์ Email: kantapat9boon@gmail.com

<sup>3</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: k.phinyo@gmail.com

<sup>1-3</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต ปทุมธานี ประเทศไทย

## บทนำ

เมื่อประเทศไทยกำหนดนโยบายการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญที่ส่งผลต่อประชาชนในทุก ๆ ระดับ ในปี พ.ศ. 2564 ราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ได้เผยแพร่ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)<sup>1</sup> การปรับเปลี่ยนครั้งนี้มีเป้าหมายหลักเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นได้อย่างแท้จริง และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>2</sup> บทบาทสำคัญประการหนึ่งของ อบจ. ที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยและ รพ.สต. คือ มีหน้าที่และอำนาจเกี่ยวกับการป้องกันและบำบัดโรค การส่งเสริมสุขภาพของประชาชน การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และการคุ้มครองผู้บริโภค<sup>3</sup> นอกจากนี้ในส่วนของ การรับโอนภารกิจบริการสาธารณสุขจากกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้างพื้นฐาน ได้แก่ แหล่งน้ำและระบบประปาชนบท การจัดการควบคุมตลาด และ 2) ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยครอบคลุมภารกิจของกรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานกรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข<sup>4</sup>

การบริการระดับปฐมภูมิเป็นบริการการแพทย์และสาธารณสุขที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มุ่งเน้นดูแลบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคการตรวจวินิจฉัยรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ โดยเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเอง<sup>5</sup> เชื่อมโยงการบริการปฐมภูมิไปยังบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยดูแลตั้งแต่แรกอย่างต่อเนื่องและผสมผสาน ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพตามพระราชบัญญัติ (พรบ.) ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และประชาชนมีสิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตาม พรบ. ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ดูแลประชาชนให้ได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบองค์รวม ตั้งแต่แรกอย่างต่อเนื่อง มีการดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน บริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว และส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย<sup>6</sup>

ปัจจุบันจังหวัดที่ถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. แล้วร้อยละ 100 ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2565 ปีงบประมาณ 2566 มีจำนวน 3,264 แห่ง ใน 6 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดร้อยเอ็ด 229 แห่ง ขอนแก่น 248 แห่ง ปราจีนบุรี 94 แห่ง มุกดาหาร 78 แห่งหนองบัวลำภู 83 แห่งและสุพรรณบุรี 174 แห่ง<sup>7</sup> ซึ่งส่วนใหญ่การศึกษาอื่น ๆ เป็นการใช้เกณฑ์ รพ.สต. ติดตาม<sup>6</sup> ซึ่งเป็นเกณฑ์เก่าในการประเมิน โดยการดูแลสุขภาพประชาชนของหน่วยบริการที่ได้รับการถ่ายโอนจำเป็นต้องมีคุณภาพและรักษามาตรฐานของการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนที่ครอบคลุมทุกด้าน<sup>8</sup> ซึ่งสามารถประเมินได้ด้วยเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานปฐมภูมิ พ.ศ. 2566<sup>9</sup> เนื่องจากเป็นเกณฑ์ใหม่และยังไม่มี การศึกษาการติดตามผลการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ การดำเนินงานของ รพ.สต. โดยใช้เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานปฐมภูมิ พ.ศ. 2566

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจของ 3 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น สุพรรณบุรี และปราจีนบุรี

## กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นกรอบแนวคิด ประกอบด้วย 8 ด้าน คือ 1) ด้านระบบบริหารจัดการ ซึ่งเกี่ยวกับการมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน แผนปฏิบัติการ แผนการจัดการทรัพยากรและบุคคล 2) ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ ซึ่งเกี่ยวกับจำนวนบุคลากรและศักยภาพการให้บริการแบบองค์รวม 3) ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้บริการ 4) ด้านระบบสารสนเทศ เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติการให้ข้อมูลและสิทธิของผู้รับบริการ 5) ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ครอบคลุมการจัดการบริการในสถานบริการและชุมชน 6) ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเกี่ยวกับบุคลากร สถานที่ เครื่องมือ การทดสอบและการประกันคุณภาพ 7) ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการบริการเภสัชกรรม การใช้อย่างสมเหตุผลและงานคุ้มครองผู้บริโภคและ 8) ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ครอบคลุม การออกแบบระบบและการจัดการมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ<sup>9</sup>

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไป อบจ. แล้ว ร้อยละ 100 ใน 6 จังหวัดประกอบด้วย ขอนแก่น ร้อยเอ็ด สุพรรณบุรี ปราจีนบุรี หนองบัวลำภู และมุกดาหาร รวมจำนวน 906 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง เป็น รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไป อบจ. แล้ว 100% จากการสุ่มเลือก 3 จังหวัดให้เป็นตัวแทนของแต่ละภูมิภาค ประกอบด้วย ขอนแก่น สุพรรณบุรี และปราจีนบุรี รวมจำนวน 516 แห่ง ซึ่งเป็น รพ.สต. ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 284 แห่ง สุพรรณบุรี จำนวน 174 แห่ง และปราจีนบุรี จำนวน 94 แห่ง สุ่มตัวอย่างแบบ Multistage stratified sampling คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กฎแห่งความชัดเจน (Rule of Thumb) เป็นการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงขนาดของประชากรในลักษณะของอัตราส่วนที่คิดเป็นร้อยละ<sup>10</sup> เมื่อประชากรเท่ากับ 100 คนขึ้นไป ใช้อัตราส่วนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 - 30 ในการศึกษาครั้งนี้สุ่มร้อยละ 30 ของจำนวน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (516 แห่ง) จะได้ รพ.สต. จำนวน 155 แห่ง ซึ่งเป็น รพ.สต. ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 75 แห่ง สุพรรณบุรี จำนวน 52 แห่ง และปราจีนบุรี จำนวน 28 แห่ง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ เป็นแบบประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ของสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่และสิ่งแวดล้อม จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ จำนวน 9 ข้อ โดยการให้คะแนนของส่วนที่ 1 - 4 ให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน ถ้าไม่มีตามรายการประเมินได้ 0 คะแนน ถ้ามีได้ 1 คะแนน

โดยต้องผ่านเกณฑ์ทุกข้อ ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 12 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน ถ้าไม่มีการดำเนินงานทุกข้อในแต่ละประเด็นได้ 0 คะแนน ถ้ามีการดำเนินงานแต่ไม่ครบทุกข้อในแต่ละประเด็นได้ 0.5 คะแนน หากมีการดำเนินงานครบทุกข้อในแต่ละประเด็นได้ 1 คะแนน ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 25 ข้อ ข้อละ 0 - 4 คะแนน ถ้าไม่มีตามรายการประเมินได้ 0 คะแนน ถ้ามีได้ 4 คะแนน ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ถ้าไม่มีตามรายการประเมินได้ 0 คะแนน ถ้ามีได้ 1 คะแนน และส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ จำนวน 17 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน ถ้าไม่มีตามรายการประเมินได้ 0 คะแนน ถ้ามีได้ 1 คะแนน<sup>9</sup> โดยสรุปคะแนนการผ่านเกณฑ์มาตรฐานแต่ละด้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	คะแนนเต็ม	คะแนนผ่านเกณฑ์	หมายเหตุ
1) ด้านระบบบริหารจัดการ	6	6	ต้องผ่าน
2) ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	8	8	เกณฑ์
3) ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่และสิ่งแวดล้อม	5	5	ทุกข้อ
4) ด้านระบบสารสนเทศ	9	9	
5) ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	60	≥ 48	ต้องผ่าน
6) ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	40	≥ 32	เกณฑ์
7) ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	79	≥ 64	ร้อยละ 80
8) ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	65	≥ 52	ทุกข้อ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI: Content validity index) ได้ .97, .89, .98 ตามลำดับ ดังนั้นคะแนน CVI เฉลี่ยเท่ากับ .95 จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .85

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต หมายเลขรับรองเลขที่ RBAC-EC-NUS-2-004/67 ตั้งแต่วันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2567 – 26 มีนาคม พ.ศ. 2568 โดยก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และระยะเวลาของการศึกษาให้กลุ่มอาสาสมัครวิจัยได้รับทราบ โดยกลุ่มอาสาสมัครวิจัยมีสิทธิ์ที่จะร่วมตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ รวมถึงสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตามความต้องการ และข้อมูลของกลุ่มอาสาสมัครวิจัยจะเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลที่ได้ในภาพรวม ไม่สามารถระบุตัวตนได้ เมื่อกลุ่มอาสาสมัครวิจัยยินยอมที่จะเข้าร่วม จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและทำการเก็บข้อมูล เมื่อการศึกษาเสร็จสิ้นและเผยแพร่ผลงานแล้ว ข้อมูลจะถูกนำไปทำลายตามแนวทางปฏิบัติของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต ถึงองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น สุพรรณบุรีและปราจีนบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์ดำเนินการชี้แจงและนัดหมายผู้ประสานงานในพื้นที่

เข้าเก็บข้อมูล จากนั้นจึงติดต่อผู้ประสานงานแต่ละอำเภอเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลใน รพ.สต. เพื่อประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ตามเกณฑ์การประเมินโดยผู้อำนวยการรพ.สต.ประเมินตนเองตามแบบประเมิน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 22 ดังนี้

1. ข้อมูลการผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ของรพ.สต.ทั้ง 3 จังหวัด ได้แก่ จำนวน และร้อยละ
2. เปรียบเทียบการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. ทั้ง 3 จังหวัดด้วยสถิติ Kruskal-wallis test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

### ผลการวิจัย

จากการสำรวจคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ ใน รพ.สต. จำนวน 155 แห่ง ได้ผลสำรวจ จำนวน 144 แห่ง จาก 3 จังหวัด พบว่า ส่วนใหญ่เป็น รพ.สต. ระดับกลาง ร้อยละ 61.10 เป็น รพ.สต. ที่ขึ้นทะเบียนเครือข่ายบริการปฐมภูมิแล้ว ร้อยละ 50 การประเมินคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ของกระทรวงสาธารณสุข โดยรวมพบว่า ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิส่วนที่ ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) และส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีคะแนนผ่านเกณฑ์มีเพียงส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ ที่มีผลการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์มากกว่า ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำแนกตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ใน 3 จังหวัด (n = 144)

เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566	ขอนแก่น จำนวน (n = 67) (ร้อยละ)	สุพรรณบุรี จำนวน (n = 51) (ร้อยละ)	ปราจีนบุรี จำนวน (n = 26) (ร้อยละ)	รวม จำนวน (n = 144) (ร้อยละ)
<b>ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ</b>				
ผ่านเกณฑ์ (ได้คะแนนเต็ม 6 คะแนน)	65 (97)	33 (64.70)	24 (92.30)	122 (84.70)
ไม่ผ่านเกณฑ์ (ได้คะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน)	2 (3)	18 (35.30)	2 (7.70)	22 (15.30)
<b>ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ</b>				
ผ่านเกณฑ์ (ได้คะแนนเต็ม 8 คะแนน)	46 (68.70)	4 (7.80)	12 (46.20)	62 (43.10)
ไม่ผ่านเกณฑ์ (ได้คะแนนน้อยกว่า 8 คะแนน)	21 (31.10)	47 (92.20)	14 (53.80)	82 (56.90)
<b>ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม</b>				
ผ่านเกณฑ์ (ได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	66 (98.50)	47 (92.20)	24 (92.30)	137 (95.10)
ไม่ผ่านเกณฑ์ (ได้คะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน)	1 (1.50)	4 (7.80)	2 (7.70)	7 (4.90)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำแนกตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน บริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ใน 3 จังหวัด (n = 144) (ต่อ)

เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566	ขอนแก่น จำนวน (n = 67) (ร้อยละ)	สุพรรณบุรี จำนวน (n = 51) (ร้อยละ)	ปราจีนบุรี จำนวน (n = 26) (ร้อยละ)	รวม จำนวน (n = 144) (ร้อยละ)
<b>ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ</b>				
ผ่านเกณฑ์ (ได้คะแนนเต็ม 9 คะแนน)	62 (92.50)	40 (78.40)	23 (88.50)	125 (86.80)
ไม่ผ่านเกณฑ์ (ได้คะแนนน้อยกว่า 9 คะแนน)	5 (7.50)	11 (21.60)	3 (11.50)	19 (13.20)
<b>ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ</b>				
ผ่านเกณฑ์ (ได้คะแนน 48 - 60 คะแนน)	60 (89.60)	17 (33.30)	22 (84.60)	99 (68.80)
ไม่ผ่านเกณฑ์ (ได้คะแนนน้อยกว่า 48 คะแนน)	7 (10.40)	34 (66.70)	4 (15.40)	45 (31.30)
<b>ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข</b>				
ผ่านเกณฑ์ (ได้คะแนน 32 - 40 คะแนน)	49 (73.10)	26 (51)	22 (88)	97 (67.40)
ไม่ผ่านเกณฑ์ (ได้คะแนนน้อยกว่า 32 คะแนน)	18 (26.90)	25 (49)	4 (15.40)	47 (32.60)

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ของกระทรวงสาธารณสุข ระหว่าง 3 จังหวัด ด้วยสถิติ Kruskal wallis test พบว่า ค่าเฉลี่ยผลการประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิของทั้ง 3 จังหวัด ทั้ง 8 ส่วน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 4 ส่วน ได้แก่ ด้านระบบบริหารจัดการด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีระดับความแตกต่างทางสถิติที่  $p < .001$  ส่วนด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีระดับความแตกต่างทางสถิติที่  $p < .05$  ทั้งนี้พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 8 ส่วน มีระดับความแตกต่างทางสถิติที่  $p < .001$  โดยพบว่าจังหวัดปราจีนบุรี มีคะแนนสูงสุด อย่างไรก็ตาม ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ด้านระบบสารสนเทศ ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) และด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบความแตกต่างของการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขของทั้ง 3 จังหวัด ด้วยสถิติ Kruskal-wallis test (n = 144)

เกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน บริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566	ขอนแก่น	สุพรรณบุรี	ปราจีนบุรี	Kruskal Wallis Test และค่า p-value
	(n = 67) Mean rank	(n = 51) Mean rank	(n = 26) Mean rank	
1. ด้านระบบบริหารจัดการ	81.35	58.09	77.96	24.59 df = 2 p.000**
2. ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพ ในการให้บริการ	90.93	47.15	74.73	43.50 df = 2 p .000**
3. ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	74.93	70.35	70.46	3.05 df = 2 p.22
4. ด้านระบบสารสนเทศ	76.63	66.47	73.69	5.07 df = 2 p.08
5. ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	87.48	47.00	83.92	46.0 df = 2 p .000**
6. ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข	76.66	60.71	84.92	10.69 df = 2 p .005*
7. ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและ งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)	77.33	67.24	70.38	3.68 df = 2 p .16
8. ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	72.78	70.35	76.00	2.31 df = 2 p .31
<b>รวมทั้ง 8 ส่วน</b>	<b>81.85</b>	<b>54.35</b>	<b>84.00</b>	<b>37.24</b> p .000**

\*p < .05, \*\*p < .001,

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ของทั้ง 3 จังหวัด พิจารณารายด้านได้ดังนี้

**ด้านระบบบริหารจัดการ** มีความแตกต่างกันในกลุ่ม รพ.สต. ที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน พบว่า รพ.สต. มากกว่า 4 ใน 5 ของทั้ง 2 กลุ่มได้คะแนนเต็ม 6 คะแนน แต่มี รพ.สต. บางแห่งที่ได้คะแนน 4 หรือ 5 คะแนนเนื่องจาก 1) ไม่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนอย่างน้อย 7 คนแต่ไม่เกิน 10 คน และ 2) ไม่มีการจัดการทรัพยากร โดยการสนับสนุนระบบบริการจากแม่ข่ายครอบคลุมงาน IT, IC, LAB เครื่องมือบริการ เภสัชกรรม และ RDU/คปส. จากข้อมูลข้างต้นสามารถอภิปรายได้ว่า รพ.สต. ที่ยังไม่มีคณะกรรมการหรือการสนับสนุนระบบบริการจากแม่ข่าย เป็น รพ.สต. ที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 จึงทำให้มีการดำเนินการด้านระบบบริหารจัดการที่ยังไม่ครอบคลุม<sup>4</sup>

**ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ** พบว่า ภาพรวมคะแนนตามเกณฑ์มาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ของกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ส่วนนี้มีผลการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์มากเกินไปจนถึงหนึ่ง และเมื่อพิจารณารายชื่อโดยเฉพาะในส่วนข้อ 2.1.1 ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์อื่นซึ่งผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ข้อ 2.1.2 ไม่มีผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์จำนวน 2 คนขึ้นไป และข้อ 2.1.3 ไม่มีผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนจำนวน 1 คนขึ้นไป โดยเฉพาะในกลุ่ม รพ.สต. ที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ พบมากถึงร้อยละ 80 และในกลุ่ม รพ.สต. ที่มีขนาดเล็ก จากข้อมูลดังกล่าวสามารถอภิปรายได้ว่า รพ.สต. หลายแห่งมีภาวะขาดแคลนบุคลากรสายวิชาชีพ ส่งผลให้ระบบบริการปฐมภูมิมีบุคลากรไม่เพียงพอ ในขณะที่ยังมีปัญหาสุขภาพที่จะต้องได้รับการแก้ไข เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง<sup>11-12</sup> สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยมีจำนวนไม่พอ มีการกระจายตัวอยู่ในโรงพยาบาลอำเภอแต่กระจุกอยู่ในจังหวัดใหญ่ อัตราส่วนแพทย์ต่อจำนวนประชากรในพื้นที่ไม่เหมาะสม<sup>13</sup> อย่างไรก็ตามการศึกษาพบว่า นโยบายการกระจายแพทย์ลงไปปฏิบัติงานที่ รพ.สต. จะทำให้ยกระดับการบริการของ รพ.สต. และเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพของประชาชน<sup>14</sup> นอกจากนี้การศึกษาพบว่า ในกรณีอัตรากำลังที่โอนไปไม่ครบจำนวนที่ระบุไว้ในเกณฑ์มาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ทาง อบจ. จะมีการจ้างบุคลากรเพิ่มให้ครบตามเกณฑ์<sup>15</sup> ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า รพ.สต. มากกว่า 3 ใน 5 มีคะแนนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 อย่างไรก็ตามยังพบว่า รพ.สต. ไม่มีการจัดบริการหลาย ๆ บริการเช่น การจัดบริการกายภาพบำบัด การจัดบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมและสอบสวนโรค (Surveillance and rapid response team) การจัดบริการแพทย์แผนไทยและการฝากครรภ์ (Antenatal care) โดยเฉพาะในกลุ่ม รพ.สต. ที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ พบมากถึง ร้อยละ 59 จากข้อมูลดังกล่าวสามารถอภิปรายได้ว่า ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจไป อบจ. มีบุคลากรบางส่วนไม่ได้โอนย้ายตาม ทำให้การให้บริการสุขภาพในส่วนที่บุคลากรขาดแคลนไม่ได้ดำเนินงาน หรือบางแห่งมีการดำเนินงานโดยให้บุคลากรที่เคยทำได้ไปช่วยดำเนินการก่อนชั่วคราว จนกว่าทาง อบจ. จะจัดหาบุคคลมาลงในตำแหน่งที่ขาด สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า นอกจากจำนวนบุคลากรจะขาดแคลนแล้วยังพบว่า บุคลากรของ รพ.สต. ขาดทักษะอย่างมากในบริการด้านรักษาพยาบาล ปัญหาดังกล่าวจึงส่งผลให้ประชาชนในเขตบริการไม่ได้รับบริการสุขภาพที่ดีพอตามเป้าหมาย<sup>6</sup>

**ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข** พบว่า รพ.สต. มากกว่า 3 ใน 5 มีคะแนนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 อย่างไรก็ตามยังพบว่า รพ.สต. ไม่มีการดำเนินงานในหลาย ๆ ด้าน เช่น 1) บุคลากร: ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟู

ทางวิชาการ 2) สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน: มีพื้นที่ปฏิบัติการเพียงพอ มีการแยกพื้นที่ปฏิบัติการ ออกจากพื้นที่ทำงานอื่น เป็นต้น โดยพบว่าหนึ่งในสามของ รพ.สต. ที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และ รพ.สต. ที่ขึ้นทะเบียนแล้วไม่ผ่านเกณฑ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน รพ.สต. ขนาดเล็ก จากข้อมูลดังกล่าวสามารถอภิปรายได้ว่า รพ.สต. ขนาดเล็กไม่มีตำแหน่งผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการรองรับ แต่หาก รพ.สต. นั้นมีเครือข่ายบริการหรือ โรงพยาบาลแม่ข่ายรับรอง จะช่วยให้ดำเนินการด้านห้องปฏิบัติการได้<sup>16</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหาร รพ.สต. ควรทำการวิเคราะห์อัตรากำลังของแต่ละหน่วยงาน และนำเสนอต่อ อบจ. เพื่อวิเคราะห์ในภาพรวม อันจะนำไปสู่การกำหนดกรอบอัตรากำลังและจัดสรรให้กับ รพ.สต. อย่างเพียงพอ
2. การสร้างเครือข่าย โดย อบจ. และ สสจ. ประสานการทำงานแบบเครือข่าย กับแม่ข่ายเดิม คือ โรงพยาบาลทุติยภูมิและโรงพยาบาลตติยภูมิเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องไร้รอยต่อ

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาภาพอนาคตที่ รพ.สต. และ อบจ. ต้องการให้เกิดขึ้น เพื่อบรรลุเป้าหมายการดูแลสุขภาพประชาชน โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนารูปแบบการบริหาร รพ.สต. รวมถึงให้ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการออกแบบ เพื่อให้เป็นหน่วยงานที่ให้บริการโดยให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลสุขภาพ

### References

1. Department Of Local Administration. Laws and regulations related to the decentralization to Local Administrative Organizations [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 12]. Available from: [https://www.dla.go.th/upload/ebook/column/2023/5/2365\\_6294.pdf](https://www.dla.go.th/upload/ebook/column/2023/5/2365_6294.pdf) (in Thai)
2. Office Of The Committee For Decentralization To Local Authorities, Office Of The Permanent Secretary, The Prime Minister's Office. Guidelines for the implementation of the transfer of Queen Sirikit Health Centers and Sub-district Health Promoting Hospitals to Provincial Administrative Organizations [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 24]. Available from: <https://drive.google.com/file/d/1aldKh0TwdEiVLRlHB5Jdm95EFAKHyhAF/view> (in Thai)
3. Jungtrakul S. Transfer of Subdistrict Health Promoting Hospitals to Local Administration Organizations [Internet]. 2023 [Cited 2023 Mar 22]. Available from: <https://healthserv.net/10594> (in Thai)
4. Sudhipongpracha T, Choksettakit W, Phuripongthanawat P, Kittiyasophon U, Sathatham N, Onphothong Y. Project to synthesize proposals and design policies for transferring Sub-District Health Promotion Hospitals to Provincial Administrative Organizations. Bangkok: Smile Copy;2021. (in Thai)
5. White F. Primary health care and public health: foundations of universal health systems. Medical Principles and Practice 2015;24(2):103-16.

6. Primary Health Care System Support Office. Guidelines for developing Star-rated Subdistrict Health Promoting Hospitals (Star-rated Subdistrict Health Promoting Hospitals) [Internet]. 2021 [Cited 2023 Mar 22]. Available from: [https://drive.google.com/file/d/1aCDXtrAjYPIDgn403Jz-d\\_6fEWp4U3J/view](https://drive.google.com/file/d/1aCDXtrAjYPIDgn403Jz-d_6fEWp4U3J/view) (in Thai)
7. Focus in-depth health system. Reveals "6 provinces" that transferred 100% of Sub-District Hospitals to the Provincial Administrative Organization [Internet]. 2023 [Cited 2023 Mar 22]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2022/10/26111> (in Thai)
8. Tumkosit U, Renliang LR, Srimuang J. The policy evaluative research project on the transference of Tambol-Promotion-Hospitals to Provincial Administration Organization, Part 3 Research Sub-Project No.1 Primary health service provision of Subdistrict Promotion Hospitals of Provincial Administration [Internet]. 2024 [Cited 2024 Oct 28]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6131> (in Thai)
9. Primary Care System Support Office, Ministry of Public Health. Primary care service quality standards manual 2023. Bangkok: War Veterans Organization Printing Office under Royal Patronage; 2023. (in Thai)
10. Althubaiti A. Sample size determination: a practical guide for health researchers. *Journal Of General and Family Medicine* 2023;24(2):72-8.
11. Gizaw Z, Astale T, Kassie GM. What improves access to primary healthcare services in rural communities? a systematic review. *BMC Primary Care* 2022;23(1):1-16.
12. Tongkum P. Development of the primary health care system after the transferring of the Sub-District Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization: a case study of the Sub-District Health Promoting Hospital in Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office* 2024;10(1):176-98. (in Thai)
13. Raksasataya A, Boontan N, Theunman J, Srivanichakorn S. Characteristics of work, problems, obstacles and needs of Thai family physicians. *Journal of Primary Care and Family Medicine* 2024;7(3):263-74. (in Thai)
14. Noree T. Development on policy options for doctors working in Sub-District Health-Promoting Hospitals [Internet]. 2024 [Cited 2024 Oct 28]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6180> (in Thai)
15. Sornkasetthrin A, Sriyasak A, Chantra R, Nimwatanakul S, Kirkgualthorn T, Chuenklin T, et al. Policy proposal of health manpower management in a transitional period from Sub-District Health Promotion Hospitals to Provincial Administrative Organizations. *BCNON Health Science Research Journal* 2024;18(1):121-32. (in Thai)
16. Tumkosit U, Patamasiriwat D, Meemak W, Punnitamai W, Thammakoranonta N, Mahakakanjana C, et al. The policy evaluative research project on the transference of Tambol-Promotion-Hospitals to Provincial Administration Organization, Part 2 Holistic of primary health care system [Internet]. 2024 [Cited 2024 Oct 28]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6130> (in Thai)

## บทความวิจัย

Nursing Practice in the Rational Use of Antibiotics among Pediatric Patients  
at Health Promotion Hospitals

Received: Mar 13, 2025

Revised: Jun 18, 2025

Accepted: Aug 1, 2025

Nattiporn Onduang, Ed.D.<sup>1\*</sup>Porn Boonmee, M.N.S<sup>2</sup>

## Abstract

**Introduction:** Nurses play an important role in advocating for the rational use of antibiotics in pediatric patients at sub-district health-promoting hospitals (HPHs) by supporting parents to ensure the appropriate use of antibiotics.

**Research objectives:** To examine the nursing practices and the factors associated with the appropriate use of antibiotics in pediatric patients.

**Research methodology:** A descriptive research design was employed with a sample of 180 registered nurses working at HPHs in Phayao Province. Data were collected using a questionnaire that included personal information and an assessment of nurses' behaviors related to the rational use of antibiotics in pediatric patients. The content validity index and Cronbach's alpha of the questionnaire were .82 and .90, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and point-biserial correlation test.

**Results:** The highest overall scores for nursing practice concerning rational use of antibiotics in pediatric patients were reported ( $M = 4.58$ ,  $SD = .41$ ). Significant correlations were found between nursing practice concerning rational use of antibiotics and several factors, including working experience ( $r = .43$ ,  $p < .01$ ), primary medical care experience ( $r = .50$ ,  $p < .01$ ), nurse practitioner training ( $r = -.61$ ,  $p < .01$ ), and education on rational drug use ( $r = -.66$ ,  $p < .01$ ).

**Conclusions:** Nurses working at HPHs demonstrated rational use of antibiotics, which was related by several factors- primarily education on rational drug use.

**Implications:** HPHs should continue to advocate for and support professional nurses in the rational use of antibiotics.

**Keywords:** antibiotics reasonable use, pediatric patients, register nurse, primary care units

---

Funding: Boromarajonani College of Nursing, Phayao

<sup>1\*</sup>Corresponding author: Lecturer, Email: nattiporn.o@bcnpy.ac.th

<sup>2</sup>Lecturer, Email: Pom.b@bcnpy.ac.th

<sup>1-2</sup>Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Phayao, Thailand.

## การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยเด็ก ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Received: Mar 13, 2025

Revised: Jun 18, 2025

Accepted: Aug 1, 2025

ณัฐติพร อ้นดุ้ง กศ.ด.<sup>1\*</sup>

พร บุญมี พย.ม.<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยเด็กที่มารักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยเฉพาะการให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กได้อย่างถูกต้อง

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** เพื่อศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ในผู้ป่วยเด็กที่มารักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

**ระเบียบวิธีวิจัย:** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จังหวัดพะเยา จำนวน 180 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ในผู้ป่วยเด็กที่มารักษาใน รพ.สต. มีความตรงตามเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Point bi-serial correlation

**ผลการวิจัย:** การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยเด็กมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.58, SD = .41$ ) และประสพการณ์ปฏิบัติงาน ประสพการณ์ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น การผ่านการอบรมเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไปและการอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีความสัมพันธ์การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยเด็ก ( $r = .434, r = .504, r = -.606, r = -.66; p < .01$ )

**สรุปผล:** การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยเด็กอยู่ในระดับมากที่สุด และมีความสัมพันธ์กับประสพการณ์ปฏิบัติงานและ ประสพการณ์ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น การอบรมเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไปและการอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

**ข้อเสนอแนะ:** รพ.สต. ควรส่งเสริมให้พยาบาลมีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ผู้ป่วยเด็ก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

<sup>1\*</sup>Corresponding author อาจารย์ Email: nattipom.o@bcnpy.ac.th

<sup>2</sup>อาจารย์ Email: Porn.b@bcnpy.ac.th

<sup>1-2</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก พะเยา ประเทศไทย

## บทนำ

ยาปฏิชีวนะหรือยาต้านจุลชีพเป็นยาที่ใช้ในการป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรีย หากมีการใช้ยาอย่างเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพจะช่วยให้การรักษาโรคติดเชื้อได้ผลดีและลดอัตราการเสียชีวิต แต่หากใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผลอาจทำให้เกิดปัญหาติดเชื้อดื้อยาตามมา ผลการศึกษาสถานการณ์การใช้ยาต้านจุลชีพของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าประชาชนร้อยละ 7.90 รับประทานยาต้านจุลชีพโดยใช้ในโรกระบบทางเดินหายใจมากที่สุด ส่วนใหญ่ได้รับยามาจากสถานพยาบาล รองลงมา คือซื้อจากร้านขายยา การศึกษายังพบอีกว่า ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาต้านจุลชีพเนื่องจากไม่เคยได้รับคำแนะนำว่าไม่ควรใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น ในขณะที่ร้อยละ 17.80 ได้รับข้อมูลว่าไม่ควรใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้ความรู้เกี่ยวกับยาต้านจุลชีพอยู่ในระดับต่ำ<sup>1</sup> ส่วนการศึกษาสัดส่วน ลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ในกลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะพบสัดส่วนการใช้ยาไม่สมเหตุผลถึงร้อยละ 80.40 ลักษณะของการใช้ยาไม่สมเหตุผลที่พบมากที่สุดคือ การได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ ได้รับยาผิดระยะเวลาและขนาดยาไม่ถูกต้อง และปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผลคือ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมีการใช้ยาไม่สมเหตุผลมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัวและผู้ตรวจที่เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติมีการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผลมากกว่าแพทย์<sup>2</sup> นอกจากนี้ในรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาปฏิชีวนะพบว่า เด็กอายุ 1 - 12 มีอาการไม่พึงประสงค์ร้อยละ 6.51<sup>3</sup> ส่วนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับเด็กของผู้ปกครองพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เข้าใจผิดว่ายาปฏิชีวนะสามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรียและไวรัสได้ และยังมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง คือ ให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กเมื่อมีอาการไอ/เจ็บคอ ท้องเสีย เป็นหวัด และมีน้ำมูกโดยนิยมซื้อยาปฏิชีวนะจากร้านขายยาหรือร้านสะดวกซื้อเนื่องจากมีความสะดวก<sup>4</sup> การเข้าถึงยาปฏิชีวนะที่ง่ายทำให้อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะสูงขึ้น และเกิดปัญหาการติดเชื้อดื้อยาตามมาซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจโดยพบว่า ทั่วโลกมีคนเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาปีละ 700,000 คน หากไม่เร่งแก้ไขภายในปี 2593 คาดว่าอีก 18 ปีข้างหน้า จะมีคนเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาสูงถึง 10 ล้านคน ทวีปเอเชียมีคนเสียชีวิตมากที่สุดถึง 4.7 ล้านคน เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจสูงถึง 3.5 พันล้านล้านบาท<sup>5-6</sup> ส่วนประเทศไทยพบว่า ในปี 2561 การติดเชื้อในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 60.20<sup>7</sup> ค่าใช้จ่ายจากการใช้ยาปฏิชีวนะสูงกว่าพันล้านบาทต่อปี อัตราการติดเชื้อดื้อยาปีละกว่า 1 แสนคน เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาจำนวน 38,481 รายต่อปี ทำให้ต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น 3.24 ล้านวัน ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นจากการรักษาเชื้อดื้อยาคิดเป็น 2,539 - 6,084 ล้านบาท และอาจเกิดการแพร่ระบาดของเชื้อดื้อยาในชุมชนตามมา<sup>8</sup> กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการดื้อยาต้านจุลชีพเพื่อลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา และลดการใช้ยาต้านจุลชีพในมนุษย์ ประชาชนมีความรู้และตระหนักในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม<sup>9</sup> ซึ่งยุทธศาสตร์การดำเนินงานระดับปฐมภูมิที่สำคัญ ได้แก่ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลและควบคุมกำกับการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม<sup>10</sup>

จากนโยบาย “โรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล” (Rational Drug Use: RDU Hospital) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนได้ดำเนินงานตามนโยบายอย่างต่อเนื่องโดยกำหนดเป้าหมายการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันไม่เกินร้อยละ 20<sup>11</sup> โดยบุคลากรใน รพ.สต. ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและมีทัศนคติที่ดีต่อนโยบาย ทำให้การสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะลดลง<sup>12</sup> จะเห็นได้ว่า รพ.สต. มีส่วนสำคัญในการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพเป็นอย่างมาก แม้ว่าจะไม่มีแพทย์ประจำและมีรายการยาปฏิชีวนะที่จำกัด ซึ่งพยาบาลต้องทำหน้าที่ในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น

ตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนด เพื่อสนับสนุนนโยบายโรงพยาบาลใช้ยาสมเหตุผล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและองค์การเภสัชกรรม ได้จัดทำคู่มือการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียด้วยยาปฏิชีวนะที่ รพ.สต. ภายใต้โครงการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย ได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติสำหรับบุคลากรสาธารณสุขควรปฏิบัติเมื่อให้ยาปฏิชีวนะและไม่ให้ยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมและหยุดการสร้างเชื้อดื้อยารวมทั้งช่วยลด ชะลอและกำจัดปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะในประเทศไทยได้<sup>13</sup> นับว่าเป็นมาตรการที่ช่วยส่งเสริมให้การให้ยาปฏิชีวนะอย่างมีความรับผิดชอบเป็นการใช้ยาด้านจุลชีพให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็นซึ่งช่วยลดการติดเชื้อดื้อยา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ยาปฏิชีวนะในเด็กส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ปกครองและปัจจัยที่เกี่ยวกับการให้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผลของผู้ปกครอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองยังมีความรู้และพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในการให้ยาปฏิชีวนะ ส่วนใหญ่เข้าใจว่ายาปฏิชีวนะสามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรียและไวรัสได้ เมื่อบุตรหลานเป็นหวัดแล้วรักษากับแพทย์ไม่หายจะไปซื้อยาปฏิชีวนะจากร้านขายยามาให้บุตรหลานรับประทาน<sup>14</sup> ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ผู้ปกครองปฏิบัติบ่อยที่สุดได้แก่ หยุดให้ยาปฏิชีวนะเมื่อเด็กมีอาการดีขึ้น และให้ยาปฏิชีวนะเมื่อเด็กเป็นหวัดและมีน้ำมูก โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียนพบว่า สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการให้ยาปฏิชีวนะแก่เด็กวัยเรียน<sup>14</sup> ซึ่งอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่เป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีให้แก่ผู้ปกครองโดยเฉพาะการได้รับคำแนะนำจากพยาบาลวิชาชีพที่ให้การรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยเด็กใน รพ.สต. หากผู้ปกครองได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยสนับสนุนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในเด็กที่ถูกต้องด้วย

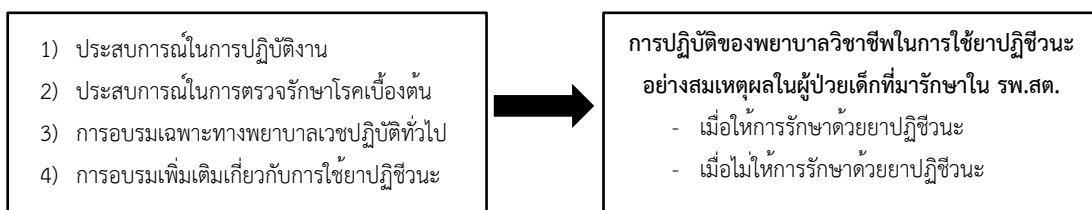
สำหรับการศึกษาในพยาบาล มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของพยาบาลเวชปฏิบัติในระบบบริการปฐมภูมิ พบว่า การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล นโยบายของหน่วยงาน ภาระงานของพยาบาลเวชปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผล<sup>15</sup> สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ปฏิบัติงานที่มากทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการตัดสินใจสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะมากขึ้น<sup>16</sup> ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตระหนักรู้ต่อการให้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ได้แก่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน การอบรมเรื่องยาและจำนวนครั้งที่อบรม<sup>17</sup> แม้ว่าใน รพ.สต. จะมีคู่มือการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียด้วยยาปฏิชีวนะ แต่การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติของบุคลากรสาธารณสุขตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต. แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเมื่อให้ยาปฏิชีวนะและไม่ให้ยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยเด็กโดยเฉพาะในพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการตรวจรักษาเบื้องต้นใน รพ.สต. แทนแพทย์ ดังนั้นการศึกษากิจการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการให้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยเด็กที่มารักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารใน รพ.สต. ในการส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลในการให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ผู้ปกครองและสร้างให้เป็นระบบทำงานปกติ และนำไปพัฒนารูปแบบการสื่อสารกับผู้ปกครองเพื่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. ส่งผลให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับเด็กอย่างถูกต้องเหมาะสม

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยเด็กที่มารักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยเด็กที่มารักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดพะเยา

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยเด็กที่มารักษาใน รพ.สต. โดยตัวแปรต้น ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) ประสพการณ์ในการปฏิบัติงาน 2) ประสพการณ์ในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น 3) การอบรมหลักสูตรเฉพาะทางพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป 4) การอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ จากการศึกษาพบว่า ประสพการณ์ในการปฏิบัติงาน ประสพการณ์ในการปฏิบัติงานรักษาเบื้องต้น การได้อบรมเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีสัมพันธ์กับสมรรถนะการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของพยาบาลเวชปฏิบัติ รวมทั้งทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการตัดสินใจสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น<sup>15-17</sup> ส่วนตัวแปรตาม ได้แก่ การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยเด็กที่มารักษาใน รพ.สต. ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากคู่มือการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียด้วยยาปฏิชีวนะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2566 ถึง พฤษภาคม 2567

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จังหวัดพะเยาจำนวน 368 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานรักษาโรคเบื้องต้นใน รพ.สต. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power<sup>18</sup> กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $\alpha = .05$  ระดับอำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 และกำหนดขนาดอิทธิพลระดับต่ำ (Small effect size: ES) เท่ากับ .20 ผลการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 150 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 20 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานปัจจุบัน ประสพการณ์ในการปฏิบัติงาน การอบรมเฉพาะทางพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป และการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ

2. แบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยเด็กที่มารักษาใน รพ.สต. ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวทางการปฏิบัติที่บุคลากรสาธารณสุขที่ รพ.สต. ควรทำเมื่อให้และไม่ให้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยในคู่มือการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียด้วยยาปฏิชีวนะที่ รพ.สต.<sup>13</sup> จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเมื่อให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยเด็ก จำนวน 14 ข้อ 2) การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเมื่อไม่ได้ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยเด็ก จำนวน 12 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดค่าระดับคะแนน 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด นำคะแนนมาเทียบกับเกณฑ์เพื่อแปลผลข้อมูลตามเกณฑ์ค่าเฉลี่ยของ บุญชม ศรีสะอาด<sup>19</sup> ดังนี้ มากที่สุด (4.51 - 5.00) มาก (3.51 - 4.50) ปานกลาง (2.51 - 3.50) น้อย (1.51 - 2.50) และน้อยที่สุด (1.00 - 1.50)

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์เภสัชกร 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน นำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of item-objective congruence: IOC) ของแบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลเมื่อให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยเด็ก มีค่า IOC ตั้งแต่ .67 - 1.00 และ IOC เฉลี่ยเท่ากับ .87 ส่วนแบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเมื่อไม่ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยเด็กได้ค่า IOC ตั้งแต่ .33 - 1.00 และ IOC เฉลี่ยเท่ากับ .77 คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) ของแบบสอบถามทั้งฉบับได้เท่ากับ .82 นำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้เท่ากับ .90

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก หนังสือรับรองเลขที่ REC 010/66 ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2566 จึงดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อขอความยินยอมในการวิจัยด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมและใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้นจากนั้นให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจและให้ความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา และนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดพะเยา เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลและให้คำอธิบายผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมกับส่งแบบสอบถามไปยังผู้ช่วยนักวิจัยใน รพ.สต. พร้อมซองบริการตอบกลับทางไปรษณีย์และการตอบแบบสอบถามทางออนไลน์ซึ่งมี QR Code ของแบบสอบถามที่มีคำชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย คำอธิบายในการตอบแบบสอบถาม และขอความยินยอมก่อนจึงให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จากนั้นจึงตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการตอบกลับและนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ด้วยสถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Point bi-serial correlation ซึ่งเป็นการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีมาตรวัดนามบัญญัติแบบสองกลุ่มตามธรรมชาติกับตัวแปรที่มีมาตรวัดแบบอันตรภาคหรืออัตราส่วน มีการแจกแจงแบบปกติทั้งสองกลุ่ม และไม่มีข้อมูลสุดโต่งโดยมีค่ามาตรฐานตั้งแต่ 4 ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ (มากกว่า 80)<sup>20</sup> ผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายตัวแปรพบว่า มีการแจกแจงแบบปกติและ มีค่ามาตรฐานเท่ากับ 1.5 ซึ่งไม่เกิน 4 แสดงว่าไม่มีข้อมูลสุดโต่ง

## ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการตอบกลับแบบสอบถามทั้งการตอบกลับทางไปรษณีย์และผ่านระบบออนไลน์จากกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความยินยอมตอบแบบสอบถามและดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ผลการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีทั้งหมด 180 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.70 อายุเฉลี่ย 44.33 ปี ส่วนมากมีอายุอยู่ระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 95 และมีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 84.40 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 21.84 ปี และมีประสบการณ์ในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นเฉลี่ย 19.08 ปี ร้อยละ 84.40 ผ่านการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป และได้อบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 80.60

2. การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยเด็กที่มารักษาใน รพ.สต. ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเมื่อให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยเด็ก มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.58, SD = .41) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พยาบาลสอบถามประวัติการแพ้ยาปฏิชีวนะที่ผู้ป่วยเด็กเคยได้รับและหลีกเลี่ยงชนิดและกลุ่มยาปฏิชีวนะที่ผู้ป่วยแพ้มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (M = 4.81, SD = .39) ส่วนการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ อธิบายผลข้างเคียงของยาปฏิชีวนะที่พบบ่อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อุจจาระร่วง ผื่นผิวหนัง ถ้ารุนแรงขึ้นผิวหนังจะเป็นรอยไหม้ หลุดลอกหรืออาจถึงขั้นเสียชีวิต (M = 4.48, SD = .66) และ 2) การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเมื่อไม่ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยเด็กพบว่า การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.56, SD = .39) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พยาบาลวิชาชีพได้ให้การรักษาตามอาการและการรักษาประคับประคอง เช่น ยาลดไข้ ยาลดน้ำมูก ยาแก้อาการในผู้ป่วยเด็กที่มีอาการของโรคหวัด เกลือแร่ชนิดผงในผู้ป่วยเด็กที่อุจจาระร่วง การทำแผลในผู้ป่วยที่มีบาดแผลสด มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (M = 4.82, SD = .42) และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การออกใบนัดเพื่อตรวจติดตามอาการของผู้ป่วยเด็กในรายที่มีการดำเนินโรคที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย (M = 3.79, SD = 1.03) ซึ่งอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการให้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในผู้ป่วยเด็กที่มารักษาใน รพ.สต. (n = 180)

การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ	MIN	MAX	M	SD	ระดับการปฏิบัติ
เมื่อให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ	4.48	4.81	4.58	.41	มากที่สุด
เมื่อไม่ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ	3.79	4.82	4.56	.39	มากที่สุด

3. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการให้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในผู้ป่วยเด็กที่มารักษาใน รพ.สต. ด้วยสถิติ Point bi-serial correlation พบว่า ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเมื่อจำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยเด็ก ( $r = .434, r = .504, p < .05$ ) ส่วนการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปและการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการให้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติของพยาบาลเมื่อจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยเด็ก ( $r = -.606, r = -.662, p < .05$ ) นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาลเมื่อไม่จำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยเด็ก ส่วนการอบรมเฉพาะทางพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปและการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการให้ยาปฏิชีวนะ พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางลบกับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเมื่อไม่ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ( $r = -.216, r = -.161, p < .05$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการให้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในผู้ป่วยเด็กที่มารักษาใน รพ.สต.

ตัวแปร	การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการให้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยเด็ก			
	เมื่อให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ		เมื่อไม่ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ	
	r	p-value	r	p-value
1. ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน	.434	.000*	.081	.279
2. ประสิทธิภาพในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น	.504	.000*	.088	.241
3. การได้รับการอบรมเฉพาะทางพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป	-.606	.000*	-.216	.004*
4. การได้อบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการให้ยาปฏิชีวนะ	-.662	.000*	-.161	.031*

\*p < .05

### อภิปรายผลการวิจัย

1. การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการให้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในผู้ป่วยเด็กใน รพ.สต. โดยการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเมื่อจำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยเด็กมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเมื่อไม่ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยเด็กโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลมีการปฏิบัติที่ดีโดยได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กในกรณีที่ต้องให้และไม่ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยเด็ก การที่พยาบาลมีระดับการปฏิบัติในระดับสูงอาจเกิดจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ร้อยละ

84.40 มีอายุงานและประสบการณ์ในการตรวจรักษาเบื้องต้นมาก ซึ่งในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุงานเฉลี่ย 21 ปี และประสบการณ์การรักษารอคเบื้องต้นเฉลี่ย 19 ปี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากจะทำให้ความมั่นใจในการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะให้แก่ผู้ป่วยมาก<sup>16</sup> และผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมและปฏิบัติตามนโยบาย “โรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล” ซึ่งการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ดีขึ้นโดยผลจากการศึกษานี้พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะมากถึงร้อยละ 80.60 สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของพยาบาลเวชปฏิบัติในระบบบริการปฐมภูมิ<sup>15</sup> พบว่า นโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและ การอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของพยาบาลเวชปฏิบัติในระบบบริการปฐมภูมิ ประกอบกับใน รพ.สต.มีคู่มือการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียด้วยยาปฏิชีวนะที่ รพ.สต. ยังมีแนวทางในการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองของเด็กทั้งในกรณีที่ให้และไม่ให้ยาปฏิชีวนะนับเป็นมาตรการส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างรับผิดชอบซึ่งเป็นการหยุดสร้างเชื้อดื้อยา<sup>13</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ระบุว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. สามารถตัดสินใจได้ดีในการเลือกจ่ายยาปฏิชีวนะได้อย่างเหมาะสมถึงร้อยละ 81.52<sup>21</sup> เพราะมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้อง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงจากการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นและช่วยป้องกันปัญหาการดื้อยาในอนาคต

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยเด็ก ใน รพ.สต. พบว่า ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น การอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป และการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเมื่อต้องให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยเด็ก นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า การได้รับการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปและการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเมื่อไม่ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ การที่ประสบการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์มากขึ้นอาจใช้วิจารณญาณและตัดสินใจด้วยความระมัดระวังในการใช้ยาปฏิชีวนะได้อย่างเหมาะสมแม้ว่าผลสัมฤทธิ์จะไม่สูงมากก็ตาม ซึ่งประสบการณ์ทำงานที่มากขึ้นจะยิ่งทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการตัดสินใจสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น<sup>16</sup> การที่พยาบาลที่ทำหน้าที่รักษาโรคเบื้องต้นใน รพ.สต. ได้รับการอบรมเฉพาะทางเป็นปัจจัยเอื้อที่ช่วยให้สามารถรักษาโรคเบื้องต้นได้ตามขอบเขตวิชาชีพ รวมถึงการเข้าใจได้ตามสมรรถนะและตามขอบเขตของกฎหมายวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น<sup>22</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษาโครงการ Antibiotic Smart Use (ASU) ต่อความรู้เกี่ยวกับการจ่ายยาปฏิชีวนะ พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติที่เคยอบรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งพยาบาลที่ผ่านการอบรมในโครงการจะสามารถเลือกจ่ายยาได้เหมาะสมมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการอบรม<sup>21</sup> อีกทั้งการสนับสนุนขององค์กรร่วมกับมีนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การอบรมเพิ่มเติมและได้รับข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติมเกี่ยวกับ ASU จะยิ่งช่วยเสริมสมรรถนะในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของพยาบาลเวชปฏิบัติให้สูงขึ้นด้วย<sup>15,23</sup>

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเมื่อให้ยาปฏิชีวนะและไม่ให้ยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยเด็กอยู่ในระดับมากที่สุด อาจเนื่องมาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการให้

พยาบาลเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง พยาบาลอาจตอบตามที่ควรจะเป็นตามคำแนะนำ เนื่องจากไม่ได้สังเกตการปฏิบัติจริงของพยาบาล หรือไม่ได้มีการสอบถามย้อนกลับจากผู้ปกครองของเด็ก

### ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

1. การส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพนำแนวทางการให้คำแนะนำในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลไปใช้ในผู้ป่วยเด็กที่มารับการรักษาใน รพ.สต. และ มีการกำกับติดตามการปฏิบัติตามของพยาบาลโดยหัวหน้า รพ.สต. อย่างต่อเนื่องและสร้างให้เป็นระบบทำงานปกติ

2. ควรพัฒนาแบบตรวจสอบ (Checklist) การให้คำแนะนำการปฏิบัติของพยาบาลเมื่อให้หรือไม่ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยเด็กเพื่อกำกับการปฏิบัติของพยาบาลให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

3. ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. ได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลอย่างต่อเนื่อง และได้รับการอบรมเฉพาะทางพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรทำวิจัยเชิงทดลองศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการสื่อสารเพื่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในผู้ป่วยเด็กของพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต.

2. ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความความคิดเห็น มุมมองของพยาบาลวิชาชีพและอุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวทางให้คำแนะนำการใช้ยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยเด็กที่มารับการรักษาที่ รพ.สต.

3. ควรทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของการให้คำแนะนำในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในเด็กของผู้ปกครอง

### References

1. Chanvatik S, Lekagul A, Vongmongkol V, Patcharanarumol W, Thunyahan A, Tangcharoensathien V. Situation on antimicrobial use and knowledge on antimicrobials: a national health and welfare survey in Thailand 2017. Journal of Health System Research [Internet]. 2018 [cited 2022 Nov. 18];12(3):420-36. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4938?show=full> (in Thai)
2. Ruanpech P, Ngamchaliew P. Proportion, patterns and associated factors of inappropriate antibiotic prescriptions in acute upper respiratory tract infection. Journal of Health Systems Research [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov. 18];(2):218-30. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5375/hsri-journal-v15n2-p218-230.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Food And Drug Administration. Annual spontaneous reports of adverse drug reactions 2022. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design; 2023. (in Thai)
4. Charrin K, Techaraksari T. Factors influencing parents' behavior in administering antibiotics to school-age children. Journal of The Faculty of Nursing Burapha University [Internet]. 2019 [cited 2024 Dec. 18];27(4):77-88. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/232597/159027> (in Thai)

5. O'Neill J. Antimicrobial resistance: tackling a crisis for the health and wealth of nations [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov. 18]. Available from: [https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations\\_1.pdf](https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf)
6. World Health Organization (WHO). Thailand sounds the alarm on antimicrobial resistance [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec. 18]. Available from: <https://www.who.int/thailand/news/detail/14-06-2024-thailand-sounds-the-alarm-on-antimicrobial-resistance>
7. Health Policy And Systems Research on Antimicrobial Resistance (HPSR-AMR) Network. Thailand's One Health report on antimicrobial consumption and antimicrobial resistance in 2018 [Internet]. 2020 [cited 2024 Dec. 20]. Available from: [https://cms.thaiamrwatch.net/uploads/2018\\_Thailand\\_One\\_Health\\_Report\\_on\\_Antimicrobial\\_Consumption\\_and\\_Antimicrobial\\_Resistance\\_in\\_2018\\_Final\\_799d504b4a.pdf](https://cms.thaiamrwatch.net/uploads/2018_Thailand_One_Health_Report_on_Antimicrobial_Consumption_and_Antimicrobial_Resistance_in_2018_Final_799d504b4a.pdf)
8. Phumart P, Phodha T, Thamlikitkul V, Riewpaiboon A, Prakongsai P, Limwatananon S. Health and economic impacts of antimicrobial resistant infections in Thailand: a preliminary study. *Journal of Health Systems Research* 2012;6(3):352-60. (in Thai)
9. Punnin S. Trend monitoring [Internet]. 2023 [cited 2023 Aug. 21]. Available from: [https://www.thaidrugwatch.org/download/series/49/series 49-27.pdf](https://www.thaidrugwatch.org/download/series/49/series%2049-27.pdf). (in Thai)
10. Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Thailand. Guideline for integrated assessment of antimicrobial resistance management in hospitals (EE-AMR Tool, Thailand). Bangkok: Printing Division; 2022. (in Thai)
11. Chankunaphas P, Boonyarit P, Srisupan W, Praphaso N. Development of the health service system (Service Plan) for rational drug use. Nonthaburi: Service System Support Development Unit, Bureau of Health Administration, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
12. Khongsaktrakun P, Chowwanapoonphon H, Prasertsuk S. Effectiveness of promote rational use of antibiotics in Sub-District Health Promoting Hospitals case Nakornrajsima Province. *Isan Journal of Pharmseutical Sciences* [Internet]. 2019 [cited 2024 Dec. 18];15(2):106-17. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/IJPS/article/view/171593/133292> (in Thai)
13. Thammalikitkul V. Guide to treating bacterial infections with antibiotics in Sub-District Health Promoting Hospitals. Thailand antimicrobial resistance containment and prevention program. Bangkok: Ministry of Public Health; 2015. (in Thai)
14. Teeranantakul C, Sribundit N. Factors related to the practice of antibiotic of antibiotic use for common cold in children among parents in Bangkok [Master's thesis]. Bangkok: Silpakorn University; 2019. (in Thai)
15. Phaengwong P, Naewbood S, Oba N. factors related to rational drug usage competency of nurse practitioners in primary care system, Nakhonsawan Province. *Humanities And Social Science Research Promotion Network Journal* [Internet]. 2020 [cited 2025 Jan. 20];3(2):56-67. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hsrnj/article/view/252325/170345> (in Thai)

16. Patel P, Hou CD, Manning ML. Factors influencing antibiotic prescribing by nurse practitioners: a quantitative pilot study using the theory of planned behavior [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan. 20]. Journal of The American Association of Nurse Practitioners 2023;35(11):684-90. Available from: <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000915>
17. Haengphit S. Factors related to the awareness of reasonable use of antibiotics in Health Promoting Hospital in Phrae Province [Independent study in Master of Public Health]. Bangkok, Thammasat University; 2018. (in Thai)
18. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Bucher A. G\*power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007;39(2):175-91.
19. Srisa-ard B. Preliminary research. Bangkok: Suwiriyasarn; 2010. (in Thai)
20. Angsuchoti S. Techniques for analyzing the relationship between variables [Internet]. [n.d.] [cited 2023 Nov. 13]. Available from: <https://www.stou.ac.th/offices/ore/info/cae/uploads/pdf/636366560441132172.pdf>
21. Jaisue S, Eua-Anant S. Impact of antibiotic smart use program on antibiotic dispensing knowledge of nurse practitioners in Khon Kaen Health Promoting Hospitals. Srinagarind Medical Journal [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan. 20];32(2):119-26. Available from: <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/85001/67706> (in Thai)
22. Choodam N, Noonil N, Jantasuan R. Nurse's roles in a primary medical care unit (Health Region 11). The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb. 7];9(1):42-54. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/241924/170751> (in Thai)
23. Chuangsakul C. Practices of health personnel related to rational drug use policy at Sub-District Health Promoting Hospitals in Sisaket Province. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospital [Internet]. 2018 [cited 2025 Feb. 7];33(3):275-90. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/160742/117420> (in Thai)

## บทความวิจัย

## Predictive Factors of Adaptation in New Cases of HIV/AIDS Infection in Bangkok

Received: Mar 31, 2025

Revised: May 20, 2025

Accepted: May 23, 2025

Pornchanok Boonchom, M.N.S.<sup>1</sup>Arporn Powwattana, Ph.D.<sup>2\*</sup>Lalita Kaewwilai, Ph.D.<sup>3</sup>

## Abstract

**Introduction:** Bangkok has the highest prevalence of new HIV infections in Thailand, which affects the adjustment of new HIV/AIDS infected individuals. Roy's theory of adjustment was used as a conceptual framework to this study.

**Research objectives:** To study the predictive factors of adaptation among newly infected people with HIV/AIDS in Bangkok.

**Research methodology:** This study was descriptive research. The sample consisted of 242 newly infected HIV/AIDS patients diagnosed within 6 months and living in Bangkok. Proportional random sampling of the population was used to collect data by using questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, Pearson's product moment correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

**Results:** The majority of the sample had a high level of adaptation ( $M = 96.7$ ,  $SD = 1.0$ ), with the highest level of adaptation in terms of role work 83.10%. From the stepwise multiple regression analysis, it was found that social support, access to health services related to HIV infection, knowledge about diseases of HIV/AIDS patients, and depression could jointly predict adaptation of newly infected HIV/AIDS patients by 49.40% ( $R^2 = .494$ ).

**Conclusions:** Social support, access to HIV-related health services, knowledge about HIV/AIDS diseases, and depression can jointly predict adjustment among newly infected people with HIV/AIDS.

**Implications:** This study provided recommendations for planning the service system and served as basic information for agencies responsible for caring for patients infected with HIV/AIDS to care for and promote adaptation to plan for improving and developing the health promotion service system for caring for HIV/AIDS patients.

**Keywords:** adaptation, HIV/AIDS patients, roy's theory of adaptation, initial diagnosis.

Funding: Partial research from Graduate Studies of Mahidol University Alumni Association

<sup>1</sup>Graduate Student in Master of Nursing Science Program, Email: Pornchanokboonchom@gmail.com

<sup>2\*</sup>Corresponding author: Associate Professor, Email: arporn.pow@mahidol.ac.th

<sup>3</sup>Lectures, Email: Lalita.kae@mahidol.ac.th

<sup>2-3</sup>Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

## ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ ในเขตกรุงเทพมหานคร

Received: Mar 31, 2025

Revised: May 20, 2025

Accepted: May 23, 2025

พรชนก บุญชม พย.ม.<sup>1</sup>

อาภาพร เผ่าวัฒนา ปร.ด.<sup>2\*</sup>

ลลิตา แก้ววิไล ปร.ด.<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** กรุงเทพมหานครมีความชุกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่มากที่สุดในประเทศไทย ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ ในเขตกรุงเทพมหานคร

**ระเบียบวิธีวิจัย:** การวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัย ภายใน 6 เดือน และอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 242 คน สุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

**ผลการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปรับตัวอยู่ในระดับสูง ( $M = 96.70, SD = 1.0$ ) พบว่า มีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่มากที่สุด ร้อยละ 83.10 และจากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี ความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ ได้ร้อยละ 49.40 ( $R^2 = .494$ )

**สรุปผล:** การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี ความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมทำนายการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ได้

**ข้อเสนอแนะ:** การวางแผนจัดระบบบริการ และเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่หน่วยงานผู้รับผิดชอบด้านการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในการดูแลและส่งเสริมการปรับตัว เพื่อวางแผนปรับปรุงและพัฒนาการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต่อไป

**คำสำคัญ:** การปรับตัว ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ ทฤษฎีการปรับตัวของรอย การวินิจฉัยครั้งแรก

ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยบางส่วนจากบัณฑิตวิทยาลัย และสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>1</sup>นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Email: Pornchanokboonchom@gmail.com

<sup>2\*</sup>Corresponding author รองศาสตราจารย์ Email: arpaporn.pow@mahidol.ac.th

<sup>3</sup>อาจารย์ Email: Lalita.kae@mahidol.ac.th

<sup>2-3</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย

## บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวี (Human immunodeficiency virus : HIV) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าทางการแพทย์และระบบการรักษา แต่จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก 38.4 ล้านคน และเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั่วโลก 1.5 ล้านคน สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 พบว่าประชากรของประเทศไทยกว่า 70 ล้านคน ประมาณการว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 560,000 ราย มีผู้ที่กำลังรับยาต้าน 457,133 ราย มีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 11,000 ราย และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 9,200 ราย<sup>1</sup> ปัจจุบันกรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดที่พบอัตราผู้ติดเชื้อรายใหม่มากที่สุด<sup>1</sup> และคาดประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 89,768 ราย เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน 1,095 ราย เฉลี่ยวันละ 3 ราย พบว่าร้อยละ 44 ของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จะอยู่ในกลุ่มเยาวชนที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี จำนวน 478 ราย และมีผู้เสียชีวิตภายในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 1,744 ราย<sup>2</sup>

การติดเชื้อไวรัสเอชไอวี/เอดส์ ส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ในด้านร่างกายทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลาย ส่งผลกระทบต่อให้เกิดอาการและอาการแสดง เช่น อ่อนแรง มีไข้ หายใจสั้น หอบเหนื่อย นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน และขาดสมาธิต่าง ๆ ของร่างกาย ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค รวมถึงปัญหาทางเศรษฐกิจและครอบครัว เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง รายได้ที่ลดลง และการสูญเสียรายได้ของผู้ดูแล ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า ไปจนถึงคิดฆ่าตัวตาย และด้านสังคม เกิดความหวาดกลัวและรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่งผลให้ขาดการสนับสนุนจากสังคม ต้องแยกตัวออกจากสังคม อันมีผลกระทบต่อจิตใจ<sup>3</sup> และการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อาจนำไปสู่การถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และสังคม ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ เนื่องจากกลัวเปิดเผยสถานะ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคเอดส์หรือโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว แต่ถ้าผลการปรับตัวออกมาในทางบวกหรือมีการปรับตัวดี จะช่วยทำให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข มีภาวะสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม แต่ถ้าผลการปรับตัวออกมาในด้านลบจะทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้ไม่ดี เกิดการเจ็บป่วย ได้รับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่สามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข<sup>4</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าหลายการศึกษาเน้นไปที่การวิเคราะห์เชิงความสัมพันธ์ (Correlational study) ของปัจจัยเชิงเดียวกับการปรับตัวเฉพาะด้าน ซึ่งมีข้อจำกัดในการศึกษาเฉพาะในส่วนที่เป็นการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาระหว่างกันของผู้ป่วย ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกในระยะเวลา 6 เดือน<sup>5</sup> ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่จะต้องมีการเผชิญต่อความรุนแรงของโรค ภาวะการเจ็บป่วย ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ สูญเสียหน้าที่การงานและขาดรายได้ ซึ่งล้วนส่งผลต่อการปรับตัวในทุกมิติของชีวิต ประกอบด้วยหลายปัจจัยได้แก่ สิ่งเร้าตรง คือ ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี<sup>6</sup> ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วย ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันโรคร้ายในร่างกายลดต่ำลง มีโอกาสเกิดโรคฉวยโอกาสต่างๆ เช่น วัณโรค ปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นต้น ภาวะเจ็บป่วยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดความเครียดและการปรับตัวทั้งระบบ เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงสาเหตุ

ความเครียด การรับรู้ต่อสถานการณ์ความเครียดนั้นนำไปสู่การปรับเปลี่ยนและการปรับตัว สิ่งเร้าร่วมประกอบด้วย ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล<sup>7</sup> ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ ความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์<sup>8</sup> แรงสนับสนุนทางสังคม<sup>3</sup> ภาวะซึมเศร้า<sup>9</sup> การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี<sup>10</sup> การถูกตีตราจากสังคม<sup>11</sup> และสิ่งเร้าแฝง คือ ประสบการณ์ในอดีตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี<sup>12</sup> มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ สามารถร่วมทำนายการปรับตัวในการดำเนินชีวิตและประคับประคองชีวิตให้อยู่ได้อย่างมีคุณภาพ ปัจจัยเหล่านี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation model) ที่ให้ความสำคัญกับการปรับตัว เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ภายใต้สภาวะแวดล้อมของตน ซึ่งการปรับตัวของคน มีทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึกรีกคิดหรือแม้แต่พฤติกรรม เพื่อให้มีชีวิตเหมาะสมกับความต้องการ

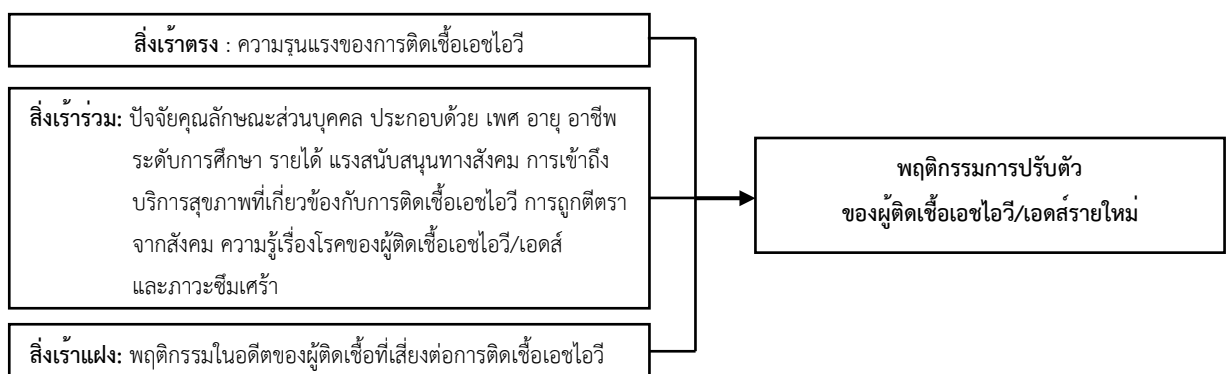
ผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรก ในระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย อत्मโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาระหว่างกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างมาก โดยในการศึกษานี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation model) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัวในช่วงภาวะวิกฤตชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีปรับตัวได้จะสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดี มีการพึ่งพาเหมาะสมและหากผู้ติดเชื้อไม่สามารถปรับตัวอาจเกิดพฤติกรรมพึ่งพาที่ไม่เหมาะสม ขาดการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งการศึกษานี้จะสามารถนำไปช่วยเหลือสนับสนุนและส่งเสริมการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในสังคมไทยได้อย่างแท้จริง

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ ในเขตกรุงเทพมหานคร

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation model) ในการศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยตัวแปรต้นที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง ส่วนตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ ประกอบด้วย การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอत्मโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการทำวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ และอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 6 เดือน และอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของแดเนียล<sup>13</sup> โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ .05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 220 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจึงได้เพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้น ในการศึกษานี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 242 คน และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้มารับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกที่กำหนด ได้แก่ 1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่และได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีภายใน 6 เดือน 3) สามารถพูดสื่อสารภาษาไทยได้ดี 4) ยินดีให้ข้อมูลเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ และมีเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ปฏิเสธการให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 8 ส่วน มีข้อความรวมทั้งหมดจำนวน 97 ข้อ ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระดับปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ในร่างกายของผู้ป่วยในครั้งแรกที่มารับบริการตรวจและรักษา เป็นคำถามแบบเปิดและเลือกตอบ

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม<sup>14</sup> จำนวนทั้งหมด 17 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จากความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านน้อยที่สุดหรือไม่ตรงกับความรู้สึกเลยให้ 1 คะแนน เล็กน้อยให้ 2 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน มากให้ 4 คะแนน และมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัย พัฒนาจากคู่มือชุดความรู้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผ่านกระบวนการการเรียนรู้โรคโดยตรง (HIV/AIDS treatment literacy)<sup>15</sup> จำนวนทั้งหมด 10 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเลือกตอบถูกหรือผิด

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินแบบวัดภาวะซึมเศร้า Center for epidemiological studies-depression scale (CES-D) ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม<sup>16</sup> ประกอบด้วยข้อความด้านลบ จำนวน 16 ข้อ และข้อความด้านบวก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 8, 12 และ 16 ตัวเลือกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า เพื่อวัดความถี่ของอาการแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เคย 0 คะแนน นาน ๆ ครั้ง 1 คะแนน บ่อย ๆ 2 คะแนน และตลอดเวลา 3 คะแนน

**ส่วนที่ 5** แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม<sup>10</sup> จำนวนทั้งหมด 5 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน เห็นด้วยให้ 3 คะแนน และเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 4 คะแนน

**ส่วนที่ 6** แบบสอบถามการถูกตีตราจากสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม<sup>10</sup> จำนวน 5 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน

ไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน เห็นด้วยให้ 3 คะแนน และเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 4 คะแนน

**ส่วนที่ 7** แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม<sup>10</sup> จำนวน 10 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ จากไม่เคยให้ 1 คะแนน บางครั้งให้ 2 คะแนน บ่อยครั้งให้ 3 คะแนน และเป็นประจำให้ 4 คะแนน

**ส่วนที่ 8** แบบประเมินการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ผู้วิจัย พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม<sup>17</sup> จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านลบ จำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามด้านบวก จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 2, 4, 7, 9, 16, 17 และ 20 ส่วนลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ แล้วนำมาพิจารณาจากช่วงคะแนนระดับการปรับตัวของรอยเป็นเกณฑ์ มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 102 – 116 ให้การปรับตัวอยู่ในระดับสูง มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 87 – 101 ให้การปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง และมีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 71 – 86 ให้การปรับตัวอยู่ในระดับน้อย

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นดำเนินการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามการวิจัย และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงกับเนื้อหา (Content validity index) ประกอบด้วยแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี แบบสอบถามการถูกตีตราจากสังคม แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และแบบสอบถามการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .8 , .8 , 1.0 , 1.0 , 1.0 และ .8 ตามลำดับ และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามการวิจัยไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดจำนวน 30 ราย และมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีความเชื่อมั่น เท่ากับ .9 , .7 , .8 , .8 , .7 และ .7 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2024-047 เมื่อวันที่ 29 เมษายน 2567 และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร เอกสารรับรองเลขที่ U020hh/67 เมื่อวันที่ 5 กันยายน 2567 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยเป็นความลับเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้เข้าร่วมงานวิจัย รวมถึงการคำนึงถึงหลักการเคารพในตัวตนบุคคล และให้ข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างครบถ้วน มีการชี้แจงข้อมูล และการขอความยินยอมก่อนการเข้าร่วมการวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน – พฤศจิกายน 2567 โดยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้และขออนุญาตเก็บข้อมูลมาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ทั้ง 3 แห่ง โดยใช้การสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรผู้มารับบริการ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด ดังนี้ ศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง จำนวน 28 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างได้ 13 คน ศูนย์บริการสาธารณสุข 26 เจ้าคุณพระประยุรวงศ์ จำนวน 32 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่าง ได้ 15 คน และศูนย์บริการสาธารณสุข 28 กรุงเทพมหานคร

จำนวน 457 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างได้ 214 คน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงโครงการวิจัยและสิทธิให้ทราบก่อนการลงลายมือชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและให้ตอบคำถามด้วยตนเอง ใช้เวลาตอบ 30-45 นาที ได้รับการตอบกลับแบบสอบถามการวิจัยที่สมบูรณ์ จำนวน 242 คน คิดเป็นร้อยละ 100

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สถิติทดสอบไคสแควร์ และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

### ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18 - 72 ปี อายุเฉลี่ย 34.3 ปี (SD = 11.80) กลุ่มตัวอย่างมีอายุในช่วง 26 - 40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 48.80 กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.80 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 35.10 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 31.40 มีรายได้อยู่ในช่วง 9,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 43 และกลุ่มตัวอย่างมีระดับปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ในร่างกายมากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรขึ้นไป ร้อยละ 36

2. การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ส่วนใหญ่พฤติกรรม การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ทั้ง 4 ด้าน มีการปรับตัวระดับสูง ร้อยละ 64.90 แบ่งเป็น ด้านร่างกาย มีการปรับตัวระดับสูง ร้อยละ 79.30 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ มีการปรับตัวระดับสูง ร้อยละ 57 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ มีการปรับตัวระดับสูง ร้อยละ 83.10 และการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน มีการปรับตัวระดับปานกลาง ร้อยละ 76

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่จำแนกตามกลุ่มของสิ่งเร้า พบว่า ตัวแปรสิ่งเร้าร่วมที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ( $M = 62.80, SD = 15.20$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ( $M = 13.50, SD = 1.60$ ) มากที่สุด และระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ระดับดี ( $M = 7.70, SD = 2.00$ ) และส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ง่าย ร้อยละ 83.90 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ ได้แก่ การถูกตีตราจากสังคม และภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การถูกตีตราจากสังคมอยู่ในระดับปานกลางและระดับน้อย ร้อยละ 45.50 และพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 91.30 ส่วนปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ สิ่งเร้าตรง คือ ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี สิ่งเร้าแฝง คือ พฤติกรรมในอดีตของผู้ติดเชื้อที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ดังตารางที่ 1

4. ปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สิ่งเร้าร่วม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี ความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และภาวะซึมเศร้า จำนวน 4 ตัวแปร ซึ่งสามารถร่วมกัน

ทำนายได้ร้อยละ 49.4 ( $R^2 = .494$ ) โดยแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสามารถทำนายสูงสุด ( $\beta = .365$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 1** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ (n = 242)

ตัวแปรที่ศึกษา	r	p-value
<b>สิ่งเร้าตรง</b>		
ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี	-.015	.811
<b>สิ่งเร้าร่วม</b>		
แรงสนับสนุนทางสังคม	.550	.001*
การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี	.504	.001*
การตีตราจากสังคม	-.244	.001*
ความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	.297	.001*
ภาวะซึมเศร้า	-.283	.001*
<b>สิ่งเร้าแฝง</b>		
พฤติกรรมในอดีตของผู้ติดเชื้อที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	-.020	.760

\*p < .05

**ตารางที่ 2** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ (n = 242)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	beta	t	p-value
(Constant)	2.265	.144		15.720	.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	.008	.001	.365	7.252	.000*
การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี	.057	.008	.350	7.055	.000*
ความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	.186	0.47	.186	3.951	.000*
ภาวะซึมเศร้า	-.009	.002	-.219	-4.665	.000*

R = .703 , F = 57.806, p = .001,  $R^2 = .494$ , Adjusted  $R^2 = .485$ , Durbin-Watson = 1.868

\*p < .001

### อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ มี 4 ตัว อภิปรายผลการศึกษาดังนี้

**1. แรงสนับสนุนทางสังคม** มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ พบว่า การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัส การมาตรวจตามนัดต่อเนื่อง และการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จากแพทย์พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่องลงมา คือ การสนับสนุนด้านทรัพยากร พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการตรวจรักษาโรค การช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว คนใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์ และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนการทำกิจกรรมภายในครอบครัว และรับประทานอาหารร่วมกันกับบุคคลในครอบครัว ญาติมิตร และคนใกล้ชิดอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับ

การศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ดีร่วมกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสจะสามารถช่วยส่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้<sup>18</sup>

**2. การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี** มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ง่าย ทั้งนี้เนื่องจากการบริการเป็นคลินิกเฉพาะทาง มีวัน-เวลา สถานที่ ชัดเจน เจ้าหน้าที่บุคลากรมีความเชี่ยวชาญและให้ความใส่ใจในการบริการ ส่งผลให้ผู้รับบริการสะดวก เข้าถึงได้ง่าย รวดเร็วไม่รอคอยนาน ไม่แออัด สามารถติดต่อสื่อสารได้หลายช่องทาง เช่น โทรศัพท์ หรือ LINE OA และการเข้ารับบริการทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้ฟรี ไม่เสียค่าใช้จ่าย จึงทำให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกและมารับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี เข้าสู่ระบบบริการและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยการรักษาต้านไวรัส จะมีประสิทธิภาพในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ<sup>19</sup> และเมื่อมีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีได้ง่าย สะดวก จะทำให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของตนเองและเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดี

**3. ความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์** มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งมีความรู้ในระดับสูง และพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อความรู้เกี่ยวกับผู้มีเชื้อเอชไอวีทุกคนต้องกินยาต้านไวรัสทันทีที่ติดเชื้อตอบถูกมากที่สุด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อ จะเริ่มให้ยาต้านไวรัสภายใน 24 ชั่วโมงหลังตรวจ พบว่าติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงมีการตรวจเลือดเพื่อติดตามการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการรักษาได้นาน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การให้สุขศึกษาของทีมงานด้านโรคเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เอดส์ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้น<sup>8</sup> ดังนั้น กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เมื่อมีความรู้ ในการดูแลตนเองก็จะทำให้ปรับตัวและเข้าใจภาวะการเจ็บป่วยของตนเองได้ดี

**4. ภาวะซึมเศร้า** มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก โดยการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัส และการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จึงไม่ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างในการปรับตัวต่อการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว ภาวะซึมเศร้าเป็นความรุนแรงของอาการที่จะไปรบกวนกลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้ในกระบวนการแก้ไขปัญหา ซึ่งมีส่วนสำคัญกับผลลัพธ์ของการปรับตัว<sup>20</sup> ดังนั้น กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้มีการปรับตัว ต่อสถานการณ์ความรู้สึกไม่สบายใจ ทุกข์ใจ เศร้าเสียใจ ได้ดีขึ้น

ผลการศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตัวของรอยว่า บุคคลเป็นเหมือนระบบการปรับตัวที่มีความเป็นองค์รวม เป็นกระบวนการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยพบว่าตัวแปรสิ่งเร้าร่วมมีบทบาทสำคัญในการส่งผลกระทบต่อกระบวนการปรับตัวทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งตัวแปรดังกล่าวที่มีอำนาจในการทำนายการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ดีที่สุด ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี ความรู้เรื่องโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และภาวะซึมเศร้า จะกระตุ้นให้บุคคลตอบสนองโดยการปรับตัว ได้อย่างเหมาะสมตามความสามารถในการปรับตัวของบุคคลในขณะนั้น ส่วนสิ่งเร้าทรง ได้แก่ ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าความรุนแรงของโรคเกิดได้น้อยในระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ในร่างกายมากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรขึ้นไป

สามารถที่จะปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของตนเองได้ เนื่องจากสามารถเข้าถึงกระบวนการรักษาและกินยาต้านเอชไอวี โดยเร็วที่สุดนับจากที่ทราบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการรักษาได้นาน สิ่งเร้าร่วม ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล การถูกตีตราจากสังคม และสิ่งเร้าแฝง ได้แก่ พฤติกรรมในอดีตของผู้ติดเชื้อ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ ( $p > .05$ )

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นการศึกษา ในภาพรวมและรายด้าน สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนจัดระบบการบริการ และเป็นข้อมูลพื้นฐาน ให้แก่หน่วยงานผู้รับผิดชอบด้านการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในการให้การดูแลและส่งเสริมการปรับตัว เพื่อวางแผนปรับปรุงและพัฒนาการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต่อไป

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยการติดตามผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

## References

1. Department Of Disease Control. HIV info hub [Internet]. [cited 2023 April 27]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/epidemic.php> (in Thai)
2. National Health Security Office [Internet]. National AI DS Program (NAP) information system. [cited 2023 October 7]. Available from: [https://webportal.bangkok.go.th/public/user\\_files\\_editor/150/Fact%20sheet%202567.pdf](https://webportal.bangkok.go.th/public/user_files_editor/150/Fact%20sheet%202567.pdf)
3. Dalodom K. Social support, depression, mental health power and self-care behavior of HIV-infected people receiving services at a clinic [master's thesis]. Pathum Thai: Thammasat University; 2018. (in Thai)
4. Sarasamak R. The relationship between factors and adaptation to illness in the elderly with chronic diseases in Amnat Charoen Province. Thai Red Cross Nursing Journal [Internet]. 2022 [cited 2023 April 27]; 15(2):92-107. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/249257> (in Thai)
5. Thai Red Cross AIDS and Infectious Disease Research Center. If you have HIV, how long do you have to treat it before you can return to normal [Internet]. 2024 [cited 2022 December 26]. Available from: <https://th.trcarc.org/> (in Thai)
6. Flaskerud JH, Ungvarski PJ. HIV/AIDS: a guide to nursing care. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992.
7. Laisuwannachat P, Ueamnikun N, Paowattana A. Factors predicting HIV infection prevention behavior among gay male youth in Bangkok. Journal of Health and Nursing Research [Internet]. 2020 [cited 2023 April 27]; 36(2):177-89. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/244645> (in Thai)

8. Midkhuntod J. Knowledge of disease among HIV/AIDS patients: a case study of Takhli Hospital, Nakhon Sawan. *AIDS Journal* [Internet]. 2019 [cited 2023 April 27];31(2):85-99. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/article/view/253695> (in Thai)
9. Hongsrirawan N. Depression. *Journal Of Hua Chiew Chalerm Prakit University* [Internet]. 2016 [cited 2023 April 27];19(38):105-18. Available from: <https://lib-km.hcu.ac.th/?p=4863> (in Thai)
10. Chakrabat N. Factors predicting the behavior of pre-exposure prophylaxis (PrEP) among men who have sex with men in Bangkok. [master of nursing science thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2020. (in Thai)
11. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *The American psychologist* [Internet]. 2004 [cited 2023 April 27];59(7):614-25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15491256/>
12. Chanklin U. Factors influencing self-disclosure of hiv status among persons living with hiv and aids in a lower north province. [master of public health thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2021. (in Thai)
13. Daniel, WW. *Biostatistic: A foundations for analysis in the health sciences*. New York: John Wiley; 2013.
14. Na Ranong S. Factors predicting the quality of life of HIV-infected and AIDS patients receiving services at Huai Yot Hospital, Trang Province. [master of science thesis]. Trang: Rajamangala University of Technology Srivijaya Trang Campus; 2019. (in Thai)
15. AIDS And Sexually Transmitted Disease Division, Department of Disease Control. Knowledge flip chart on treatment to promote continuous medication and good health for HIV-infected people. Nonthaburi; AIDS And Sexually Transmitted Disease Division, Department of Disease Control; 2021.
16. Trangkasombat U, Lapbunthrap W, Havanont P. The use of CES-D in screening for depression in adolescents. *Journal of The Psychiatric Association of Thailand* [Internet]. 1997 [cited 2023 April 27];42(1):2-13. Available from: <https://dmh.go.th/abstract/details.asp?id=4694> (in Thai)
17. Siri-attakul P, Kompetchpanee S, Sutasanee S. Development of a causal relationship model of adaptation among HIV-infected persons. *Burapha University Journal of Educational Research and Measurement* [Internet]. 2004 [cited 2023 April 27];2(1):93-111. Available from: <https://ojs.lib.buu.ac.th/index.php/search/article/view/328> (in Thai)
18. Ashton E, Vosvick M, Chesney M, Gore-Felton C, Koopman C, O'shea K, et al. Social support and maladaptive coping as predictors of the change in physical health symptoms among persons living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care & STDs* [Internet]. 2005 [cited 2023 April 27];19(9):587-98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16164385/>
19. Burgoyne R. Exploring direction of causation between social support and clinical outcome for HIV-positive adults in the context of highly active antiretroviral therapy. *AIDS Care* [Internet]. 2005 [cited 2023 April 27];17(1):111-24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15832838/>
20. Sriphirom W, Saeng-on S, Ninjan P, Rat-apha W. Factors related to adjustment in middle-aged female depressed patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [Internet]. 2019 [cited 2023 April 27];34(3):20-42. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/216512> (in Thai)

## บทความวิจัย

## Comparative Effectiveness of Simulation-Based and Interactive Media Learning of Heart Failure Nursing on Knowledge and Satisfaction among Undergraduate Nursing Students of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

Received: Mar 18, 2025

Revised: Jul 17, 2025

Accepted: Jul 22, 2025

Vidaporn Dhabdhimsri, Ph.D.,<sup>1</sup> Ubol Suttineam, M.N.S<sup>2\*</sup>

Chanpen Ninwatcharamanee, D.N.S<sup>3</sup>, Pathamaporn Thongterm, Ph.D.<sup>4</sup>

Srisuntra Jermworapipat, M.S<sup>5</sup>, Nantiwa Nantagonpitak, B.N.S<sup>6</sup>

### Abstract

**Introduction:** Simulation-based learning (SBL) and interactive media learning (IML) are learning approaches that present distinct advantages and limitations, each of which can influence student learning outcomes.

**Research objectives:** This study aimed to compare the effectiveness of SBL and IML on heart failure knowledge and satisfaction among nursing students.

**Research methodology:** This study employed a quasi-experimental, two-group pretest–posttest design. The sample size consisted of 80 third-year nursing student from Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. Participants were assigned in equal numbers to either the SBL group (n = 40) or the IML group (n = 40), with both interventions focusing on heart failure nursing. The knowledge and satisfaction assessment tools showed good validity and reliability, with content validity indices of 1.00 and .89, and Cronbach’s alpha values of .82 and .87, respectively. Data analysis was performed using descriptive statistics, paired-sample t-test, and independent-sample t-test.

**Results:** The mean knowledge score for heart failure in the SBL group increased from pretest (M = 4.53, SD = 1.61) to posttest (M = 7.33, SD = 1.76). Similarly, the IML group’s score increased from pretest (M = 4.78, SD = 1.66) to posttest (M = 7.48, SD = 1.43). Both improvements were statistically significant ( $p < .01$ ). However, there was no significant difference in posttest knowledge scores between the two groups. Satisfaction scores were significantly higher in the SBL group than the IML group ( $t = 2.46, p < .05$ ).

**Conclusions:** SBL and IML can enhance undergraduate nursing students’ knowledge of heart failure nursing.

**Implications:** SBL and IML approaches should be promoted and applied to other complex nursing topics to further enhance the achievement of learning outcomes.

**Keywords:** simulation based learning, interactive media, knowledge, satisfaction

Funding: Alumni Association of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

<sup>1</sup>Assistant Professor, Email: vidaporn.d@bcn.ac.th

<sup>2\*</sup>Corresponding author: Assistant Professor, Email: ubol.s@bcn.ac.th

<sup>3,6</sup>Lecturer, <sup>3</sup>Email: chanpen.n@bcn.ac.th, <sup>4</sup>Email: pathamapom.t@bcn.ac.th, <sup>5</sup>Email: srisuntra.j@bcn.ac.th, <sup>6</sup>Email: nantiwa.n@bcn.ac.th

<sup>1-6</sup>Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Bangkok, Thailand.

เปรียบเทียบประสิทธิผลการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์  
ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายต่อความรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร

Received: Mar 18, 2025

Revised: Jul 17, 2025

Accepted: Jul 22, 2025

วิดาพร ทับทิมศรี ปร.ด.<sup>1</sup> อุบล สุทธิเนียม พย.ม.<sup>2\*</sup>

จันทร์เพ็ญ นิลวัชรมณี พย.ด.<sup>3</sup> ปฐมภรณ์ ทองเต็ม ปร.ด.<sup>4</sup>

ศรีสุนทรา เจริญพรพัฒน์ วท.ม.<sup>5</sup> นันทิwa นันทกรพิทักษ์ พย.บ.<sup>6</sup>

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์เป็นวิธีการเรียนรู้ที่มีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกัน ในการส่งผลให้ผู้เรียนเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายต่อความรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล

**ระเบียบวิธีวิจัย:** การวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร จำนวน 80 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 40 คน กลุ่มที่ 1 ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง กลุ่มที่ 2 ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวาย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และ .89 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบ T-test

**ผลการวิจัย:** คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ 1 หลังทดลอง (M = 7.33, SD = 1.76) สูงกว่าก่อนทดลอง (M = 4.53, SD = 1.61) กลุ่มที่ 2 หลังทดลอง (M = 7.48, SD = 1.43) สูงกว่าก่อนทดลอง (M = 4.78, SD = 1.66) โดยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 แต่เมื่อทดสอบความรู้หลังทดลองระหว่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน คะแนนความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ 1 หลังทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.46, p < .05)

**สรุปผล:** การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ช่วยพัฒนาความรู้ของนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวาย

**ข้อเสนอแนะ:** ควรส่งเสริมวิธีการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ในหัวข้ออื่น ๆ ที่มีความซับซ้อน เพื่อให้ นักศึกษาบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้

**คำสำคัญ:** สถานการณ์จำลองเสมือนจริง สื่อปฏิสัมพันธ์ ความรู้ ความพึงพอใจ

ได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร

<sup>1</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: vidaporn.d@bcn.ac.th

<sup>2\*</sup>Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: ubol.s@bcn.ac.th

<sup>3</sup>อาจารย์ <sup>3</sup>Email: chanpen.n@bcn.ac.th <sup>4</sup>Email: pathamaporn.t@bcn.ac.th <sup>5</sup>Email: srisuntra.j@bcn.ac.th <sup>6</sup>Email: nantiwa.n@bcn.ac.th

<sup>1-6</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพฯ ประเทศไทย

## บทนำ

การจัดการศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และการพัฒนาผู้เรียนทั้งด้านความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่พึงประสงค์อย่างมีคุณภาพ<sup>1</sup> สิ่งสำคัญทางการศึกษาในศตวรรษที่ 21 จึงมุ่งเน้น กระบวนการเรียนรู้พัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา การติดต่อสื่อสาร การทำงานร่วมกัน และการคิดสร้างสรรค์ เพื่อให้เกิดทักษะที่สมบูรณ์มีประสิทธิภาพ<sup>2</sup> ผู้เรียนยุคใหม่จึงต้องมีทักษะการคิดระดับสูง สำหรับเตรียมพร้อมในการเผชิญอยู่บนโลกที่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว<sup>3</sup>

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ เป็นสถาบันอุดมศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มีหน้าที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีคุณภาพ มุ่งเน้นการเตรียมพยาบาลที่มีความรู้ในด้านวิชาการควบคู่ไปกับการเรียน ภาควิชาปฏิบัติ เพื่อให้มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง ดังนั้นการจัดการเรียนการสอน จึงเน้นให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ มีความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ใช้บริการ การจัดการเรียน การสอนของวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เป็นวิชาหลักที่สำคัญในกลุ่มวิชาชีพพยาบาล แต่ผลการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียน ขึ้นหนึ่งของสภาการพยาบาลของนักศึกษา ในปี พ.ศ. 2567 พบว่าวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีคะแนน อยู่ในระดับต่ำกว่าวิชาอื่น ๆ ทั้งนี้การจัดการเรียนการสอนในอดีตจะเน้นการบรรยายเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจาก ลักษณะวิชามีความซับซ้อนในเชิงเนื้อหา ทำให้ผู้สอนกังวลเกี่ยวกับเนื้อหาการสอนที่มากและจำนวนชั่วโมงที่น้อย อาจทำให้สอนเนื้อหาได้ไม่ครบถ้วน

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับการสอนบรรยายโดยครูกับสื่อคอมพิวเตอร์ผ่านเครือข่ายเรื่องการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบประสาท พบว่ากลุ่มที่สอนโดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์มีค่าเฉลี่ยความรู้หลังการสอนสูงกว่ากลุ่ม ที่สอนด้วยวิธีบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>4</sup> จากการประชุมภาคีวิชาเพื่อสรุปผลการประเมินความรู้ในรายวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุของปีการศึกษา 2566 - 2567 พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่จะสอบผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 ในครั้งแรก ไม่ถึงร้อยละ 10 จำเป็นต้องสอนเสริมและทบทวนความรู้หลายรอบก่อนสอบซ่อม เมื่อสอบถาม นักศึกษาที่สอบไม่ผ่านจะบอกว่าเนื้อหาเยอะและยาก เวลาสอบมีความเครียด วิดกกังวลมาก เพราะอ่านหนังสือไม่จบ จึงทำข้อสอบไม่ได้ ซึ่งการเรียนในชั้นเรียนเพียงอย่างเดียว อาจไม่ช่วยให้ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามเกณฑ์ ที่กำหนดได้ ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการศึกษาปฏิบัติของนักศึกษาด้วย ดังนั้นเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานในภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ที่มีการดูแลผู้ป่วยวิกฤต มีความผิดปกติ ของอวัยวะหลายระบบ โดยเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย จำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องและครอบคลุม เนื่องจากเป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนและรุนแรง รวมถึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ในลำดับต้นของประเทศ<sup>5</sup>

การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation based learning: SBL) เป็นรูปแบบที่ช่วยให้ ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่เลียนแบบความเป็นจริง ช่วยพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา การคิดวิเคราะห์ ตลอดจน การตัดสินใจทางคลินิก เพื่อให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติ ฝึกวิเคราะห์ ฝึกตัดสินใจ และแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ใกล้เคียง ความเป็นจริงมากที่สุด จากการศึกษาผลการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อม ก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการเรียน และมีความมั่นใจในตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง<sup>6</sup> จากการทบทวนวรรณกรรม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 - 2565 พบว่าการจัดการ เรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ของนักศึกษาพยาบาลได้<sup>7</sup> สำหรับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ (Interactive media learning: IML)

เป็นการผสมผสานระหว่างเทคโนโลยีกับทฤษฎีการเรียนรู้ เป็นการสื่อสารแบบ 2 ทาง มีผู้เรียนเป็นผู้ควบคุมลำดับขั้นตอนการเรียนรู้ด้วยตนเองทั้งหมดผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีหลายงานวิจัยทางการศึกษาพยาบาลสนับสนุนว่าการจัดการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ สามารถเพิ่มความรู้และความมั่นใจของนักศึกษาได้<sup>4,8-9</sup>

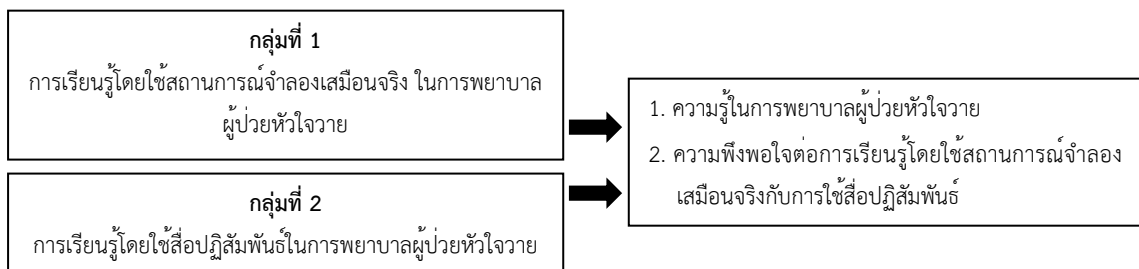
จะเห็นว่า การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์เป็นวิธีการเรียนรู้ที่ทันสมัยที่นำเทคโนโลยีและสื่อมาใช้ เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นและเกิดความพึงพอใจ ซึ่งทั้ง 2 วิธีมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกัน ในการส่งผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียน รวมทั้งที่ผ่านมายังมีการศึกษาเปรียบเทียบการสอนทั้ง 2 วิธีนี้ไม่มากนัก ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวาย เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาใช้องค์ความรู้ในการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดรอบคอบในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ และทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติทางการพยาบาล รวมทั้งหาวิธีที่ดีที่สุดในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิธีจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้มากขึ้น เกิดความรู้เข้าใจที่สามารถเชื่อมโยงความรู้เดิมกับความรู้ใหม่ได้ด้วยตนเอง โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ มาใช้จัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียน ผู้วิจัยคาดว่าผลจากการเรียนรู้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และด้านความรู้สึกพึงพอใจตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's taxonomy)<sup>10</sup>



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ประจำปี การศึกษา 2567 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 จำนวน 168 คน (แบ่งเป็นห้อง A จำนวน 88 คน และห้อง B จำนวน 80 คน) กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ห้อง B ที่จะขึ้นฝึก ภาควิชาปฏิบัติในวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ภาคการศึกษาที่ 2 จำนวนทั้งหมด 80 คน ใช้วิธีจับสลาก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง จำนวน 40 คน และกลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ จำนวน 40 คน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 - มกราคม 2568

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. แบบทดสอบความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวาย ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมทั้งการซักประวัติ ตรวจร่างกาย สาเหตุ อาการ และการพยาบาล จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบทดสอบปรนัย 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ค่าคะแนนระหว่าง 0 ถึง 10 คะแนน
2. แบบประเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวาย จำนวน 15 ข้อ ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน แบบมาตราส่วนประมาณค่า ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน ดังนี้ 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด 2 = พึงพอใจน้อย 3 = พึงพอใจปานกลาง 4 = พึงพอใจมาก และ 5 = พึงพอใจมากที่สุด ค่าคะแนนระหว่าง 15 ถึง 75 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แผนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ประกอบด้วยโจทย์สถานการณ์และหุ่นจำลองเสมือนจริงในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวาย คณะผู้วิจัยได้นำโจทย์สถานการณ์เสมือนจริงในการพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของ พณรัตน์ วิศวเทพนิมิตร และคณะ<sup>6</sup> มาดัดแปลงให้สถานการณ์ทันสมัยเสมือนจริง และกระบวนการเรียนการสอน ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการแนะนำก่อนปฏิบัติ (Pre-briefing phase) มี 2 ขั้นตอน คือ 1.1) Introduction ก่อนการเรียนการสอน 1.2) Orientation ก่อนเริ่ม simulation 2) การปฏิบัติในสถานการณ์กับหุ่นเสมือนจริงสูง (Simulated clinical experience phase: SCE phase) ผู้เรียนปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจวาย และ 3) การสรุปผลการปฏิบัติ (Debriefing phase)

2. สื่อปฏิสัมพันธ์ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวาย เป็นโปรแกรมสำเร็จรูปผู้ป่วยจำลองแบบดิจิทัลสามมิติ (Body interact clinical education) ใช้การสื่อสารเป็นภาษาอังกฤษ ที่ถูกสร้างขึ้นจากผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย จอภาพ LED full HD แบบ Touch screen ขนาด 55 นิ้ว มีซอฟต์แวร์จำลองสภาวะผู้ป่วยที่มีอาการภาวะหัวใจวาย สามารถใช้ฝึกการตัดสินใจและประเมินความถูกต้องในการวินิจฉัยโรค รวมถึงการรักษาด้วยวิธีการจำลองสถานการณ์ โดยระบบจะมีเกณฑ์ประเมินความถูกต้องในการฝึกปฏิบัติ ดังนี้

การซักประวัติผู้ป่วยจำลอง ด้วยวิธีการเลือกคำถาม และผู้ป่วยจะตอบด้วยเสียง

การตรวจค่าสัญญาณชีพต่าง ๆ ได้แก่ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ความอึดตัวของเม็ดเลือดแดง อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ อุณหภูมิร่างกาย ค่าน้ำตาลในเลือด และการฟังเสียงหัวใจและปอด สามารถเลื่อนตำแหน่งของ Stethoscope บนจอได้ด้วยการสัมผัส

การแสดงผล Lab ต่าง ๆ รวมถึง Imaging เช่น CT scan, Ultrasound, X-ray ฯลฯ

การจำลองการรักษาด้วยวิธีให้ยา ซึ่งสามารถเลือกกลุ่มยา ชื่อยา ขนาดยา วิธีการให้ยา การจำลองการรักษาด้วยวิธี intervention เช่น การให้ออกซิเจน ฯลฯ

ผู้ป่วยจำลองสามารถแสดงอาการของโรค และมีอาการตอบสนองต่อการรักษาที่ถูกต้อง และผิดพลาดซึ่งแสดงให้เห็นได้จากค่าสัญญาณชีพ ภาพกราฟิกและเสียงแบบ Interactive

ผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องทดลองต่าง ๆ แสดงในจอย่อๆ ที่สามารถย่อ ขยาย หมุนและเลื่อนตำแหน่งได้ด้วยการสัมผัส

รายงานการปฏิบัติที่ระบุรายละเอียดของเวลา และความถูกต้องของการปฏิบัติ (Performance report) ซึ่งประมวลผลและให้คะแนนความถูกต้องของการปฏิบัติเป็นเปอร์เซ็นต์โดยอัตโนมัติ รวมทั้งเฉลยสิ่งที่ทำ ได้ถูกต้องหรือผิดพลาดโดยละเอียด ทั้งในส่วนของผลการตรวจร่างกาย การวินิจฉัย และการรักษา

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งหมด ผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม พยาบาล และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านหัวใจและหลอดเลือด ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content of validity index: CVI) ของโจทย์สถานการณ์และรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวาย และสื่อปฏิสัมพันธ์ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และความชัดเจนของภาษา เท่ากับ 1 ส่วนแบบทดสอบความรู้เท่ากับ 1 และแบบประเมินความพึงพอใจเท่ากับ .89

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ห้อง A จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ โดยใช้สูตร KR- 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 และแบบสอบถามความพึงพอใจ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ รหัสการรับรองจริยธรรม IRB.BCNB-2567-14 ลงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2567 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อ ใดๆ ต่อการเรียนการสอนหรือสิทธิอื่น ๆ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจดำเนินวิจัยทุกขั้นตอนในระหว่างทำกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใด ๆ และจะได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนตามปกติต่อไป ข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ การรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมเพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยดำเนินการมอบหมายให้อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ นัดวันเวลาการพบนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ห้อง B จำนวน 80 คน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย เมื่ออาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง เป็นขั้นตอนดังนี้

2.1 ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวาย จำนวน 10 ข้อ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (Pre-test) จากนั้นแบ่งนักศึกษาเป็น 2 กลุ่ม เพื่อจัดตารางเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม

2.2 นักศึกษากลุ่มที่ 1 จำนวน 40 คน จัดเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 4 คน เพื่อเข้าเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวาย ดังนี้ 1) การแนะนำก่อนปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในห้องปฏิบัติการพยาบาลและการปฏิบัติต่อหุ่น ใช้เวลา 5 นาที ทั้งนี้ได้กำหนดบทบาทให้นักศึกษาเป็นหัวหน้าทีม 1 คน สมาชิกทีม 2 คน และผู้จัดบันทึก 1 คน เพื่อปฏิบัติการพยาบาล 2) ปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์กับหุ่นจำลอง ใช้ระยะเวลาประมาณ 20 นาทีต่อกลุ่ม และ 3) การสรุปผลการปฏิบัติ เพื่อสะท้อนให้นักศึกษาทราบถึงวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องและควรพัฒนาแก้ไขในภาพรวม ใช้เวลา 5 นาที

2.3 นักศึกษากลุ่มที่ 2 จำนวน 40 คน จัดเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 4 คน เพื่อเข้าเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ เป็นซอฟต์แวร์จำลองสภาวะผู้ป่วยที่มีอาการภาวะหัวใจวายแบบดิจิทัลสามมิติ ใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสาร ดังนี้ 1) แนะนำการใช้ซอฟต์แวร์ ใช้เวลา 5 นาที 2) ให้นักศึกษาอ่านข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล จากนั้นให้ดำเนินกตบมเลือกในการทำกิจกรรมการรักษา การพยาบาลผู้ป่วย ตามการคิดและตัดสินใจของนักศึกษา ใช้เวลา 20 นาที และ 3) การสรุปผลการปฏิบัติ เพื่อสะท้อนให้นักศึกษาทราบถึงวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องและควรพัฒนาแก้ไขในภาพรวม ใช้เวลา 5 นาที

3. ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมครบ ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวาย และแบบประเมินความพึงพอใจหลังได้รับการเรียนรู้ และเมื่อกระบวนการวิจัยสิ้นสุด คณะผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับครบทั้ง 2 วิธี

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยทำการทดสอบความแปรปรวนของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามีคุณลักษณะไม่แตกต่างกัน และการแจกแจงแบบปกติ

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังภายในกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ โดยใช้สถิติ Paired t-test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ โดยใช้สถิติ Independent t-test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล ภายหลังได้รับการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ โดยใช้สถิติ Independent t-test

#### ผลการวิจัย

1. ก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $t = .68, p = .49$ ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL และกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้ IML ก่อนการทดลอง

ด้านความรู้	M	SD	t	p-value
กลุ่ม SBL (n = 40)	4.53	1.61	.68	.49
กลุ่ม IML (n = 40)	4.78	1.66		

\* $p < .05$

2. หลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายของกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ( $M = 7.33, SD = 1.76$ ) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $M = 4.53, SD = 1.61$ ) และกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ ( $M = 7.48, SD = 1.43$ ) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $M = 4.78, SD = 1.66$ ) อย่างมีนัยสำคัญ ( $t = 10.25, t = 11.61, p < .01$ ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายของกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL และกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้ IML ก่อนและหลังการทดลอง

ด้านความรู้	M	SD	t	p-value
กลุ่ม SBL (n = 40)				
ก่อนทดลอง	4.53	1.61	10.25	.002*
หลังทดลอง	7.33	1.76		
กลุ่ม IML (n = 40)				
ก่อนทดลอง	4.78	1.66	11.61	.000*
หลังทดลอง	7.48	1.43		

\*\*p < .01

3. หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $t = .42, p = .68$ ) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL และกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้ IML หลังการทดลอง

ด้านความรู้	M	SD	t	p-value
กลุ่ม SBL (n = 40)	7.33	1.76	.42	.68
กลุ่ม IML (n = 40)	7.48	1.43		

\*p < .05

4. หลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลภายหลังได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ( $M = 4.37, SD = .43$ ) สูงกว่าการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ ( $M = 4.11, SD = .51$ ) อย่างมีนัยสำคัญ ( $t = 2.46, p < .05$ ) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL และกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้ IML หลังการทดลอง

ด้านความพึงพอใจ	M	SD	t	p-value
กลุ่มที่ 1 (SBL) (n = 40)	4.37	.43	2.46	.02*
กลุ่มที่ 2 (IML) (n = 40)	4.11	.51		

\*p < .05

## อภิปรายผลการวิจัย

1. ก่อนการทดลองกลุ่ม SBL และกลุ่ม IML มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการเรียนเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายในภาคทฤษฎีมาก่อนแล้ว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความรู้ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม<sup>10</sup> การสอนที่เหมือนกัน จะมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนไม่แตกต่างกัน แต่มีข้อสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ไม่ถึง 6 จากคะแนนเต็ม 10 หรือเกณฑ์ผ่านร้อยละ 60 แสดงให้เห็นว่าการสอนในชั้นเรียนเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ อาจเป็นเพราะการเรียนในภาคทฤษฎี ผู้เรียนจะฟังเป็นหลักและใช้การจดจำ สำหรับการสอบเท่านั้น จึงทำให้ความรู้นั้นอยู่ไม่ถาวร จึงจำเป็นต้องจัดรูปแบบการเรียนการสอนที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดความรู้ใหม่และค่อนข้างถาวร<sup>10</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพยาบาลผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือดนั้น จำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและครอบคลุม เนื่องจากเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความซับซ้อนและรุนแรง<sup>5</sup> มีความยากและเกิดปัญหาในการนำความรู้และความเข้าใจไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจเพื่อให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ<sup>11</sup>

2. หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .01$ ) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าคะแนนความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p > .05$ ) แสดงว่าวิธีการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ ช่วยให้ผู้เรียนสามารถบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายเพิ่มขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน จึงทำให้การวิเคราะห์ทางสถิติไม่มีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ช่วยให้ความรู้เพิ่มขึ้น<sup>6-9,11-12</sup> เนื่องจากวิธีการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ได้มีการพัฒนาหุ่นจำลองและจอทฤษฎีสถานการณ์ผู้ป่วยหัวใจวายให้ทันสมัยเสมือนจริงสูงมากขึ้นและควบคุมโดยเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์สามารถแสดงอาการของผู้ป่วยในหลายระบบพร้อมกัน มีการกำหนดสัญญาณชีพ การตอบสนองของผู้ป่วย มีลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน รวมถึงความพร้อมในการเตรียมผู้เรียนโดยมีการปฐมนิเทศและกำหนดบทบาทของผู้เรียนอย่างชัดเจน และเตรียมผู้สอนอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติ ได้ฝึกวิเคราะห์ ฝึกตัดสินใจ และแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด และมีความมั่นใจในทักษะการปฏิบัติการพยาบาลก่อนฝึกภาคปฏิบัติในสถานการณ์จริง<sup>6-7,11-12</sup>

สำหรับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ เป็นการผสมผสานระหว่างเทคโนโลยีกับทฤษฎีการเรียนรู้ มีผู้เรียนเป็นผู้ควบคุมลำดับขั้นตอนการเรียนรู้ด้วยตนเองทั้งหมดผ่านระบบคอมพิวเตอร์ มีการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างรวดเร็วเป็นระบบ ซึ่งมีการศึกษาที่สนับสนุนว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์สามารถเพิ่มความรู้และความมั่นใจของผู้เรียนได้<sup>4,8-9</sup> เนื่องจากวิธีการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ผู้ป่วยหัวใจวายเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปผู้ป่วยจำลองแบบดิจิทัลสามมิติ ใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสาร ประกอบด้วยจอภาพ LED full HD แบบ Touch screen ขนาด 55 นิ้ว มีซอฟต์แวร์จำลองสภาวะผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย สามารถใช้ฝึกการตัดสินใจและประเมินความถูกต้องในการวินิจฉัยโรค รวมถึงการรักษาด้วยวิธีการจำลองสถานการณ์ โดยระบบจะมีเกณฑ์ประเมินความถูกต้องในการฝึกปฏิบัติ ซึ่งประมวลผลและให้คะแนนความถูกต้องของการปฏิบัติเป็นเปอร์เซ็นต์โดยอัตโนมัติ รวมทั้งเฉลยสิ่งถูกต้องหรือผิดพลาดโดยละเอียด ทั้งในส่วนของการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล การเรียนรู้ต่าง ๆ เหล่านี้เป็นกลยุทธ์ในการปรับวิธีการสอน

และส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ที่น่าสนใจมากกว่าการบรรยายแต่เพียงอย่างเดียว ทำให้ผู้เรียนมองเห็นภาพชัดเจน เชื่อมโยงความรู้กับทฤษฎีและจดจำได้เพิ่มขึ้น<sup>4,8-9</sup>

3. หลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลภายหลังได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง สูงกว่าการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ และจากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ร้อยละ 86 เห็นว่าการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ดีกว่าการเรียนรู้โดยการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ เนื่องจากการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีกิจกรรมให้ได้ทำการพยาบาลหลายอย่างและรู้สึกเหมือนได้ทำจริง ๆ ตื่นเต้น มีเหตุการณ์ให้ต้องคิดและตัดสินใจแก้ไขตลอดเวลา ถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงให้เห็นอย่างชัดเจน ส่วนการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์จะมีปัญหาการใช้ภาษาอังกฤษ ทำให้ผู้เรียนไม่เข้าใจ ส่งผลให้กดเลือกปุ่มไม่ถูกต้อง ถ้าเปลี่ยนเป็นภาษาไทยจะทำให้เข้าใจและกดเลือกปุ่มได้ถูกต้องและสนุกเพิ่มขึ้น ทั้งนี้สามารถอภิปรายผลได้ว่า การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีจุดเด่นของการสอนโดยสถานการณ์เสมือนจริง ทำให้เข้าใจในเนื้อหาของการเรียนและเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในการฝึกภาคปฏิบัติ อีกทั้งการสะท้อนคิดช่วยให้ได้ข้อมูลย้อนกลับและเข้าใจในเนื้อหาเพิ่มยิ่งขึ้นจากอาจารย์ประจำกลุ่มในสถานการณ์ที่ทดสอบ การฝึกปฏิบัติมีความต่อเนื่องในด้านเนื้อหาจากการเรียนในชั้นตอนต่าง ๆ และการจัดกิจกรรมได้เน้นการบูรณาการ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการเรียนรู้ เป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนเข้าใจและสามารถปฏิบัติกรพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจและจดจำได้ดีและคงทน โดยเริ่มจากการเลียนแบบ การกระทำตามแบบ การตรวจสอบความถูกต้องตามแบบ และการกระทำอย่างต่อเนื่องจนเคยชิน<sup>10</sup> สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้เรียนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับที่สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์<sup>4,6-7,11-12</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเหมาะสมสำหรับวัดผลลัพธ์การเรียนรู้เชิงคลินิก ในด้าน การคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ส่วนการเรียนรู้โดยการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์เหมาะสมสำหรับ วัดผลลัพธ์การเรียนรู้ในด้านการคิดแก้ไข้ปัญหา ผู้เรียนสามารถทบทวนด้วยตนเองได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ต้องมีทักษะ ด้านการใช้ภาษาอังกฤษและการใช้เทคโนโลยี จึงจะวัดผลลัพธ์การเรียนรู้ได้จริง

2. การพัฒนาด้านความรู้ อาจมอบหมายให้ผู้เรียนแบ่งกลุ่มไปศึกษาด้วยตนเอง เช่น การใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ ในกลุ่มโรคต่าง ๆ ที่มีความเจ็บป่วยซับซ้อน

3. ควรสนับสนุนวิธีการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ให้ขยาย เป็นวงกว้างขึ้น เพื่อเพิ่มศักยภาพในการเรียนการสอนและส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ในยุค 5.0

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาประสิทธิผลวิธีการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ ในสถานการณ์อื่นหรือผู้เรียนชั้นปีอื่น ๆ เพื่อหาวิธีการเรียนรู้ที่ดีที่สุดในแต่ละสถานการณ์หรือในบริบทที่แตกต่างกัน

## References

1. Sungsi S. Enabling students in higher education institutions to be lifelong learners. *Journal of Humanities & Social Sciences* 2023;21(1):211-32. (in Thai)
2. Dhabdhimsri D, Huengwattanakul P. Assessment of thinking process skill of nursing students in the 21<sup>st</sup> Century: solo taxonomy. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2017;33(2):169-78. (in Thai)
3. Sutthirat C. The art of teaching for 21<sup>st</sup> century learners. 2<sup>nd</sup>. Bangkok: V-Print; 2015. (in Thai)
4. Teerawatskul S, Suttineam U, Buathongjun J. Effect of lecture on nursing care of persons with neurological problems delivered by a teacher and online computer on knowledge, learning behavior, and satisfaction of nursing students. *Journal of Health and Nursing Research* 2017;33(3):101-11. (in Thai)
5. Apiromrat R. Promotion of quality of life among patients with congestive heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2017;28(2):2-15. (in Thai)
6. Wisawatapnimit P, Suttineam U, Kiatseesakul J. Effect of simulation-based learning model for nursing practicum preparedness for patients with congestive heart failure on students' satisfaction and self-confidence in learning of the third-year nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. *Journal of Health and Nursing Research* 2019;35(2):224-34. (in Thai)
7. Thammakijpirote K, Maneewong J, Sanongyard J. Simulation- based learning on critical thinking of nursing students in Thailand: a systematic review. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi* 2023;6(1):5-28. (in Thai)
8. Thitimapong B, Niyomdech N. Nursing students' perception on video-based teaching of contraception. *Journal of Research In Nursing-Midwifery and Health Sciences* 2022; 42(2):23-33. (in Thai)
9. Nakanakupt M, Jaichaun P. Impact of interactive delivery-demonstration video on undergraduate nursing students' knowledge, confidence, delivery skills, and satisfaction with the video. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* 2022;37(2):81-94. (in Thai)
10. Anderson LW, David K, (Ed.). A taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of Bloom's taxonomy of educational objectives [Internet]. 2001 [cited 2024 Dec 25]. Available from: [https://www.quincycollege.edu/wp-content/uploads/Anderson-and-Krathwohl\\_Revised-Blooms-Taxonomy.pdf](https://www.quincycollege.edu/wp-content/uploads/Anderson-and-Krathwohl_Revised-Blooms-Taxonomy.pdf)
11. Chompoopan W, Chompoopan W, Chanaboon A, Seedaket S, Yomseeken J. Effects of asimulation-based learning model for medical management of patients with cardiovascular diseases. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2020;30(2):92-103. (in Thai)
12. Suttineam U, Teerawatskul S, Rungsa J. Effect of simulation-based learning on knowledge, perceived self-efficacy and nursing skills for patients with diabetes mellitus nursing care among the 2<sup>nd</sup> Year nursing students. *Journal of Health and Nursing Research* 2022;38(1):308-20. (in Thai)

## บทความวิจัย

Factors Related to Executive Function (EF) Ability of Nursing Students  
at a Private University in Bangkok

Received: Dec 13, 2024

Revised: Jun 5, 2025

Accepted: Jun 26, 2025

Ruttakarn Kamkhiew, M.Sc.<sup>1</sup>Wattanee Panjinda, Ph.D.<sup>2\*</sup>

## Abstract

**Introduction:** Executive functions are higher-order brain processes that affect learning, emotional regulation, and behavior. These functions are especially important for nursing students who face stress from academic demands and clinical practice.

**Research objectives:** This study aimed to examine the level of executive function abilities among nursing students and identify factors related to their executive function levels at a private university in Bangkok.

**Research methodology:** This descriptive study involved 260 nursing students from years 1 to 4 at a private university in Bangkok. The sample size was calculated using Krejcie & Morgan's table and selected by quota sampling. Research instruments included a demographic questionnaire, the Department of Mental Health stress scale, and an executive function assessment tool. The content validity index ranged from 0.89 to 1.00 per item and 0.98 overall, with a Cronbach's alpha of .94 indicating high reliability. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests and Pearson's correlation coefficient.

**Results:** The nursing students demonstrated an overall high level of self-management thinking ability ( $M = 58.50$ ,  $SD = 3.32$ ). The highest scores were in behavioral regulation, emotional regulation and cognitive regulation, respectively. Additionally, the year of study was found to be significantly associated with self-management thinking ability ( $p < .05$ ).

**Conclusions:** Nursing students possess good executive function abilities, particularly in behavioral and emotional regulation.

**Implications:** It is recommended to promote activities or programs that focus on training cognitive regulation skills to enhance the potential for learning, life management, and future professional nursing practice.

**Keywords:** executive function, nursing students, private university

<sup>1</sup>Lecturer, Email: Ruttakarn.kam@siam.edu

<sup>2\*</sup>Corresponding author. Assistant Professor, Email: wattaneedavispan@gmail.com.

<sup>1-2</sup>Faculty of Nursing, Siam University, Bangkok, Thailand.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตนของนักศึกษาพยาบาล  
มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

Received: Dec 13, 2024

Revised: Jun 5, 2025

Accepted: Jun 26, 2025

รัฐกานต์ ขำเขียว วท.ม.<sup>1</sup>

วัฒน์ย์ ปานจินดา ปร.ด.<sup>2\*</sup>

**บทคัดย่อ**

**บทนำ:** ความสามารถในการคิดบริหารจัดการตนเป็นหน้าที่เชิงบริหารของสมองที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ การควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อนักศึกษาพยาบาลที่ต้องเผชิญกับความเครียดจากการเรียนและการฝึกปฏิบัติ

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการคิดบริหารจัดการตนของนักศึกษาพยาบาล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการคิดบริหารจัดการตนของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

**ระเบียบวิธีวิจัย:** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 – 4 จากมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 260 คน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตารางของ Krejcie & Morgan และสุ่มแบบโควตา เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต และแบบประเมินหน้าที่เชิงบริหารของสมอง ซึ่งเครื่องมือวิจัยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ อยู่ระหว่าง .89 – 1.00 และค่าดัชนีความตรงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ .98 มีความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

**ผลการวิจัย:** นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการคิดบริหารจัดการตนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 58.50$ ,  $SD = 3.32$ ) โดยคะแนนสูงสุดในด้านการควบคุมพฤติกรรม รองลงมาคือการควบคุมอารมณ์ และการควบคุมการรู้คิด ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าระดับชั้นปีการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการคิดบริหารจัดการตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

**สรุปผล:** นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการคิดบริหารจัดการตนในระดับดี โดยเฉพาะด้านการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์

**ข้อเสนอแนะ:** ควรส่งเสริมกิจกรรมหรือโปรแกรมที่เน้นการฝึกทักษะการควบคุมการรู้คิด เพื่อพัฒนาศักยภาพในการเรียนรู้ การใช้ชีวิต และการปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาลในอนาคต

**คำสำคัญ:** ความสามารถคิดบริหารจัดการตน นักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชน

<sup>1</sup>อาจารย์ Email: Ruttakam.kam@siam.edu

<sup>2\*</sup>Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: wattaneedavispan@gmail.com.

<sup>1-2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม กรุงเทพฯ ประเทศไทย

## บทนำ

ความสามารถคิดบริหารจัดการตน (Executive function) เป็นกระบวนการทำงานของสมองส่วนหน้า (Prefrontal Cortex: PFC) ซึ่งเป็นชุดของกระบวนการทางความคิด (Mental processes) ที่มีบทบาทในการบริหารจัดการทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะการทำกิจกรรมที่มีเป้าหมาย<sup>1</sup> ครอบคลุมถึงการกำกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อให้สามารถจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม นักจิตวิทยาถือว่า ความสามารถคิดบริหารจัดการตนเองเป็นกระบวนการทางความคิดระดับสูงที่เชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตกับสิ่งที่กำลังกระทำในปัจจุบัน และมีผลต่อการควบคุมอารมณ์ การตัดสินใจ และการกำหนดพฤติกรรมที่มุ่งสู่เป้าหมาย<sup>2</sup> ดังนั้น ความสามารถคิดบริหารจัดการตนเอง จึงเป็นสิ่งจำเป็นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่คุ้นชิน เช่น เมื่อต้องเปลี่ยนสถานที่เรียน พบเพื่อนใหม่ หรือต้องทำสิ่งใหม่ที่ไม่เคยทำมาก่อนด้วยตนเอง หรือเมื่อต้องอดทนต่อสิ่งยั่วยุและการตัดสินใจเลือกสิ่งที่สำคัญกว่า<sup>3</sup> สำนักงานราชบัณฑิตยสภา (2564)<sup>4</sup> ยังได้บัญญัติคำว่า “ความสามารถคิดบริหารจัดการตน” เป็นทักษะที่สำคัญและจำเป็นต่อการศึกษา การทำงาน และการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ ยิ่งไปกว่านั้น นักวิชาการบางท่านถึงกับให้ความเห็นว่า ความสามารถด้านนี้มีความสำคัญมากกว่า IQ (Intelligence Quotient) เพราะสามารถบ่งชี้ถึงความสำเร็จของบุคคลได้ดีกว่า<sup>5</sup> นอกจากนี้ งานวิจัยยังระบุว่าความสามารถคิดบริหารจัดการตนนั้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพร้อมในการเรียนรู้ โดยเฉพาะในด้านการอ่านและการคำนวณ ตั้งแต่ระดับปฐมวัยจนถึงระดับมหาวิทยาลัย<sup>6</sup>

อย่างไรก็ดี การพัฒนาความสามารถคิดบริหารจัดการตนสามารถพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่หลังการคลอด พัฒนาต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น นักศึกษาระดับมหาวิทยาลัยนับเป็นวัยรุ่นถือเป็นโอกาสสุดท้ายที่จะได้พัฒนาระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตน เนื่องจากสมองส่วนหน้าจะพัฒนาเต็มที่เมื่ออายุราว 20 ถึง 25 ปี ดังนั้น วัยรุ่นจึงถือเป็นช่วงวิกฤตของการพัฒนาบทบาทจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในรูปแบบการดำเนินชีวิต การเป็นอิสระในตนเองและความรับผิดชอบ ท่ามกลางสิ่งยั่วยุที่รุนแรงในยุคปัจจุบัน โดยเฉพาะประสบการณ์ความเครียดในนักศึกษาที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่บริหารในสมองบกพร่อง และพบว่าความเครียดนี้ส่งผลต่อผลการเรียนของนักศึกษา<sup>3</sup>

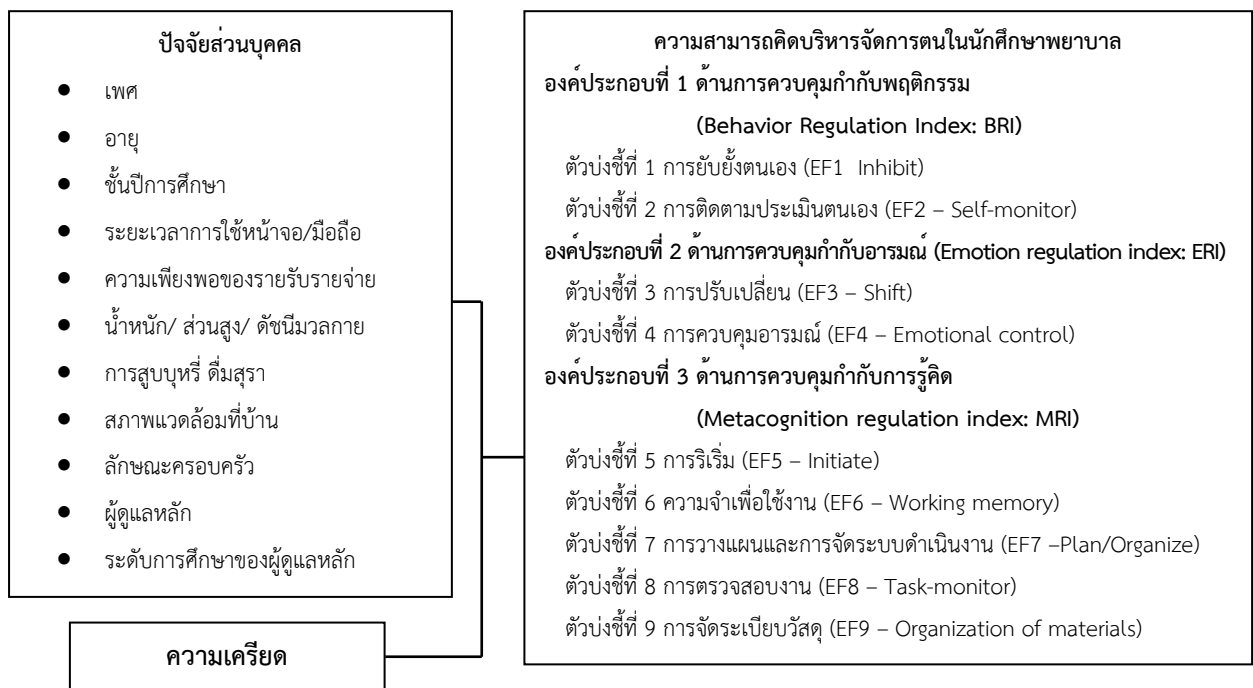
ดังนั้น การมีความสามารถคิดบริหารจัดการตนที่ดีจะส่งผลต่อการมีความจำที่ดี โดยเฉพาะในนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยแห่งการเปลี่ยนผ่านทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมมีการแสวงหาอัตลักษณ์ของตนเอง ต้องการการยอมรับจากเพื่อน และเริ่มสร้างเป้าหมายชีวิตอย่างจริงจัง การต้องเผชิญกับแรงกดดันจากทั้งการเรียนที่เข้มข้น ความคาดหวังจากครอบครัวและสังคม รวมถึงจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลที่ต้องเรียนรู้และประพฤติให้เหมาะสม ทำให้นักศึกษากลุ่มนี้จำเป็นต้องมีทักษะการบริหารจัดการตนเองที่เข้มแข็งไม่เพียงเพื่อให้สำเร็จการศึกษาเท่านั้น แต่ยังสามารถรักษาสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัว<sup>5</sup> การเรียนและความสัมพันธ์ทางสังคมได้ด้วยความสามารถคิดบริหารจัดการตน (Executive function) จึงเป็นรากฐานที่สำคัญสำหรับการใช้ชีวิตในโลกที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็วและเต็มไปด้วยความท้าทาย โดยเฉพาะในยุคที่มีสิ่งยั่วยุทางสังคมและดิจิทัล<sup>6</sup> ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตนและปัจจัยที่มีผลกับความสามารถคิดบริหารจัดการตนในนักศึกษาพยาบาลซึ่งอยู่ในวัยรุ่น เพื่อค้นหาแนวทางในการพัฒนาทักษะสมองเพื่อจัดการชีวิตของตนเองให้ประสบผลสำเร็จ ทั้งในด้านการเรียนรู้ การใช้ชีวิตและการปฏิบัติวิชาชีพในอนาคต<sup>6</sup>

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตนของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดต่อระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตนของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดการอธิบายบทบาทของ Executive function ในผู้เรียนว่าเป็นความสามารถในการควบคุมตนเองซึ่งพัฒนามาจากสมองส่วนหน้า<sup>6</sup> โดยเชื่อว่าการพัฒนาทักษะ EF นี้จะเป็นปัจจัยชี้วัดสำคัญต่อความสำเร็จของชีวิตในระยะยาว สอดคล้องกับบริบทของนักศึกษาพยาบาลที่ต้องเตรียมพร้อมทั้งด้านทักษะวิชาชีพและการบริหารจัดการตนในทุกมิติของชีวิต<sup>7</sup>



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตนของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรคือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 – 4 ปีการศึกษา 2567 มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 491 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 – 4 ปีการศึกษา 2567 ที่ได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จากตารางคำนวณกลุ่มตัวอย่างแบบทราบบจำนวนประชากรของ Krejcie & Morgan ที่ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน .05 ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 3.84 สัดส่วน ของลักษณะ

ที่สนใจในประชากร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 215.76 คน เพิ่ม Drop out ร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 260 คน และตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้ ชั้นปีที่ 4 จำนวน 55 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 65 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 69 คน และชั้นปีที่ 1 จำนวน 71 คน โดยมี เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) คือ ผู้ลงทะเบียนเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2567 มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion criteria) 1) ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย 2) ผู้ที่เคยตอบแบบสอบถามชุดนี้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล** ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการใช้หน้าจอ/มือถือ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายรับ-รายจ่าย ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สภาพแวดล้อมที่บ้าน ลักษณะครอบครัว ผู้ดูแลหลัก ระยะเวลาการใช้หน้าจอและหรือมือถือต่อวัน ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 13 ข้อ

**ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียด ของกรมสุขภาพจิต<sup>๑</sup>** ประกอบด้วยจำนวน 20 ข้อคำถาม ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้สึกผิด การตั้งเป้าหมายในชีวิต ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน โดยใช้มาตรประมาณค่าแบบ 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย (1 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) บ่อยครั้ง (3 คะแนน) และเป็นประจำ (4 คะแนน) ทำให้คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20 – 80 คะแนน โดยเกณฑ์ระดับความเครียดแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 23 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 24 – 41 คะแนน ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 42 – 61 คะแนน และระดับรุนแรง มีคะแนน 62 คะแนนขึ้นไป

**ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับการทำหน้าที่เชิงบริหารของสมอง (Executive function) ในนักศึกษาพยาบาล** เป็นชุดคำถามที่ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามของสาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร<sup>๑</sup> มีจำนวน 43 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบวัดเชิงสถานการณ์ มีจำนวน 4 ตัวเลือกเชิงพฤติกรรม 1 – 4 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับสูงมาก มีคะแนน T มากกว่า 65 ขึ้นไป ระดับสูงมีคะแนน T ระหว่าง 55 – 64 ระดับปานกลางมีคะแนน T ระหว่าง 45 – 54 ระดับต่ำมี T ระหว่าง 35 – 44 คะแนน และระดับต่ำมาก มีคะแนน T ตั้งแต่ 34 ลงมา

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้แก่ 1) แบบวัดความเครียด ของกรมสุขภาพจิต ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .87 ซึ่งอยู่ในระดับสูง<sup>๑</sup> และ 2) แบบประเมินระดับการทำหน้าที่เชิงบริหารของสมอง (Executive function) ในนักศึกษาพยาบาลของคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้ออยู่ระหว่าง .89 – 1.00 และค่าดัชนีความตรงเนื้อหาทั้งฉบับ เท่ากับ .98 มีความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94<sup>๑</sup>

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2567 เอกสารรับรองเลขที่ SN-IRB 2567/003.12/06/67 ซีแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมทั้งเปิดโอกาสให้เข้าร่วมด้วยความสมัครใจพร้อมชี้แจงสิทธิการถอนตัวออกจากการวิจัยที่ไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้นต่อการเรียนและบริการที่จะได้รับในคณะพยาบาลศาสตร์ และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยติดต่อขออนุมัติเก็บข้อมูลจากผู้บริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ เข้าพบนักศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ และเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนคือ 1) ข้อมูลเบื้องต้นวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ ด้วยค่าเฉลี่ย ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย 2) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตนเองของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ด้วยไคสแควร์ ( $\chi^2$ ) 3) ระดับความเครียดที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตนเองของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์โดยนำข้อมูลมาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ดังนี้ 1) ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (Normality) จากการทดสอบ Shapiro-wilk test ได้ค่า  $p > .05$  และตรวจสอบความสัมพันธ์ของข้อมูลทั้งสองตัวแปรแสดงความเป็นเส้นตรงจากการพล็อตกราฟ Scatter plot และไม่พบค่าผิดปกติ (Outliers) รุนแรงจากการวิเคราะห์ด้วย Box plot จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

### ผลการวิจัย

**ข้อมูลทั่วไป** นักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.50 มีอายุระหว่าง 15 – 24 ปี มากที่สุด ร้อยละ 91.90 มากกว่าครึ่งใช้เวลาอยู่กับหน้าจอ/มือถือ ระหว่าง 6 – 10 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 61.20 มีรายรับรายจ่ายที่เพียงพอ ร้อยละ 65.80 มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 51.90 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 100 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 93.80 มีสภาพแวดล้อมที่บ้านอบอุ่นปลอดภัย ร้อยละ 98.80 ลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 75.80 มีผู้ดูแลหลักเป็นบิดาและมารดา ร้อยละ 50.40 ซึ่งส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 36.50

**ระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตนเองและระดับความเครียด** ความสามารถคิดบริหารจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งนี้ โดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกรายองค์ประกอบ พบว่า มีความสามารถด้านการควบคุมกำกับพฤติกรรม ( $M = 61.52, SD = 3.93$ ) มากที่สุด รองลงมา คือ การควบคุมกำกับอารมณ์ ( $M = 59.53, SD = 4.54$ ) และการควบคุมการกำกับการรู้คิด ( $M = 53.78, SD = 5.15$ ) ตามลำดับ เมื่อจำแนกรายตัวบ่งชี้ พบว่า การติดตามประเมินตนเอง ( $M = 63.61, SD = 4.47$ ) มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมา คือ การปรับเปลี่ยน ( $M = 60.60, SD = 5.03$ ) การยับยั้งตนเอง ( $M = 58.64, SD = 4.59$ ) การริเริ่ม ( $M = 57.76, SD = 4.52$ ) ตัวบ่งชี้ที่ 4 การควบคุมอารมณ์ ( $M = 57.37, SD = 5.86$ ) การตรวจสอบงาน ( $M = 56.86, SD = 8.18$ ) การจัดระเบียบวัสดุ ( $M = 55.33, SD = 6.49$ ) ความจำเพื่อใช้งาน ( $M = 50.08, SD = 9.84$ ) และการวางแผนและการจัดระบบดำเนินงาน ( $M = 42.59, SD = 11.06$ ) ตามลำดับ และมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูง ( $M = 44.27, SD = 13.33$ )

**ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและระดับความเครียดต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตนเอง** พบว่าชั้นปีการศึกษาในภาพรวม มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเฉพาะในองค์ประกอบที่ 2 (ERI) และรายตัวบ่งชี้ที่ 4 (EF4) และ 8 (EF8) และมีความสัมพันธ์รายตัวบ่งชี้ที่ 6 (EF6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001 ความเพียงพอของรายรับรายจ่าย มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตนเอง รายองค์ประกอบที่ 3 (MRI) และรายตัวบ่งชี้ที่ 8 (EF8)

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตน รายองค์ประกอบที่ 3 (MRI) และรายตัวบ่งชี้ที่ 8 (EF8) และ 9 (EF9) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 สภาพแวดล้อมที่บ้านมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตน รายองค์ประกอบที่ 1 (BRI) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตน รายตัวบ่งชี้ที่ 3 (EF3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตน รายตัวบ่งชี้ที่ 7 (EF7) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตนในภาพรวม และรายตัวบ่งชี้ที่ 3 (EF3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ความสัมพันธ์ของความสามารถคิดบริหารจัดการตน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร (n = 260)

ปัจจัย	องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตน									ภาพรวม
	BRI		ERI			MRI				
	EF-1	EF-2	EF-3	EF-4	EF-5	EF-6	EF-7	EF-8	EF-9	
<b>เพศ (<math>\chi^2</math>)</b>	1.817	7.051	2.489	1.303	2.304	1.570	5.940	2.437	3.246	.598
Mean Rank										
ชาย	59.82	62.41	60.00	57.59	57.45	50.95	41.91	58.41	56.27	58.59
หญิง	58.50	63.72	60.66	57.34	57.79	50.00	42.66	56.75	55.25	58.50
<b>องค์ประกอบ</b>	<b>2.912</b>		<b>.724</b>				<b>1.988</b>			
<b>อายุ (<math>\chi^2</math>)</b>	1.854	1.279	.441	2.923	2.253	.583	2.598	2.507	2.076	.527
Mean Rank										
15 – 24 ปี	58.52	63.68	60.49	57.29	57.63	49.90	42.65	57.01	55.27	58.45
25 – 34 ปี	59.57	62.86	61.86	58.19	59.24	52.05	41.90	55.52	56.10	59.14
<b>องค์ประกอบ</b>	<b>.648</b>		<b>.110</b>				<b>1.307</b>			
<b>ชั้นปีการศึกษา</b>	11.753		10.945				5.104			18.914*
Mean Rank										
ชั้นปีที่ 1	58.69		62.97				60.44			56.15
ชั้นปีที่ 2	59.01		64.39				60.52			56.99
ชั้นปีที่ 3	59.15		63.31				60.63			57.17
ชั้นปีที่ 4	57.35		63.82				60.89			59.64
<b>องค์ประกอบ</b>	<b>7.221</b>		<b>13.603*</b>				<b>14.753</b>			
<b>ระยะเวลาการใช้หน้าจอ/มือถือ</b>	5.234		3.938				6.051			2.959
<b>(<math>\chi^2</math>)</b>										
Mean Rank										
0 – 5 ชม/วัน	57.83		63.19				61.72			57.72
6 – 10 ชม/วัน	58.75		63.65				60.33			57.05
> 10 ชม/วัน	58.68		63.74				60.65			57.94
<b>องค์ประกอบ</b>	<b>.747</b>		<b>.753</b>				<b>7.798</b>			

\*p < .05, \*\*p < .001

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของความสามารถคิดบริหารจัดการตน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร (n = 260) (ต่อ)

ปัจจัย	องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตน									ภาพรวม
	BRI			ERI			MRI			
	EF-1	EF-2	EF-3	EF-1	EF-2	EF-3	EF-1	EF-2	EF-3	
ความเพียงพอของรายรับรายจ่าย	1.786	.237	7.881	4.166	5.287	6.328	3.190	9.267*	2.329	.287
( $\chi^2$ )										
Mean Rank	58.51	63.64	61.05	57.45	58.20	50.75	42.11	57.50	55.55	58.83
เพียงพอ	58.79	63.56	59.75	57.20	56.91	48.79	43.52	55.72	54.92	57.88
ไม่เพียงพอ										
องค์ประกอบ	3.909			4.491			8.823*			
ดัชนีมวลกาย ( $\chi^2$ )	9.218	7.132	13.439	9.300	9.455	18.765	12.533	19.538	21.657	8.639
Mean Rank										
น้ำหนักน้อย	58.36	63.22	60.08	57.00	57.49	48.85	44.15	56.20	54.37	58.07
ปกติ	58.98	63.60	60.70	57.71	57.65	50.37	42.96	57.04	56.28	58.77
น้ำหนักเกิน	57.75	63.81	60.94	56.42	57.67	50.50	39.58	56.00	54.61	58.03
อ้วนระดับ 1	57.79	64.68	60.74	58.97	59.58	49.32	40.37	58.63	53.53	58.79
อ้วนระดับ 2	59.64	63.36	60.91	55.73	57.73	53.00	43.45	58.64	54.36	58.64
องค์ประกอบ	5.131			2.418			10.538			
การดื่มสุรา ( $\chi^2$ )	1.938	4.928	1.575	3.104	10.138*	3.832	6.293	16.636**	20.595**	4.046
Mean Rank										
ไม่ดื่ม	58.64	63.61	60.71	57.49	57.91	50.15	42.35	57.02	55.36	58.62
ดื่ม	58.27	63.60	59.07	55.33	55.20	50.00	47.13	54.87	55.20	56.73
องค์ประกอบ	1.426			1.601			25.496**			
สภาพแวดล้อมที่บ้าน ( $\chi^2$ )	.250		1.102				4.404			2.398
Mean Rank										
อบอุ่นปลอดภัย	59.59		63.63				60.63			57.32
ไม่อบอุ่นปลอดภัย	60.60		62.00				58.33			61.00
องค์ประกอบ	10.642*			.163			2.989			
ลักษณะครอบครัว	2.560		3.613				2.055			3.846
( $\chi^2$ )										
Mean Rank										
เดี่ยว	58.72		63.45				60.55			57.42
ขยาย	58.27		64.11				60.76			57.19
องค์ประกอบ	3.360			1.121			8.072			
ผู้ดูแลหลัก ( $\chi^2$ )	6.821		9.209				19.822*			13.659
Mean Rank										
บิดา	59.59		63.16				59.72			57.59
มารดา	58.18		63.70				60.43			56.78
บิดามารดา	58.38		63.50				60.94			57.69
อื่น ๆ	62.00		69.00				46.00			58.00
องค์ประกอบ	1.775			2.703			13.618			

\*p &lt; .05, \*\*p &lt; .001

**ตารางที่ 1** ความสัมพันธ์ของความสามารถคิดบริหารจัดการตน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร (n = 260) (ต่อ)

ปัจจัย	องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตน									ภาพรวม
	BRI			ERI			MRI			
	EF-1	EF-2	EF-3	EF-1	EF-2	EF-3	EF-1	EF-2	EF-3	
ระดับการศึกษาของ ผู้ดูแลหลัก ( $\chi^2$ )	15.150	14.055	13.250	14.158	19.392	26.394	57.946**	6.978	23.354	6.897
Mean Rank										
ไม่ได้ศึกษา									54.67	
ประถมศึกษา	60.00	59.33	56.33	52.00	60.00	49.67	50.67	54.33	54.26	56.00
มัธยมศึกษา	58.97	63.53	60.63	56.70	57.57	49.43	40.74	56.59	55.97	57.71
ปวช./ปวส.	58.53	63.42	60.56	57.77	57.54	49.05	43.41	56.36	55.50	58.59
ปริญญาตรี	58.58	63.37	59.83	57.78	58.28	54.25	42.30	56.80	55.70	59.00
สูงกว่า ปริญญาตรี	58.19	64.43	61.47	57.53	57.74	50.00	43.94	58.38	54.00	59.28
องค์ประกอบ	13.618			4.731			9.143			
ความเครียด (r)	-0.033	.001	-.210**	-.010	-.134*	-.120	.091	-.070	-.072	
องค์ประกอบ	-.073			-.114			-.118			-.139*

\*p < .05, \*\*p < .001

### อภิปรายผลการวิจัย

ความสามารถคิดบริหารจัดการตนของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งนี้ โดยรวมอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า นักศึกษาได้รับการส่งเสริมความสามารถคิดบริหารจัดการตนอย่างมีประสิทธิภาพจากการศึกษาในสภาพแวดล้อมที่เน้นการเรียนรู้ทั้งในเชิงทฤษฎีและปฏิบัติ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากคณาจารย์ที่มีความเข้าใจในลักษณะการเรียนรู้ที่ต้องใช้ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์และการบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>10</sup> และเมื่อจำแนกรายองค์ประกอบ พบว่า นักศึกษามีความสามารถด้านการควบคุมกำกับพฤติกรรมมากที่สุด เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ เกิดจากการมีโอกาสฝึกปฏิบัติการภายใต้กฎระเบียบของคณะพยาบาล มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกที่มีความหลากหลาย กระตุ้นให้เกิดการทำงานเป็นทีมและการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา<sup>10</sup> รองลงมาคือการควบคุมกำกับอารมณ์ และการควบคุมการกำกับการรู้คิด เกิดจากการฝึกฝนและพัฒนาทักษะการรับมือกับความเครียดจากการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ การเรียนการสอน และการสอบในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ตลอดจน การจัดการความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วยจริงในนักศึกษาชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 การทำงานกลุ่มและการฝึกปฏิบัติงาน ภายใต้การสนับสนุนจากคณาจารย์ให้รู้จักการจัดการอารมณ์ในสถานการณ์ที่ท้าทาย<sup>9</sup> แต่อย่างไรก็ตามนักศึกษาพยาบาลกลุ่มนี้ยังสมควรได้รับการพัฒนาความสามารถในการกำกับการรู้คิด ซึ่งประกอบด้วย การริเริ่ม ความจำเพื่อใช้งาน การวางแผนและการจัดระบบ การตรวจสอบงาน และการจัดระเบียบวัสดุต่อไป เพื่อทำให้ภาพรวมของการมีความสามารถคิดบริหารจัดการตนนั้นดีมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ผลคะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า นักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตจากภาระงานที่หนักหน่วงและมีความท้าทายสูง ภายใต้ความกดดันของเวลา ความต้องการของผู้ป่วย และการเผชิญกับความคาดหวังที่สูงจากครอบครัว คณาจารย์และตนเองในการเรียนและฝึกฝนทักษะต่าง ๆ<sup>11</sup>

สำหรับความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและระดับความเครียดต่อความสามารถคิดบริหารจัดการตนเองที่พบว่า  
ชั้นปีการศึกษา มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตนเองในภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
ที่ระดับ .05 โดยชั้นปีที่สูงขึ้นจะมีคะแนน รายองค์ประกอบที่ 2 (ERI) และรายตัวบ่งชี้ที่ 4 (EF4) และ 8 (EF8)  
และมีความสัมพันธ์รายตัวบ่งชี้ที่ 6 (EF6) สูงขึ้นตามไปด้วย อธิบายได้ว่า การเรียนการสอนหลักสูตร  
พยาบาลศาสตร์แห่งนี้ในชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 สามารถพัฒนาระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตนเองได้  
เนื่องจากหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ได้มีลักษณะของการจัดประสบการณ์เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ร่วมคิด แก้ปัญหา  
และค้นหาคำตอบด้วยตนเอง นำไปสู่ทักษะการใฝ่รู้และพัฒนาตนเอง โดยยึดเอาผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา  
บนพื้นฐานของสภาพแวดล้อมเสมือนจริงในห้องปฏิบัติการและสถานการณ์จริงในแหล่งฝึก ทำให้ผู้เรียนได้พัฒนา  
ทักษะต่างๆ โดยเฉพาะความสามารถในการควบคุมอารมณ์ (EF4)<sup>12</sup> ความสามารถในการตรวจสอบงาน<sup>13</sup> (EF8)  
ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยหลักการและทฤษฎีที่ถูกต้องในการดูแลชีวิตผู้ป่วยในความรับผิดชอบ ตลอดจน  
ความจำเป็นในการศึกษาหาความรู้เพื่อสะสมความจำเป็นเพื่อใช้งาน ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายรับรายจ่าย  
ความเพียงพอของรายรับรายจ่าย ยิ่งมากจะทำให้คะแนนรายองค์ประกอบที่ 3 (MRI) และรายตัวบ่งชี้ที่ 8 (EF8)  
ยิ่งสูงขึ้น อธิบายได้ว่า ความเพียงพอของรายได้มีผลต่อการควบคุมการกำกับการรู้จักคิด (MRI) และการตรวจสอบงาน  
(EF8) เนื่องจากปัจจัยทางการเงินมีผลโดยตรงต่อความสามารถในการจัดการชีวิตส่วนตัวและการตัดสินใจ  
ในด้านต่าง ๆ และช่วยให้สามารถเข้าถึงทรัพยากร ทำให้มีความสามารถในการวางแผนการทำงานได้ดีขึ้น  
โดยไม่ต้องรีบเร่งทำงานเพียงเพื่อหารายได้เสริม<sup>13</sup> การดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถคิดบริหาร  
จัดการตนเอง รายองค์ประกอบที่ 3 (MRI) และรายตัวบ่งชี้ที่ 8 (EF8) และ 9 (EF9) อธิบายได้ว่า การดื่มสุรามีผลทำให้  
การควบคุมการกำกับการรู้จักคิด (MRI) การตรวจสอบงาน (EF8) และการจัดระเบียบวัสดุ (EF9) ลดลง เนื่องจาก  
แอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อการทำงานของสมองและกระบวนการทางจิตวิทยาหลายประการทำให้ความสามารถ  
ในการตัดสินใจลดลง ส่งผลให้ตรวจสอบงานไม่รอบคอบ อาจนำไปสู่ข้อผิดพลาดได้<sup>14</sup> สภาพแวดล้อมที่บ้าน  
มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตนเอง รายองค์ประกอบที่ 1 (BRI) อธิบายได้ว่า สิ่งแวดล้อม  
ที่ปลอดภัยหรือไม่ปลอดภัยที่บ้านนั้นส่งผลต่อความสามารถในการปรับเปลี่ยน (EF3) เนื่องจากสภาพแวดล้อม  
ที่บ้านเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสนับสนุนหรือจำกัดการพัฒนาทักษะการปรับตัวของบุคคลในชีวิตประจำวัน  
ผ่านการให้กำลังใจ คำแนะนำ และความรู้สึกถึงความมั่นคงและความรักจากสมาชิกในครอบครัว<sup>15</sup> ผู้ดูแลหลัก  
มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตนเอง รายตัวบ่งชี้ที่ 3 การปรับเปลี่ยน (EF3) อธิบายได้ว่า  
การปลุกฝังจากผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนหรือจำกัดการพัฒนาทักษะการจัดการในสถานการณ์ต่าง ๆ  
ซึ่งเป็นสิ่งที่มีผลโดยตรงต่อการใช้ความคิดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในสถานการณ์ใหม่ ๆ<sup>16</sup> ระดับการศึกษา  
ของผู้ดูแลหลัก มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตนเอง รายตัวบ่งชี้ที่ 7 (EF7) อธิบายได้ว่า  
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลช่วยเสริมสร้างทักษะในการคิดวิเคราะห์ การจัดการเวลา และการวางแผนอย่างมี  
ประสิทธิภาพเนื่องจากเป็นแบบอย่างหรือได้รับการฝึกฝนการวางแผนและการจัดระบบ (EF7) จากครอบครัว<sup>17</sup>  
สุดท้ายคือ ปัจจัยด้านความเครียดที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถคิดบริหารจัดการตนเองในภาพรวม และราย  
ตัวบ่งชี้ที่ 3 (EF3) อธิบายได้ว่า ความเครียดส่งผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมตนเองในหลายด้าน  
โดยเฉพาะด้านความสามารถปรับเปลี่ยน (EF3) เนื่องจาก ความเครียดส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมอง  
และกระบวนการทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการคิด การปรับตัว และการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง<sup>18</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถานศึกษาสามารถนำข้อมูลผลการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาทักษะการคิดบริหารจัดการตน (Executive Function: EF) ให้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการควบคุมพฤติกรรม (BRI) การควบคุมอารมณ์ (ERI) และการควบคุมการรู้คิด (MRI) โดยเฉพาะตัวบ่งชี้ที่สำคัญ เช่น EF3 (การปรับเปลี่ยน) EF4 (การควบคุมอารมณ์) EF6 (ความจำเพื่อใช้งาน) EF7 (การวางแผนและจัดระบบ) EF8 (การตรวจสอบงาน) และ EF9 (การจัดระเบียบวัสดุ) การออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ควรมุ่งเน้นการฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์หลากหลาย เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้หน้าจอมากเกินไปและการดื่มสุรา รวมถึงส่งเสริมการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีทักษะสมอง เพื่อการเรียนรู้ การใช้ชีวิต และการทำงานในโลกวิชาชีพที่ทำหายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกับระดับความสามารถบริหารจัดการตนในนักศึกษาพยาบาลเพื่อให้เห็นรูปแบบการฝึกทักษะเพื่อเสริมสร้างความสำเร็จในการศึกษาเล่าเรียนทางการพยาบาลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

### References

1. Muangthong W, Kaewurai W, Onthanee A, Juntakun J. Using executive function to enhance reasoning thinking of preschool children: what teachers should not overlook. Ratchaphruek Journal 2020;18(1):20–8. (in Thai)
2. Barkley RA. Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved. Guilford Press; 2020.
3. Thaithani P. Stressful experiences related to executive function deficits of undergraduate students. Srinakharinwirot Academic Journal of Education 2017;18(2):75–96. (in Thai)
4. Office of the Royal Society. Contemporary educational studies dictionary, B.E. 2558 2024 Available from: <https://www.orst.go.th/?m=i>
5. Chuahom K. The development of executive functions (Ef) for childhood. Journal of Roi Kaensarn Academi 2023;8(3);515-27. (in Thai)
6. Ahrens B, Lee M, Zwibruck C, Tumanan J, Larkin T. The role of executive function skills for college-age students. Illinois State University 2019 Available from: <https://ir.library.illinoisstate.edu/giscsd/19/>
7. Zelazo PD. Fostering Executive-function skills and promoting far transfer to real-world outcomes: The importance of life skills and civic science. Sage Journals 2024 Available from: <https://doi.org/10.1177/09637214241229664>.
8. Department of Mental Health. Stress assessment tool (SPST–20) 2018 Available from: [https://kkhos.moph.go.th/kkhos/data\\_office/SPST20.pdf](https://kkhos.moph.go.th/kkhos/data_office/SPST20.pdf)
9. Khansiri J, Lincharoen A, Vibulrangson S, Poohongthong C. The development of executive function scale for nurse students. Journal of Education Naresuan University 2023;25(2):102–14. (in Thai)
10. Jenkins JA, Gage N. Nursing students; time management and its influence on academic performance. Journal of Nursing Education and Practice 2020;10(3):45-52.

11. Baumeister RF, Vohs KD. Self-regulation and ego control, In Handbook of self-regulation. Academic Press; 2024.
12. Hunsley J, DiLalla LF. Regulating emotion and behavior: Theory and research in self-regulation. *Psychological Science* 2002;13(6):302-6.
13. Sonpaveerawong J, Dammee M, Nimsuwa J, Mad-a-dam C, Laiadkan S, Sopon S. Stress, stress management and the need to supports nursing students. *Journal of Nursing and Education* 2016;9(3):36–50. (in Thai)
14. Mokekhaow K, Sukrapat W, Promla W. Effect of stress management program on stress level and stress management ability of nursing students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2021;22(2):355 – 63. (in Thai)
15. Tantalanutkul S, Wongsawat P. Stress and stress management in nursing students. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2017;9(1):81–92. (in Thai)
16. Portawin T. Strengthening of the warmness for specific family in the target areas of the warmth family. *Journal of Social Work* 2020;28(1):197–234. (in Thai)
17. Sareelae N, Chadcham S. Memory in patients with chronic alcoholism. *Journal of Nursing and Health Care* 2018;36(2):15–21. (in Thai)
18. Suntonpong B. Family role on social skills development of autistic children in dome nursery school underthe office of the basic education commission, Bangkok. *Journal of Arts Management* 2019;3(2):69–82. (in Thai)

## บทความวิจัย

## The Developmental Model using Family-Centered Care to Promote Developmental among Preschool Children in Roi-Et Province

Received: Dec 22, 2024

Revised: Aug 18, 2025

Accepted: Aug 20, 2025

Tippharat Chaichanasang, M.N.S.<sup>1</sup>

Lumpong Srewongchai, M.N.S.<sup>2</sup>

Malee Launkaw, Ph.D.<sup>3</sup>

### Abstract

**Introduction:** The developmental model using family-centered care to promote developmental caregivers supports the enhancement of development promoting Knowledge and behaviors in caregivers and improvement in children with developmental delays.

**Research objectives:** This study aims to 1) develop the model using family center care to promote development among pre-school children in Roi-Et province. 2) evaluate the outcomes of the model using family center care among pre-school children in Roi-Et province.

**Research methodology:** This research study was development design comprised three phases including: phase 1-situation analysis, studying and analyzing the development of pre-school children in Roi-Et province. Phase 2 focused on developing model using family center care to promote developmental among pre-school children. Phase 3 evaluated the outcomes of the model using family center care among pre-school children. Data collection were done by using the questionnaire including: the Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM), the evaluation form of parental knowledge and behavioral assessment on child health promotion and development, and the model using family center care to promote development among pre-school children. Descriptive statistics were used to present the number and percentage mean and standard deviation, and inferential statistics were used the Independent t-test and Pearson Chi-Square.

**Results:** The prevalence of risk of delay development was 38%. Parental knowledge and behaviors on child health promotion and development were low (36% versus 39%). The mean of parental knowledge and behavioral score after participation in this model were significantly higher than before participation ( $p < .001$ ). The pre-school children in experimental group were significantly increased appropriate development than those in control group ( $p < .001$ ).

**Conclusions:** The model using family-centered care enhances to promote development among preschool children.

**Implications:** Nurse should consider this model to promote development among preschool children with suspected delayed development.

**Keyword:** preschool age, child developmental, family-centered care

Funding: The Science Promotion Fund. Research and Innovation, Year 2024

<sup>1</sup>Assistant Professor, Email: Tippharat2516@gmail.com

<sup>2</sup>\*Corresponding author: Lecturer, Email: poylumpong@gmail.com

<sup>3</sup> Lecturer, Email: Tippharat\_31@reru.ac.th

<sup>1-2</sup>Faculty of Nursing, Roi Et Rajabath University, Roi Et, Thailand.

<sup>3</sup> Faculty of Nursing, Maejo University, Chiang Mai, Thailand.

## การพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อส่งเสริมพัฒนาการสมวัยของเด็กวัยก่อนเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ด

Received: Dec 22, 2024

Revised: Aug 18, 2025

Accepted: Aug 20, 2025

ทิพย์ภรณ์ ไชยชนะแสง พย.ม.<sup>1</sup>

ลำพงษ์ ศรีวงศ์ชัย พย.ม.<sup>2\*</sup>

มาลี ล้วนแก้ว ปร.ด.<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** การสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จะสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้และพฤติกรรมที่ถูกต้อง ส่งผลให้เด็กวัยก่อนเรียนมีพัฒนาการสมวัย

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** 1) พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อส่งเสริมพัฒนาการสมวัยของเด็กวัยก่อนเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ด 2) ศึกษาผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อส่งเสริมพัฒนาการสมวัยของเด็กวัยก่อนเรียน

**ระเบียบวิธีวิจัย:** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มี 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์พัฒนาการสมวัยของเด็กวัยก่อนเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ด 2) พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อส่งเสริมพัฒนาการสมวัยของเด็กวัยก่อนเรียน 3) ศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อส่งเสริมพัฒนาการสมวัยของเด็กวัยก่อนเรียน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินพัฒนาการ DSPM แบบประเมินความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Independent t-test และการทดสอบ Chi-square.

**ผลการวิจัย:** เด็กวัยก่อนเรียนมีความเสี่ยงต่อการเกิดพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 38 ผู้ปกครองมีความรู้ด้านสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนในระดับต่ำ ร้อยละ 36 มีพฤติกรรมสร้างเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับต่ำ ร้อยละ 39 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปกครองหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และหลังทดลองเด็กวัยก่อนเรียนกลุ่มทดลองมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

**สรุปผล:** รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางสามารถส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยได้

**ข้อเสนอแนะ:** พยาบาลควรนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางไปใช้ในการส่งเสริมเด็กที่มีพัฒนาการเด็กล่าช้า

**คำสำคัญ:** เด็กวัยก่อนเรียน พัฒนาการล่าช้า ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ปีงบประมาณ 2567

<sup>1</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: Tippharat2516@gmail.com

<sup>2\*</sup>Corresponding author อาจารย์ Email: poylumpong@gmail.com

<sup>3</sup>อาจารย์ Email: Tippharat\_31@reru.ac.th

<sup>1-2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ร้อยเอ็ด ประเทศไทย

<sup>3</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ เชียงใหม่ ประเทศไทย

## บทนำ

เด็กวัยก่อนเรียน (Pre school) เป็นช่วงวัยที่มีความพร้อมต่อการเรียนรู้เนื่องจากระบบประสาทและสมองเจริญเติบโตและเป็นประเด็นสำคัญของยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560 – 2579 มีเป้าหมายที่สำคัญร่วมกันคือการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต<sup>1</sup> ผลสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 ช่วงอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน พบว่า สงสัยพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 19.84, 24.50, 22.38, และ 25.33 ตามลำดับ<sup>2</sup> จังหวัดร้อยเอ็ดจากการสำรวจโดยใช้เครื่องมือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) พบว่าในภาพรวม เด็กช่วงอายุ 9, 18, 30, 48 และ 60 เดือน สงสัยพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 39.68 และมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 20.51 และร้อยละ 74.23<sup>3</sup> หลังได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ 30 และ 90 วัน ซึ่งพบในเด็กที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสมจากบิดามารดาเพียง ร้อยละ 30 เท่านั้น จากปัญหาดังกล่าวจะการให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาพัฒนาการล่าช้าจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก<sup>4</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้แนวคิดการดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง<sup>5</sup> ต้องมีองค์ประกอบดังนี้ 1) ความรู้ครอบคลุมในศาสตร์ของการพยาบาลครอบครัวและการพยาบาลเด็ก 2) ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อวางแผนปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเด็ก 3) ให้ความรู้ครอบครัวในการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กล่าช้า 4) สนับสนุนการสร้างเครือข่ายครอบครัวเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุน การกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 5) พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อส่งเสริมพัฒนาการสมวัยของเด็กก่อนวัยเรียนเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวและเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ 6) ประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างเป็นระบบเกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลเด็ก และ 7) เสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ครอบครัว แม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบการนำมาใช้ในการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า แต่พบมีการนำมาใช้ในการดูแลเด็กป่วยและได้ผลดีต่อเด็กและครอบครัว ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อส่งเสริมพัฒนาการสมวัยของเด็กวัยก่อนเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ดอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

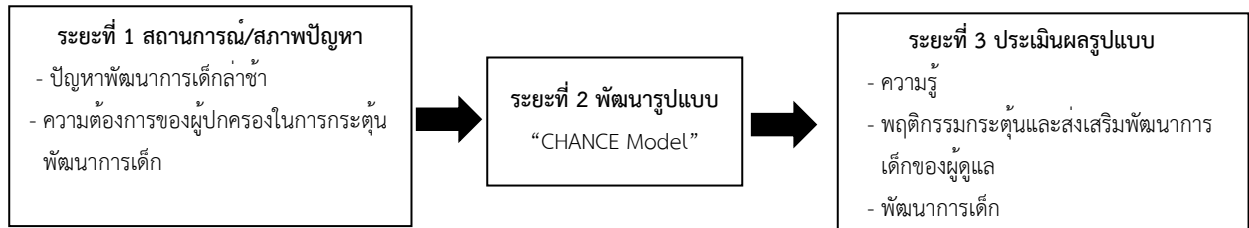
## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาพัฒนาการล่าช้า และความต้องการในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ด
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในเด็กวัยก่อนเรียนที่มีพัฒนาการล่าช้าในจังหวัดร้อยเอ็ด
- 3) เพื่อประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในเด็กวัยก่อนเรียนที่พัฒนาการล่าช้าในจังหวัดร้อยเอ็ด

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์แนวคิดการใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered approach) ซึ่งเน้นการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการดูแล ส่งเสริม และสนับสนุนการพัฒนาการของเด็ก เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนที่มีพัฒนาการล่าช้าในรูปแบบของ “CHANCE Model” ซึ่งเป็นการให้โอกาสสำหรับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าและครอบครัว ได้มีการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเด็กมีพัฒนาการสมวัย มี 6 องค์ประกอบ

ได้แก่ C: มีการวิเคราะห์ความเข้มแข็งของชุมชนและสร้างเครือข่ายแกนนำ H: การให้ข้อมูลที่ถูกต้องของเด็กเฉพาะราย  
A: ส่งเสริมความสามารถผู้ปกครองให้ดูแลเด็กมีพัฒนาการสมวัย ยอมรับและเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคล  
N: พยาบาลนักวิชาการปฐมวัยและ อสม. ร่วมออกแบบสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กให้เอื้อต่อการสร้างเสริมพัฒนาการเด็ก  
และเป็นพื้นที่ปลอดภัย C: จัดทำแผนกระตุ้นพัฒนาการเด็กเป็นรายบุคคล และ E: พยาบาล นักวิชาการปฐมวัยและ อสม.  
เสริมแรงผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาเด็ก



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1:** ศึกษาสภาพปัญหาพัฒนาการเด็กล่าช้าและความต้องการของผู้ปกครองในการสร้างเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน (R1) วิเคราะห์ห่วงข้อประกอบโดยใช้แนวคิดการใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังนี้ 1) การเคารพและให้เกียรติครอบครัว 2) การแบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กที่ถูกต้อง 3) การเสริมพลังอำนาจให้ครอบครัวมีความรู้ ความสามารถ และความมั่นใจ 4) ความร่วมมือระหว่างครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ 5) สร้างความร่วมมือ เพื่อร่วมกันวางแผนและดำเนินงานพัฒนาการเด็กตามความต้องการเฉพาะราย 6) การตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 2 - 4 ปี ด้วยการประเมินพัฒนาการเด็กเฉพาะราย การสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการ การกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จนกระทั่งได้ข้อมูลอิมตัว จึงหยุดทำการสัมภาษณ์ ระหว่างสัมภาษณ์มีการบันทึกเสียงการพูดคุยระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยทุกครั้ง แต่ครั้งใช้ระยะเวลาประมาณ 30 - 45 นาที

**ประชากร** คือ ผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 2 - 4 ปี ในเขตพื้นที่ศึกษาในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน และเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 2 - 4 ปี ทั้งหมดจำนวน 600 คน โดยเด็กได้รับการประเมินพัฒนาการทุกราย ในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 ถึงตุลาคม พ.ศ. 2567

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 2 - 4 ปี ในเขตพื้นที่ศึกษาในจังหวัดร้อยเอ็ด ในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 ถึงตุลาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 30 คน กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) อ่านออก เขียนได้ 2) ผู้สมัครใจให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ และเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 2 - 4 ปี จำนวน 120 คน กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) มีพัฒนาการล่าช้า 2) ไม่มีโรคประจำตัว 3) ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมโครงการ

**ระยะที่ 2** พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อส่งเสริมพัฒนาการสมวัยของเด็กวัยก่อนเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ด (D1) ดำเนินงานตามขั้นตอน PAOR ได้แก่ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกตผล (Observation) และขั้นสะท้อนผล (Reflection) จำนวน 2 วนรอบ ในขั้นตอนการวางแผนประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน 2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็กประชุมสะท้อนข้อมูล

สภาพปัญหาที่ได้จากระยะที่ 1 จากนั้นทำการสนทนากลุ่ม และการระดมสมองผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เพื่อค้นหารูปแบบการกระตุ้นพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและเครือข่ายสนับสนุนผู้ดูแล จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที นำเสนอสรุปผลการวางแผนจากกลุ่มในภาพรวม นำไปสู่การปฏิบัติ สังเกตการณ์เปลี่ยนแปลง ปัญหาอุปสรรค การดำเนินงานตามแผนและสะท้อนผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 มาใช้ในการวางแผนในวงรอบที่ 2 ในโปรแกรม “CHANCE Model” ตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพัฒนาการเด็ก 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญพัฒนาการเด็ก 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญพัฒนาการเด็ก 2 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของโครงสร้าง เนื้อหา ภาษา และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

**ประชากร** คือ 1) ผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 2 - 4 ปี ในเขตพื้นที่ศึกษาในจังหวัดร้อยเอ็ด ในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 ถึงตุลาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 30 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กในชุมชน จำนวน 20 ราย 3) พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการปฐมวัยในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็ก จำนวน 10 ราย

**กลุ่มตัวอย่าง** คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และกำหนดคุณสมบัติมี 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 2 - 4 ปี ที่มีความสมัครใจให้ข้อมูลเชิงลึก 20 ราย 2) อาสาสมัครสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็ก และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 20 ราย 3) พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการปฐมวัยในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็ก จำนวน 10 ราย

**ระยะที่ 3** การประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในเด็กวัยก่อนเรียนที่พัฒนาการล่าช้าในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยวิธีวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Equivalent control group design) เพื่อเปรียบเทียบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (R2)

**ประชากร** คือ 1) ผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 2 - 4 ปี ในเขตพื้นที่ศึกษาในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 600 คน และเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 2 - 4 ปี ทั้งหมดจำนวน 600 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ 1) ผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 2 - 4 ปี ในเขตพื้นที่ศึกษาในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 120 คน และเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 2 - 4 ปี จำนวน 120 คน

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สำหรับการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบสองสัดส่วน:<sup>6</sup> โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ): 0.05 (สำหรับการทดสอบแบบสองทาง,  $Z_{1-\alpha/2}=1.96$ ) อำนาจการทดสอบ (Power): 0.80 (สำหรับการอำนาจการทดสอบ 80%,  $Z_{1-\beta} = 0.84$ ) สัดส่วนที่คาดการณ์ในกลุ่มควบคุม (P1): สมมติว่า 50% ของเด็กในกลุ่มควบคุมมีพัฒนาการไม่สมวัย (หรือ 0.50) สัดส่วนที่คาดการณ์ในกลุ่มทดลอง (P2): สมมติว่าหลังจากการแทรกแซง สัดส่วนของเด็กพัฒนาการไม่สมวัยในกลุ่มทดลองจะลดลงเหลือ 25% (หรือ 0.25) จากการคำนวณนี้ขนาดตัวอย่างประมาณ 58 คนต่อกลุ่ม เพื่อรองรับการสูญเสียตัวอย่างผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 60 คนต่อกลุ่ม

สุ่มกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 2 - 4 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้า และตามเกณฑ์การคัดเข้า 120 คน โดยทำการสุ่มอย่างง่าย แบบไม่ใส่คืน เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 60 คน เท่า ๆ กัน โดยวิธีการจับคู่ตัวแปรสำคัญ (Match pair) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในด้านเพศ อายุ การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ของตัวเด็ก และ เพศ อายุ และระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) ผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับเด็ก 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้านด้วยตนเอง อย่างน้อย 14 ชม./สัปดาห์หรือเฉลี่ย

วันละ 2 ชั่วโมง 4) เด็กได้รับการประเมินด้วยคู่มือ แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ครั้งแรกพบว่า มีพัฒนาการไม่สมวัยในภาพรวม 5) มีผลการได้ยินปกติ 6) ผู้ปกครองอนุญาตให้เด็กเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ เกณฑ์คัดออก ดังนี้ ผู้ดูแลหลักมีความประสงค์ถอนตัวออกจากโครงการด้วยตนเอง และเด็กได้รับการวินิจฉัยโรคในกลุ่มเด็กพิเศษ เช่น ออทิสซึม และสมาธิสั้น

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในระยะที่ 1 - 2 ได้แก่ แนวทางในการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้ดูแล ในประเด็นความต้องการการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า และเครื่องมือ DSPM

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ในระยะที่ 3 ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง จำนวนข้อ 9 ข้อ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ ของผู้ดูแลหลัก รายได้ของครอบครัว อาชีพของผู้ดูแล และข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ ลำดับการคลอด กำหนดคลอด น้ำหนักแรกคลอด และประวัติการได้รับนมแม่แรกคลอด

2. แบบสอบถามความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน จำนวน 20 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยพิจารณาตัวแปรควบคุมที่คาดว่าจะมีผลต่อตัวแปรตามทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก รวมถึงพิจารณาตัวแปรผลลัพธ์ที่คาดว่าจะมีผลของรูปแบบ "CHANCE Model" โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 10 ข้อ และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 10 ข้อ เป็นลักษณะคำตอบ ถูก หรือ ผิด มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิด ให้ 0 คะแนน แปรผลโดยการคูณผลคะแนนรวมสูงสุด 20 คะแนน และต่ำสุด 0 คะแนน ใช้เกณฑ์ในการแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0.00 - 11.99 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 60 - 79 (12.00 - 15.99 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และร้อยละ 80 ขึ้นไป ( 16.00 - 20.00 คะแนน) หมายถึงมีความรู้ระดับดี

3. แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ปกครอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและสอดคล้องกับแนวคิดของคู่มือ DSPM<sup>7</sup> เป็นคำถามเกี่ยวกับความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง มีจำนวนคำถาม 25 ข้อ แบ่งเป็นการประเมิน 13 ข้อ และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 12 ข้อ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ที่มีเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (4 - 6 วันต่อสัปดาห์) 4 คะแนน ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ (4 - 6 วันต่อสัปดาห์) 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง (2 - 3 วันต่อสัปดาห์) 2 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1 วันต่อสัปดาห์) 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย 0 คะแนน คะแนนรวม 100 ใช้เกณฑ์ในการแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0.00 - 59.99 คะแนน) หมายถึง มีพฤติกรรมระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 60 - 79 (60.00 - 79.00 คะแนน) หมายถึง มีพฤติกรรมระดับปานกลาง และร้อยละ 80 ขึ้นไป ( 80.00 - 100 คะแนน) หมายถึง มีพฤติกรรมระดับดี

4. แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) จากการศึกษาที่ผ่านมาของ กรแก้ว ทัทมาลัย<sup>8</sup> สามารถประเมินพัฒนาการ 5 ด้าน คือ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา ด้านการใช้ภาษา ด้านการเข้าใจภาษาและด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม

5. โปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยใช้ "CHANCE Model" ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดังนี้

สัปดาห์ที่	กิจกรรมและระยะเวลา	วัตถุประสงค์
1	ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ขั้นตอนการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมถึงการขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลและเด็ก กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) ทำแบบสอบถามข้อมูลบันทึกส่วนบุคคลและประเมินความรู้ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน (Pretest) และ 2) ประเมิน พัฒนาการเด็กที่ใช้แบบประเมินพัฒนาการตามคู่มือ DSPM	เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และ ขั้นตอนการทดลองแก่ผู้ดูแล
2	C: Community analysis and connection วิเคราะห์ความเข้มแข็งของชุมชน และสร้างเครือข่ายระหว่างแกนนำและครอบครัว ในการเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน รวมทั้งการจัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ ผู้ปกครอง และส่งเสริมบทบาทผู้ปกครองในการประเมินและสร้างเสริมพัฒนาการ เด็กวันก่อนเรียน	เพื่อสร้างเครือข่ายระหว่าง แกนนำและครอบครัว
3	H: Health information การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กของเด็ก เฉพาะราย โดยพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการปฐมวัยและ อสม.	เพื่อคืนข้อมูลที่ถูกต้องของ พัฒนาการเด็กเฉพาะราย
4 - 7	A: Ability of parent and respect ส่งเสริมความสามารถของผู้ปกครองในการ ดูแลเด็กให้มีพัฒนาการสมวัย ให้การยอมรับและเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคล ติดตามให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองอย่างใกล้ชิด สัปดาห์ละ 1 วัน	เพื่อส่งเสริมความสามารถ ของผู้ปกครองในการดูแล เด็กให้มีพัฒนาการสมวัย
8 - 9	N: Nurse and volunteer team พยาบาล นักวิชาการปฐมวัย และ อสม. ร่วมออกแบบสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กทั้งในบ้านเรือนและชุมชน ให้เอื้อต่อการ สร้างเสริมพัฒนาการเด็กและเป็นพื้นที่ปลอดภัยเช่น จัดเลือกของเล่นที่ปลอดภัย และเหมาะสมกับการเรียนรู้ตามช่วงอายุ ออกแบบการจัดมุมเครื่องเล่นและสร้าง สนามเด็กเล่นสาธารณะในชุมชน และประเมินพัฒนาการเด็กที่บ้าน โดยพยาบาล วิชาชีพ ใช้แบบประเมินพัฒนาการตามคู่มือ DSPM ข้าหลังการกระตุ้นพัฒนาการ	เพื่อให้เด็กได้รับการประเมิน พัฒนาการซ้ำ
10 - 11	C: Childhood and development จัดทำแผนกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ก่อนวัยเรียนเป็นรายบุคคล และให้ทีม อสม. กระตุ้นพัฒนาการและติดตาม ต่อเนื่อง ทุก 3 วัน	เพื่อติดตามผลอย่างต่อเนื่อง
12	E: Empowerment and evaluation พยาบาล นักวิชาการปฐมวัย และ อสม. เสริมแรงผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาเด็กและประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง	เพื่อประเมินผลลัพธ์หลัง กระตุ้นพัฒนาการ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แนวทางการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้ดูแล ในประเด็นความต้องการการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ที่มีพัฒนาการล่าช้า ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล ด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น พยาบาลหน่วยคลินิกพัฒนาการเด็ก นักจิตวิทยาพัฒนาการ นักการวิชาการปฐมวัย แพทย์ด้านพัฒนาการเด็ก เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและปรับแก้ให้มีความเหมาะสม โดยใช้คำถามปลายเปิด ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลแบบสามเส้า 2 แบบคือ การตรวจสอบสามเส้าจากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม และการตรวจสอบ สามเส้าด้านผู้วิเคราะห์ข้อมูล 2 ท่าน ได้แก่ นักวิจัยและผู้ช่วยวิจัย

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องละความตรงเชิงเนื้อหา ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมด้านภาษา ได้ค่า CVI = .96

3. แบบสอบถามความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา CVI = .87 หาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ KR-20 = .91

4. แบบประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ปกครอง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา CVI = .90 นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแล ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient = .86)

5. แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาของ กรแก้ว ทัทมาลัย<sup>๑</sup> ในกลุ่มตัวอย่างเด็กไทย อายุ 2 - 5 ปี มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of consistency) มากกว่า 0.50 และมีค่าความเชื่อมั่นจากผู้สังเกต มากกว่า 0.80 มีความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) ของเครื่องมือเท่ากับ ร้อยละ 96.04 และ 64.67 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด รหัสโครงการ 67/035 วันที่รับรอง 5 เมษายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยเมื่อต้องการ รวมถึงการรักษาความลับ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ในแบบสอบถามหรือแบบประเมินจะใช้รหัสแทนชื่อและข้อมูล และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ภายหลังเสร็จการวิจัยและตีพิมพ์เผยแพร่ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทันที

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อส่งเสริมพัฒนาการสมวัยของเด็กวัยก่อนเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ด เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มควบคุมจนครบก่อนจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองตามโปรแกรม CHANCE Model ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กวัยก่อนเรียน ใช้สถิติเชิงพรรณนาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการสัมภาษณ์หรือการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา
2. การเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองก่อนและหลังการใช้รูปแบบใช้สถิติ Independent t - test.
3. การวิเคราะห์พัฒนาการสมวัยของเด็กก่อนวัยเรียน โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการสมวัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Chi-square test

### ผลการวิจัย

#### 1. สภาพการณ์และสถานการณ์ปัญหาการสร้างเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนในชุมชน

1.1 ผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน จำนวน 600 คน พบว่า เด็กอายุ 2 - 4 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดพัฒนาการล่าช้าในภาพรวม จำนวน 228 คิดเป็นร้อยละ 38 พัฒนาการด้านภาษา 131 คน คิดเป็นร้อยละ 57.45 และพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กล่าช้า 97 คน คิดเป็นร้อยละ 42.54

1.2 สภาพปัญหาการสร้างเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนในชุมชน โดยสนทนากลุ่ม ตามแนวทางการใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พบว่า ประเด็นการดูแลเด็ก คือ 1) ครอบครัวไม่ได้รับการยอมรับความเป็น

ปัจเจกบุคคล จากทีมสุขภาพ ในการดูแลเด็กที่สอดคล้องตามบริบทชุมชน 2) ครอบครัวขาดการได้รับการให้ข้อมูล และการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็ก ส่งผลให้ผู้ปกครองดูแลเด็ก ได้ไม่ดีเท่าที่ควรและเด็กมีพัฒนาการล่าช้า 3) ขาดการมีส่วนร่วมและมีปฏิสัมพันธ์ที่ระหว่างพยาบาลกับสมาชิก ในครอบครัว ทำให้ครอบครัวขาดศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพเด็กและพัฒนาการขาดความต่อเนื่องทุกช่วงอายุ 4) ขาดความร่วมมือระหว่างครอบครัวกับทีมผู้ให้การดูแลสุขภาพ

1.3 ผู้ปกครองมีความต้องการ ดังนี้ 1) ต้องการให้อสม. ติดตามให้คำแนะนำด้านการเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็กและส่งต่อข้อมูลของเด็กพัฒนาการไม่สมวัยให้ รพ.สต. หรือผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้รับการส่งเสริม พัฒนาการเด็กอย่างเหมาะสม 2) ต้องการให้ภาครัฐสนับสนุนสนามเด็กเล่นและเครื่องเล่นที่เหมาะสม รวมทั้งสร้างพื้นที่ ปลอดภัยในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน

2. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อส่งเสริมพัฒนาการสมวัย ของเด็กวัย ก่อนเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ด “CHANCE Model” ประกอบด้วย C: มีการวิเคราะห์ความเข้มแข็งของชุมชนและสร้างเครือข่าย แกนนำ H: การให้ข้อมูลที่ถูกต้องของเด็กเฉพาะราย A: ส่งเสริมความสามารถผู้ปกครองให้ดูแลเด็กมีพัฒนาการสมวัย ยอมรับและเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคล N: พยาบาลนักวิชาการปฐมวัย และ อสม. ร่วมออกแบบสิ่งแวดล้อม รอบตัวเด็กให้เอื้อต่อการสร้างเสริมพัฒนาการเด็กและเป็นพื้นที่ปลอดภัย C: จัดทำแผนกระตุ้นพัฒนาการเด็ก เป็นรายบุคคล E: พยาบาล นักวิชาการปฐมวัย และ อสม. เสริมแรงผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาเด็ก

3. ประเมินผลลัพธ์รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ สมวัยของเด็กวัยก่อนเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ด

### 3.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีทั้งหมด 120 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มควบคุม 60 คน และ กลุ่มทดลอง 60 คน พบว่า มีข้อมูลคล้ายคลึงกันทั้ง 2 กลุ่ม ดังนี้ ผู้ดูแลหลักเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 74 และร้อยละ 66 มีอายุ 38 - 54 ปี ร้อยละ 42 และร้อยละ 34 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 100 และร้อยละ 98 ส่วนใหญ่มีระดับ การศึกษาสูงสุด คือ จบชั้นมัธยมศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม ร้อยละ 84 และร้อยละ 87 เด็กวัยก่อนเรียน มีลำดับการคลอดเป็น ลำดับ 1 ร้อยละ 56 และร้อยละ 58 คลอดครบกำหนด ร้อยละ 99 และร้อยละ 98 น้ำหนักแรกคลอด 2,500 กรัม ขึ้นไป ร้อยละ 96 และร้อยละ 97 ได้รับนมแม่แรกคลอด ร้อยละ 96 และร้อยละ 98 ตามลำดับ

3.2 ประสิทธิภาพการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อส่งเสริม พัฒนาการสมวัยของเด็กวัยก่อนเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า

3.2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ปกครอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อส่งเสริมพัฒนาการสมวัย ของเด็กวัยก่อนเรียนไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ปกครองในสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรู้	M	SD	Mean diff.	95%CI	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>					
กลุ่มทดลอง (n = 60)	9.33	1.69	.38	-.26 , 1.03	.247
กลุ่มควบคุม (n = 60)	8.95	1.90			
<b>หลังการทดลอง</b>					
กลุ่มทดลอง (n = 60)	16.41	1.27	4.80	4.29 , 5.30	.000*
กลุ่มควบคุม (n = 60)	11.61	1.48			

\*p < .001

3.2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อส่งเสริมพัฒนาการสมวัยของเด็กวัยก่อนเรียน ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อส่งเสริมพัฒนาการสมวัยของเด็กวัยก่อนเรียน ไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อส่งเสริม พัฒนาการสมวัยของเด็กวัยก่อนเรียนก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรม	M	SD	Mean diff.	95%CI	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>					
กลุ่มทดลอง (n = 60)	60.90	5.40	.96	-.72 , 2.65	.258
กลุ่มควบคุม (n = 60)	59.93	3.77			
<b>หลังการทดลอง</b>					
กลุ่มทดลอง (n = 60)	92.10	3.13	31.36	30.06 , 32.67	.000*
กลุ่มควบคุม (n = 60)	60.73	4.02			

\*p < .001

3.2.3 พัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า หลังการทดลอง เด็กวัยก่อนเรียนกลุ่มทดลอง มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กก่อนวัยเรียนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	พัฒนาการไม่สมวัย n (%)	พัฒนาการสมวัย n (%)	$\chi^2$	df	p-value	95% CI
กลุ่มทดลอง (n = 60)	6 (10)	54 (90)	14.40	1	<.001*	(-.445, -.155)
กลุ่มควบคุม (n = 60)	24 (40)	36 (60)				

\*p < .001

## อภิปรายผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนที่มีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 38 ผู้ปกครองมีความรู้และพฤติกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพเด็กในระดับต่ำ สะท้อนปัญหาการสร้างเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน พบว่าแนวทางการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็กขาดความต่อเนื่อง เกิดช่องว่างระยะเปลี่ยนผ่านการดูแลเด็กที่บ้านเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ส่งผลกระทบให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้าและไม่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลระยะยาวเมื่อเข้าสู่วัยเรียน นอกจากนี้ครอบครัวขาดโอกาสการกำกับ ติดตาม เพื่อประเมินพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัยศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนกรุงเทพมหานคร พบพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 22.67<sup>9</sup> เช่นเดียวกับศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 17.50<sup>10</sup>

2. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อส่งเสริมพัฒนาการสมวัยของเด็กวัยก่อนเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ด “CHANCE Model” ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีลักษณะเด่นที่สนับสนุนให้ครอบครัวสามารถดูแลเด็กได้ต่อเนื่อง ดังนี้ C: มีการวิเคราะห์ความเข้มแข็งของชุมชนและสร้างเครือข่ายแกนนำ H: การให้ข้อมูลที่ถูกต้องของเด็กเฉพาะราย A: ส่งเสริมความสามารถผู้ปกครองให้ดูแลเด็กมีพัฒนาการสมวัย ยอมรับและเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคล N: พยาบาลนักรักษาการปฐมวัย และ อสม. ร่วมออกแบบสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กให้เอื้อต่อการสร้างเสริมพัฒนาการเด็กและเป็นพื้นที่ปลอดภัย C: จัดทำแผนกระตุ้นพัฒนาการเด็กเป็นรายบุคคล E: พยาบาลนักรักษาการปฐมวัย และ อสม. เสริมแรงผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวม 12 สัปดาห์ สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วม พบว่า การให้ผู้ปกครองและชุมชนมีส่วนร่วมสามารถกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าให้มีพัฒนาการสมวัยได้<sup>11</sup>

3. ผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรม หลังการทดลองมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า ผู้ปกครองกลุ่มทดลองที่ใช้ “CHANCE Model” ผู้ดูแลได้รับความรู้และฝึกทักษะการสร้างเสริมพัฒนาการเด็ก ในขั้นตอน H: Health Information การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กของเด็กเฉพาะราย โดยพยาบาลวิชาชีพ นักรักษาการปฐมวัย และ อสม. สอดคล้องกับผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก พบว่าส่งผลให้ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และมีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม<sup>12</sup> และสอดคล้องกับผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรม และทักษะการสร้างเสริมพัฒนาการของผู้ดูแลเด็ก ที่พบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรม ค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม และทักษะของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม<sup>13</sup> สอดคล้องกับผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กสำหรับผู้ปกครองต่อความรู้และทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ที่พบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย และทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>14</sup>

4. เด็กวัยก่อนเรียนกลุ่มทดลอง มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่าเด็กกลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาด้วย “CHANCE Model” ซึ่งมีจุดเด่นของการมีหุ้นส่วนของครอบครัว สนับสนุนครอบครัวกระบวนการดูแลเด็กให้มีพัฒนาการสมวัย ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 - 12 รวมทั้งคอยมีเครือข่าย อสม. เป็นพี่เลี้ยงคอยติดตามต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กอายุ 2 - 5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษา

โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง พบว่าผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องพัฒนาการเด็ก การรับรู้ถึงอันตราย และผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็กและพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กอายุ 2 - 5 ปี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>15</sup> และสอดคล้องผลการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ใช้โปรแกรมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนที่มีพัฒนาการสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>16</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อส่งเสริมพัฒนาการสมวัยของเด็กวัยก่อนเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ด ไปใช้ในคลินิกพัฒนาการเด็กและในการติดตามเยี่ยมบ้านเด็กในชุมชน เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษาวิจัยในอนาคตควรดำเนินการในระยะเวลาที่ยาวนานมากกว่า 12 สัปดาห์ และควรมีการประเมินซ้ำทุก 1 สัปดาห์ เพื่อให้การติดตามเกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

## References

1. Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. The 20-Year national strategic plan (2017-2036) on public health, strategy and work plans Division Office of the Permanent Secretary. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)
2. National Institute of Child Health. Department of Health Ministry of Public Health. Annual report 2017. Bangkok: Samcharoen Panich; 2017. (in Thai)
3. Statistics Center. Statistics on hospital patient admission center service recipients 2020. Roi Et; 2020. (in Thai)
4. Chaichanasang T, Jantanam W, Hungspruek U, Srisong P. Community potential in early childhood development: participatory action research. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2021;22(2):451-60. (in Thai)
5. Green SB. Significance of the philosophy of family-centered care in the pediatric clinical setting, school of nursing scholarly works. Washington DC: University of Connecticut School of Nursing; 2018.
6. Khunno J. Basic of research methodology for health sciences. Bangkok: Chulalongkorn University; 2021
7. Ministry Of Public Health. Manual for monitoring and promoting early childhood development. Nonthaburi: Siam Pim Nana; 2015. (in Thai)
8. Tupmalai K. The development model for promoting early child development at child care centers in Suphanburi Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal, The Journal for Health Promotion and Promotion 2018;12(2):5-20. (in Thai)
9. Tipmanosing D. Factors affecting early childhood development of children at the Bangkok Child Development Centers. Journal of Charoenkrungpracharak Hospital 2022;18(1):51-68. (in Thai)

10. Chattakul S. Factors related to suspected delayed development of early childhood in Well Child Clinic at Health Promoting Hospital, Khonkaen. Regional Health Promotion Center 7 Journal, The Journal for Health Promotion and Promotion 2021;13(2):87-102. (in Thai)
11. Thangtumpituk Th. The development of a health promotion model for children with the community participation. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018;19 Suppl:222-9. (in Thai)
12. Photaram S. The effects of early childhood development promotion program on knowledge and behaviors on promoting early childhood development of caregivers in municipality, Yasothon Province. Thai Journal of Public Health and Health Education 2024;4(2):1-13. (in Thai)
13. Mangmee T, Perngyai Ch, Chumprasert W, Kherlee Ch. The effectiveness of a preschool child development promotion program combined with social support on caregivers' knowledge, behavior, and skills in Chaiburi Subdistrict, Phatthalung Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2024;11(3):e270777. (in Thai)
14. Phuphaniat M, Kehanak S, Joankrajang J. The effect of child development promotion programs for parents on knowledge and skills in early child development assessment of parents. Christian Journal University 2024;30(2):77-91. (in Thai)
15. Kongjinda J. Effects of the stimulate language development program for children aged 2-5 years with delayed development through parental participation. Journal of Public Health Research and Innovation 2024;2(1):26-40. (in Thai)
16. Suwatanasawat W, Siriphan K, Srimahunt K. The developmental promotion using the learning activities program: preschool development center, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province 2020;3(2):121-32. (in Thai)

## Incidence and Factors Influencing Hypotension Following General Anesthesia in Patients with Peptic Ulcer Perforation at Suratthani Hospital

Received: Jun 24, 2025

Revised: Aug 18, 2025

Accepted: Aug 22, 2025

Wilawan Sawekchan, M.N.S.<sup>1</sup>

Daravan Rongmuang, Ph.D.<sup>2\*</sup>

### Abstract

**Introduction:** Peptic ulcer perforation is a common surgical emergency. The treatment involves surgical closure of the perforation under general anesthesia. Without timely intervention, fluid loss into the interstitial space occurs leading to decreased blood volume and hypotension.

**Research objectives:** This study aims to investigate the incidence and factors influencing hypotension in patients with perforated peptic ulcers undergoing surgery and general anesthesia.

**Research methodology:** This retrospective descriptive study utilized data from medical records. A total of 150 patients who received surgery for peptic ulcer perforation and under general anesthesia at Suratthani Hospital from 2020 to 2022 was recruited to the study. Data collection was conducted using patient record forms. Statistical analysis employed descriptive statistics, chi-square tests, Fisher's exact test, independent t-tests, and binary logistic regression.

**Results:** 1) The incidence of hypotension in patients with peptic ulcer perforation who received surgery under general anesthesia was 43.30%. 2) Females were 28.41 times more likely to develop hypotension compared to males ( $p = .014$ ). An increase in age by one year was associated with a 4% higher likelihood of developing hypotension ( $p = .002$ ). Additionally, patients with fever were 2.48 times more likely to experience hypotension than those without fever ( $p = .05$ ). These factors could combine with the effects of predictive power for post-general anesthesia hypotension at 21.90%.

**Conclusions:** Age and fever are significant contributing factors to the development of hypotension following general anesthesia in patients with peptic ulcer perforation.

**Implications:** Nurse anesthetists should implement a risk assessment for the occurrence of hypotension in high-risk patients, especially older adults. Additionally, clinical practice guidelines should be established for managing patients with perforated peptic ulcers who are at high risk of hypotension, including preoperative assessment, preparation before anesthesia administration, and postoperative monitoring.

**Keywords:** peptic ulcer perforation, general anesthesia, hypotension

<sup>1</sup>Registered nurse, Suratthani hospital, Suratthani, Thailand. Email: pogpong2553@gmail.com

<sup>2\*</sup>Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Prabormarajchanok Institute, Suratthani, Thailand. Email: drongmuang@gmail.com

## อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุ ที่มารับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

Received: Jun 24, 2025

Revised: Aug 18, 2025

Accepted: Aug 22, 2025

วิลารวรรณ เสวกจันทร์ พย.ม.<sup>1</sup>

ดาราวรรณ รongเมือง พร.ด.<sup>2\*</sup>

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** กระเพาะอาหารทะลุเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม รักษาด้วยการผ่าตัดเย็บปิดรอยรั่วด้วยการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย หากไม่รักษาทันที ทำให้มีการเสียน้ำไปอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์ ปริมาตรเลือดไหลเวียนลดลง เกิดความดันโลหิตต่ำ

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุที่ผ่าตัดด้วยการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

**ระเบียบวิธีวิจัย:** การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างคือข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุที่รับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2565 จำนวน 150 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square tests, Fisher's exact test, Independent t-tests, และ Binary logistic regression

**ผลการวิจัย:** 1) อุบัติการณ์การเกิดความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุที่ผ่าตัดด้วยการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ร้อยละ 43.30 2) เพศหญิงมีโอกาสเกิดความดันโลหิตต่ำมากกว่าเพศชาย 28.41 เท่า ( $p = .014$ ) อายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาสเกิดความดันโลหิตต่ำ ถึงร้อยละ 4 ( $p = .002$ ) และผู้ป่วยที่มีไข้มีโอกาสเกิดความดันโลหิตต่ำมากกว่าผู้ที่ไม่ไข้ 2.48 เท่า ( $p = .05$ ) ทั้งสองปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายโอกาสเกิดความดันโลหิตต่ำหลังได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ร้อยละ 21.90

**สรุปผล:** อายุและไข้เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุมีโอกาสเกิดความดันโลหิตต่ำหลังได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

**ข้อเสนอแนะ:** วิทยาลัยพยาบาลควรประเมินระดับความเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ และจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันความดันโลหิตต่ำ ทั้งการประเมินก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และการติดตามหลังผ่าตัด

**คำสำคัญ:** กระเพาะอาหารทะลุ การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ความดันโลหิตต่ำ

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี สุราษฎร์ธานี ประเทศไทย Email: pospong2553@gmail.com

<sup>2\*</sup>Corresponding author อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สุราษฎร์ธานี ประเทศไทย Email: drongmuang@gmail.com

## บทนำ

ภาวะแพ้อาหารทะเลเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมที่พบบ่อย จากการศึกษาย้อนหลัง พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแพ้อาหารทะเล 3.3 - 5.3 และ 4.2 - 8.7 ต่อ 100,000/ปี ในเพศหญิง และเพศชาย ตามลำดับ โดยอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยภาวะแพ้อาหารทะเลจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การรักษาที่สำคัญ คือ การผ่าตัดเย็บปิดรอยรั่วภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย<sup>1-2</sup> ซึ่งภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีวิทยาที่พบมากที่สุดหลังได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายคือความดันโลหิตต่ำ รุนแรง พบร้อยละ 21.20<sup>3-4</sup> ดังนั้นการที่ผู้ป่วยภาวะแพ้อาหารทะเลได้รับการผ่าตัดภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย อาจทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำได้สูง ทั้งจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และพยาธิสภาพของโรคได้แก่ จากการสูญเสียน้ำเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์จากกระบวนการอักเสบของร่างกาย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต และการตอบสนองของร่างกายลดลงจากความสูงอายุ<sup>5</sup> ยิ่งส่งผลให้มีความดันโลหิตต่ำรุนแรงได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยภาวะแพ้อาหารทะเลที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงกว่าวัยอื่นถึง 2 เท่า เนื่องจากความเสื่อมของระบบหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนความสามารถในการปรับชดเชยการสูญเสียเลือดและน้ำในร่างกายลดลง ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ดัชนีมวลกายต่ำ ระดับ American society for anesthesiologists (ASA) ที่สูง<sup>4</sup> อาการไข้ การสูญเสียน้ำ ปริมาณปัสสาวะน้อย ระยะเวลาของการดำเนินโรค ขนาดของรูกระเพาะอาหารทะเล และระดับของการปนเปื้อนในช่องท้อง<sup>6-7</sup> โดยเฉพาะอาการไข้ จะกระตุ้นให้หลอดเลือดทั่วร่างกายขยายตัว มีการสูญเสียน้ำออกจากหลอดเลือดมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตต่ำ<sup>8</sup> ในขณะเดียวกันการที่ปัสสาวะออกน้อยบ่งบอกถึงการปรับชดเชยที่ไม่เพียงพอของร่างกาย เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำตามมา นอกจากนี้การมีระยะเวลาการดำเนินโรคนาน ส่งผลให้ร่างกายสูญเสียของเหลวมากขึ้น เกิดการอักเสบหรือการติดเชื้อที่รุนแรงยิ่งขึ้น และยิ่งขนาดของรูกระเพาะอาหารทะเลมีขนาดใหญ่ ก็ยิ่งส่งผลให้เกิดการรั่วไหลของน้ำย่อยไปสู่ช่องท้องมากขึ้น ส่งผลให้ปริมาตรเลือดลดลง เกิดความดันโลหิตต่ำรุนแรงขณะผ่าตัด<sup>2</sup> จะเห็นได้ว่าปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตต่ำระหว่างผ่าตัด มีทั้งปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ และไม่สามารถป้องกันได้ เช่น อายุ อย่างไรก็ตามปัจจัยเหล่านี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อเฝ้าระวัง และลดความรุนแรงของการเกิดความดันโลหิตต่ำระหว่างผ่าตัดในผู้ป่วยภาวะแพ้อาหารทะเลที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายได้

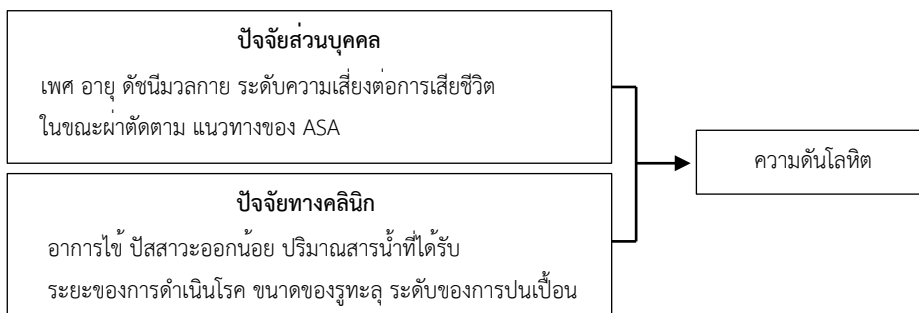
ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ให้การบริการผ่าตัดใหญ่ทุกระบบ ทั้งในและนอกเวลาราชการ สถิติย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบการผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไป 4,998 คน มีผู้ป่วยภาวะแพ้อาหารทะเลเข้ารับการผ่าตัด 214 คน คิดเป็นร้อยละ 4.28 และจากสถิติย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - 2565 พบผู้ป่วยภาวะแพ้อาหารทะเลที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 112, 98, 118, 96 และ 91 ตามลำดับ จัดเป็นภาวะฉุกเฉินที่มารับการผ่าตัดลำดับที่ 3 รองจากการผ่าตัดไส้ติ่ง และการตกแต่งบาดแผลเบาหวาน ผลของการรักษามีตั้งแต่หายเป็นปกติ มีภาวะแทรกซ้อนต่อนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และเสียชีวิต<sup>9</sup> ดังนั้นเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวิสัญญีพยาบาล ผู้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยภาวะแพ้อาหารทะเลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ใช้เป็นแนวทางในการประเมินความเสี่ยง การเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และติดตามภายหลังการผ่าตัดอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุ ที่รับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุ ที่รับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

## กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุที่รับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ข้อมูลที่สะท้อนความดันโลหิตต่ำประกอบด้วย ค่าความดันเฉลี่ย (Mean arterial pressure: MAP) ต่ำกว่า 65 mmHg หรือ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure: SBP) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20 จาก Baseline ของผู้ป่วยแต่ละคน โดยวัดเป็นเวลาอย่างน้อย 5 นาที หลังจากได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายจนถึงระหว่างการผ่าตัดเย็บปิดกระเพาะอาหารทะลุ<sup>10</sup> นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ พบว่า อายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ซึ่งผู้สูงอายุจัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต และความสามารถในการปรับชดเชยของหัวใจและหลอดเลือด<sup>4</sup> ดัชนีมวลกายทั้งต่ำและสูงกว่าปกติ มีความสัมพันธ์กับปัญหาในระบบไหลเวียนไม่คงที่ ผู้ป่วยที่มี ASA physical status 3 ขึ้นไป เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโรคร่วม ได้แก่ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรัง หรือโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ ทำให้มีโอกาสเกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่ายหลังผ่าตัด<sup>4,11</sup> ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ อาการไข้ ที่แสดงถึงการติดเชื้อที่รุนแรง และหลังสาร Cytokines ทำให้หลอดเลือดขยายตัว และเกิดการไหลออกของสารน้ำจากหลอดเลือดเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตต่ำระหว่างผ่าตัด<sup>12</sup> การมีปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 cc/kg/hr บ่งบอกถึงภาวะที่ร่างกายปรับชดเชยไม่เพียงพอ หากได้รับปริมาณสารน้ำทดแทนไม่เพียงพอ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำรุนแรงขณะผ่าตัด การมีระยะเวลาการดำเนินโรคนาน ส่งผลให้ร่างกายสูญเสียของเหลวมากขึ้น เกิดการอักเสบหรือการติดเชื้อที่รุนแรง ขนาดของรูกระเพาะอาหารทะลุที่มีขนาดใหญ่จะส่งผลให้เกิดการรั่วไหลของน้ำย่อยไปสู่ช่องท้องมากขึ้น การปนเปื้อนเพิ่มมากขึ้นจะเพิ่มโอกาสการอักเสบและการติดเชื้อที่รุนแรง เป็นผลให้หลอดเลือดขยายตัว และเกิดรูรั่วที่ผนังหลอดเลือด น้ำในหลอดเลือดจะไหลออกจากหลอดเลือดไปสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ ส่งผลให้ปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียนลดลง<sup>2</sup> ดังในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสืบย้อน (Retrospective cohort study) เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ข้อมูลของผู้ป่วยกระเพาะอาหารทวารทุกรายที่รับการผ่าตัดภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2565 จำนวน 214 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้อมูลของผู้ป่วยกระเพาะอาหารทวารทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ข้อมูลของผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปี 2) ข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเย็บปิดกระเพาะอาหารภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย 3) ข้อมูลผู้ป่วยได้รับการบันทึกการรักษาลงในเวชระเบียนผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ และ 4) ไม่ได้รับการผ่าตัดอื่นร่วมด้วยในการผ่าตัดเดียวกัน เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกมาก่อนผ่าตัด และได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง และ 2) ข้อมูลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจมาก่อนเข้ามารับการผ่าตัด คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามข้อเสนอแนะของ กรีน<sup>13</sup>  $N \geq 50 + 8m$  โดย  $m$  คือ ตัวแปรอิสระ แทนค่าสูตร  $N \geq 50 + 8(10)$  ได้กลุ่มตัวอย่างต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 130 คน และเนื่องจากในการตรวจสอบข้อมูลในหน่วยงานพบมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ผ่านตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150 คน ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 150 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และระดับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ในขณะที่ผ่าตัดตามแนวทางของ American society of anesthesiologists (Physical status classification: ASA class)

2. แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย สัญญาณชีพก่อนมาผ่าตัด สัญญาณชีพหลังให้น้ำสลบ ประกอบด้วย ชีพจร ความดันโลหิต (บันทึกทุก 5 นาที จนถึง 30 นาที หรือจนถึงระหว่างการผ่าตัดเย็บปิดกระเพาะอาหารทวาร) โดยภาวะความดันโลหิตต่ำ กำหนดด้วยค่า MAP ต่ำกว่า 65 mmHg หรือ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20 จาก Baseline ของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นเวลาอย่างน้อย 5 นาที หลังจากได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายจนถึงระหว่างการผ่าตัดเย็บปิดกระเพาะอาหารทวาร แล้วนำมาแปลความ (มี/ไม่มี) ปริมาณสารน้ำที่ได้รับก่อนมาผ่าตัด (cc/kg/hr) ปริมาณปัสสาวะก่อนมาผ่าตัด (cc/kg/hr) ปริมาณปัสสาวะตลอดการผ่าตัด (cc/kg/hr) ระยะของการดำเนินโรค ข้อมูลระยะเวลาตั้งแต่ปวดท้องจนถึงได้รับการผ่าตัด (ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการจนถึงมาโรงพยาบาล ระยะเวลารอผ่าตัด และระยะเวลาที่เริ่มมีอาการจนถึงผ่าตัด) (ชั่วโมง) และ Intra operative finding ที่บันทึกขนาดของรูทวาร (เซนติเมตร) และระดับของการปนเปื้อน ลักษณะแบบบันทึกเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง และทำเครื่องหมายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย วิทยาลัยแพทย์ 1 ท่าน ศัลยแพทย์ 1 ท่าน และ วิทยาลัยพยาบาล 1 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการศึกษา และสอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ พบว่ามีค่า IOC เท่ากับ 1.0

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากแผนกเวชระเบียน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลผู้ป่วย ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2565
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
3. หลังจากรวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำบันทึกในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกับทีมวิจัย หากพบข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบย้อนกลับจากเวชระเบียนก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นต่อไป

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ REC 66-0103 ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2566 ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อการพิทักษ์สิทธิ การรักษาความลับ และการเคารพในเอกสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างทุกขั้นตอน ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เฉพาะเพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น การนำเสนอผลการวิจัย จะเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลต่าง ๆ จะถูกทำลายเมื่องานวิจัยได้รับการเผยแพร่เป็นที่เรียบร้อย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์อุบัติการณ์การเกิดความดันโลหิตต่ำหลังได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะเลที่เข้ารับการผ่าตัด ด้วยสถิติร้อยละ
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางคลินิก ของผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะเลหลังได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย กลุ่มที่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ และกลุ่มที่ไม่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ โดยตัวแปรเชิงกลุ่ม วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบ ไคสแควร์ (Chi-Square test) การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และตัวแปรต่อเนื่อง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test
4. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหลังได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะเล ใช้การวิเคราะห์โลจิสติกแบบทวิ (Binary logistic regression) โดยใช้วิธีคัดเลือกตัวแปรเข้าสมการแบบ Backward likelihood ratio ตัวแปรอิสระที่นำเข้าสู่โมเดลเบื้องต้น คือ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม โดยกำหนดเกณฑ์ที่  $p < .25$  จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลทำการตรวจสอบ Multicollinearity โดยใช้ค่าดัชนี VIF พบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดมีค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.02 ถึง 1.29 แสดงว่าไม่มี Multicollinearity

### ผลการวิจัย

1. อุตบัติการณ์การเกิดความดันโลหิตต่ำหลังได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะเลที่เข้ารับการผ่าตัดในการศึกษารั้งนี้พบ ร้อยละ 43.30

2. ผลการเปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางคลินิก ของผู้ป่วยภาวะเพาะอาหารทะเล หลังได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย กลุ่มที่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ และกลุ่มที่ไม่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ พบว่า อายุ อาการไข้ และการมีปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 cc/kg/hr มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ และกลุ่มที่ไม่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ส่วน ดัชนีมวลกาย ระดับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในขณะผ่าตัดตามแนวทางของ ASA class ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ จนถึงมาโรงพยาบาล ระยะเวลารอผ่าตัด ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ ขนาดของรูทะเล และระดับของการปนเปื้อน ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะเพาะอาหารทะเลหลังได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย กลุ่มที่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ( $n = 65$ ) และกลุ่มที่ไม่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ( $n = 85$ )

รายการ	การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ		สถิติ	p-value
	เกิด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เกิด จำนวน (ร้อยละ)		
<b>ปัจจัยส่วนบุคคล</b>				
เพศ				
ชาย	64 (42.70)	79 (52.70)	$\chi^2 = 2.52$	.112
หญิง	1 (.60)	6 (4)		
อายุ				
(M = 54.50, SD = 14.40)	(M = 47.30, SD = 15.80)	$t(148) = 2.86$	.005**	
น้อยกว่า 60 ปี	42 (28)	69 (46)	$\chi^2 = 5.25$	.022*
มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	16 (15.30)	23 (10.70)		
ดัชนีมวลกาย (M = 21.07, SD = 3.12)				
น้อยกว่าปกติ (น้อยกว่า 18.50)	15 (10)	20 (13.30)	$\chi^2 = .04$	.970
ปกติ (18.50-22.99)	44 (29.30)	58 (38.70)		
อ้วนระดับที่ 1-2 (23.00-29.99)	6 (4)	7 (4.70)		
สมรรถภาพก่อนผ่าตัด				
ASA class 1	32 (21.30)	43 (28.70)	$\chi^2 = 2.32$	.313
ASA class 2	29 (19.30)	31 (20.70)		
ASA class 3-4	4 (2.70)	11 (7.30)		
<b>ปัจจัยทางคลินิก</b>				
อาการไข้				
มีไข้	9 (6)	22 (14.80)	$F(1) = 3.38$	.049*
ไม่มีไข้	56 (37.60)	62 (41.60)		
ปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 cc/kg/hr				
ใช่	38 (25.30)	34 (22.70)	$F(1) = 5.03$	.019*
ไม่ใช่	27 (18)	51 (34)		

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

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางคลินิกของผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุหลังได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย กลุ่มที่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ (n = 65) และกลุ่มที่ไม่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ (n = 85) (ต่อ)

รายการ	การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ		สถิติ	p-value
	เกิด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เกิด จำนวน (ร้อยละ)		
ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ (cc/kg/hr)	(M = 15.40, SD = 8.17)	(M = 16.73, SD = 7.42)	t(148) = 1.03	.300
ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการจนถึงมาโรงพยาบาล (ชั่วโมง)	(M = 13.26, SD = 16.36)	(M = 11.36, SD = 10.96)	t(148) = .84	.390
ระยะเวลาการผ่าตัด (ชั่วโมง)	(M = 6.14, SD = 2.46)	(M = 6.51, SD = 3.25)	t(148) = .77	.440
ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการจนถึงผ่าตัด	(M = 19.39, SD = 16.41)	(M = 17.88, SD = 11.87)	t(148) = .65	.510
ขนาดของรูทะลุ (เซนติเมตร)	(M = .61, SD = .38)	(M = .52, SD = .40)	t(148) = .13	.170
ระดับของการปนเปื้อน				
เล็กน้อย	7 (4.70)	19 (12.70)	$\chi^2 = 5.03$	.081
ปานกลาง	39 (26)	51 (34)		
รุนแรง	19 (12.70)	15 (10)		

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

3. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหลังได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุ พบว่า เพศหญิงมีโอกาสดังกล่าวความดันโลหิตต่ำขณะผ่าตัดมากกว่าเพศชายถึง 28.41 เท่า การมีอายุเพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาสดังกล่าวความดันโลหิตต่ำได้ถึงร้อยละ 4 และผู้ป่วยที่มีอาการไข้มีโอกาสดังกล่าวความดันโลหิตต่ำมากกว่าผู้ที่ไม่ไข้ 2.48 เท่า ตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหลังได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุ ได้ ร้อยละ 21.20 (Nagelkerke  $R^2 = .212$ ) และสามารถทำนายถูกต้อง ร้อยละ 64.40 ส่วนขนาดของรูทะลุ และการมีปัสสาวะออกน้อย ไม่มีผลต่อภาวะความดันโลหิตต่ำ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุที่มารับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (n = 150)

ปัจจัย	$\beta$	SE	Adjusted OR (95% CI)	p-value
เพศ (ชาย)	3.34	1.36	28.41(1.97 - 408.70)	.014
อายุ (ปี)	.04	.01	1.04 (1.01 - 1.07)	.002*
อาการไข้ม (ไม่มีไข้)	.91	.48	2.49 (.97 - 6.36)	.050
ขนาดของรูทะลุ (เซนติเมตร)	.91	.51	2.48 (.61 - 6.77)	.074
ปัสสาวะออกน้อย (ไข้ม)	-.68	.36	.51 (.25 - 1.04)	.064

Method Backward,  $-2\text{Loglikelihood} = 178.520$ , Cox & Snell  $R^2 = .158$ , Nagelkerke  $R^2 = .212$ , Percentage correct = 64.4, \*p < .01

## อภิปรายผลการวิจัย

อุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหลังได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุที่เข้ารับการผ่าตัดพบ ร้อยละ 43.30 พบกลุ่มที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำมีสัดส่วนที่น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกมาก่อนผ่าตัดที่ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจมาก่อนเข้ามารับการผ่าตัด เพื่อลดอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นก่อนให้ยาระงับความรู้สึก อาจเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำระหว่างผ่าตัด โดยไม่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ศึกษา อย่างไรก็ตาม การคัดผู้ป่วยกลุ่มนี้ออก อาจส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำที่รายงานไว้ในงานวิจัยนี้ ต่ำกว่าความเป็นจริงในภาพรวมของผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกก่อนผ่าตัดมักมีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะความดันโลหิตต่ำอย่างต่อเนื่องและรุนแรงกว่าผู้ป่วยทั่วไป และถึงแม้ว่าอัตราการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำต่ำกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้จากการคัดกลุ่มเสี่ยงสูงออก แต่การควบคุมตัวแปรรบกวนดังกล่าวช่วยให้ผลการวิเคราะห์มีความจำเพาะเจาะจงต่อผลของปัจจัยที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ และอาการไข้ ต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ได้แม่นยำมากขึ้น ข้อมูลการศึกษาภาวะความดันโลหิตต่ำหลังได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายที่เฉพาะในผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุที่เข้ารับการผ่าตัดที่ผ่านมายังมีน้อย แต่พบการรายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะการผ่าตัดของห้องแบบฉุกเฉิน ร้อยละ 52.10<sup>14</sup>

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุที่มารับการผ่าตัดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะผ่าตัดมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงมีแนวโน้มเกิดการขยายตัวของหลอดเลือดมากกว่าภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เพศหญิงมีปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที น้อยกว่าเพศชาย และมีสัดส่วนของไขมันในร่างกายสูงกว่าเพศชาย ทำให้ร่างกายกำจัดยาได้ช้ากว่าเพศชายจึงออกฤทธิ์ในร่างกายนานกว่า เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ<sup>15</sup> ดังนั้นเมื่อร่างกายเผชิญกับภาวะสูญเสียของเหลว เช่น การรั่วของสารน้ำเข้าไปในช่องท้องจากภาวะกระเพาะอาหารทะลุ หรือจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ส่งผลให้ความสามารถในการปรับชดเชยความดันโลหิตที่ต่ำลงของเพศหญิงได้น้อยกว่าเพศชาย ทำให้เพศหญิงเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำได้มากกว่าเพศชาย ผลสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหลังการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายสูงกว่าเพศชาย 3 เท่า<sup>16</sup> ดังนั้น เพศหญิงจึงควรได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในระหว่างผ่าตัด

อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้มีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำมากกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า กล่าวคือเมื่ออายุมากขึ้น จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย โดยเฉพาะระบบไหลเวียนเลือด ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง<sup>10</sup> ภาวะกระเพาะอาหารทะลุทำให้เกิดการรั่วไหลของน้ำย่อย และสารคัดหลั่งออกจากกระเพาะอาหารเข้าสู่เยื่อช่องท้องอย่างเฉียบพลัน ทำให้ปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนลดลง เลือดกลับเข้าสู่หัวใจลดลง ส่งผลให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง และหากสูญเสียของเหลวมีปริมาณมากเกินกว่าระบบประสามอัตโนมัติสามารถปรับชดเชยได้ ก็นำไปสู่การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ประกอบกับการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายที่มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด ทำให้แรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายลดลง ส่งผลให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงมากขึ้น เพิ่มโอกาสการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะผ่าตัดมากขึ้น<sup>17</sup> นอกจากนี้ในผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัดในการให้สารน้ำและยาบางชนิด ทำให้การรักษาแก้ไขภาวะความดันโลหิตต่ำขณะผ่าตัดมีข้อจำกัด ซึ่งแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่<sup>18-19</sup> และสอดคล้องกับ

การศึกษาที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะทำผ่าตัด<sup>19</sup> และพบว่าเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี มีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหลังการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายสูงกว่าผู้มีอายุน้อยกว่าถึง 2 เท่า<sup>16</sup>

อาการไข้ เพิ่มโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำมากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการไข้ 2.49 เท่า สามารถอธิบายได้ว่า อาการไข้ที่เกิดจากกระเพาะอาหารทะเลเป็นการตอบสนองต่อการอักเสบอย่างรุนแรง จากการรั่วไหลของน้ำย่อย สารคัดหลั่ง และแบคทีเรียออกจากกระเพาะอาหารเข้าสู่เยื่อช่อง เกิดการปนเปื้อนในช่องท้อง ส่งผลให้เยื่อช่องท้องอักเสบ กระบวนการอักเสบที่รุนแรงจะกระตุ้นร่างกายหลังสารโซโตโคเคน ทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายขยายตัว และเพิ่มการซึมผ่านของผนังหลอดเลือด ทำให้ของเหลวและพลาสมารั่วออกจากหลอดเลือดสู่เนื้อเยื่อ ส่งผลให้ปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียนลดลงเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ<sup>2</sup> ในบริบทของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องงดน้ำและอาหารเพื่อเตรียมผ่าตัด และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยได้รับสารน้ำเฉลี่ย 15.40 cc/kg/hr ซึ่งน้อยกว่าปริมาณสารน้ำที่กำหนดคือ 30 cc/kg/hr<sup>21</sup> นอกจากนี้การลดอุณหภูมิร่างกายก่อนผ่าตัดใช้วิธีการเช็ดตัวลดไข้ ซึ่งอาจไม่เพียงพอ ปัจจุบันการใช้ยาลดไข้แบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำเป็นวิธีการลดไข้ที่มีประสิทธิภาพ แต่การนำมาใช้ยังจำกัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากนี้ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดจะมีเวลาเฉลี่ย 19.6 ชั่วโมง ซึ่งระยะเวลาที่เหมาะสมที่ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในคนไข้กระเพาะอาหารทะเล กำหนดที่ 12 ชั่วโมง<sup>2</sup> ดังนั้นความล่าช้าในการผ่าตัดจึงเป็นปัจจัยหนึ่งส่งเสริมให้เกิดการอักเสบของเยื่อช่องท้องได้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรมีการเฝ้าระวังและแก้ไขอาการไข้ที่เป็น Early warning sign ที่บ่งบอกถึงภาวะติดเชื้อในช่องท้อง การรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาลดไข้ที่เหมาะสม เนื่องจากอาการไข้จะทำให้ผู้ป่วยมีการสูญเสียน้ำเพิ่มขึ้นทั้งจากกระบวนการอักเสบและการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดเพื่อควบคุมอุณหภูมิ

2. วิทยาลัยพยาบาลควรให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในระหว่างการผ่าตัดภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย โดยการป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำก่อนการให้น้ำสลบ เช่น การให้สารน้ำอย่างเพียงพอ การเตรียมยาเพิ่มความดันโลหิตให้มีพร้อมใช้ การเพิ่มปริมาณเลือดที่กลับเข้าสู่หัวใจโดยการใช้อุปกรณ์พันแขนและขา การจัดทำ ตลอดจนการเตรียม Monitor เพื่อติดตามความดันโลหิตแบบต่อเนื่องและรวดเร็ว

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการวิจัยเพื่อสร้างโปรแกรมหรือแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะเล โดยเน้นการเตรียมก่อนผ่าตัด การเตรียมและควบคุมปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ เช่น การให้สารน้ำชัดเจนอย่างเพียงพอ การจัดการภาวะไข้ก่อนการผ่าตัด และการเตรียมยาและอุปกรณ์ต่าง ๆ

## References

1. Dadfar A, Edna TH. Epidemiology of perforating peptic ulcer: a population-based retrospective study over 40 years. *World Journal of Gastroenterology* 2020;26(35):5302.
2. Tarasconi A, Coccolini F, Biffi WL, Tomasoni M, Ansaloni L, Picetti E, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World Journal of Emergency Surgery* 2020;15(3):1-24.
3. Srisawang S, Punvilai J, Chainrathai S. Incidence of anesthetic complications at Chiang Mai Neuropsychiatric Hospital, fiscal years 2014-2016. *Journal of The Department of Medical Services* 2018;43(1):106-11. (in Thai)
4. Temesgen N, Fenta E, Eshetie C, Gelaw M. Early intraoperative hypotension and its associated factors among surgical patients undergoing surgery under general anesthesia: an observational study. *Annals of Medicine and Surgery* 2021;71:102835.
5. Li Z, Zhang Z, Ren Y, Wang Y, Fang J, Yue H, et al. Aging and age-related diseases: from mechanisms to therapeutic strategies. *Biogerontology* 2021;22(2):165-87.
6. Abouelazayem M, Jain R, Wilson MS, Martinino A, Balasubaramaniam V, Biffi W, et al. Global 30-day morbidity and mortality of surgery for perforated peptic ulcer: GRACE study. *Surgical Endoscopy* 2024;38(8):4402-14.
7. Shreya A, Sahla S, Gurushankari B, Shivakumar M, Kate V, Sureshkumar S, et al. Spectrum of perforated peptic ulcer disease in a tertiary care hospital in South India: predictors of morbidity and mortality. *ANZ Journal of Surgery* 2024;94(3):366-70.
8. Maini A, Singh A, Kaur B, Goel A. Fever in older persons. *Journal of The Indian Academy of Geriatrics* 2024;20(2):81-4.
9. Surat Thani Hospital. HOMIC database: surgical case list for suture gastric ulcer site (PU) and suture duodenal ulcer site (DU). Surat Thani: Surat Thani Hospital; 2023. (in Thai)
10. Kouz K, Hoppe P, Briesenick L, Saugel B. Intraoperative hypotension: pathophysiology, clinical relevance, and therapeutic approaches. *Indian Journal of Anaesthesia* 2020;64(2):90-6.
11. Sudfeld S, Brechnitz S, Wagner JY, Reese PC, Pinnschmidt HO, Reuter DA, et al. Post-induction hypotension and early intraoperative hypotension associated with general anaesthesia. *The British Journal of Anaesthesia* 2017;119(1):57-64.
12. Weledji EP. An overview of gastroduodenal perforation. *Frontiers In Surgery* 2020;7:573901.
13. Green SB. How many subjects does it take to do a regression analysis. *Multivariate Behavioral Research* 1991;26(3):499-510.
14. Sun M, Xu M, Sun J. Risk factor analysis of postoperative complications in patients undergoing emergency abdominal surgery. *Heliyon* 2023;9(3):e13982.
15. Braithwaite HE, Payne T, Duce N, Lim J, McCulloch T, Loadsman J, et al. Impact of female sex on anaesthetic awareness, depth, and emergence: a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Anaesthesia* 2023;131(3):510-22.

16. Chen B, Pang QY, An R, Liu HL. A systematic review of risk factors for postinduction hypotension in surgical patients undergoing general anesthesia. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 2021;25:7044-50.
17. Noel-Morgan J, Muir WW. Anesthesia-associated relative hypovolemia: mechanisms, monitoring, and treatment considerations. *Frontiers In Veterinary Science* 2018;5:53.
18. Staheli B, Rondeau B. Anesthetic considerations in the geriatric population. Treasure Island, USA: StatPearls Publishing; 2023.
19. Thongcharoen W, Thongvachira C. Changes in adulthood and old age: differences in responses to illness in adults and the elderly. In: Sasat S, Chimchat S, editors. *Concepts and theories related to adult and gerontological nursing*. Bangkok: Chulalongkorn University; 2021:30-49. (in Thai)
20. Benakrout A, Chlouchi A, Jaafari A, Meziane M, Doghmi N, Bensghir M, et al. Risk factors for hypotension after anaesthetic induction and early intraoperative hypotension. *Journal of Advances In Medicine and Medical Research* 2022;34(22):185-96.
21. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Critical Care Medicine* 2021;9(11):e1063-143.

## บทความวิจัย

A Comparison Study of Resilience Quotient Before and After Mental Health & Psychiatric Nursing Practicum among Senior Nursing Students,  
Faculty of Nursing Chaiyaphum Rajabhat University

Received: Mar 2, 2025

Revised: Jul 12, 2025

Accepted: Jul 23, 2025

Maywadee Srimongkon, M.N.S<sup>1</sup>

Pattarin Boonserm, M.N.S<sup>2\*</sup>

### Abstract

**Introduction:** The Resilience Quotient (RQ), or psychological strength, serves as a mental immune system that helps individuals cope with challenges and prevents the deterioration of their mental health.

**Research objectives:** This study aimed to compare the resilience quotient of fourth-year nursing students at the Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, before and after undergoing psychiatric and mental health nursing practicum.

**Research methodology:** A quasi-experimental study with a one-group pretest-posttest design was conducted to assess changes in resilience among 30 fourth-year nursing students (Cohort 14, academic year 2024). Data collection tools included a personal information questionnaire and the Resilience Quotient Assessment. The intervention consisted of activities designed to enhance psychological resilience, conducted over a three-week period. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and the paired sample t-test to compare pre- and post-intervention RQ scores.

**Results:** 1) The overall and subscale levels of resilience among nursing students, both before and after psychiatric nursing practicum, were within a the normal range. 2) Emotional stability, encouragement, and problem-solving dimensions of resilience significantly increased after the psychiatric nursing practicum at the .05 level. 3) The total resilience of nursing students after the practicum was significantly higher than before the practicum at the .01 level.

**Conclusions:** Mental health empowers senior nursing students to effectively deal with difficult situations and cope better with problems.

**Implications:** Activities that promote resilience should be incorporated into the development of students to strengthen their mental well-being, enabling them to recover and continue living effectively in all situations.

**Keywords:** resilience quotient, mental health empowerment activities, nursing students

<sup>1</sup>Lecturer, Email: wadeemay09@gmail.com

<sup>2\*</sup>Corresponding author: Lecturer, Email: bpatta6624@cpru.ac.th

<sup>1-2</sup>Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Chaiyaphum, Thailand.

การศึกษาเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติ  
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

Received: Mar 2, 2025

Revised: Jul 12, 2025

Accepted: Jul 23, 2025

เมวดี ศรีมงคล พย.ม<sup>1</sup>

พัชรินทร์ บุญเสริม พย.ม<sup>2\*</sup>

บทคัดย่อ

**บทนำ:** พลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจ คือ ตัวช่วยหนึ่งที่จะช่วยป้องกันไม่ให้อุบัติเสียสุขภาพจิต เป็นเสมือนภูมิคุ้มกันทางจิตใจในการรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้น

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** เพื่อเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

**ระเบียบวิธีวิจัย:** เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ก่อนและหลังชั้นฝึกปฏิบัติรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 รุ่น 14 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพลังสุขภาพจิต เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 3 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตของนักศึกษา ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติวิเคราะห์ Paired Sample T-test

**ผลการวิจัย:** 1) ระดับพลังสุขภาพจิตในภาพรวมและรายด้านของนักศึกษา ก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติ การพยาบาล อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2) พลังสุขภาพจิตด้านความมั่นคงทางอารมณ์ กำลังใจ และการจัดการกับปัญหาของนักศึกษาพยาบาล มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้นภายหลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) พลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลหลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนการฝึกปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**สรุปผล:** พลังสุขภาพจิตช่วยให้นักศึกษาพยาบาลจัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเผชิญปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

**ข้อเสนอแนะ:** ควรเพิ่มกิจกรรมที่เสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในการพัฒนานักศึกษาเพื่อเป็นพลังในการฟื้นฟูจิตใจให้เข้มแข็งดำเนินชีวิตต่อไปได้ในทุกสถานการณ์

**คำสำคัญ:** พลังสุขภาพจิต กิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต นักศึกษาพยาบาล

<sup>1</sup>อาจารย์ Email: wadeemay09@gmail.com

<sup>2\*</sup>Corresponding author อาจารย์ Email: bpatta6624@cpru.ac.th

<sup>1-2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ชัยภูมิ ประเทศไทย

## บทนำ

นักศึกษาพยาบาล ถือเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพของบุคคลในทุกช่วงวัย โดยเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพในการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพของประเทศ ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ การปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลอยู่ภายใต้กรอบมาตรฐานวิชาชีพและความคาดหวังของสังคม ต้องอาศัยองค์ความรู้ ทักษะ และเจตคติที่เหมาะสม วิชาชีพพยาบาลจึงมีอัตลักษณ์สำคัญที่ประกอบด้วยคุณธรรม จริยธรรม ความสามารถด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ และทักษะทางปัญญา<sup>1</sup> ด้วยเหตุนี้ การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล จึงมีลักษณะเฉพาะที่เน้นความเข้มข้นทั้งทางด้านภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อเตรียมให้นักศึกษามีความพร้อมในการเผชิญกับสถานการณ์จริงทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

กระบวนการเรียนการสอนดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความเครียด มีปัญหาการปรับตัว<sup>2</sup> เพราะวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มุ่งปฏิบัติโดยตรงต่อชีวิตมนุษย์ ซึ่งทำให้นักศึกษาที่เลือกเรียนวิชาชีพนี้ต้องมีความรับผิดชอบสูง<sup>3</sup> การฝึกปฏิบัติวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นรายวิชาหนึ่งของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต<sup>4</sup> ที่มีเป้าหมายในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต ที่เน้นให้การดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่อยู่ในภาวะเฉียบพลันและเรื้อรัง ทำให้นักศึกษาต้องปรับตัวกับสภาพแวดล้อมที่แปลกใหม่ รวมถึงความรับผิดชอบต่อชีวิตของผู้ป่วย การศึกษาการรับรู้ของนักศึกษาที่มีต่อประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่าความวิตกกังวลของนักศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมากกับความรู้สึกที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ ซึ่งมากกว่าความวิตกกังวลที่เกิดจากการต้องมีส่วนสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวช<sup>5</sup> นักศึกษาส่วนใหญ่มีความยุ่งยากใจต่อการฝึกปฏิบัติคลินิกจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยครั้งแรก นักศึกษาอาจไม่แน่ใจในความสามารถของตนเอง กลัวการเริ่มต้นการสนทนา กลัวว่าการสนทนาจะไม่เป็นลักษณะของการบำบัด<sup>6</sup> และไม่สามารถทำนายถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้เนื่องจากอาการของผู้ป่วยจิตเวชเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ทำให้นักศึกษารู้สึกไม่ปลอดภัยและถูกคุกคาม<sup>7</sup> การที่นักศึกษาต้องเผชิญกับความเครียด ทำให้บางรายอาจมีปัญหาด้านสุขภาพกายและจิต ทั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลที่มีความเครียดมักขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งด้านการเรียนและการใช้ชีวิต มีความบกพร่องในการจัดการกับปัญหาและบกพร่องด้านการตัดสินใจ แยกตัวออกจากสังคม ไม่สนใจผู้อื่น ไม่สนใจในการเรียน ขาดความรับผิดชอบ อันเป็นสาเหตุของการล้มเหลวในการเรียน<sup>8</sup> สอดคล้องกับแนวคิดความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy theory) ของแบนดูรา<sup>9</sup> ที่ระบุว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเป็นผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ สภาพแวดล้อมในสถานศึกษา การเรียนการสอน ผู้สอน กิจกรรม ตัวผู้เรียน ในการฝึกภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเป็นสิ่งท้าทายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

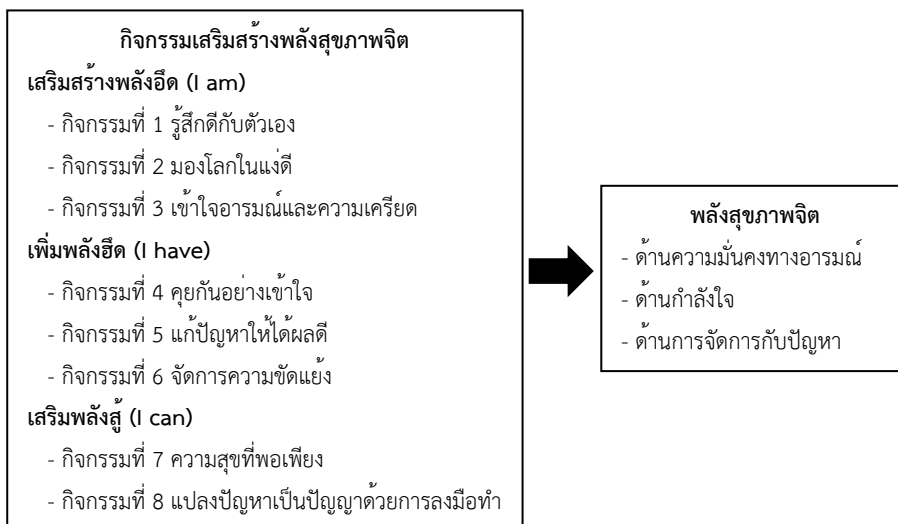
ดังนั้น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในส่วนของ การฝึกภาคปฏิบัติ นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องเสริมสร้างพลังใจและแรงบันดาลใจในการเรียนรู้ ภายใต้สภาพแรงกดดันจากสถานการณ์จริง ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ โปรแกรมพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient: RQ) ของกรมสุขภาพจิตที่ประยุกต์มาจากแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Edith H. Grotberg<sup>10</sup> พลังฮิด ฮีต ฮู้ เพื่อเป็นแนวทางการสร้างพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตของ นักศึกษา ก่อนและหลังขึ้นฝึกปฏิบัติในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
2. เพื่อเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ก่อนและหลังขึ้นฝึกปฏิบัติในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดเรื่องพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient: RQ) ซึ่งได้รับการพัฒนาและต่อยอดจากแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Grothberg (1995)<sup>10</sup> โดยมุ่งเน้นถึงความสามารถของบุคคลในการฟื้นคืนสภาพจากความเครียด ภาวะกดดัน ตลอดจนการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ฉันเป็น (I am) เป็นลักษณะความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล เกี่ยวข้องกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความหวังและมีเป้าหมายในชีวิต 2) ฉันมี (I have) หมายถึง องค์กรประกอบที่บุคคลมีบุคคลหรือแหล่งสนับสนุนภายนอก คอยส่งเสริมให้ความช่วยเหลือขณะที่บุคคลเผชิญอยู่กับสถานการณ์ในทางลบ และ 3) ฉันสามารถ (I can) เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล ร่วมกับประยุกต์ใช้หลักการส่งเสริมพลังสุขภาพจิต หรือพลังอึด อึด สู้ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข<sup>11</sup> เป็นแนวทางการสร้างพลังสุขภาพจิตและความเข้มแข็งในจิตใจ มาพัฒนาเป็นกิจกรรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต 3 ด้าน ดังนี้ 1) เสริมสร้างพลังอึด (I am) ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 รู้สึกรู้สึกับตัวเอง กิจกรรมที่ 2 มองโลกในแง่ดี และ กิจกรรมที่ 3 เข้าใจอารมณ์และความเครียด 2) เพิ่มพลังอึด (I have) ได้แก่ กิจกรรมที่ 4 คุยกันอย่างเข้าใจ กิจกรรมที่ 5 แก้ปัญหาให้ได้ผลดี และกิจกรรมที่ 6 จัดการความขัดแย้ง และ 3) เสริมพลังสู้ (I can) ได้แก่ กิจกรรมที่ 7 ความสุขที่พอเพียง และ กิจกรรมที่ 8 แปลงปัญหาเป็นปัญญาด้วยการลงมือทำ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ที่ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ประจำภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 94 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ที่ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ประจำภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 30 คน กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 4 ที่ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มที่ 2 ระหว่างวันที่ 12 สิงหาคม 2567 ถึงวันที่ 13 กันยายน 2567 2) เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรม G\*power โดยกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .80 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .95 และกำหนดระดับนัยสำคัญ เท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย (Missing data) ร้อยละ 30<sup>12</sup> ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ผลการเรียนเฉลี่ย รายได้เฉลี่ยของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา ระดับการศึกษาของบิดามารดา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินพลังสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข<sup>11</sup> ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม มี 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านกำลังใจจำนวน 5 ข้อ และ 3) ด้านการจัดการกับปัญหา จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น มาตราส่วนประมาณค่า แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ให้ผู้เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว เกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนน ข้อความในเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 2 - 4, 6 - 13, 17 - 20 มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ไม่จริง (1 คะแนน) หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ความรู้สึกหรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ จริงบางครั้ง (2 คะแนน) หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ความรู้สึกหรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย ค่อนข้างจริง (3 คะแนน) หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ความรู้สึกหรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มาก จริงมาก (4 คะแนน) หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ความรู้สึกหรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด ข้อความในเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 1 ข้อ 5 และข้อ 14 - 16 มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ไม่จริง (4 คะแนน) หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ความรู้สึกหรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ จริงบางครั้ง (3 คะแนน) หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ความรู้สึกหรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย ค่อนข้างจริง (2 คะแนน) หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ความรู้สึกหรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มาก จริงมาก (1 คะแนน) หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ความรู้สึกหรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด ค่าคะแนนที่ได้ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ หมายถึง การมีอารมณ์ที่มั่นคงไม่อ่อนไหวง่ายไม่ถูกกระตุ้นง่าย ไม่เครียดง่าย อยู่ในความมกตตันได้และมีวิธีการจัดการกับอารมณ์ให้สงบและกลับมามั่นคงเหมือนเดิมได้

ด้านกำลังใจ หมายถึง การมีจิตใจที่มุ่งมั่นสู่เป้าหมายที่ต้องการ ไม่ท้อถอย มีที่พึ่งที่ปรึกษาเมื่อพบกับความยากลำบากหรือวิกฤต

ด้านการจัดการกับปัญหา หมายถึง การมีมุมมองทางบวกต่อปัญหาไม่หนีปัญหา มีการหาข้อมูล และมีแนวทางในการแก้ปัญหา

**ตารางที่ 1** การแปลผลของแบบประเมินพลังสุขภาพจิตตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมสุขภาพจิตในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต	ค่าคะแนน		
	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าเกณฑ์ปกติ
1. ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (ข้อ 1 - 10)	<27	27 - 34	>34
2. ด้านกำลังใจ (ข้อ 11 - 15)	<14	14 - 19	>19
3. ด้านการจัดการกับปัญหา (ข้อ 16 - 20)	<13	13 - 18	>18
คะแนนรวม 80 คะแนน	<55	55 - 69	>69

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ กิจกรรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต (RQ) สำหรับบุคลากรสาธารณสุขของกรมสุขภาพจิตประยุกต์มาจากแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Grotberg<sup>10</sup> ที่และใช้หลักการส่งเสริมพลังสุขภาพจิต หรือพลังฮึด ฮึด สู๊ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข<sup>11</sup> ประกอบด้วย 8 กิจกรรม โดยจัดกิจกรรม 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** กิจกรรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

กิจกรรม/เนื้อหา	วัตถุประสงค์	เป้าหมายการพัฒนา
<b>ครั้งที่ 1 ก่อนการฝึกปฏิบัติสัปดาห์ที่ 1</b>		
กิจกรรมที่ 1 “รู้สึกดีกับตัวเอง” เวลา 15 นาที	1. สร้างสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในกลุ่ม 2. ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทบทวนและตระหนักถึง ประสบการณ์เชิงบวกของตนเองในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา	ฉันเป็น I am
กิจกรรมที่ 2 “มองโลกในแง่ดี” เวลา 20 นาที	1. ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการมองปัญหาในแง่บวกและเรียนรู้วิธีเปลี่ยนมุมมองต่อสถานการณ์ 2. กระตุ้นให้เกิดความเข้าใจว่าอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นขึ้นอยู่กับวิธีที่เรามองหรือตีความสถานการณ์	ฉันเป็น I am
กิจกรรมที่ 3 “เข้าใจอารมณ์และความเครียด” เวลา 25 นาที	1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทบทวนและระบุสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวัน 2. ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถสะท้อนอาการทางกายและพฤติกรรมที่แสดงออกในขณะเกิดความเครียดได้อย่างมีสติ 3. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเรียนรู้และเข้าใจวิธีการเผชิญสถานการณ์ความเครียดในรูปแบบของการแก้ปัญหา และการจัดการอารมณ์	ฉันเป็น I am
<b>ฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชกิจกรรมการเรียนการสอนตามรายวิชากำหนด</b>		
<b>ครั้งที่ 2 ก่อนการฝึกปฏิบัติสัปดาห์ที่ 2</b>		
กิจกรรมที่ 4 “คุยกันอย่างเข้าใจ” เวลา 15 นาที	1. ฝึกให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถสังเกตและตีความความหมายหรือความรู้สึกที่แฝงอยู่ในคำพูดของผู้อื่นได้ 2. เสริมสร้างทักษะการสื่อสารในกลุ่มอย่างมีความเข้าใจและลดความเข้าใจผิด	ฉันมี I have

## ตารางที่ 2 กิจกรรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต (ต่อ)

กิจกรรม/เนื้อหา	วัตถุประสงค์	เป้าหมายการพัฒนา
<b>กิจกรรมที่ 5</b> <b>“แก้ปัญหาให้ได้ผลดี”</b> เวลา 20 นาที	1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้และฝึกทักษะการวิเคราะห์ปัญหาอย่างเป็นระบบโดยใช้แผนที่ปัญหา 2. ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถระบุปัญหาหลักและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน	ฉันมี I have
<b>กิจกรรมที่ 6</b> <b>“จัดการความขัดแย้ง”</b> เวลา 25 นาที	1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้และตระหนักถึงสถานการณ์ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง 2. ส่งเสริมทักษะการระบุและวิเคราะห์สาเหตุของความขัดแย้งในกลุ่มหรือสถานการณ์ต่าง ๆ	ฉันมี I have
<b>ฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชกิจกรรมการเรียนการสอนตามรายวิชากำหนด</b> <b>ครั้งที่ 3 ก่อนการฝึกปฏิบัติสัปดาห์ที่ 3</b>		
<b>กิจกรรมที่ 7</b> <b>“ความสุขที่พอเพียง”</b> เวลา 30 นาที	1. ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้แนวคิดความสุขแบบพอเพียงและการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีเหตุผล 2. กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับความสุขและการใช้ชีวิตอย่างสมดุล	ฉันทำได้ I can
<b>กิจกรรมที่ 8</b> <b>“แปลงปัญหาเป็นปัญญาด้วยการลงมือทำ”</b> เวลา 30 นาที	1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้และเข้าใจขั้นตอนการเปลี่ยนปัญหาเป็นการลงมือทำอย่างเป็นระบบ 2. ส่งเสริมทักษะการวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาโดยใช้แนวทาง 5 ขั้นตอนที่มีประสิทธิภาพ	ฉันทำได้ I can
<b>ฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชกิจกรรมการเรียนการสอนตามรายวิชากำหนด</b>		

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความเที่ยงแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient Test) ตรวจสอบความเที่ยงโดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .88

2. ตรวจสอบความเหมาะสมของกิจกรรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในด้านระยะเวลาการดำเนินงาน โดยพิจารณาตามองค์ประกอบของกิจกรรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ที่เชี่ยวชาญในด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน ผู้วิจัยปรับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และได้ส่งเครื่องมือกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาซ้ำอีกครั้ง ก่อนนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ หมายเลขสำคัญโครงการ HE 67-1-013 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2567 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาการวิจัย และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยเมื่อต้องการ รวมถึงการรักษาความลับ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ในแบบสอบถามหรือแบบประเมินจะใช้รหัสแทนชื่อและข้อมูล ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมภายหลังเสร็จการวิจัยและผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ เผยแพร่ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทันที

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง ดำเนินการพหุศาสตร์กลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับรวมถึงการเข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิเสธ/หรือยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยการประเมินพลังสุขภาพจิตของนักศึกษา ก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต จำนวน 3 ครั้ง ครอบคลุมทั้ง 8 กิจกรรม
3. หลังจากการฝึกปฏิบัติสัปดาห์ที่ 3 เสร็จสิ้น ผู้วิจัยประเมินพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาหลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเสร็จสิ้น (Post-test)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ผลการเรียนเฉลี่ย รายได้ที่ได้รับต่อเดือนของนักศึกษา แหล่งที่มาของรายได้นักศึกษา ความเพียงพอของรายได้นักศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา ระดับการศึกษาของบิดามารดา และอาชีพของบิดามารดา และพลังสุขภาพจิตวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล โดยใช้สถิติ Shapiro-wilk test มีค่า  $p > .05$  และพิจารณาค่าความเบ้และค่าความโด่ง ( $s_{kewness}$  &  $K_{urtosis}$ ) น้อยกว่า  $\pm 1.96$  แสดงว่าตัวแปรที่ศึกษา มีการแจกแจงปกติ (Normal distribution)
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตของนักศึกษา ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติวิเคราะห์ Paired Sample T-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90 มีอายุระหว่าง 20 - 24 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 21 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ( $M = 21.47$ ,  $SD = .82$ ) อายุน้อยที่สุด 20 ปี จำนวน 2 คน อายุมากที่สุด 24 ปี จำนวน 1 คน ผลการเรียนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.00 - 3.49 จำนวน 22 คน ( $M = 3.25$ ,  $SD = .20$ ) ผลการเรียนเฉลี่ยน้อยที่สุด 2.80 จำนวน 3 คน ผลการเรียนเฉลี่ยมากที่สุด 3.51 จำนวน 5 คน

พลังสุขภาพจิตของนักศึกษา ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวม อยู่ในระดับปกติ ( $M = 60.47$ ,  $SD = 7.82$ ) มีค่าน้อยที่สุด เท่ากับ 35 คะแนน และมีค่ามากที่สุด เท่ากับ 74 คะแนน พลังสุขภาพจิตของนักศึกษา หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวม อยู่ในระดับปกติ ( $M = 64.93$ ,  $SD = 6.26$ ) มีค่าน้อยที่สุด เท่ากับ 53 คะแนน และมีค่ามากที่สุด เท่ากับ 79 คะแนน จากการจำแนกพลังสุขภาพจิตรายด้าน ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับปกติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษา ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n = 30)

องค์ประกอบพลังสุขภาพจิต	ค่าเฉลี่ยก่อนการฝึกปฏิบัติ			ค่าเฉลี่ยหลังการฝึกปฏิบัติ		
	Min-max	M (SD)	ระดับ	Min-max	M (SD)	ระดับ
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	16-36	30.13 (3.93)	ปกติ	26 - 40	32 (3.40)	ปกติ
ด้านกำลังใจ	11-20	16.30 (2.58)	ปกติ	12 - 20	17.67 (2.34)	ปกติ
ด้านการจัดการกับปัญหา	7-19	14.03 (2.68)	ปกติ	12 - 20	15.37 (2.39)	ปกติ
พลังสุขภาพจิตโดยรวม	35-74	60.47 (7.82)	ปกติ	53 - 79	64.93 (6.26)	ปกติ

ผลการศึกษาศึกษาเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาในระย่ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired sample t-test พบว่า มีคะแนนรายด้านทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับปกติ พลังสุขภาพจิตของนักศึกษาโดยรวม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พลังสุขภาพจิตของนักศึกษาด้านความมั่นคงทางอารมณ์ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) พลังสุขภาพจิตของนักศึกษาด้านกำลังใจ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) พลังสุขภาพจิตของนักศึกษาด้านการจัดการกับปัญหา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตของนักศึกษา ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n = 30)

องค์ประกอบพลังสุขภาพจิต	ค่าเฉลี่ยก่อนการ	ค่าเฉลี่ยหลังการ	Mean Diff. (95% CI)	t	p-value
	ฝึกปฏิบัติ	ฝึกปฏิบัติ			
	M (SD)	M (SD)			
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	30.13 (3.93)	32 (3.40)	1.87 (.13-3.59)	2.205	.036**
ด้านกำลังใจ	16.30 (2.58)	17.67 (2.34)	1.27 (.16-2.36)	2.354	.026**
ด้านการจัดการกับปัญหา	14.03 (2.68)	15.37 (2.39)	1.33 (.36-2.30)	2.819	.009*
พลังสุขภาพจิตโดยรวม	60.47 (7.82)	64.93 (6.26)	4.47 (1.46-7.46)	3.042	.005*

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

#### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตเป็นเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 8 กิจกรรม ตามองค์ประกอบ I am, I have และ I can พบว่าคะแนนพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน การอภิปรายผลสามารถสรุปตามแต่ละกิจกรรมได้ ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 “รู้สึกดีกับตัวเอง”** เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แบ่งปันความสำเร็จหรือเรื่องราวดี ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ช่วยเสริมสร้างความภาคภูมิใจ เพิ่มความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองที่มีคุณค่าในมุมมองของฉันเป็น (I am) สอดคล้องกับแนวคิด Self-esteem และ Positive reinforcement ที่ช่วยกระตุ้นพฤติกรรมเชิงบวกและแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง<sup>11</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาผลของประสบการณ์ฝึกภาคสนามผ่านการคิดใคร่ครวญต่อความภาคภูมิใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาล ที่พบว่า ความรู้สึกดีกับตัวเอง ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองจะนำไปสู่การเห็นคุณค่าของผู้รับบริการ การเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการนำไปสู่การสร้างเสริมศักยภาพ การดูแลสุขภาพตนเองครอบครัว และชุมชนได้ในที่สุด<sup>13</sup>

**กิจกรรมที่ 2 “มองโลกในแง่ดี”** กิจกรรมนี้มุ่งเน้นการเสริมสร้างแนวคิดเชิงบวก (Positive thinking) ผ่านการฝึกมุมมองเชิงสร้างสรรค์ต่อสถานการณ์ปัญหา ในมุมมองของฉันเป็น (I am) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มเพื่อพัฒนาการมองโลกในแง่ดีของนักศึกษาพยาบาล ระบุว่า การนำวัยรุ่นที่มีปัญหาเหมือนกันมารวมกลุ่มกันเพื่อช่วยแก้ปัญหา โดยมีผู้ใหญ่คอยให้ความช่วยเหลือทำให้วัยรุ่นพร้อมที่จะร่วมมือในการแก้ปัญหา และเสนอข้อคิดเห็น เนื่องจากวัยรุ่นจะมีความเข้าใจในเพื่อนรุ่นเดียวกันบรรยากาศในการทำกิจกรรมกลุ่มจะมีการยอมรับซึ่งกันและกัน ทำให้วัยรุ่นกล้าแสดงความรู้สึกความคิดเห็น และทำให้วัยรุ่นรับรู้ว่ามีปัญหาเช่นเดียวกันหรือมากกว่าตน มีการยอมรับและเข้าใจกันทำให้แต่ละคนมีกำลังใจที่จะเผชิญและแก้ปัญหา พลังของกลุ่มสามารถเปลี่ยนแปลงความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลได้<sup>14</sup>

**กิจกรรมที่ 3 “เข้าใจอารมณ์และความเครียด”** กิจกรรมนี้ส่งเสริมให้สมาชิกเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) เกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นขณะเผชิญความเครียด ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญของการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skills) ในมุมมองของฉันเป็น (I am) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ระบุว่า การมองโลกในแง่ดีและความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ทำให้นักศึกษา เกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการชีวิตได้ มีความหวังสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้<sup>15</sup>

**กิจกรรมที่ 4 “คุยกันอย่างเข้าใจ”** มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal communication skills) โดยเฉพาะการฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) และ “การตั้งคำถามอย่างเหมาะสม” เป็นทักษะสำคัญในสาขาวิชาชีพพยาบาล การให้สมาชิกวิเคราะห์ประโยคที่มีความหมายแฝง ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจในภาษาทางอารมณ์ (Emotional language) และพัฒนาความสามารถในการตีความนัยยะทางจิตใจของผู้พูด ในมุมมองของฉันมี (I have) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารเพื่อพัฒนาความเข้าใจและความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับผู้ป่วย พบว่าความสามารถในการฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถามที่เหมาะสม รวมถึงการเข้าใจความรู้สึกและความหมายแฝงของผู้ป่วย ส่งผลให้นักศึกษาสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ลดปัญหาความขัดแย้งในการสื่อสารได้<sup>16</sup>

**กิจกรรมที่ 5 “แก้ปัญหาให้ได้ผลดี”** ส่งเสริมกระบวนการคิดวิเคราะห์เชิงระบบ (Systematic thinking) โดยใช้ “แผนที่ปัญหา” (Problem mapping) เป็นเครื่องมือช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถจำแนกองค์ประกอบของปัญหาและความเชื่อมโยงระหว่างสาเหตุและผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน ในมุมมองของฉันมี (I have) สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้เทคนิคแผนที่ปัญหาต่อความสามารถในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจของนักศึกษาพยาบาล พบว่า การเสริมสร้างกระบวนการคิดและการตัดสินใจที่รอบคอบ มีเหตุผล และอิงหลักฐานส่งผลให้ผู้เรียนมีความเข้าใจในปัญหาชัดเจนขึ้น<sup>17</sup>

**กิจกรรมที่ 6 “จัดการความขัดแย้ง”** กิจกรรมนี้ส่งเสริมให้สมาชิกตระหนักถึงปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจริงในบริบทของตนเอง ผ่านการระดมสมอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนวทางการจัดการปัญหาร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) ในมุมมองของฉันมี (I have) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการจัดการความขัดแย้งต่อความสามารถในการแก้ไขปัญหาและความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาพยาบาล พบว่า การให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น ช่วยพัฒนาทักษะการสื่อสาร การฟังอย่างตั้งใจและการคิดเชิงวิเคราะห์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจัดการความขัดแย้งอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>18</sup>

**กิจกรรมที่ 7 “ความสุขที่พอเพียง”** ผู้วิจัยให้สมาชิกช่วยกันคิดค่าใช้จ่ายในกิจกรรมความสุขแต่ละกิจกรรม จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนว่าความสุขในชีวิตของสมาชิกแต่ละคนนั้น ต้องใช้เงินมากน้อยเพียงใด และให้สมาชิกพูดถึงความสุขแบบพอเพียงและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ในมุมมองของฉันทำได้ (I can) สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขแบบพอเพียงและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ระบุว่าความสุขแบบพอเพียงมีผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของนักศึกษา<sup>19</sup>

**กิจกรรมที่ 8 “แปลงปัญหาเป็นปัญญาด้วยการลงมือทำ”** เน้นการส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหาเชิงบวก และการลงมือปฏิบัติจริงผ่านกระบวนการ 5 ขั้นตอนในการแปลงปัญหาเป็นการกระทำ ซึ่งเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับหลักการของ Cognitive Behavioral theory ที่ชี้ว่าการรับรู้และการลงมือทำสามารถเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ในมุมมองของฉันทำได้ (I can) สอดคล้องกับการศึกษาอิทธิพลของการเผชิญปัญหา และความเข้มแข็งทางใจต่อความเครียดในนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน ที่ระบุว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในใจจะสามารถเผชิญปัญหาในเชิงบวก มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล และเกิดความมั่นใจในการรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้<sup>20</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประยุกต์เพื่อจัดการเรียนการสอนหรือกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อช่วยเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้กับนักศึกษาพยาบาล

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรใช้การวิเคราะห์เชิงพยากรณ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายระดับพลังสุขภาพจิตได้

## References

1. Praboromarajchanok Institute, Office of The Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Internal quality assurance manual for colleges under Praboromarajchanok Institute. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2015. (in Thai)
2. Gibbons C, Dempster M, Moutray M. Stress, coping and satisfaction in nursing students. *Journal Advanced Nursing* 2011;67(3):621–32.
3. Mahat G. Stress and coping: first-year Nepalese students in clinical setting. *The Journal of Nursing Education* 2001;35:163–69.
4. Faculty Of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University. Practical training manual in psychiatric nursing practice. Chaiyaphum: Chaiyaphum Rajabhat University; 2024. (in Thai)
5. Milrose S. An exploration of students' personal constructs: implications for clinical teaching in psychiatric mental health nursing [dissertation]. Calgary (AB): University of Calgary; 1998.
6. Charleston R, Happell B. Coping with uncertainty within the preceptorship experience: the perceptions of nursing students. *Journal of Psychiatric Mental Health of Nursing* 2005;12(3):303-9.
7. Rushworth L, Happell B. Psychiatric nursing education: doing the impossible? *Archives Of Psychiatric Nursing* 1998;12(6):319-25.

8. Burnard P, Haji Abd Rahim HT, Hayes D, Edwards D. A descriptive study of Bruneian student nurses' perceptions of stress. *Nurse Education Today* 2007;27(7):808-18.
9. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman; 1997.
10. Grotberg EH. *Resilience for today: gaining strength from adversity*. Westport (CT): Praeger; 2003.
11. Department Of Mental Health. *Mental health power assessment tool*. Bureau of Mental Health Development, Ministry of Public Health [cited 2016 Oct 10]; 2012. Available from: <https://dmh.go.th/download/dmhnews/kom2008-2.pdf> (in Thai)
12. Sanitlou N, Satphet W, Naphaarak Y. Sample size calculation using G\*POWER software. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Sciences)* 2019;5(1):496-506. (in Thai)
13. Kaiwikaikosol A. Effect of field experiences through reflective thinking on self-esteem among nursing students. *Naresuan University Journal of Nursing and Health Sciences* 2021;15(1):127-37. (in Thai)
14. Janrusuh N, Jansook C, Rodprom P. Effects of a group process program on positive thinking among nursing students. *Journal of Prince of Chumphon Rajabhat University* 2019;23(1):55-63. (in Thai)
15. Suriya Y. Factors associated with stress among Nursing Students. *Nursing And Health Sciences Journal*. 2021;15(2):45-58. (in Thai)
16. Suksamran W, Phumipak P. Effect of communication skills enhancement program on understanding and relationship between nursing students and patients. *Thai Journal of Nursing Research* 2020;24(2):85-93. (in Thai)
17. Chaiyawat P, Somboon S. Effect of problem mapping technique on problem-solving ability and decision-making of nursing students. *Thai Journal of Nursing Research*. 2019;23(1):55-63. (in Thai)
18. Anurak P, Siriporn S. Effect of conflict management skill development program on problem-solving ability and relationships among nursing students. *Thai Journal of Nursing Research* 2022;26(3):112-20. (in Thai)
19. Phumipak P, Watanabe S. Relationship between sufficiency happiness and quality of life among nursing students. *Thai Journal of Nursing Research* 2020;24(4):210-18. (in Thai)
20. Sornlob P, Sroisong S, Klungrit S, Theinkaw S, Teerapong N, Sowat C. The influence of coping and resilience on stress among nursing students during practicing fundamental nursing. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2024;32(1):38-48. (in Thai)

## Factors Related to Violence against Generation Z Workers in Bangkok

Kawita Lertkeerati, M.N.S.<sup>1</sup>Naruemon Auemaneekul, Ph.D.<sup>2\*</sup>Arpaporn Powwattana, Ph.D.<sup>3</sup>Lalita kaewwilai, Ph.D.<sup>4</sup>

Received: Mar 23, 2025

Revised: May 28, 2025

Accepted: Aug 19, 2025

## Abstract

**Introduction:** Generation Z workers are a new generation in the labor force who are increasingly vulnerable to workplace violence, particularly psychological and sexual violence. Such experiences can negatively affect mental health and job performance.

**Research objectives:** To examine the prevalence of workplace violence and identify its predictors among Generation Z working adults.

**Research methodology:** This study was a survey study. The sample consisted of 235 Generation Z employees working in Bangkok. Participants were selected using the snowball sampling technique. Data were collected using an online questionnaire and analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and binary logistic regression.

**Results:** Psychological violence was the most frequently reported form of abuse (77%) followed by sexual violence (40%). Factors significantly associated with experiences of violence included age, workplace relationships, and attitudes toward violence ( $p < .05$ ). Logistic regression analysis revealed that age ( $\beta = 1.39, p = .01$ ) and attitudes toward violence ( $\beta = 3.53, p = .01$ ), were significant predictors, jointly explained 31% of the variance (Nagelkerke  $R^2 = .31$ ).

**Conclusions:** Age and attitudes toward violence were key predictors of workplace victimization among Generation Z employees.

**Implications:** This study offers practical recommendations for organizational leaders, government agencies, and policymakers to develop measures, promote social support and foster a safe and supportive work environment that prevent and mitigate workplace violence.

**Keywords:** workplace violence, generation Z employees, ecological theory

Funding: Partial research from Graduate Studies of Mahidol University Alumni Association

<sup>1</sup>Graduate Student in Master of Nursing Science Program, Email: zincpete@gmail.com

<sup>2\*</sup>Corresponding author: Associate Professor, Email: naruemon.aue@mahidol.edu

<sup>3</sup>Associate Professor, Email: arpaporn.pow@mahidol.ac.th

<sup>4</sup>Lecturer, Email: lalita.kae@mahidol.ac.th

<sup>1-4</sup>Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกระทำรุนแรงของวัยทำงานเจนเนอเรชั่นแซด ในเขตกรุงเทพมหานคร

กวิตา เลิศกীরติ พย.ม.<sup>1</sup>นฤมล เอื้อมณีกุล ปร.ด.<sup>2\*</sup>อาภาพร เฝ้าวัดนา ปร.ด.<sup>3</sup>ลลิตา แก้ววิไล ปร.ด.<sup>4</sup>

Received: Mar 23, 2025

Revised: May 28, 2025

Accepted: Aug 19, 2025

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** วัยทำงานเจนเนอเรชั่นแซดเป็นกลุ่มแรงงานรุ่นใหม่ที่มีแนวโน้มเผชิญความรุนแรงในที่ทำงานเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะความรุนแรงทางจิตใจและทางเพศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและประสิทธิภาพในการทำงาน

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** เพื่อศึกษาความชุกของความรุนแรง และวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายการถูกระทำรุนแรงในวัยทำงานเจนเนอเรชั่นแซดในเขตกรุงเทพมหานคร

**ระเบียบวิธีวิจัย:** การวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานเจนเนอเรชั่นแซด อายุระหว่าง 21 - 27 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง จำนวน 235 คน ที่ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร คัดเลือกโดยวิธีการแบบลูกโซ่ (Snowball sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์โคสแควร์ และสถิติถดถอยโลจิสติกทวิ

**ผลการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างถูกระทำรุนแรงทางจิตใจมากที่สุด ร้อยละ 77 รองลงมา คือ ทางเพศ ร้อยละ 40 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกระทำรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ได้แก่ อายุ สัมพันธภาพในที่ทำงานและค่านิยมในการใช้ความรุนแรงโดยพบว่า อายุ ( $\beta = 1.39, p = .01$ ) และค่านิยมในการใช้ความรุนแรง ( $\beta = 3.53, p = .01$ ) สามารถร่วมกันทำนายการถูกระทำรุนแรงได้ร้อยละ 31 (Nagelkerke  $R^2 = .31$ )

**สรุปผล:** อายุ และค่านิยมในการใช้ความรุนแรง เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำนายความเสี่ยงต่อการถูกระทำรุนแรงในกลุ่มวัยทำงานเจนเนอเรชั่นแซด

**ข้อเสนอแนะ:** ผู้บริหารองค์กร ภาครัฐ และผู้กำหนดนโยบาย ควรกำหนดมาตรการป้องกันความรุนแรงในกลุ่มวัยทำงานรุ่นใหม่ โดยเน้นการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น ค่านิยมที่เอื้อต่อความรุนแรง และการขาดสัมพันธภาพในองค์กร รวมถึงส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมและสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย

**คำสำคัญ:** ความรุนแรงในที่ทำงาน วัยทำงานเจนเนอเรชั่นแซด ทฤษฎีนิเวศวิทยา

ได้รับทุนสนับสนุนทำวิจัยบางส่วนจากบัณฑิตวิทยาลัย และสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>1</sup>นักศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิตวิทยาลัย Email: zincpete@gmail.com

<sup>2\*</sup>Corresponding author รองศาสตราจารย์ Email: naruemon.aue@mahidol.edu

<sup>3</sup>รองศาสตราจารย์ Email: arpaporn.pow@mahidol.ac.th

<sup>4</sup>อาจารย์ Email: lalita.kae@mahidol.ac.th

<sup>1-4</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย

## บทนำ

ความรุนแรงในที่ทำงาน (Workplace violence) เป็นปัญหาทางสังคมที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรวัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ ความรุนแรงดังกล่าว อาจเกิดจากเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน ผู้รับบริการ หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยมีทั้งรูปแบบทางกาย จิตใจ วาจา หรือการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม เช่น การข่มขู่ การกลั่นแกล้ง และการล่วงละเมิดทางเพศ จากข้อมูลของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในช่วงปี พ.ศ. 2563 – 2565 พบว่ากลุ่มวัยทำงานมีอัตรา การประสบความรุนแรงอยู่ที่ร้อยละ 18, 28.10 และ 24.50 ตามลำดับ<sup>1</sup> สอดคล้องกับการสำรวจของสถาบัน Workplace bullying institute พบว่าร้อยละ 30 ของพนักงานเคยถูกกลั่นแกล้งในที่ทำงาน ร้อยละ 23 ต้องการลาออกจากงาน ส่งผลให้เกิดความเครียด และปัญหาทางร่างกาย จิตใจ จนกระทั่งทำให้ไม่อยากปฏิบัติงานได้<sup>2</sup>

ปัจจุบันกลุ่มคนเจนเนอเรชั่นแซด (เกิดในปี พ.ศ. 2540 - 2553) เริ่มเข้าสู่ตลาดแรงงานในฐานะผู้เริ่มต้นทำงาน (First jobber) และมีบทบาทสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทย มีประชากรกลุ่มนี้เกือบ 13 ล้านคน หรือมากกว่าร้อยละ 20 ของตลาดแรงงานทั้งหมด<sup>2</sup> ประชากรกลุ่มนี้มีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ การใช้เทคโนโลยีอย่างคล่องแคล่ว ค่านิยมด้านความสมดุลชีวิตและงาน และการไม่ยอมรับระบบการทำงานที่ไม่ยุติธรรม และยังพบว่าพนักงานเจนเนอเรชั่นแซดมีความอ่อนไหวต่อแรงกดดัน การสื่อสารที่ไม่เหมาะสม และการเลือกปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงในที่ทำงานมากกว่ากลุ่มอื่น และอาจนำไปสู่ความไม่พึงพอใจหรือการลาออก<sup>3-4</sup>

กรุงเทพมหานคร เป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจ สังคม และการจ้างงาน อีกทั้งยังเป็นสังคมเมืองขนาดใหญ่ที่มีความหลากหลายของบุคลากรในองค์กร จากข้อมูลเดือนมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2567 พบว่า กรุงเทพมหานคร เป็นจังหวัดที่มีการรายงานเหตุความรุนแรงสูงที่สุดในประเทศ โดยมีจำนวนผู้ประสบปัญหาความรุนแรงทั้งสิ้น 1,482 ราย จากจำนวนผู้แจ้งเหตุรวม 4,712 รายทั่วประเทศ<sup>5</sup> อีกทั้งบริบทชุมชนเมืองจึงอาจเพิ่มความเสี่ยงของความรุนแรงในที่ทำงาน ทั้งจากโครงสร้างองค์กรที่ตึงเครียด ความแออัด และความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่อาจส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเผชิญความรุนแรงในที่ทำงานนั้นมีความหลากหลาย และสัมพันธ์กันหลายมิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้อย่างครอบคลุมโดยแนวคิดนิเวศวิทยา<sup>6</sup> ที่อธิบายว่าพฤติกรรมหรือเหตุการณ์หนึ่ง ๆ มิได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยลำพัง แต่เป็นผลรวมของปัจจัยที่สัมพันธ์กันในหลายระดับ ทั้งระดับบุคคล ความสัมพันธ์ และโครงสร้างขององค์กรหรือสังคม ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ<sup>7-8</sup> เพศกำเนิด<sup>8</sup> เพศวิถี<sup>8</sup> สถานภาพสมรส<sup>9</sup> ระดับการศึกษา<sup>7</sup> รายได้<sup>7</sup> อาชีพ<sup>11</sup> และการรับรู้ความรุนแรง<sup>7</sup> ปัจจัยระดับความสัมพันธ์ ได้แก่ สัมพันธภาพในที่ทำงาน<sup>8</sup> และการสื่อสารในที่ทำงาน<sup>3</sup> ปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในที่ทำงาน<sup>3</sup> และค่านิยมในการใช้ความรุนแรง<sup>12</sup> แนวคิดนี้ช่วยให้เข้าใจความรุนแรงในที่ทำงานในเชิงระบบ และเชื่อมโยงบริบททางสังคมกับพฤติกรรมได้อย่างครอบคลุม อย่างไรก็ตามยังขาดการศึกษาที่เจาะจงของกลุ่มเจนเนอเรชั่นแซด โดยเฉพาะในบริบทของพื้นที่เมือง ซึ่งยังขาดการศึกษาที่เจาะลึกเชิงสาเหตุและการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงทำนายที่ครอบคลุมทั้งสามระดับของแนวคิดนิเวศวิทยา

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของประชากรในระดับปฐมภูมิจนถึงกลุ่มวัยทำงานเจนเนอเรชั่นแซดที่กำลังเข้าสู่ระบบแรงงาน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการถูกกระทำรุนแรง และความสามารถในการทำนายการถูกกระทำรุนแรงของวัยทำงานเจนเนอเรชั่นแซด

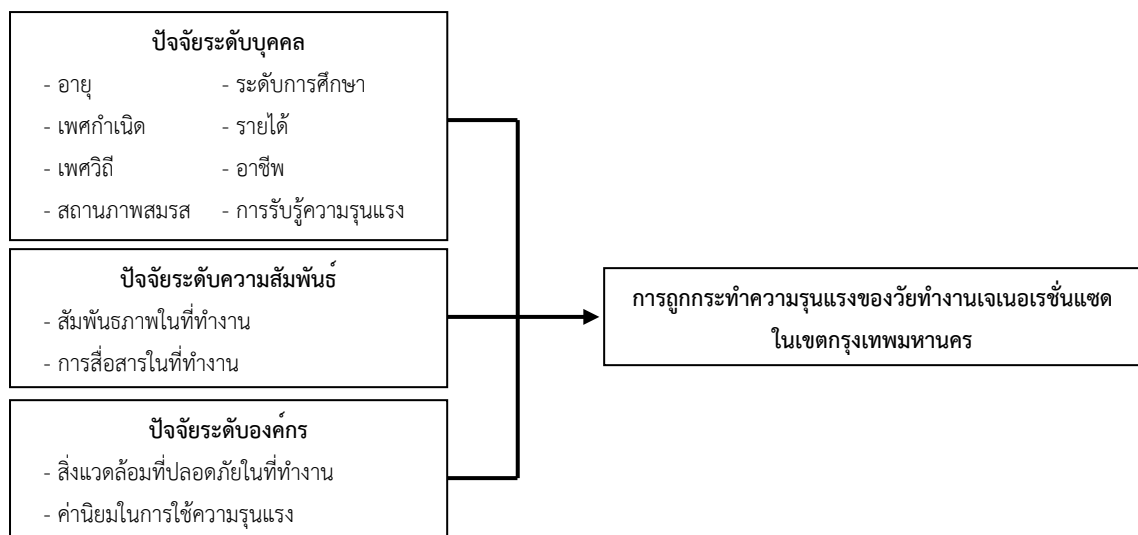
ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยคาดว่าผลการศึกษานี้จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางการป้องกัน และลดความเสี่ยงของการเกิดเหตุความรุนแรง และสร้างระบบความปลอดภัยในการจัดการความรุนแรงในสถานที่ทำงานได้อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการถูกรังแกทำร้ายของวัยทำงานเจนเนอเรชั่นแซต เขตกรุงเทพมหานคร

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีนิเวศวิทยา (Ecological model for understanding violence)<sup>6</sup> เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการถูกรังแกทำร้ายความรุนแรงในที่ทำงานของวัยทำงานเจนเนอเรชั่นแซต เขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งทฤษฎีนี้อธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ในมิติที่หลากหลาย ทั้งหมด 3 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับความสัมพันธ์ และระดับองค์กร ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-section descriptive study)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยทำงานเจนเนอเรชั่นแซต ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยทำงานที่ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของแดเนียล<sup>13</sup> โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ .05 ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 196 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจึงได้เพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมเป็น 235 คน โดยการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการแบบลูกโซ่ (Snowball sampling) โดยพิจารณาผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 21 - 27 ปี (เกิดปี พ.ศ. 2540 - 2546) สัญชาติไทย และปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) สามารถใช้ Smart phone หรือ Laptop computer ในการตอบแบบสอบถามผ่าน Google form 4) มีบัญชี Google สำหรับการเข้าสู่ระบบเพื่อตอบแบบสอบถาม 5) สมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยภายหลังได้รับการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วยแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) ทั้งหมด 7 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศกำเนิด เพศวิถี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจากงานวิจัยของ Sitthitrakul<sup>14</sup> จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ความรุนแรงระดับมาก (5 คะแนน) ระดับปานกลาง (4 คะแนน) ระดับน้อย (3 คะแนน) ไม่น่าใจ (2 คะแนน) และไม่เป็นความรุนแรง (1 คะแนน) การแปลผลใช้วิธีแบ่งช่วงคะแนนแบบเท่า ๆ กัน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงในระดับสูง (38 - 50 คะแนน) ระดับปานกลาง (24 - 37 คะแนน) และระดับต่ำ (10 - 23 คะแนน)

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามสัมพันธภาพในที่ทำงาน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจากงานวิจัยของ Chiangkhong<sup>15</sup> จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ตรงกับความ เป็นจริงมากที่สุด (5 คะแนน) ตรงกับความ เป็นจริงมาก (4 คะแนน) ตรงกับความ เป็นจริงปานกลาง (3 คะแนน) ตรงกับความ เป็นจริงน้อย (2 คะแนน) และตรงกับความ เป็นจริงน้อยที่สุดหรือไม่ตรงเลย (1 คะแนน) การแปลผลใช้วิธีแบ่งช่วงคะแนนแบบเท่า ๆ กัน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ สัมพันธภาพในที่ทำงานดีระดับสูง (38 - 50 คะแนน) ระดับปานกลาง (24 - 37 คะแนน) และระดับต่ำ (10 - 23 คะแนน)

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามการสื่อสารในที่ทำงาน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจากงานวิจัยของ Pitja<sup>16</sup> จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยบางส่วน (3 คะแนน) เห็นด้วย น้อย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ไม่เห็นด้วย (5 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (4 คะแนน) เห็นด้วยบางส่วน (3 คะแนน) เห็นด้วยมาก (2 คะแนน) และเห็นด้วยมากที่สุด (1 คะแนน) การแปลผล ใช้วิธีแบ่งช่วงคะแนนแบบเท่า ๆ กัน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ การสื่อสารในที่ทำงานระดับดี (30 - 40 คะแนน) ระดับปานกลาง (19 - 29 คะแนน) และระดับต่ำ (8 - 18 คะแนน)

**ส่วนที่ 5** แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในที่ทำงาน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจากงานวิจัย ของ Manothawattana<sup>17</sup> จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยบางส่วน (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) การแปลผลใช้วิธีแบ่งช่วงคะแนนแบบเท่า ๆ กัน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในที่ทำงานระดับสูง (27 - 35 คะแนน) ระดับปานกลาง (17 - 26 คะแนน) และระดับต่ำ (7 - 16 คะแนน)

**ส่วนที่ 6** แบบสอบถามค่านิยมในการใช้ความรุนแรง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจากงานวิจัย ของ Pitja<sup>16</sup> จำนวน 2 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เห็นด้วย (5 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (4 คะแนน) เห็นด้วยบางส่วน (3 คะแนน) เห็นด้วยมาก ( 2 คะแนน) และเห็นด้วยมากที่สุด (1 คะแนน) การแปลผลใช้วิธีแบ่งช่วงคะแนนแบบเท่า ๆ กัน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่านิยมในการใช้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง (8 - 10 คะแนน) ระดับปานกลาง (5 - 7 คะแนน) และระดับต่ำ (2 - 4 คะแนน)

**ส่วนที่ 7** แบบสอบถามการถูกรุ้ทำร้ายผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจาก The revised conflict tactics scales (CTS2) ของ Straus และคณะ<sup>18</sup> จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมสถานการณ์การถูกรุ้ทำร้าย ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ ความรุนแรงทางร่างกาย จิตใจ และทางเพศ โดยแบ่งการวัดผลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ความถี่ของการถูกรุ้ทำร้าย การแปลผลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยถูกรุ้ทำร้าย (0 คะแนน) ถูกรุ้ทำร้ายระดับต่ำ (1 - 13 คะแนน) ระดับปานกลาง (14 - 27 คะแนน) และระดับสูง (28 - 40 คะแนน) 2) ประวัติการถูกรุ้ทำร้าย แปลผลคะแนนออกเป็น 2 ระดับ คือ ไม่เคยถูกรุ้ทำร้าย (0 คะแนน) เคยถูกรุ้ทำร้าย (1 - 10 คะแนน)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงกับเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านความรุนแรง 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน จากนั้นดำเนินการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามการวิจัย และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงกับเนื้อหา (Content validity) ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง แบบสอบถามสัมพันธภาพในที่ทำงาน แบบสอบถามการสื่อสารในที่ทำงาน แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในที่ทำงาน แบบสอบถามค่านิยมในการใช้ความรุนแรง และแบบสอบถามการถูกรุ้ทำร้าย มีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .74, .87, 1.00, 1.00, 1.00 และ .96 นำแบบสอบถามการวิจัยไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มวัยทำงานเจนเอเรชั่นแซดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งมีบริบทเป็นชุมชนเมืองเช่นเดียวกับกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 ราย และมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีความเชื่อมั่น เท่ากับ .90, 1.00, .80, .90, .90 และ .80

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA NO. MUPH 2024-076 เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ความยินยอมโดยสมัครใจ มีสิทธิ์ปฏิเสธการตอบคำถามบางข้อหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องระบุเหตุผล หากเกิดความรู้สึกไม่สบายใจขณะตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมสามารถตอบคำถามนั้นได้ทันที ทั้งนี้คณะผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยเป็นความลับเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้เข้าร่วมงานวิจัย รวมถึงการคำนึงถึงหลักการเคารพในส่วนบุคคล และให้ข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างครบถ้วน และรายงานผลภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ผู้วิจัยเป็นผู้ประชาสัมพันธ์ด้วยตนเองไปยังบุคคลที่รู้จักผ่านทางแพลตฟอร์มออนไลน์ ได้แก่ เฟสบุ๊ก (Facebook) เมสเซนเจอร์ (Messenger) ไลน์ (LINE) ตี๊กต็อก (TikTok) โดยการส่ง QR Code เพื่อสแกนตอบแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ (Google form) และประสานงานกับหัวหน้าหรือเจ้าของร้านค้าในตลาดสดและตลาดนัดในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นสถานประกอบการขนาดเล็ก มีลักษณะเป็นร้านค้าแผงลอยหรือร้านค้าแบบครอบครัว เพื่อนัดหมายวันเวลาเข้าไปเก็บข้อมูล เมื่อตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วให้กดยืนยันส่งข้อมูลกลับทันที หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยช่วยส่งต่อ QR Code แบบสอบถามให้คนรู้จักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จนกระทั่งทำการเก็บรวบรวมข้อมูลครบจำนวน 235 คน จึงยุติการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยตั้งค่าจำกัดการตอบแบบสอบถามบัญชีอีเมลเพื่อลงชื่อเข้าใช้ Google หนึ่งบัญชีอีเมลสามารถทำแบบสอบถามได้ครั้งเดียวเท่านั้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยระดับความสัมพันธ์ ปัจจัยระดับองค์กร และการถูกระทำรุนแรงด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกระทำรุนแรงที่กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ด้วยสถิติ Chi-square test วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการถูกระทำรุนแรงด้วยความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Odds ratio) และปัจจัยทำนายด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression) และทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิพบว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือ Multicollinearity

### ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 235 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 24 - 27 ปี อายุเฉลี่ย 24.02 ปี (SD = 2.37) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.40 เพศวิถีรักต่างเพศ ร้อยละ 76.20 และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 63.80 โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 15,001 - 25,000 บาทต่อเดือน (SD = .87) และส่วนใหญ่อาชีพพนักงานบริษัทและพนักงานเอกชน ร้อยละ 32.30 ด้านการรับรู้พบว่า มีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.80 สัมพันธภาพในที่ทำงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.30 การสื่อสารที่ดีอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.50 สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในที่ทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.40 และมีค่านิยมในการใช้ความรุนแรงในที่ทำงานระดับต่ำ ร้อยละ 67.20

2. การถูกระทำความรุนแรงของวัยทำงานเจนเนอเรชันแซตในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถูกระทำความรุนแรงโดยรวม ร้อยละ 89.40 เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่าถูกระทำความรุนแรงด้านจิตใจสูงสุด ร้อยละ 77 รองลงมา คือ ทางเพศ ร้อยละ 40 และด้านร่างกาย ร้อยละ 29.40 โดยส่วนใหญ่ถูกระทำความรุนแรงระดับต่ำ ร้อยละ 88.90 ผู้กระทำความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นบุคคลภายนอกหรือผู้รับบริการ ร้อยละ 36.88

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกระทำรุนแรงของวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ( $p = .01$ , OR = 3.85, 95%CI = 1.39 - 10.64) สัมพันธภาพในที่ทำงาน ( $p = .01$ , OR = 3.42, 95%CI = 1.31 - 8.90) และค่านิยมในการใช้ความรุนแรง ( $p = .01$ , OR = 33.27, 95%CI = 4.42 - 250.59) ดังตารางที่ 1

4. ปัจจัยทำนายการถูกระทำรุนแรงของวัยทำงานเจนเนอเรชันแซต ในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย อายุ และค่านิยมในการใช้ความรุนแรง โดยเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ พบว่า อายุ 21 - 23 ปี จะมีโอกาสเกิดถูกระทำความรุนแรงมากกว่ากลุ่มอายุ 24 - 27 ปี เป็น 4.02 เท่า ( $\text{Exp}(\beta) = 4.02$ , 95%CI = 1.40 - 11.60) และพบว่าค่านิยมในการใช้ความรุนแรงระดับสูงมีโอกาสดูถูกระทำความรุนแรงมากกว่ากลุ่มที่มีค่านิยมในการใช้ความรุนแรงระดับต่ำถึง 7.08 เท่า ( $\text{Exp}(\beta) = 7.08$ , 95%CI = 4.49 - 25.43) มีอำนาจในการทำนายได้ ร้อยละ 31 ( $R^2 = .31$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกกระทำรุนแรงของวัยทำงานเจนเนอเรชั่นแซตในเขตกรุงเทพมหานคร (N = 235)

ปัจจัย	$\chi^2$	OR	95%CI	p-value
1. อายุ	7.59	3.85	1.39 - 10.64	.01*
2. เพศกำเนิด	.03	1.10	.41 - 2.90	.03
3. เพศวิถี	.01	.99	.38 - 2.61	.01
4. สถานภาพสมรส	.51	2.10	.27 - 16.61	.47 <sup>a</sup>
5. ระดับการศึกษา	1.95	2.04	.74 - 5.67	.16
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	1.75	1.78	.75 - 4.20	.19
7. อาชีพ	.83	.40	.05-3.11	.36 <sup>a</sup>
8. การรับรู้ความรุนแรง	.38	3.14	.91 - 10.88	.06
9. สัมพันธภาพในที่ทำงาน	6.96	3.42	1.31 - 8.90	.01*
10. การสื่อสารในที่ทำงาน	2.53	1.95	.85 - 4.49	.11
11. สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในที่ทำงาน	.68	1.44	.61 - 3.41	.40
12. ค่านิยมในการใช้ความรุนแรง	26.21	33.27	4.42 - 250.59	.01 <sup>a*</sup>

$\chi^2$  = ค่าสถิติไคสแควร์, \*p < .05, OR = Odd Ratio, CI = Confidence Interval, <sup>a</sup> = Fisher's Exact Test

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายโอกาสในการถูกกระทำรุนแรงของวัยทำงานเจนเนอเรชั่นแซตในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปรทำนาย	( $\beta$ )	S.E.	p-value	Exp( $\beta$ )	95%CI for Exp ( $\beta$ )	Nagelkerke R <sup>2</sup>
อายุ	1.39	.54	.01*	4.02	1.40 - 11.59	.31
ค่านิยมในการใช้ความรุนแรง	3.53	1.03	.01*	7.08	4.49 - 25.43	
Constant	-5.75	1.10	<.01	.01		

\*p < .05

### อภิปรายผลการวิจัย

1. การถูกกระทำรุนแรงพบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยทำงานเจนเนอเรชั่นแซตถูกกระทำรุนแรงทางด้านจิตใจมากที่สุด ร้อยละ 77 รองลงมา คือ ทางเพศ ร้อยละ 40 และด้านร่างกาย ร้อยละ 29.40 โดยส่วนใหญ่ถูกกระทำรุนแรงระดับต่ำ ร้อยละ 88.90 ผู้กระทำรุนแรงส่วนใหญ่เป็นบุคคลภายนอกหรือผู้รับบริการ ร้อยละ 36.88 ตัวอย่างความรุนแรงทางด้านจิตใจ ได้แก่ การถูกด่า ต่ำหนิ หรือใช้คำหยาบคาย ความรุนแรงทางเพศ ได้แก่ การถูกมองด้วยสายตา การวิจารณ์รูปร่าง การใช้คำพูดล่วงละเมิด หรือพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ได้รับความยินยอม และความรุนแรงทางร่างกาย ได้แก่ การถูกผลัก ตบตี หรือทำร้ายร่างกายเบา ๆ จากการศึกษาที่สอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มวัยทำงานที่ศึกษาในเขตปริมณฑล พบการถูกกระทำรุนแรงด้านจิตใจมากที่สุด ร้อยละ 86.50<sup>16</sup> สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นวัยทำงานเจนเนอเรชั่นแซตที่มีอายุและประสบการณ์ในการทำงานน้อย ทำให้มีทักษะในการจัดการกับสถานการณ์ความรุนแรงในที่ทำงานได้ไม่ดีนัก จึงมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับความรุนแรงในที่ทำงานได้มากกว่าโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเริ่มต้นของการทำงาน พนักงานใหม่ในกลุ่มนี้มักยังไม่คุ้นเคยกับระบบงานหรือวัฒนธรรมขององค์กร จึงมีโอกาสที่จะทำงานผิดพลาดได้ง่าย นอกจากนี้องค์กรมักมีความคาดหวังว่าพนักงานใหม่ที่เพิ่งจบการศึกษาจะมีความรู้ ความสามารถ และสามารถเรียนรู้งานได้อย่างรวดเร็ว เมื่อเปรียบเทียบกับ

กับคนในเจเนอเรชันอื่น อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงเจเนอเรชันแซตมักประสบปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานต่างเจเนอเรชัน ทำให้ต้องใช้เวลานานในการเรียนรู้งานและปรับตัวเข้าสู่องค์กร อีกทั้งในบางองค์กรยังมีวัฒนธรรมที่หัวหน้างานหรือเพื่อนร่วมงานใช้การตำหนิเป็นวิธีฝึกสอน<sup>12</sup> เพื่อเร่งให้พนักงานเรียนรู้งานได้เร็วขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจและสร้างความรู้สึกว่าตนกำลังเผชิญกับความรุนแรง

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายการถูกระทำรุนแรงของวัยทำงานเจเนอเรชันแซต ในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย อายุ และค่านิยมในการใช้ความรุนแรง โดยสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 31 ปัจจัยที่สามารถทำนายได้สูงสุด คือ ค่านิยมในการใช้ความรุนแรง รองลงมา คือ อายุ ดังนี้

2.1 ค่านิยมในการใช้ความรุนแรง สามารถทำนายการถูกระทำรุนแรงของวัยทำงานเจเนอเรชันแซต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีค่านิยมในการใช้ความรุนแรงในระดับสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการถูกระทำรุนแรงมากกว่าถึง 33 เท่า แสดงให้เห็นว่าทัศนคติที่ยอมรับหรือมองว่าความรุนแรงเป็นเรื่องปกติในบริบทการทำงาน อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเผชิญกับพฤติกรรมรุนแรงในที่ทำงาน และลดความสามารถในการปกป้องตนเองจากสถานการณ์เหล่านั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บางองค์กรมีการแสดงวัฒนธรรม "ความรักเชิงเข้มงวด" (Tough love) ซึ่งสร้างแรงกดดันและความเครียดต่อพนักงานใหม่<sup>13</sup> ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ<sup>19</sup> โดยเฉพาะในกลุ่มพนักงานรุ่นใหม่ที่เพิ่งเริ่มต้นทำงาน และยังขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน กลุ่มบุคคลเหล่านี้มักต้องพึ่งพาคำแนะนำจากเพื่อนร่วมงานรุ่นพี่ ซึ่งอาจมีความคาดหวังสูงว่ารุ่นน้องจะสามารถเรียนรู้งานได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ความคาดหวังดังกล่าวอาจนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้คำพูด น้ำเสียง หรือท่าทางที่สร้างแรงกดดันทางจิตใจต่อพนักงานใหม่ แม้ไม่ใช่ความรุนแรงทางกาย แต่ก็เป็ความรุนแรงทางวาจาและจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ นอกจากนี้ผู้ที่มีค่านิยมยอมรับความรุนแรงมักจะไมู้เท่าทันหรือไม่ต่อต้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การถูกดูดา ตะคอก หรือประชดประชัน โดยไม่ร้องเรียนหรือแสดงออกว่าตนไม่ยอมรับพฤติกรรมดังกล่าว ส่งผลให้ความรุนแรงมีแนวโน้มดำเนินต่อไป พฤติกรรมเหล่านี้ยังอาจนำไปสู่ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่สมดุลในที่ทำงาน เช่น การยอมรับคำสั่งจากหัวหน้าหรือเพื่อนร่วมงานโดยไม่มีขอบเขต ซึ่งเป็นความเสี่ยงสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของวัยทำงานเจเนอเรชันแซต

2.2 อายุ สามารถทำนายการถูกระทำรุนแรงของวัยทำงานเจเนอเรชันแซต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า โดยพบว่าอายุ 21 - 23 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการถูกระทำรุนแรงมากกว่าอายุ 24 - 27 ปี ประมาณ 3.85 เท่า กล่าวคือ กลุ่มอายุน้อยมีแนวโน้มจะถูกกระทำรุนแรงในที่ทำงานมากกว่า และเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ความรุนแรงที่เผชิญมีแนวโน้มลดลง ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า บุคคลที่มีอายุมากขึ้นย่อมมีประสบการณ์ในการทำงานและการสื่อสารมากขึ้น ทำให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ความรุนแรงในที่ทำงานได้ดีขึ้น และมีแนวโน้มที่จะไม่ตกเป็นเป้าของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศมาเลเซียที่พบว่า พนักงานที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มีความเสี่ยงในการเผชิญความรุนแรงจากผู้รับบริการมากกว่ากลุ่มอายุที่มากกว่า<sup>7</sup> นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่า อายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับระดับวุฒิภาวะทางอารมณ์และการควบคุมตนเองที่สูงขึ้น ซึ่งส่งผลให้บุคคลสามารถจัดการความขัดแย้งได้อย่างสร้างสรรค์มากกว่า และลดการเผชิญความรุนแรงในที่ทำงาน<sup>2,8</sup>

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีนิเวศวิทยา อธิบายว่าความรุนแรงไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยเดียว หากแต่เกิดจากปัจจัยหลายระดับที่เชื่อมโยงกัน ทั้งระดับบุคคล ความสัมพันธ์ และระดับองค์กร สังคม และวัฒนธรรม โดยในการศึกษารั้งนี้พบว่าความรุนแรงในที่ทำงานมีปัจจัยร่วมกันหลายด้าน ได้แก่ อายุ สัมพันธภาพในที่ทำงาน และค่านิยมขององค์กรต่อการใช้ความรุนแรง ดังนั้น จึงควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการป้องกัน

และจัดการกับความรุนแรงในที่ทำงาน ครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ความสัมพันธ์ และโครงสร้างองค์กร รวมถึงมาตรการลงโทษที่เป็นธรรม โปร่งใส และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทขององค์กรและความเปลี่ยนแปลงของสังคม

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางดำเนินงานในระดับต่าง ๆ ได้แก่

1. บุคลากรใหม่ควรได้รับการเตรียมความพร้อมด้านทักษะการสื่อสาร สัมพันธภาพ และการรับมือกับสถานการณ์ความรุนแรง
2. พี่เลี้ยงควรส่งเสริมบรรยากาศที่เกื้อกูล เป็นแบบอย่างที่ไม่ใช้ความรุนแรง และให้คำแนะนำในการจัดการกับสถานการณ์ที่เสี่ยง
3. องค์กรควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการป้องกันความรุนแรง ส่งเสริมการสื่อสารที่เปิดเผย และสนับสนุนการปรับค่านิยมในที่ทำงานให้เคารพและเข้าใจกัน เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มวัยทำงานเจนเนอเรชันแซดในภูมิภาคอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบบริบททางสังคมและวัฒนธรรมซึ่งอาจส่งผลต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง
2. ควรศึกษาต่อยอดในลักษณะการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) โดยพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมการเรียนรู้ที่มุ่งเพิ่มทักษะการเผชิญและจัดการกับสถานการณ์ความรุนแรง รวมถึงกิจกรรมที่ส่งเสริมการลดค่านิยมความรุนแรง ซึ่งเป็นตัวแปรทำนายที่สำคัญ และสำหรับตัวแปรที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น เพศกำเนิด เพศวิถี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ การรับรู้ความรุนแรง สัมพันธภาพในที่ทำงาน การสื่อสารในที่ทำงาน และสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในที่ทำงาน ควรมีการศึกษาซ้ำในบริบทที่หลากหลายหรือใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยแวดล้อมหรือกลไกที่อาจซ่อนอยู่ซึ่งไม่ปรากฏในงานวิจัยนี้

### References

1. Social Assistance Center Hotline 1300, Ministry of Social Development and Human Security. Violence statistics for the fiscal year 2023, Social Assistance Center Hotline 1300 [Internet]. [cited 2024 Dec 1]. Available from: <https://1300thailand.m-society.go.th/statyearly>. (in Thai)
2. Liamsakul K, Lakkhanasiro M, Arab W. Prevalence and factors influencing workplace violence among staff in a regional public community hospital in Southern Thailand. Journal of Public Health Sciences [Internet]. 2021 [cited 2024 Dec 1];4(1):117–23. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/246650/169814>. (in Thai)
3. Chulet P, Sukhawadi B, Kulpanich M. The Humanize health care development in generation z nursing students. Nursing, Health, and Education Journal [Internet]. 2017 [cited 2024 Dec 1];28(2):28–35. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnp/article/view/95904/74885>. (in Thai)

4. Ozkan M, Solmaz B. The changing face of the employees - generation z and their perceptions of work. *Procedia Economics and Finance* [Internet]. 2015[cited 2024 Dec 1];26:476-83. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(15\)00876-X](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(15)00876-X)
5. Ministry Of Social Development and Human Security. Report on the situation of individuals affected by violence 2024 [Internet]. Ministry of Social Development and Human Security; 2024 [cited 2025 Jan 9]. Available from: [https://www.m-society.go.th/news\\_view.php?nid=41550&utm\\_source](https://www.m-society.go.th/news_view.php?nid=41550&utm_source). (in Thai)
6. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014 [Internet]. 2014. [cited 2024 Apr 9]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>.
7. Chaiwuth S, Chanprasit C, Kaewthummanukul T, Chareosanti J, Srisuphan W, Stone TE. Prevalence and risk factors of workplace violence among registered nurses in tertiary hospitals. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 9];24(4):538-52. Available from: <https://search.tci-thailand.org/article.html?b3BlbkFydGljbGUmaWQ9NjMyMzY3>. (in Thai)
8. Pacharatanasan N, Lertmaharit S. Prevalence, characteristics, and factors associated with workplace violence among medical personnel in emergency departments of public hospitals in Health Service Region 6. *Journal of The Thai Preventive Medicine Association* [Internet]. 2018 [cited 2024 Apr 9];8(2):213–25. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/146654>. (in Thai)
9. Budin WC, Brewer CS, Chao Y-Y, Kovner C. Verbal abuse from nurse colleagues and work environment of early career registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship* [Internet]. 2013 [cited 2024 Apr 9];45(3):308–16. Available from: <https://doi.org/10.1111/jnu.12033>
10. Stephenson R, Rentsch C, Salazar LF, Sullivan PS. Dyadic characteristics and intimate partner violence among men who have sex with men. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2011;12(3):324–32.
11. Fujita S, Ito S, Seto K, Kitazawa T, Matsumoto K, Hasegawa T. Risk factors of workplace violence at hospitals in Japan. *Journal of Hospital Medicine* [Internet]. 2012 [cited 2024 Apr 9];7(2):79–84. Available from: <https://doi.org/10.1002/jhm.976>
12. Rosi IM, Rancati S, Contiguglia A, Millama KR. Newly graduated nurses' experiences of horizontal violence. *Nursing Ethics* [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 9];27(7):1556–68. Available from: <https://doi.org/10.1177/0969733020929063>
13. Daniel WW. *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences*. 6<sup>th</sup> ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
14. Sitthitrakul N. *Violence against nurses and the consequences*. [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2003. (in Thai)
15. Chiangkhong A, Euamane-ngul N, Chantanasot P, Kaewbunchoo O, Chansathitporn N. Factors influencing workplace violence against nurses in industrial settings. *Journal of Public Health Nursing* [Internet]. 2012 [cited 2024 Apr 9];26(3):45–62. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/47824>. (in Thai)

16. Pitja P, Auemaneekul N, Powwattana A. Factors related to violence among nursing professionals at emergency rooms of community hospitals in metropolitan area. Thai Journal of Public Health [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 9];53(2):45–62. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/view/261063>. (in Thai)
17. Manothawattana J. Workplace violence in public hospitals in Ratchaburi Province. [master of science thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2009. (in Thai)
18. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. Development and preliminary psychometric data. Journal Of Family Issues 1996;17(3):283–316.
19. Krut BA, Laing CM, Moules NJ, Estefan A. The impact of horizontal violence on the individual nurse: a qualitative research study. Nurse Education in Practice [Internet]. 2021[cited 2024 Apr 9]; 54:103079. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103079>

## Predictors of Bullying Victims among Young Lesbian Gay Bisexual Transgender (LGBT) in Bangkok Metropolis

Wasuporn Phansai, M.S.N.<sup>1</sup>

Naruemon Auemaneekul, Ph.D.<sup>2\*</sup>

Arpaporn Powwattana, Ph.D.<sup>3</sup>

Rapeepun Jommaroeng, Ph.D.<sup>4</sup>

Received: Mar 11, 2025

Revised: May 29, 2025

Accepted: Aug 22, 2025

### Abstract

**Introduction:** Lesbian Gay Bisexual and Transgender (LGBT) youth had experience higher rates of bullying. However, factors related to bullying among this group remain unclear.

**Research objectives:** To study the predictive factors of being bullied among young lesbian gay bisexual transgender (LGBT) in Bangkok, Thailand.

**Research methodology:** This research study was a cross-sectional descriptive correlational predictive study. The sample consisted of 488 LGBTs aged 18 to 25 years old who resided in Bangkok metropolis. The sample was selected by using snowball sampling technique. The instruments in the study were self-administered questionnaires. Data were collected in 12 weeks and were analyzed by using descriptive statistics, Chi-square, Odd ratio, and Binary Logistic Regression Analysis.

**Results:** Based on the findings, the participants reported experiencing bullying 79.30%, and Most participants reported that they had engaged in sexual bullying (67.80%). The factors correlated to bully victims with statistical significance ( $p < .05$ ) as risk factors included the acceptance of gender diversity within the family ( $OR = 4.05$ ) and Less attentive parenting ( $OR = 2.08$ ), protective factors included permissive parenting style ( $OR = .48$ ) and gender stigma ( $OR = .58$ ), The results as non-acceptance of gender identity within the family ( $Exp(\beta) = 4.049$ ), indulgent parenting ( $Exp(\beta) = .539$ ), high levels of gender identity disclosure to society ( $Exp(\beta) = 1.704$ ) can predict among bullying youth LGBT (Nagelkerke  $R^2 = 10.8$ ).

**Conclusions:** The results as non-acceptance of gender identity within the family, indulgent parenting, and high levels of gender identity disclosure to society can predict among bullying youth LGBT.

**Implications:** The study can be a part of supporting policies and developing programs to prevent LGBT youth from bullying. The focus is on fostering, understanding, and accepting gender diversity within families, promoting appropriate parenting styles, and encouraging social acceptance in gender differences.

**Keywords:** bullying, LGBT youth, gender identity within the family, parenting style, gender identity disclosure to society

*Funding: Partial research from Graduate Studies of Mahidol University Alumni Association*

<sup>1</sup>Graduate Student in Master of Nursing Science Program, Email: wasuporn.ph13@gmail.com

<sup>2\*</sup>Corresponding author: Associate Professor, Email: naruemon.aue@mahidol.edu

<sup>3</sup>Associate Professor, Email: arpaporn.pow@mahidol.ac.th

<sup>4</sup>Lecturer, Email: rapeepun.jom@mahidol.ac.th

<sup>1-4</sup>Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

## ปัจจัยทำนายการถูกกลั่นแกล้ง ของเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศในเขตกรุงเทพมหานคร

วสุพร พันธุ์สาย พย.ม.<sup>1</sup>นฤมล เอี่ยมณีกุล ปร.ด.<sup>2\*</sup>อาภาพร เมาวัฒนา ปร.ด.<sup>3</sup>ระพีพันธ์ จอมมะเร็ง ปร.ด.<sup>4</sup>

Received: Mar 11, 2025

Revised: May 29, 2025

Accepted: Aug 22, 2025

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** เยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ มีอัตราการถูกกลั่นแกล้งที่สูงกว่าเยาวชนกลุ่มที่ไม่มี ความหลากหลายทางเพศ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลั่นแกล้งในกลุ่มนี้ยังไม่ชัดเจน

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการถูกกลั่นแกล้งของเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ ในเขตกรุงเทพมหานคร

**ระเบียบวิธีวิจัย:** การวิจัยเชิงพรรณนาเชิงภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศอาศัย อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร อายุ 18 - 25 ปี สุ่มแบบลูกโซ่ 488 คน เก็บข้อมูล 12 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติวิเคราะห์โคสแควร์และวิเคราะห์ทำนายด้วยสถิติ ถดถอยโลจิสติกทวิ

**ผลการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างถูกกลั่นแกล้งโดยรวม ร้อยละ 79.30 จำแนกตามรายด้าน พบว่า ถูกกลั่นแกล้งทางด้าน เพศมากที่สุด ร้อยละ 67.80 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกกลั่นแกล้ง ( $p < .05$ ) ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การไม่ยอมรับ เรื่องเพศในครอบครัว ( $OR = 4.05$ ) รูปแบบการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ ( $OR = 2.08$ ) ปัจจัยป้องกัน ได้แก่ รูปแบบการเลี้ยงดู แบบตามใจ ( $OR = .48$ ) และการถูกตีตราทางเพศ ( $OR = .58$ ) ปัจจัยทำนาย ได้แก่ การไม่ยอมรับเรื่องเพศในครอบครัว ( $Exp(\beta) = 4.049$ ) รูปแบบการเลี้ยงดูแบบตามใจ ( $Exp(\beta) = .539$ ) และการเปิดเผยเพศสภาวะต่อสังคม ( $Exp(\beta) = 1.704$ ) (Nagelkerke  $R^2 = 10.8$ )

**สรุปผล:** การไม่ยอมรับเรื่องความหลากหลายทางเพศในครอบครัว รูปแบบการเลี้ยงดูแบบตามใจ และการเปิดเผย เพศสภาวะต่อสังคม สามารถร่วมทำนายการถูกกลั่นแกล้งของเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศได้

**ข้อเสนอแนะ:** สนับสนุนนโยบายและพัฒนาโครงการเพื่อป้องกันการกลั่นแกล้งในกลุ่มเยาวชนที่มีความหลากหลาย ทางเพศ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมความเข้าใจและการยอมรับความหลากหลายทางเพศภายในครอบครัว ส่งเสริมรูปแบบ การเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่อย่างเหมาะสม และกระตุ้นการยอมรับความแตกต่างทางเพศในสังคม

**คำสำคัญ:** การถูกกลั่นแกล้ง เยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ การไม่ยอมรับเรื่องเพศ รูปแบบการเลี้ยงดู การเปิดเผย สภาวะเพศต่อสังคม

ได้รับทุนสนับสนุนทำวิจัยบางส่วนจากบัณฑิตวิทยาลัย และสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

นักศึกษาระดับปริญญาตรี Email: wasuporn.ph13@gmail.com

<sup>2\*</sup>Corresponding author รองศาสตราจารย์ Email: naruemon.aue@mahidol.edu

<sup>3</sup>รองศาสตราจารย์ Email: arpaporn.pow@mahidol.ac.th

<sup>4</sup>อาจารย์ Email: rapeepun.jom@mahidol.ac.th

<sup>1-4</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย

## บทนำ

ปัญหาการถูกกลั่นแกล้งของเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเยาวชนกลุ่มนี้เป็นอย่างมาก ถึงแม้หลายประเทศทั่วโลกมีการรณรงค์ให้มีการเปิดรับเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศรวมถึงประเทศไทยที่มีการเปิดรับเรื่องเพศที่หลากหลายเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปี ค.ศ. 2020 พบว่า เยาวชนที่มีการระบุตัวตนว่าเป็นบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศจำนวน 2,072 ราย พบว่ามีอัตราการถูกกลั่นแกล้งสูงถึงร้อยละ 52 และมักจะถูกลั่นแกล้งทางด้านเพศ เช่น การล้อเลียนถึงการมีรสนิยมความชอบที่มีความหลากหลายทางเพศ หรือการไม่ให้เข้ากลุ่มหากบุคคลนั้นมีการระบุตัวตนว่ามีความหลากหลายทางเพศ<sup>1</sup> และประเทศไทยได้มีการสำรวจอัตราการถูกกลั่นแกล้งของเยาวชนที่มีอายุ 15 - 25 ปี เมื่อปี พ.ศ. 2565 พบว่า เยาวชนกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศที่มีอายุ 18 - 25 ปี ที่มีอัตราการถูกกลั่นแกล้งสูงกว่าเยาวชนที่ไม่มีความหลากหลายทางเพศ และพบอัตราการถูกกลั่นแกล้งของเยาวชนกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 42.50<sup>2</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่ทำการศึกษารูปแบบและอัตราการถูกกลั่นแกล้งของกลุ่มนักเรียนที่มีความหลากหลายทางเพศใน 5 จังหวัดของประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2557 พบว่านักเรียนที่มีการระบุตัวตนว่ามีความหลากหลายทางเพศมีอัตราการถูกกลั่นแกล้งที่สูงกว่าเยาวชนที่ไม่มีความหลากหลายทางเพศ และจังหวัดกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการถูกกลั่นแกล้งสูงถึงร้อยละ 30.50<sup>3</sup> และรูปแบบที่เยาวชนกลุ่มนี้ถูกลั่นแกล้งมากที่สุดมักจะเป็นการถูกกลั่นแกล้งทางด้านเพศ เช่น การถูกเลือกปฏิบัติจากกลุ่มบุคคลในสังคม การไม่ยอมรับเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศ และการถูกกลั่นแกล้งดังกล่าวมักจะสร้างความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทางร่างกายและจิตใจให้แก่เยาวชนในกลุ่มนี้ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและอาจนำไปสู่การมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายได้<sup>5</sup> ดังนั้นการส่งเสริมให้มีการเปิดรับความหลากหลายทางเพศที่แท้จริง จะช่วยลดอคติและการเลือกปฏิบัติที่ยังคงมีอยู่ในสังคม อีกทั้งยังช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเป็นมิตรต่อเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ

การถูกกลั่นแกล้งของเยาวชนที่มีการระบุตัวตนว่าเป็นบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศนั้น อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กัน<sup>6</sup> และจากการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่อาจส่งผลให้เยาวชนกลุ่มนี้ตกเป็นเหยื่อของการกลั่นแกล้งเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ได้แก่ อายุที่น้อยกว่ามักมีความสามารถในการปกป้องตนเองต่ำกว่า มวลน้ำหนักตัวที่อยู่ในระดับเกินเกณฑ์มาตรฐาน<sup>7</sup> ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า รายได้ที่น้อยกว่า<sup>8</sup> การไม่ยอมรับเรื่องเพศในครอบครัว รูปแบบการเลี้ยงดูจากครอบครัว<sup>9</sup> อาชีพพนักงานประจำ การมีความสัมพันธ์กับเพื่อนที่ไม่ดี<sup>10</sup> บุคคลที่มีความพิการ การเปิดเผยเพศสภาวะต่อสังคม<sup>11</sup> และการถูกตีตราทางเพศจากสังคม<sup>12</sup> อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเหล่านี้ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่บริบทของต่างประเทศ ในขณะที่ประเทศไทยยังขาดการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับปัจจัยที่นำไปสู่การถูกกลั่นแกล้งของเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศในบริบทของสังคมไทย

จากที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัญหาการถูกกลั่นแกล้งส่งผลกระทบต่อเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศโดยเฉพาะในด้านจิตใจที่อาจส่งผลต่อการดำรงชีวิตในสังคม และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในต่างประเทศมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกกลั่นแกล้งของเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ แต่ในประเทศไทยพบเพียงการศึกษาเกี่ยวกับอัตราและรูปแบบของการกลั่นแกล้งโดยจากการศึกษาดังกล่าว พบว่าจังหวัดกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่มีเยาวชนกลุ่มนี้มีอัตราการถูกกลั่นแกล้งสูงที่สุดเพียงเท่านั้น แต่ยังไม่พบปัจจัยที่ส่งผลให้เยาวชนกลุ่มนี้ตกเป็นเหยื่อของการกลั่นแกล้ง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา

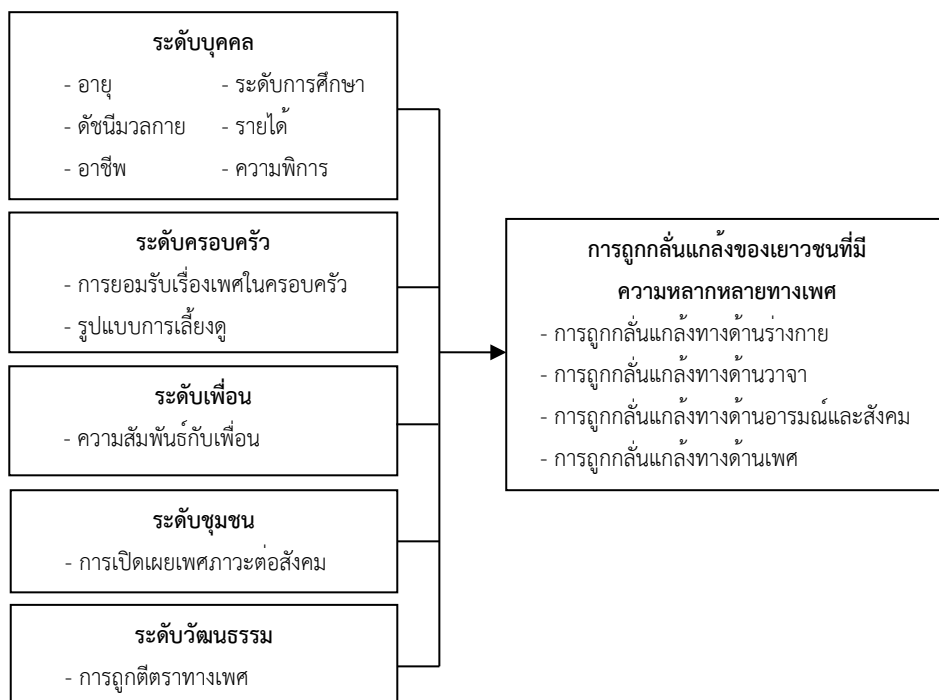
ปัจจัยที่สามารถทำนายการถูกกลั่นแกล้งของเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยที่อาจเป็นตัวกำหนดความเสี่ยงต่อการถูกกลั่นแกล้ง รวมถึงแนวทางในการป้องกันและลดปัญหาดังกล่าว เพื่อสร้างสังคมที่เปิดกว้างและส่งเสริมการยอมรับความหลากหลายทางเพศอย่างเท่าเทียม

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการถูกกลั่นแกล้งของเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศในเขตกรุงเทพมหานคร

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีนิเวศวิทยาการกลั่นแกล้งของเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ มาเป็นกรอบในการศึกษา โดยมีตัวแปรต้นที่สามารถจำแนกได้ตามกรอบแนวคิดทั้งหมด 5 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับเพื่อน ระดับชุมชน และระดับวัฒนธรรม และมีตัวแปรตามของการศึกษาคั้งนี้ คือ การถูกกลั่นแกล้งของเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Cross-sectional descriptive correlational predictive study)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มเยาวชนที่มีการระบุตัวตนว่ามีความหลากหลายทางเพศ อายุ 18 - 25 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ เยาวชนที่มีการระบุตัวตนว่ามีความหลากหลายทางเพศอายุ 18 - 25 ปี จำนวน 488 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (Snowball sampling technique) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทราบจำนวนประชากรที่ศึกษาโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ของเดเนียล<sup>13</sup> และอ้างอิงสัดส่วนประชากรจากกลุ่มเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศมีประวัติเคยถูกกลั่นแกล้ง ร้อยละ 42.50<sup>3</sup> โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 376 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30<sup>9</sup> ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จึงมีจำนวนเท่ากับ 488 คน เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) 1) สัญชาติไทย 2) สามารถพูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย 3) มีและใช้ Smart phone หรือ Laptop หรือ Computer และ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ปัจจัยระดับบุคคล** ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษาดัชนีมวลกาย (BMI) รายได้ อาชีพ และความพิการ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

**ส่วนที่ 2 ปัจจัยระดับครอบครัว** ได้แก่ 1) แบบสอบถามการยอมรับเรื่องเพศในครอบครัว โดยผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามมาจากการทบทวนวรรณกรรม<sup>14</sup> จำนวน 6 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ การแปลผลมี 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ยอมรับเรื่องเพศในครอบครัว (0 คะแนน) ยอมรับระดับน้อย (1 - 2 คะแนน) ยอมรับระดับปานกลาง (3 - 4 คะแนน) ยอมรับระดับมาก (5 - 6 คะแนน) และ 2) แบบสอบถามการอบรมเลี้ยงดู ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม<sup>13</sup> ลักษณะข้อคำถามเป็นปลายปิด จำนวน 24 ข้อ 4 รูปแบบ คือ แบบเอาใจใส่ แบบควบคุม แบบตามใจ และแบบทอดทิ้ง รูปแบบละ 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ มากที่สุด (4 คะแนน) มาก (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) แปลผล 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (6 - 11 คะแนน) ระดับปานกลาง (12 - 17 คะแนน) และระดับสูง (18 - 24 คะแนน)

**ส่วนที่ 3 ปัจจัยระดับสัมพันธ์กับเพื่อน** ได้แก่ แบบสอบถามความสัมพันธ์กับเพื่อน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม<sup>14</sup> เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ จริงที่สุด (5 คะแนน) จริง (4 คะแนน) จริงบ้าง (3 คะแนน) จริงน้อย (2 คะแนน) และจริงน้อยที่สุด (1 คะแนน) แปลผล 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี (5 - 11 คะแนน) ระดับพอใช้ (12 - 17 คะแนน) และระดับดี (18 - 25 คะแนน)

**ส่วนที่ 4 ปัจจัยระดับชุมชน** ได้แก่ แบบสอบถามระดับการเปิดเผยเพศภาวะต่อสังคม จำนวน 11 ข้อ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม<sup>14</sup> ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ได้แก่ บุคคลนั้นไม่ทราบเกี่ยวกับบรรณนิยทางเพศของท่านอย่างแน่นอน (1 คะแนน) อาจจะรู้เกี่ยวกับบรรณนิยทางเพศของท่านแต่ไม่เคยพูดถึง (2 คะแนน) มีความเป็นไปได้ที่จะรู้เกี่ยวกับบรรณนิยทางเพศของท่านแต่ไม่เคยพูดถึง (3 คะแนน) มีความเป็นไปได้ที่จะรู้เกี่ยวกับบรรณนิยทางเพศของท่านแต่ไม่ค่อยพูดถึง (4 คะแนน) รู้บรรณนิยของท่านอย่างแน่นอนและมีการพูดถึงเป็นบางครั้ง (5 คะแนน) รู้บรรณนิยของท่านอย่างแน่นอนและมีการพูดคุยกันอย่างเปิดเผย (6 คะแนน) ไม่สามารถใช้ได้กับสถานการณ์ของท่าน หรือไม่มีบุคคลดังกล่าวในชีวิตของท่าน (0 คะแนน) แปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (1 - 12 คะแนน) ระดับปานกลาง (23 - 44 คะแนน) และระดับสูง (45 - 66 คะแนน)

**ส่วนที่ 5 ปัจจัยระดับวัฒนธรรม** ได้แก่ แบบสอบถามการถูกตีตราทางเพศ จำนวน 8 ข้อ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม<sup>14</sup> ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ โดยแบ่งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ แปลผลคะแนนจากข้อคำถาม โดยข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 6 และ 7 ส่วนลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณ 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5 และ 8 ส่วน

ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) แปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (8 - 15 คะแนน) ระดับปานกลาง (16 - 23 คะแนน) และระดับสูง (24 - 32 คะแนน)

**ส่วนที่ 6 แบบสอบถามประวัติการถูกกลั่นแกล้ง** ได้แก่ แบบสอบถามประวัติการถูกกลั่นแกล้งเพื่อวัดการถูกกลั่นแกล้งของเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศจากบุคคลอื่นที่เกิดขึ้นใน 1 ปีที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการทบทวนวรรณกรรม<sup>3</sup> 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกายจำนวน 4 ข้อ ด้านวาจา จำนวน 3 ข้อ ด้านสังคมและอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ และด้านเพศจำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมด 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย (0 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (1 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) บ่อยครั้ง (3 คะแนน) เป็นประจำ (4 คะแนน) แปลผลเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ความถี่ของการถูกกลั่นแกล้ง แปลผลคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยถูกกลั่นแกล้ง (0 คะแนน) ถูกกลั่นแกล้งระดับต่ำ (1 - 18 คะแนน) ระดับปานกลาง (19 - 36 คะแนน) และระดับสูง (37 - 56 คะแนน) 2) ประวัติการถูกกลั่นแกล้ง แปลผลคะแนนออกเป็น 2 ระดับ คือ ไม่เคยถูกกลั่นแกล้ง (0 คะแนน) และเคยถูกกลั่นแกล้ง (1 - 14 คะแนน)

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามการยอมรับเรื่องเพศในครอบครัว 2) แบบสอบถามรูปแบบการเลี้ยงดู 3) แบบสอบถามความสัมพันธ์กับเพื่อน 4) แบบสอบถามการถูกตีตราทางเพศ 5) แบบสอบถามการถูกกลั่นแกล้ง ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งหมด 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศและความรุนแรง จากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้เท่ากับ 1.0, 1.0, 1.0, .86 และ .85 ตามลำดับ และหาค่าความเชื่อมั่นโดย (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศจำนวน 30 รายใน กลุ่มเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศอายุ 18 - 25 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แบบทดสอบซ้ำ (Test-retest) ของแบบสอบถามการยอมรับเรื่องเพศในครอบครัว ได้ค่าเท่ากับ .87 ส่วนแบบสอบถามรูปแบบการเลี้ยงดู แบบสอบถามความสัมพันธ์กับเพื่อน แบบสอบถามการถูกตีตราทางเพศ และแบบสอบถามการถูกกลั่นแกล้งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .70, .75, .070, และ .75 ตามลำดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างสารตั้งต้นจากสมาชิกสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย จังหวัดกรุงเทพมหานคร และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสารตั้งต้นทั้งหมด 8 คน โดยแบ่งออกเป็น ผู้ที่ระบุตัวตนว่าตนเองเป็นผู้หญิงที่รักผู้หญิง (Lesbian) 2 คน ผู้ชายรักผู้ชาย (Gay) 2 คน บุคคลที่รักได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง (Bisexual) 2 คน และบุคคลข้ามเพศ (Transgender) 2 คน จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสารตั้งต้น ใช้โทรศัพท์มือถือของตนเองสแกน QR Code เพื่อตอบแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ (Google form) เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสารตั้งต้นทำแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยขออนุญาตแอดไลน์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสารตั้งต้นเพื่อส่ง QR code แบบสอบถามงานวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างช่วยส่งต่อ QR code แก่เพื่อนหรือคนรู้จักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างการศึกษาต่อไปอีกอย่างต่อเนื่อง เพื่อทำแบบสอบถามแบบออนไลน์ (Google form) ด้วยตนเอง กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่มีคนรู้จักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ก็ไม่ต้องส่งต่อถือว่าเข้าร่วมวิจัย

เสร็จสิ้น และผู้วิจัยจะทำการหากลุ่มตัวอย่างที่เป็นสารตั้งต้นใหม่และทำการบอกต่อ (Snowball) ใหม่อีกรอบ จนกระทั่งสามารถรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วน จำนวน 488 คน จึงยุติการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยตั้งค่าจำกัดการตอบแบบสอบถามบัญชีอีเมลในการลงชื่อเข้าใช้ Google หนึ่งบัญชีอีเมลสามารถทำแบบสอบถามได้ครั้งเดียวเท่านั้น เพื่อลดปัญหาการตอบแบบสอบถามซ้ำ

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA No. MUPH 2024-074 เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 และได้จัดทำเอกสารขอความอนุเคราะห์ในการเข้าถึงข้อมูลสารตั้งต้นไปยังผู้อำนวยการสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโดยอิสระ ปราศจากการบังคับ และสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยเป็นความลับเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้เข้าร่วมงานวิจัย รวมถึงการคำนึงถึงหลักการเคารพในส่วนบุคคล ให้ข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างครบถ้วน มีการชี้แจงข้อมูล และการขอความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย และมีรายงานผลภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยระดับครอบครัว ปัจจัยระดับความสัมพันธ์กับเพื่อน ปัจจัยระดับชุมชน ปัจจัยระดับวัฒนธรรม และการถูกกลั่นแกล้ง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกกลั่นแกล้งด้วยสถิติ Chi-square test วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการถูกกลั่นแกล้งด้วย ความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Odds ratio) และปัจจัยทำนายด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์ การถดถอยโลจิสติกทวิพบว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือ Multicollinearity

### ผลการวิจัย

1. การถูกกลั่นแกล้งของเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถูกกลั่นแกล้งโดยรวมร้อยละ 79.30 เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่าถูกกลั่นแกล้งทางด้านเพศสูงสุด ร้อยละ 67.80 รองลงมา คือ ด้านสังคมและอารมณ์ ร้อยละ 64.80 น้อยที่สุด คือ ด้านร่างกาย ร้อยละ 50.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 22 - 25 ปี ร้อยละ 69.70 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 22 ปี 6 เดือน (SD = 2.12) มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 55.12 ประกอบอาชีพมากที่สุด คือ อาชีพนักศึกษา ร้อยละ 40.78 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์สมส่วน ร้อยละ 49 มีรายได้ระหว่าง 10,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 44.05 และเกือบทั้งหมดไม่มีความพิการ ร้อยละ 99.18 โดยส่วนใหญ่มีครอบครัวที่ให้การยอมรับเรื่องความหลากหลายทางเพศอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 67.60 ได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองในรูปแบบเอาใจใส่ระดับสูง ร้อยละ 60.20 รูปแบบตามใจระดับปานกลาง ร้อยละ 64.50 รูปแบบควบคุมระดับปานกลาง ร้อยละ 51 และรูปแบบทอดทิ้งระดับต่ำร้อยละ 47.50 มีความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 89.30 มีการเปิดเผยเพศต่อสังคมในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 46.90 และถูกตีตราทางเพศในระดับปานกลาง ร้อยละ 59

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกกลั่นแกล้ง จำแนกตามระดับของปัจจัย พบว่า ปัจจัยระดับครอบครัว และปัจจัยระดับวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์กับการถูกกลั่นแกล้งของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัย

ป้องกันได้ ดังนี้ ปัจจัยที่เสี่ยง ได้แก่ การไม่ยอมรับเรื่องเพศในครอบครัว ( $p < .001$ , OR = 4.05, 95%CI = 2.187 – 7.522) รูปแบบการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ต่ำ ( $p = .003$ , OR = 2.08, 95%CI = 1.282 – 3.377) และปัจจัยป้องกัน ได้แก่ รูปแบบการเลี้ยงดูแบบตามใจ ( $p = .006$ , OR = .48, 95%CI = .287 – .814) และการถูกตีตราทางเพศ ( $p = .023$ , OR = .58, 95%CI = .365 – .932) ส่วนปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับความสัมพันธ์กับเพื่อน และปัจจัยระดับชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับการถูกกลั่นแกล้ง ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกกลั่นแกล้งของเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศในเขตกรุงเทพมหานคร (n = 488)

ปัจจัย	$\chi^2$	OR	95%CI	p-value
1. อายุ	.236	.88	.576 – 1.393	.629
2. ระดับการศึกษา	.008	.98	.628 – 1.528	.928
3. ดัชนีมวลกาย	1.909	.78	.463 – 1.143	.167
4. รายได้	.645	.83	.520 – 1.315	.422
5. อาชีพ	2.610	.22	.29 – 1.655	.106
6. ความพิการ				.422
7. การยอมรับเรื่องเพศในครอบครัว	22.132	4.05	2.187 – 7.522	.001**
8. รูปแบบการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่	9.016	2.08	1.282 – 3.377	.003**
9. รูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุม	.068	1.06	.668–1.692	.795
10. รูปแบบการเลี้ยงดูแบบตามใจ	7.682	.48	.287 – .814	.006**
11. รูปแบบการเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง	3.191	1.49	.960 – 2.318	.074
12. ความสัมพันธ์กับเพื่อน	1.001	1.49	.679 – 3.227	.317
13. การเปิดเผยเพศสภาวะต่อสังคม	3.472	1.56	.975 – 2.510	.062
14. การถูกตีตราทางเพศ	5.157	.58	.365 – .932	.023*

$\chi^2$  = ค่าสถิติไคสแควร์, \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , OR = Odd Ratio, CI = Confidence Interval

3. ปัจจัยทำนายการถูกกลั่นแกล้งของเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการถูกกลั่นแกล้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีทั้งหมด 3 ปัจจัย แบ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศถูกกลั่นแกล้ง ได้แก่ การไม่ยอมรับเรื่องเพศในครอบครัว ( $\text{Exp}(\beta) = 4.049$ ) และการเปิดเผยเพศสภาวะต่อสังคม ( $\text{Exp}(\beta) = 1.704$ ) และปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสการถูกกลั่นแกล้งของกลุ่มตัวอย่าง คือ รูปแบบการเลี้ยงดูแบบตามใจ ( $\text{Exp}(\beta) = .539$ ) และพบว่าทั้ง 3 ปัจจัยมีอำนาจในการทำนายร้อยละ 10.80 ดังตารางที่ 2

## ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายโอกาสการถูกกลั่นแกล้งของเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปรทำนาย	$\beta$	S.E.	p-value	Exp ( $\beta$ )	95%CI for Exp( $\beta$ )	Nagelkerke R <sup>2</sup>
การไม่ยอมรับเรื่องเพศในครอบครัว	1.398	.318	.000**	4.049	2.170 - 7.554	.108
รูปแบบการเลี้ยงดูแบบตามใจ	-.618	.274	.024*	.539	.315 - .923	
การเปิดเผยเพศสถานะต่อสังคม	.533	.248	.032*	1.704	1.047 - 2.772	
Constant	-2.267					

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

โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์ทำนายได้ ดังนี้  $\text{Logit (P)} = (-2.267) + (1.398) \times (\text{การไม่ยอมรับเรื่องเพศในครอบครัว}) + (-.618) \times (\text{รูปแบบการเลี้ยงดูแบบตามใจ}) + (.533) \times (\text{การเปิดเผยเพศสถานะต่อสังคม})$

### อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่สามารถทำนายการถูกกลั่นแกล้งของเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศในเขตกรุงเทพมหานคร มีทั้งหมด 3 ปัจจัย จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันได้ ดังนี้

**การไม่ยอมรับเรื่องเพศในครอบครัว** เป็นปัจจัยในระดับครอบครัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เยาวชนกลุ่มนี้ถูกกลั่นแกล้งได้ จากการศึกษาพบว่า สามารถอธิบายโอกาสในการถูกกลั่นแกล้งของกลุ่มตัวอย่างได้มากกว่า 4.05 เท่า อภิปรายได้ว่าเยาวชนที่ครอบครัวไม่ให้การยอมรับเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศอาจส่งผลกระทบต่อความเข้มแข็งทางอารมณ์และความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์เมื่อถูกกลั่นแกล้ง ส่งผลให้เมื่อถูกกลั่นแกล้งจะไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ และตกเป็นเหยื่อของการถูกกลั่นแกล้งได้ง่าย สอดคล้องกับงานวิจัยพบว่า เยาวชนที่ครอบครัวไม่ให้การยอมรับเรื่องเพศในครอบครัวถูกกลั่นแกล้งสูงกว่ากลุ่มที่ครอบครัวให้การยอมรับ<sup>8</sup> ดังนั้น การส่งเสริมให้เกิดการยอมรับเรื่องความหลากหลายทางเพศในครอบครัวจึงมีความสำคัญ เพราะจะนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงจากการถูกกลั่นแกล้งได้

**การเปิดเผยเพศสถานะต่อสังคม** เป็นปัจจัยระดับชุมชนที่สามารถที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เยาวชนกลุ่มนี้ถูกกลั่นแกล้งได้ โดยอธิบายโอกาสในการถูกกลั่นแกล้งของกลุ่มตัวอย่างได้มากกว่า 1.7 เท่า อภิปรายได้ว่าเยาวชนที่เปิดเผยเพศสถานะให้สังคมรับรู้ จะทำให้เยาวชนมีโอกาสถูกกลั่นแกล้งสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เปิดเผยเพศสถานะ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ พบว่า กลุ่มที่มีการเปิดเผยตัวตนในสังคมมักจะเป็นกลุ่มที่ได้รับการกลั่นแกล้งสูง<sup>10</sup> ดังนั้น การส่งเสริมให้เกิดการยอมรับเรื่องการเปิดเผยเพศสถานะในสังคมจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการถูกกลั่นแกล้งของกลุ่มนี้ได้

**รูปแบบการเลี้ยงดูแบบตามใจ** เป็นปัจจัยระดับครอบครัวที่เป็นปัจจัยป้องกันการถูกกลั่นแกล้งของเยาวชนกลุ่มนี้ได้ถึงร้อยละ 46.10 สามารถอภิปรายได้ว่า การเลี้ยงดูแบบตามใจหรือให้อิสระทางความคิดหรือการตัดสินใจ จะช่วยทำให้เยาวชนเกิดความเชื่อมั่น และมีความเข้มแข็งในจิตใจ กล้าที่จะเผชิญหรือจัดการกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ จึงมีทักษะในการป้องกันตนเองจากการถูกกลั่นแกล้ง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวให้แสดงออกถึงความต้องการของตนเองจะช่วยให้กลุ่มนี้ความเข้มแข็งทางจิตใจและสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ถูกเลือกปฏิบัติได้<sup>15-16</sup> ดังนั้น การส่งเสริมให้มีการเลี้ยงดูที่ส่งเสริมให้เยาวชนกลุ่มนี้มีความมั่นใจในการแสดงออกและกล้าที่จะปฏิเสธเมื่อถูกกลั่นแกล้ง

ผลการศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีนิเวศวิทยาการกลั่นแกล้งของเยาวยชน ที่กล่าวไว้ว่าการตกเป็นเหยื่อของการกลั่นแกล้งไม่สามารถเกิดขึ้นได้จากปัจจัยเดียว แต่จะเกิดขึ้นได้จากปัจจัยที่มีความซับซ้อนระหว่างบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อน โรงเรียน ชุมชนและวัฒนธรรมที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมหรือการตกเป็นเหยื่อของการกลั่นแกล้ง<sup>6</sup> จากการศึกษา พบว่า ตัวแปรปัจจัยระดับครอบครัว และปัจจัยระดับชุมชน มีบทบาทสำคัญในการส่งผลให้เยาวยชนกลุ่มนี้ตกเป็นเหยื่อของการกลั่นแกล้ง ซึ่งตัวแปรดังกล่าวมีอำนาจในการทำนายการถูกกลั่นแกล้งของเยาวยชนกลุ่มนี้ได้ดีที่สุด และสามารถแบ่งออกได้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดการถูกกลั่นแกล้ง ได้แก่ การไม่ยอมรับเรื่องเพศในครอบครัว ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ครอบครัวไม่ให้การยอมรับเรื่องเพศที่หลากหลายจะส่งผลให้เยาวยชนกลุ่มนี้ขาดความมั่นใจในการแสดงออกต่อรสนิยมทางเพศของตนเองและขาดความมั่นใจและถูกกลั่นแกล้งได้มากกว่า และการเปิดเผยเพศสภาวะต่อสังคม ที่พบว่า เยาวยชนที่มีการเปิดเผยเพศสภาวะต่อสังคมในระดับสูงจะส่งผลให้เยาวยชนกลุ่มนี้ตกเป็นเหยื่อและได้รับการเลือกปฏิบัติที่แตกต่างจากกลุ่มบุคคลอื่น ๆ ในสังคม และปัจจัยป้องกันในการถูกกลั่นแกล้ง เป็นปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการถูกกลั่นแกล้งของเยาวยชนกลุ่มนี้ได้แก่ รูปแบบการเลี้ยงดูแบบตามใจ ที่พบว่า เยาวยชนที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบตามใจอย่างเหมาะสมจะช่วยให้เยาวยชนกลุ่มนี้มีความมั่นใจในการแสดงออกและมีทักษะการสื่อสารที่สามารถปฏิเสธพฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งได้เมื่อตนเองตกเป็นเหยื่อ และตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย รายได้ อาชีพ ความพิการ และความสัมพันธ์กับเพื่อน ไม่มีความสัมพันธ์กับการถูกกลั่นแกล้งของเยาวยชนที่มีความหลากหลายทางเพศในเขตกรุงเทพมหานคร ( $p > .05$ )

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลเยาวยชนที่มีความหลากหลายทางเพศ ได้แก่ บุคลากรทางด้านสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษา เป็นต้น ในการจัดกิจกรรมในด้านต่าง ๆ ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เช่น ด้านการบริการ ได้แก่ การจัดกิจกรรมการคำปรึกษาแก่ผู้ปกครองของเยาวยชนกลุ่มนี้เกี่ยวกับการยอมรับความหลากหลายทางเพศ และการเลี้ยงดูเยาวยชนกลุ่มนี้อย่างเหมาะสม หรือการค้นหาและให้การดูแลแก่เยาวยชนที่ถูกกลั่นแกล้ง ด้านบริหาร ได้แก่ การกำหนดนโยบายหรือมาตรการเกี่ยวกับการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งของเยาวยชนกลุ่มนี้ใน และด้านวิชาการ ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศและการเลี้ยงดูที่เหมาะสมแก่เยาวยชนที่มีความหลากหลายทางเพศ

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาในกลุ่มเยาวยชนที่มีความหลากหลายทางเพศในพื้นที่อื่น ๆ หรือในบริบทที่แตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในเชิงบริบททางวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมทางสังคม

## References

1. Kosciw JG, Clark CM, Truong NL, Zongrone AD. The 2019 national school climate survey: the experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth in our nation's schools GLSEN [Internet]. 2020 [cited 2023 Dec. 15]. Available from: [https://www.glsen.org/sites/default/files/2020-10/NSCS-2019-Full-Report\\_0.pdf](https://www.glsen.org/sites/default/files/2020-10/NSCS-2019-Full-Report_0.pdf)
2. Thai Health Promotion Foundation. Thai youth survey by kid for kids: awareness, values, and attitudes of youth aged 15-25 in 5 dimensions 2022 [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec. 15]. Available from: <https://kidforkids.org/youth-survey-2022/> (in Thai)
3. Faculty Of Social Sciences and Humanities, Thailand PI. Bullying against students who are or perceived to be transgender or same-sex attracted in secondary schools: forms, prevalence, impacts, motivations, and prevention measures in five provinces of Thailand [Internet]. 2014 [cited 2023 Dec. 15]. Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000227518> (in Thai)
4. Olweus D, Limber SP. The olweus bullying prevention program: implementation and evaluation over two decades. In: Jimerson SR, Swearer SM, Espelage DL, editors. Handbook of bullying in schools: an international perspective. New York: Routledge; 2010. p. 377–401.
5. Esteban Mora J, Morales Rodríguez FM, Martínez Ramón JP. Attitudes toward transsexuality, empathy, and bullying in young population. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan. 5];2022;19(7):3849. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19073849>
6. Swearer S, Peugh J, Espelage D, Siebecker AB, Kingsbury WL, Bevins KS. A social-ecological model for bullying prevention and intervention in early adolescence. Handbook of school violence and school safety; 2006.
7. Kirklewski SJ, Watson RJ, Lauckner C. The moderating effect of physical activity on the relationship between bullying and mental health among sexual and gender minority youth. Journal of Sport and Health Science [Internet]. 2023. [cited 2024 Jan. 5];12(1):106-15. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2020.11.013>
8. Sares-Jaske L, Czimbalmos M, Majlander S, Siukola R, Klemetti R, Luopa P, et al. Gendered differences in experiences of bullying and mental health among transgender and cisgender youth. Journal of Youth and Adolescence [Internet]. 2023. [cited 2024 Jan. 5];52(8):1531-48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37199852/>
9. Peng Z, Li L, Su X, Lu Y. A pilot intervention study on bullying prevention among junior high school students in Shantou, China. BMC Public Health [Internet]. 2022. [cited 2024 Jan. 5];22(1):262. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35139844/>
10. Sabramani V, Idris IB, Ismail H, Nadarajaw T, Zakaria E, Kamaluddin MR. Bullying and its associated individual, peer, family and school factors: evidence from Malaysian national secondary school students. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2021. [cited 2024 Jan. 5];18(13):7208. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34281145>

11. Whitfield DL, Coulter RWS, Langenderfer-Magruder L, Jacobson D. Experiences of intimate partner violence among lesbian, gay, bisexual, and transgender college students: the intersection of gender, race, and sexual orientation. *Journal Interpers Violence* [Internet]. 2021. [cited 2024 Jan. 5];36(11-12):Np6040-64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30453802/>
12. Gower AL, Rider GN, McMorris BJ, Eisenberg ME. Bullying victimization among LGBTQ youth: current and future directions. *Current Sexual Health Report* [Internet]. 2018 Aug. 30 [cited 2024 Jan. 5];10(4):246-54. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6497454/>
13. Daniel WW. *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences*. 6<sup>th</sup> ed. New York: JohnWiley & Sons; 1995.
14. Seeya A, Auemaneekul N, Sujirarat D, Powwattana A, Satitvipawee P, Keawpan W. A structural equation model of factors influencing intimate partner violence victimization and health outcomes among men who have sex with men in Bangkok [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2017.
15. D'Augelli AR, Grossman AH, Salter NP, Vasey JJ, Starks MT, Sinclair KO. Predicting the suicide attempts of lesbian, gay, and bisexual youth. *Suicide And Life-Threatening Behavior* [Internet]. 2005. [cited 2024 Jan. 5];35(6):646-60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16552980/>
16. Barr SM, Budge SL, Adelson JL. Transgender community belongingness as a mediator between strength of transgender identity and well-being. *Journal of Counseling Psychology* [Internet]. 2016. [cited 2024 Jan. 5];63(1):87-97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26751157/>

## Effectiveness of Mindfulness-Based Application for Smoking Cessation: A Systematic Review

Received: Oct 22, 2024

Revised: Aug 18, 2025

Accepted: Aug 20, 2025

Weerachai Kuankaew, M.N.S.<sup>1</sup> Nattira Tiwato, M.N.S.<sup>2\*</sup>

Winai Robkob, M.N.S.<sup>3</sup> Woraporn Thinwang, M.N.S.<sup>4</sup>

Sipraphai Inchaithep, Ph.D.<sup>5</sup> Pitsini Mongkhonsiri, Ph.D.<sup>6</sup>

### Abstract

**Introduction:** Smoking is a major cause of premature death worldwide. Smoking cessation significantly reduces health risks. Mindfulness-based applications are an alternative way to support smoking cessation, although their effectiveness remains unclear.

**Research objectives:** To synthesize evidence on the effectiveness of mindfulness-based applications for smoking cessation.

**Research methodology:** This systematic review involved research articles published between 2015 and 2024. Eligible studies included both Thai and English-language research that investigated the use of mindfulness-based applications for smoking cessation in databases: CINAHL Complete, PubMed, Embase, Scopus, Google Scholar, and ThaiJo. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. Six research papers from 295 studies met the inclusion criteria.

**Results:** The findings revealed that awareness of bodily sensations, self-compassion, breath awareness, and the RAIN technique are core components of mindfulness-based smoking cessation applications, which feature behavior tracking and experience-sharing functions. Most programs lasted between 22 and 30 days, with daily practice sessions of 5 to 15 minutes. The applications significantly reduced stress and anxiety levels and increased the likelihood of achieving seven-day point-prevalence abstinence.

**Conclusions:** Analyzing mindfulness-based apps for smoking indicates they can help reduce stress and anxiety and support short-term smoking abstinence.

**Implications:** Future research should focus on evaluating the effectiveness of systematically designed mindfulness-based smoking cessation applications using standardized tools and outcome measures. This would help reduce data variability and facilitate future meta-analyses.

**Keywords:** smoking cessation, mindfulness-based applications, systematic review

*Funding: The project of research competencies development program of Praboromarajchanok Institute funded by the Thailand Science Research and Innovation (TSRI)*

<sup>1</sup>Lecturer, <sup>1</sup>Email: weerachai.wee@gmail.com <sup>6</sup>Email: dr.pitsini@hotmail.com

<sup>2\*</sup>Corresponding author: Lecturer, Email: nattiratiwato@gmail.com

<sup>3-5</sup>Assistant Professor, <sup>3</sup>Email: winai.r@mail.bcnlp.ac.th <sup>4</sup>Email: woraporn.t@mail.bcnlp.ac.th <sup>5</sup>Email: sriprapai.i@mail.bcnlp.ac.th

<sup>1-5</sup>Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok institute, Lampang, Thailand.

<sup>6</sup>Faculty of Medicine, Praboromarajchanok institute, Bangkok, Thailand.

## ประสิทธิผลของแอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติ ในการเลิกสูบบุหรี่: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Received: Oct 22, 2024

Revised: Aug 18, 2025

Accepted: Aug 20, 2025

วีระชัย เชื้อนแก้ว พย.ม.<sup>1</sup> ณัฐธิดา ทิวาโต พย.ม.<sup>2\*</sup>

วินัย รอบคอบ พย.ม.<sup>3</sup> วรภรณ์ ทินวัง พย.ม.<sup>4</sup>

ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ ปร.ด.<sup>5</sup> พิชญ์สินี มงคลศิริ ปร.ด.<sup>6</sup>

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั่วโลก การเลิกสูบบุหรี่สามารถลดความเสี่ยงดังกล่าวได้ ปัจจุบันมีการใช้แอปพลิเคชันที่อิงแนวคิดการฝึกสติเพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่ แต่ยังไม่มีย่อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิผลที่เกิดขึ้น

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** เพื่อสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลของแอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติในการเลิกสูบบุหรี่

**ระเบียบวิธีวิจัย:** การศึกษานี้รวบรวมบทความวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2567 โดยเลือกจากการวิจัยที่ใช้แอปพลิเคชันฝึกสติทั้งภาษาไทยและอังกฤษ ค้นหาข้อมูลใน 6 ฐานข้อมูล ได้แก่ CINAHL Complete, PubMed, Embase, Scopus, Google Scholar และ ThaiJo โดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

**ผลการวิจัย:** ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 295 เรื่อง มีงานวิจัยตรงตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 6 เรื่อง พบว่า แอปพลิเคชันฝึกสติที่ใช้ในการเลิกสูบบุหรี่มีองค์ประกอบหลัก คือ การรับรู้ความรู้สึกทางกาย ความเมตตาต่อตนเอง การรับรู้ถึงลมหายใจ และเทคนิค RAIN พร้อมด้วยฟีเจอร์ติดตามพฤติกรรมและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โปรแกรมส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลา 22 - 30 วัน โดยฝึกวันละ 5 - 15 นาที ช่วยลดระดับความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ เพิ่มโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นเวลา 7 วัน

**สรุปผล:** การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาแอปพลิเคชันฝึกสติในการเลิกสูบบุหรี่ ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้น โดยโปรแกรมที่มีประสิทธิผลใช้เวลา 5 - 15 นาทีต่อวัน ต่อเนื่อง 22 - 30 วัน

**ข้อเสนอแนะ:** ควรส่งเสริมการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของแอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติในการเลิกสูบบุหรี่ที่มีการออกแบบอย่างเป็นระบบ โดยใช้เครื่องมือและตัวชี้วัดมาตรฐานเดียวกัน เพื่อลดความหลากหลายของข้อมูล และสามารถวิเคราะห์หรืออภิปรายในอนาคตได้

**คำสำคัญ:** การเลิกสูบบุหรี่ แอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยรุ่นใหม่ของสถาบันพระบรมราชชนก จากกองทุนส่งเสริมการวิจัยและนวัตกรรม (สทสว.)

<sup>1</sup>อาจารย์ <sup>1</sup>Email: weerachai.wee@gmail.com <sup>6</sup>Email: dr.pitsini@hotmail.com

<sup>2\*</sup>Corresponding author อาจารย์ <sup>2</sup>Email: nattirativato@gmail.com

<sup>3-5</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ <sup>3</sup>Email: winai.r@mail.bcnlp.ac.th <sup>4</sup>Email: worapom.t@mail.bcnlp.ac.th <sup>5</sup>Email: sriprapai.i@mail.bcnlp.ac.th

<sup>1-5</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ลำปาง ประเทศไทย

<sup>6</sup>คณะแพทยศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพฯ ประเทศไทย

## บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย องค์การอนามัยโลกระบุว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่ป้องกันได้มากที่สุด โดยครึ่งหนึ่งของผู้เสียชีวิตเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ<sup>1-2</sup> ในปี 2564 ประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 10.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.10 ของประชากรทั้งหมด<sup>3</sup> การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตประมาณ 50,000 คนต่อปีในประเทศไทย<sup>4</sup> การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้าน ทั้งโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมะเร็งหลายชนิด รวมถึงมะเร็งปอดและมะเร็งช่องปาก<sup>5-6</sup> นอกจากนี้ควินบุหรี่มือสองยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะเด็กและผู้สูงอายุ<sup>7</sup> การเลิกสูบบุหรี่เป็นกระบวนการที่ท้าทายซึ่งต้องการการสนับสนุนทั้งทางกายและจิตใจ แม้ว่าวิธีการที่มีอยู่ เช่น การให้คำปรึกษาและการใช้ยา แต่ยังคงจำเป็นต้องแสวงหาวิธีการใหม่ ๆ การฝึกสติ (Mindfulness) ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากสามารถช่วยลดความเครียด ควบคุมความอยากสูบบุหรี่ และลดอัตราการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ การประยุกต์ใช้การฝึกสติทางคลินิกเน้นการมีสติอยู่กับปัจจุบันโดยปราศจากการตัดสิน ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การตระหนักรู้ การอยู่กับปัจจุบัน การไม่ตัดสิน การยอมรับ และความเมตตาต่อตนเอง องค์ประกอบเหล่านี้ช่วยเสริมสร้างการควบคุมตนเองและลดการตอบสนองต่อความอยากสูบบุหรี่อย่างอัตโนมัติ<sup>8</sup>

ในยุคดิจิทัล เทคโนโลยีมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ โดยเฉพาะการใช้แอปพลิเคชันช่วยให้ผู้ใช้เข้าถึงข้อมูลและเทคนิคการฝึกสติได้ทุกที่ งานวิจัยชี้ว่าแอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติสามารถลดอัตราการสูบบุหรี่และเพิ่มโอกาสในการเลิกได้สำเร็จ<sup>9</sup> แอปพลิเคชันเพื่อการเลิกสูบบุหรี่มีหลายรูปแบบ เช่น การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา การใช้เทคนิคการฝึกสติ และการติดตามความก้าวหน้า ข้อดีสำคัญคือความสะดวกในการใช้งานและการเข้าถึงข้อมูลที่ทันสมัย<sup>10</sup> การฝึกสติสามารถเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ โดยช่วยลดความอยากบุหรี่และจัดการกับความเครียด<sup>11</sup> นอกจากนี้ การฝึกสติยังสามารถใช้ร่วมกับวิธีอื่น ๆ เช่น การให้คำปรึกษาและการใช้ยา เพื่อเพิ่มโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ จากการศึกษา พบว่าแอปพลิเคชัน Craving to quit ช่วยลดจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันและความอยากสูบ โดยสอนเทคนิค RAIN (Recognize, Accept, Investigate, and Note)<sup>12</sup> การใช้แอปพลิเคชัน Smartphone-assisted mindfulness-based intervention ร่วมกับการจัดการตามเงื่อนไข (Contingency management) พบว่าผู้ใช้งานมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญ<sup>13</sup>

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ที่ใช้การฝึกสติและการบำบัดด้วยการยอมรับและความมุ่งมั่น (Acceptance and commitment therapy: ACT) ทางออนไลน์ พบว่ายังไม่มีหลักฐานชัดเจนว่ามีประสิทธิผลเหนือกว่าวิธีการรักษาอื่น ๆ เนื่องจากคุณภาพของหลักฐานอยู่ในระดับต่ำถึงต่ำมาก จึงจำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อยืนยันผลลัพธ์ดังกล่าว<sup>14</sup> และพบว่าการใช้แอปพลิเคชันเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ แต่เมื่อใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาและใช้อย่างสม่ำเสมอ สามารถเพิ่มโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาที่ผ่านมา ยังขาดงานวิจัยที่มุ่งวิเคราะห์ประสิทธิผลของแอปพลิเคชันบนมือถือที่เน้นการฝึกสติในการเลิกสูบบุหรี่โดยเฉพาะ ส่วนใหญ่เป็นการรวมการฝึกสติเข้ากับวิธีอื่น หรือศึกษาภาพรวมของแอปพลิเคชันหลายประเภท ทำให้ประสิทธิผลที่แท้จริงของ “แอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติ” ยังไม่ถูกแยกวิเคราะห์อย่างชัดเจน<sup>15</sup> การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจะช่วยให้เข้าใจถึงประสิทธิผลของแอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติในการเลิกสูบบุหรี่ในบริบทที่หลากหลาย สามารถนำไปสู่การพัฒนานโยบายและโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งยังช่วยระบุปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ เช่น ลักษณะของผู้ใช้ การออกแบบแอปพลิเคชัน

และวิธีการฝึกสติที่ใช้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของแอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติในการเลิกสูบบุหรี่ ตามแนวทางของสถาบันโจแอนนาบริกส์<sup>16</sup> เพื่อหาข้อสรุปองค์ความรู้ในการนำไปสู่การปฏิบัติในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้สูบบุหรี่ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลของแอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติในการเลิกสูบบุหรี่

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้มุ่งศึกษาประสิทธิผลของแอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติในการเลิกสูบบุหรี่ โดยดำเนินการตามแนวทางของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI) ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดหัวข้อและคำถามวิจัย การสืบค้นตามกรอบ PICO การประเมินคุณภาพของงานวิจัย และการสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยเชิงปริมาณที่เผยแพร่ ระหว่างปี พ.ศ. 2558 ถึง 2567

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของแอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติในการเลิกสูบบุหรี่

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือรายงานการวิจัยที่ประเมินประสิทธิผลของแอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2558 – 2567 (ค.ศ. 2015–2024) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน ดังนี้

1. การกำหนดประเด็น PICO ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ P (Participant) คือ ผู้ที่สูบบุหรี่ I (Intervention) คือ ในการศึกษานี้คือแอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติ การเจริญสติ การฝึกสมาธิ หรือการฝึกจิต โดยอ้างอิงจากกรอบแนวคิดของ Kabat-Zinn ที่เน้นการมีสติอยู่กับปัจจุบันโดยไม่ตัดสิน ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การมีสติรู้ตัว การอยู่กับปัจจุบัน การไม่ตัดสิน การเปิดใจยอมรับ และความเมตตาต่อตนเอง ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญความทุกข์และความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ C (Comparison) คือ การสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ประเภทอื่น ๆ รวมถึงการดูแลตามมาตรฐาน O (Outcome) คือ อัตราการเลิกสูบบุหรี่ ที่รายงานเป็นอัตราการเลิกสูบบุหรี่ในช่วง 7 วัน หรืออัตราการเลิกสูบบุหรี่ต่อเนื่อง ประเมินอย่างน้อย 3 เดือนหลังจากจุดเริ่มต้น

2. กำหนดฐานข้อมูลในการสืบค้น ได้แก่ ฐานข้อมูล CINAHL Complete, PubMed, Embase, Scopus, Google Scholar และ ThaiJo กำหนดคำค้น ได้แก่ ผู้สูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่ Smoker แอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติ แอปพลิเคชันที่ใช้การเจริญสติ แอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสมาธิ แอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกจิต, Mindfulness app\*, Mindfulness-based app\*, อัตราการเลิกสูบบุหรี่ smoking, Tobacco abstinence, Tobacco use cessation, Tobacco quitting, Quit\*, smok\*, Give up smok\*, Stop\*

**เกณฑ์การคัดเข้า** คือ เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับประสิทธิผลของแอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติในการเลิกสูบบุหรี่ โดยเนื้อหาของงานวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่มีเนื้อหาเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ในช่วง พ.ศ. 2558 - 2567

**เกณฑ์การคัดออก** คือ การศึกษาในผู้ที่สูบบุหรี่อายุน้อยกว่า 18 ปีบริบูรณ์ เป็นงานวิจัยวิจัยที่ไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็มได้

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) Joanna briggs critical appraisal tools ของสถาบันโจนนาบริกส์ โดยแบบประเมินงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (Randomized control trial: RCT) มีจำนวน 13 ข้อ คะแนนเต็ม 13 คะแนน และ แบบประเมินงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) มีจำนวน 9 ข้อ คะแนนเต็ม 9 คะแนน ข้อคำถามประเมินเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยของแต่ละการศึกษา เช่น วิธีการสุ่มตัวอย่างเข้าในแต่ละกลุ่ม การลอคคิตในการวิจัย การปกปิดข้อมูลสำหรับบำบัดและอาสาสมัคร เป็นต้น ตัวเลือกตอบมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ (Yes) ไม่ใช่ (No) ไม่แน่ใจ (Unclear) และไม่เกี่ยวข้อง (N/A) เกณฑ์คุณภาพของงานวิจัยที่ยอมรับได้ กำหนดที่คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 การประเมินคุณภาพงานวิจัย ดำเนินการโดยนักวิจัย 2 คนทำงานอย่างเป็นอิสระต่อกัน นักวิจัยคนแรกและคนที่ 2 ประเมินคุณภาพงานวิจัย หลังจากนั้นนำผลมาเปรียบเทียบกันกรณีที่แตกต่างกัน จะให้นักวิจัยคนที่ 3 เป็นผู้ตัดสินหาข้อสรุปแต่ละการศึกษาดำเนินการอย่างอิสระ และ 2) การสกัดข้อมูลลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาถูกสกัดและบันทึกตารางที่ 1

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินคุณภาพการวิจัยและแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูลที่ใช้ในครั้งนี้พัฒนาโดยสถาบันโจนนาบริกส์ ก่อนการประเมินคุณภาพจริง ทีมวิจัยได้ทดลองใช้แบบประเมินกับงานวิจัย 1 เรื่อง เพื่อทดสอบความเข้าใจตรงกันในข้อคำถาม สร้างความมั่นใจในความถูกต้อง และความสอดคล้องของการประเมิน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง หมายเลข E 2565-081 วันที่อนุมัติ 19 กรกฎาคม 2565

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการโดยใช้ตามการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของสถาบันโจนนาบริกส์ ดังนี้

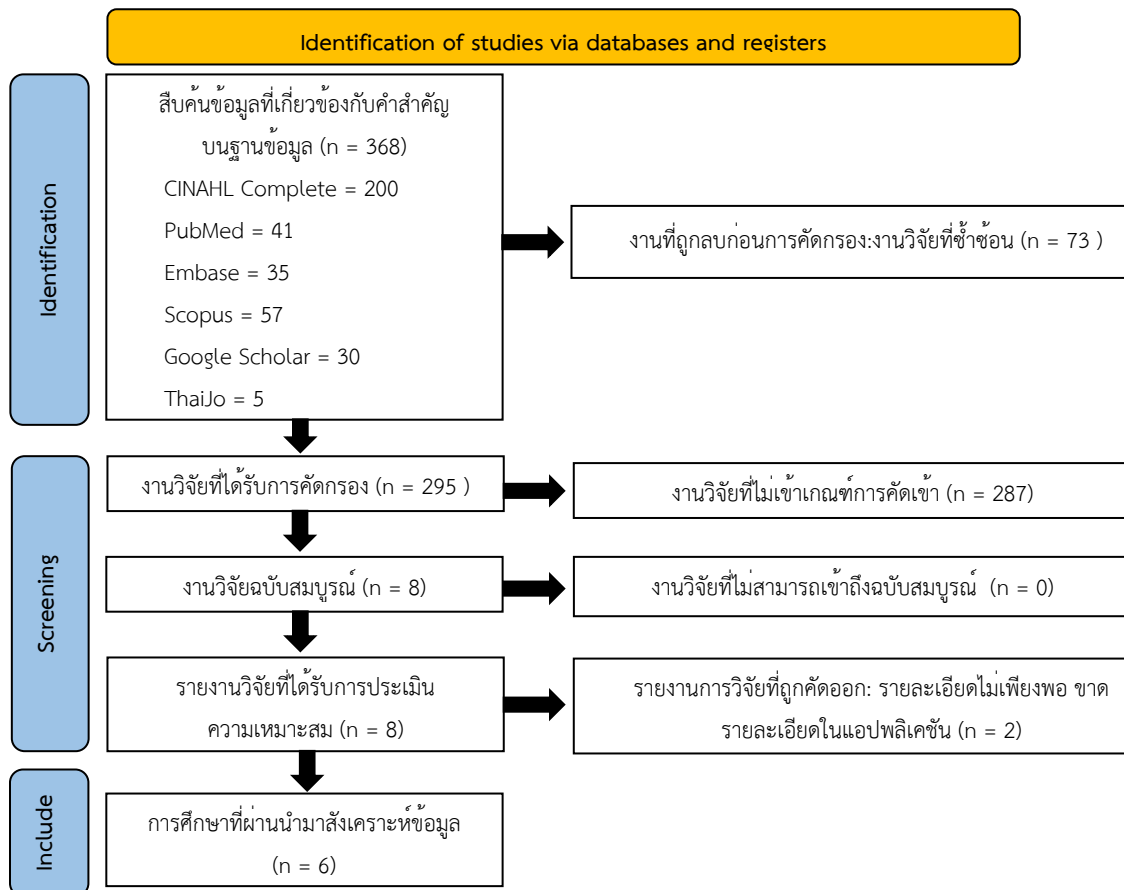
1. กำหนดคำถามการวิจัย ได้แก่ ประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติในการเลิกสูบบุหรี่เป็นอย่างไร
2. กำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อรวบรวมหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติในการเลิกสูบบุหรี่
3. กำหนดหัวข้อ กำหนดหัวข้อของการทบทวนวรรณกรรม และสืบค้นรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบ PICO
4. ทำการสืบค้นวรรณกรรมตามคำที่กำหนดในฐานข้อมูลที่กำหนด โดยผู้วิจัยหลัก และผู้ร่วมวิจัยร่วมกันกำหนดคำค้นหลัก โดยใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่กำหนด
5. การคัดเลือกงานวิจัยดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดในแบบคัดกรอง โดยนักวิจัย 2 คน ทำการสืบค้นและคัดกรองอย่างอิสระ บทความที่สืบค้นได้ถูกนำเข้าโปรแกรมจัดการข้อมูลเพื่อกำจัดรายการซ้ำ และใช้สำหรับการคัดกรอง 2 ขั้นตอน ได้แก่ การคัดกรองจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ (Title and abstract screening) และการคัดกรองฉบับเต็ม (Full-text Review) โดยใช้เกณฑ์การรวมและเกณฑ์การคัดออกที่กำหนด หากนักวิจัยทั้งสองมีความเห็นไม่ตรงกัน จะมีการอภิปรายเพื่อหาข้อสรุป และหากยังไม่สามารถตกลงได้ จะมีนักวิจัยคนที่สามเข้ามาตัดสิน
6. การบันทึกข้อมูลผลงานวิจัยดำเนินการในแบบฟอร์มการประเมินคุณภาพงานวิจัย ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้วิจัย ปี ค.ศ. จำนวนกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของแอปพลิเคชันการฝึกสติ กลุ่มเปรียบเทียบ ประเทศที่ทำการศึกษา ระยะเวลาการใช้แอปพลิเคชัน เครื่องมือที่ใช้ประเมิน และผลลัพธ์หลัก ทั้งนี้มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการไขว้กันระหว่างผู้วิจัยทั้งสองคน

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสรุปข้อมูลการวิจัยมาทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้ โดยทำการวิเคราะห์สรุปผลโดยการวิเคราะห์สรุปเนื้อหา (Narrative summary)

## ผลการวิจัย

จากการสืบค้นวรรณกรรมตามคำที่กำหนดในฐานข้อมูล CINAHL Complete, PubMed, Embase, Scopus, Google Scholar และ ThaiJo ได้ผลงานทั้งหมด จำนวน 368 เรื่อง แยกเป็นจากฐานข้อมูล CINAHL Complete จำนวน 200 เรื่อง ฐานข้อมูล PubMed จำนวน 41 เรื่อง ฐานข้อมูล Embase จำนวน 35 เรื่อง ฐานข้อมูล Scopus จำนวน 57 เรื่อง ฐานข้อมูล Google Scholar จำนวน 30 เรื่อง และฐานข้อมูล ThaiJo จำนวน 5 เรื่อง หลังจากตัดรายการที่ซ้ำกันออก จำนวน 73 เรื่อง คงเหลือบทความที่นำมาประเมินเบื้องต้นจำนวน 295 เรื่อง จากนั้นนำผลงานวิจัยไปคัดกรองตามการประเมินค่างานวิจัย ได้ผลงานทั้งหมด 6 เรื่อง ใน PRISMA diagram แผนผังที่ 1



แผนผังที่ 1 การสืบค้นข้อมูลตาม PRISMA diagram

การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาแสดงให้เห็นว่า แอปพลิเคชันฝึกสติที่นำมาใช้ในการเลิกสูบบุหรี่มีองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกทางกาย (Body awareness) ความเมตตาต่อตนเอง (Self-Compassion) การรับรู้ถึงลมหายใจ (Breath awareness) และเทคนิค RAIN (Recognize, Accept, Investigate, and Note) นอกจากนี้ แอปพลิเคชันยังมีฟีเจอร์สนับสนุน เช่น การติดตามพฤติกรรม และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ใช้ โปรแกรมฝึกส่วนใหญ่มีระยะเวลา 22 – 30 วัน โดยใช้เวลาฝึกวันละ 5 – 15 นาที ผลการศึกษาพบว่า แอปพลิเคชันดังกล่าวสามารถลดระดับความเครียดและความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังช่วยเพิ่มโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่ต่อเนื่องได้นานอย่างน้อย 7 วัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ศึกษาเกี่ยวกับแอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติในการเลิกสูบบุหรี่

ผู้วิจัย (ปี ค.ศ.)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	รายละเอียดของแอปพลิเคชันการฝึกสติ	กลุ่มเปรียบเทียบ	ประเทศที่ทำการศึกษา	ระยะเวลาในการใช้แอปพลิเคชันการฝึกสติ	เครื่องมือที่ใช้ประเมิน	ผลลัพธ์หลักที่ได้
Garrison KA et al. (2020) <sup>12</sup>	225 คน แบ่งเป็น - กลุ่มทดลอง = 143 คน - กลุ่มควบคุม = 182 คน	- Body Scan - Loving Kindness - Breath Awareness - RAIN Practice	การดูแลตามมาตรฐาน	สหรัฐอเมริกา ไม่ระบุ	5 – 15 นาที/วัน 22 วัน	- การงดสูบบุหรี่เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ณ ระยะเวลา 6 เดือน - การสูบบุหรี่จำนวนวนต่อวัน - แบบสอบถาม The craving experience questionnaire - แบบสอบถาม The five facet mindfulness questionnaire (FFMQ)	- อัตราการเลิกสูบบุหรี่ ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ในอัตราการเลิกสูบบุหรี่ที่ 6 เดือน (MMT-ES: 9.8%, ES: 12.1%) - ทั้งสองกลุ่มแสดงการลดจำนวนบุหรี่ต่อวันอย่างมีนัยสำคัญ (p < .001) - ทั้งสองกลุ่มแสดงการลดความอยากสูบบุหรี่ทั้งในแง่ของความแข็งแรงและความถี่ (p < .001) - การเพิ่มระดับสติ ทั้งสองกลุ่มมีการเพิ่มระดับสติอย่างมีนัยสำคัญ (p < .05)
Minami, H. et al. (2021) <sup>13</sup>	49 คน แบ่งเป็น - กลุ่มทดลอง = 25 คน - กลุ่มควบคุม = 24 คน	1. การฝึกสติ (Mindfulness Practice) ในชีวิตประจำวัน 2. ส่วนประกอบอื่น ๆ 2.1 การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล 2.2 แผนนิโคติน (Nicotine Patches) 2.3 แอปบนสมาร์ตโฟน (Smartphone App) การเตือนให้ฝึกสติ EMA และการส่งวิดีโอ CO	การดูแลตามมาตรฐาน	สหรัฐอเมริกา โรดไอแลนด์	วันละ 1 Module 38 วัน	- การตรวจคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) เพื่อยืนยันการงดสูบบุหรี่ 7 วัน ที่ได้รับการยืนยันทางชีวเคมี - แบบสอบถาม Avoidance and Inflexibility Scale (AIS) - แบบสอบถาม Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) - แบบสอบถาม Positive and Negative Affect Scale (PANAS)	- กลุ่มทดลอง ให้ความร่วมมือในการฝึกสติอย่างสม่ำเสมอ และผล CO ≤ 6 ppm - การงดสูบบุหรี่ 7 วันของกลุ่มทดลอง ลดกว่ากลุ่มควบคุมในระยะ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ (84%) แต่ไม่แตกต่างกันในระยะ 3 เดือนหลังการติดตามผล (46%) - การลดจำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวัน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน - ความอยากสูบบุหรี่และผลกระทบต่อานลบ มีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ศึกษาเกี่ยวกับแอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติในการเลิกสูบบุหรี่ (ต่อ)

ผู้วิจัย (ปี ค.ศ.)	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง (คน)	รายละเอียดของ แอปพลิเคชัน การฝึกสติ	กลุ่ม เปรียบเทียบ	ประเทศ ที่ทำการศึกษา	ระยะเวลาในการใช้ แอปพลิเคชัน การฝึกสติ	เครื่องมือที่ใช้ประเมิน	ผลลัพธ์หลักที่ได้
Asfar, T. et al. (2021) <sup>17</sup>	60 คน	1. หลักการฝึกสติ เพื่อลดความ อยากสูบบุหรี่ 2. คำแนะนำประจำสัปดาห์ 3. ฟังก์ชันติดตามสถานะ การสูบบุหรี่ 4. การช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น การให้คำแนะนำ	ไม่มีการ เปรียบเทียบ	สหรัฐอเมริกา ฟลอริดา	ไม่ระบุเวลา 22 วัน	- การรายงานตนเองของการหยุด สูบบุหรี่ 7 วัน - การรายงานตนเองของจำนวน การสูบบุหรี่ต่อวัน - การประเมินการรับรู้ และความพึง พอใจต่อการใช้ออปพลิเคชัน	- การเลิกสูบบุหรี่ที่ได้รับการยืนยัน ทางชีวเคมี (7 วันของการหยุดสูบบุหรี่ ติดต่อกันที่ได้รับการยืนยันด้วยคอตินิน ในน้ำลาย) - ลดความเครียดและการซึมเศร้า
Mhende, J. et al (2021) <sup>18</sup>	60 คน	1. สอนเทคนิคการฝึกสติ เช่น Body Scan, Loving Kindness, Breath Awareness, RAIN Practice 2. มีฟีเจอร์ต่าง ๆ เช่น การสนับสนุนทางสังคม การติดตามสถานะการ สูบบุหรี่ การตั้งเป้าหมาย และการบำบัดด้วยโยคีติน แบบแผนแปะ	ไม่มีการ เปรียบเทียบ	สหรัฐอเมริกา ฟลอริดา	ไม่ระบุเวลา 8 สัปดาห์	- แบบสอบถามเพื่อประเมินการ เปลี่ยนแปลงระดับความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความ พยายามในการเลิกสูบบุหรี่ - การประเมินการรับรู้ และความ พึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชัน - การรายงานตนเองของการหยุด สูบบุหรี่ 7 วัน (7-day abstinence)	- การฝึกสติมีประโยชน์ โดยเฉพาะในการ จัดการกับความเครียด - ผู้ใช้งาน 10 จาก 19 คน (52.6%) รายงานว่าได้หยุดสูบบุหรี่ 7 วัน ติดต่อกัน - คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจ อยู่ที่ 7.1 จาก 10

ตารางที่ 1 ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ศึกษาเกี่ยวกับแอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติในการเลิกสูบบุหรี่ (ต่อ)

ผู้วิจัย (ปี ค.ศ.)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	รายละเอียดของแอปพลิเคชันการฝึกสติ	กลุ่มเปรียบเทียบ	ประเทศที่ทำการศึกษา	ระยะเวลาในการใช้แอปพลิเคชันการฝึกสติ	เครื่องมือที่ใช้ประเมิน	ผลลัพธ์หลักที่ได้
Asfar, T. et al. (2022) <sup>19</sup>	59 คน	1. สอนเทคนิค เช่น Body Scan, Loving Kindness, Breath Awareness และ RAIN Practice 2. มีฟีเจอร์ต่าง ๆ เช่น การสนับสนุนทางสังคม การติดตามสถานะการสูบบุหรี่ และการตั้งเป้าหมาย 3. การให้รางวัล	ไม่มีการเปรียบเทียบ	สหรัฐอเมริกา จอร์เจีย	ไม่ระบุเวลา 22 วัน	- การสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus groups) เพื่อสำรวจความคิดเห็น และประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมเกี่ยวกับแอปพลิเคชัน - การบันทึกเสียงและการถอดความ - การวิเคราะห์เชิงธีม (Thematic analysis) ด้วยโปรแกรม NVivo	- ผู้ใช้งานส่วนใหญ่มีความสนใจในการใช้แอปเพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่และคิดว่าการฝึกสติจะช่วยลดความเครียดและกระตุ้นให้ใช้งานพยายามเลิกสูบบุหรี่ - ผู้ใช้งานสนับสนุนการให้รางวัล
Cioe, P.A. et al. (2023) <sup>20</sup>	16 คน	1. การฝึกสติผ่านวิดีโอและแอนิเมชันที่สั้น (ประมาณ 10 นาทีต่อวัน) รวมถึงการทำสมาธิ 2. มีการเช็คอิน (Check-ins) ที่เริ่มต้นโดยแอปพลิเคชันเอง และมี การฝึกสติที่สามารถเรียกใช้ได้ตามต้องการเพื่อช่วยในการจัดการกับความวิตกกังวล	ไม่มีการเปรียบเทียบ	สหรัฐอเมริกา ไม่ระบุ	3 – 5 นาที / ครั้ง 8 สัปดาห์	- Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) - Contemplation Ladder - System Usability Scale (SUS) - Timeline Follow back (TLFB)	- ระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ - ความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ - ที่สัปดาห์ที่ 8 ผู้ใช้งาน 3 คนรายงานว่าพยายามเลิกสูบบุหรี่ และ 2 คนรายงานว่าหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา 7 วัน

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับแอปพลิเคชันช่วยเลิกสูบบุหรี่ผ่านการฝึกสติ พบว่า มีองค์ประกอบที่เหมือนกันหลายประการ โดยผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การฝึกสติผ่านแอปพลิเคชันช่วยในการลดการสูบบุหรี่และเพิ่มระดับสติ อภิปรายได้ ดังนี้

1. งานวิจัยที่ศึกษาเน้นประสิทธิผลของแอปพลิเคชันสมาร์ตโฟนที่ใช้การฝึกสติในการช่วยลดการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ใช้งานมีการลดจำนวนบุหรี่ที่สูบและเพิ่มระดับสติหลังการใช้งานแอปพลิเคชันที่ศึกษา โดยส่วนใหญ่ มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยใช้เทคนิคการฝึกสติ เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางกาย การแผ่เมตตา และการตระหนักรู้ ลมหายใจ รวมถึงการจัดการความอยากสูบบุหรี่<sup>12-13,17-20</sup> ผลการศึกษายังสะท้อนว่าการฝึกสติเป็นแนวทางหลัก ในการช่วยเลิกบุหรี่ โดยการตระหนักรู้ถึงความต้องการและพยายามยุติความคิดนั้นด้วยตนเอง เมื่อบุคคลสามารถ ระบุและทำความเข้าใจกับความอยากสูบได้ ก็สามารถลดหรือดับความรู้สึกดังกล่าวได้ กระบวนการนี้สอดคล้องกับ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ซึ่งเน้นบทบาทของการรับรู้และการกำกับตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม<sup>21</sup> โดยการฝึกสติช่วยให้บุคคลรู้เท่าทันความคิดและความต้องการ มุ่งเสริมสร้างทักษะการควบคุมตนเอง เป็นการ ตระหนักรู้ความคิดที่อยากสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงสิ่งยั่วยุ การปรับเปลี่ยนทัศนคติและกระบวนการรับรู้ ตลอดจน การตัดสินใจยึดถือพฤติกรรมที่มีคุณค่า ทำให้บุคคลสามารถกำกับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างต่อเนื่องและง่วน จากการสูบบุหรี่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้สำเร็จ<sup>22</sup> การวิจัยทั้งหมดชี้ให้เห็นว่าแอปพลิเคชัน สมาร์ตโฟนที่ใช้หลักการฝึกสติเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลในการลดการสูบบุหรี่ และควรได้รับการพัฒนาและบูรณาการ ในระบบสาธารณสุข การผสมผสานเทคโนโลยีกับการฝึกสติไม่เพียงช่วยลดการสูบบุหรี่ แต่ยังส่งเสริมสุขภาพจิต และความเป็นอย่างยิ่ง

2. ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันการฝึกสติในกลุ่มทดลองในการลดการสูบบุหรี่ และความอยากสูบบุหรี่ โดยผู้เข้ารับการบำบัดสามารถเข้าถึงการบำบัดได้อย่างสะดวกและมีประโยชน์ ทั้งยังลด การสูบบุหรี่และความอยากได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>12-13</sup> การฝึกสติเป็นการฝึกการระลึกรู้และตั้งใจอยู่กับประสบการณ์ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน มีองค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกทางกาย โดยการตระหนักรู้ปฏิกิริยาต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เมื่อเกิดความรู้สึกอยากสูบและอารมณ์ที่เกิดขึ้น แล้วใช้การรับรู้ถึงลมหายใจเพื่อช่วยเบี่ยงเบนความคิดให้กลับมา ตระหนักรู้ที่ลมหายใจ และใช้เทคนิค RAIN เพื่อรับมือกับความอยากบุหรี่ โดยการสำรวจและการตระหนักรู้ ถึงความอยากสูบบุหรี่หรือการเปลี่ยนแปลงทางกายที่เกิดขึ้นขณะเกิดความอยาก และยอมรับสิ่งเหล่านั้น เช่น ความคิดและอารมณ์ที่เป็นทุกข์จากความอยากสูบหรือความไม่สบายจากภาวะถอนนิโคติน เมื่อเวลาผ่านไป ความรู้สึกเชิงลบและความอยากบุหรี่จะค่อย ๆ ลดลง และความเมตตาต่อตนเอง เป็นการกล่าวคำปรารภนาเพื่อส่งเสริม ให้บุคคลเกิดการยอมรับตนเองกับสิ่งที่เป็นอยู่ตามความเป็นจริงโดยไม่ตัดสิน<sup>12</sup> นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้สำเร็จ สอดคล้องกับความคิดเห็นของนักประสาทวิทยาที่ระบุว่า การฝึกฝนและพัฒนาจิตใจอย่างสม่ำเสมอสามารถ กำหนดโครงสร้างและการทำงานของสมองได้ โดยสมองเกิดการเปลี่ยนแปลง พัฒนาความยืดหยุ่น และการปรับตัวใหม่ (Neuroplasticity) ตามประสบการณ์ทางจิตใจ<sup>23</sup> และการศึกษาที่ใช้การฝึกสติผ่านเทคโนโลยีโทรศัพท์เคลื่อนที่ ในการลดการสูบบุหรี่ พบว่าอัตราการเลิกสูบบุหรี่ที่ได้รับการยืนยันทางชีวเคมีอยู่ที่ร้อยละ 22 เมื่อสิ้นสุดการรักษา และร้อยละ 19 ในการติดตามผลหลัง 1 เดือน<sup>24</sup> คล้ายคลึงกับผลการศึกษาที่ใช้การฝึกสติบำบัดเพื่อลดการสูบบุหรี่ และความอยากบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น พบว่าสามารถลดความอยากสูบ ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ระดับนิโคติน ในปัสสาวะ และจำนวนบุหรี่ที่สูบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการฝึกสติสามารถใช้เป็นวิธีทางเลือก

ในการลดการสูบบุหรี่และความอยากบุหรี่ในวัยรุ่นที่มีภาวะติดบุหรี่ได้<sup>25</sup> แต่จากการศึกษาโดยใช้โปรแกรม Smartphone-assisted mindfulness-based intervention (SMI-CM) พบว่ามีอัตราการเลิกสูบบุหรี่และระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ ในลมหายใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ใช้งานรายงานความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชัน<sup>13</sup> แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม SMI-CM มีองค์ประกอบที่ช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถทนต่อความทุกข์และความอยากสูบบุหรี่ ในระยะเริ่มต้นของการบำบัด เช่น การใช้แผ่นนิโคตินในช่วง 8 สัปดาห์แรกเพื่อลดความอยาก และการจัดการตามเงื่อนไข (Contingency management: CM) ที่ใช้การตรวจระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ และมอบรางวัลทางการเงินสำหรับผู้ที่มีค่า CO  $\leq$  6 ppm ในช่วง 2 สัปดาห์แรก

### ข้อจำกัดของการวิจัย

จากการสืบค้นพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 295 เรื่อง แต่มีเพียง 6 เรื่อง ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การสังเคราะห์ ทำให้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มีปริมาณจำกัด

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นในการออกแบบหรือเลือกใช้ออปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรส่งเสริมการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของแอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติในการเลิกสูบบุหรี่ที่ใช้อย่างเป็นระบบงานวิจัยที่มีระเบียบการวิจัยที่มีคุณภาพ เช่น RCT เพื่อนำไปวิเคราะห์ห่อภิมาณประสิทธิผลของแอปพลิเคชันที่ใช้การฝึกสติในการเลิกสูบบุหรี่ในงานวิจัยในอนาคต

## References

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 2021;71(3):209-49.
2. Rigotti NA, Kruse GR, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Treatment of tobacco smoking: a review. *JAMA* 2022;327(6):566-77.
3. National Statistical Office, Ministry of digital economy and society. Health behaviour of population survey 2021. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society: Bangkok; 2021.
4. Jha P, Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *New England Journal of Medicine* 2014;370(1):60-8.
5. Thitisak S. Tobacco control among nursing students in fundamentals of nursing practicum. *Thai Journal of Nursing* 2021;70(1):42-51. (in Thai)
6. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018 May 31;5:CD000146.
7. Brewer JA, Elwafi HM, Davis JH. Craving to quit: psychological models and neurobiological mechanisms of mindfulness training as treatment for addictions. *Psychology of Addictive Behaviors* 2013;27(2):366-79.

8. Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion; 1994.
9. Heffner JL, Vilardaga R, Mercer LD, Kientz JA, Bricker JB. Feature-level analysis of a novel smartphone application for smoking cessation. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2015;41(1):68-73.
10. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y, Dobson R. Mobile phone text messaging and app-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019 Oct 22;10(10):CD006611
11. Vidrine JI, Spears CA, Heppner WL, Reitzel LR, Marcus MT, Cinciripini PM, et al. Efficacy of mindfulness-based addiction treatment (MBAT) for smoking cessation and lapse recovery: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2016;84(9):824-38.
12. Garrison KA, Pal P, O'Malley SS, Pittman BP, Gueorguieva R, Rojiani R, et al. Craving to quit: a randomized controlled trial of smartphone app-based mindfulness training for smoking cessation. *Nicotine and Tobacco Research* 2020;22(3):324-31.
13. Minami H, Nahvi S, Arnsten JH, Brinkman HR, Rivera-Mindt M, Wetter DW, et al. A pilot randomized controlled trial of smartphone-assisted mindfulness-based intervention with contingency management for smokers with mood disorders. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 2021;1:1-27.
14. Chhabra D, Tushya T, Penberthy J, Sripada RK, Sigel BA, Elwy AR. Effectiveness of remotely delivered mindfulness and acceptance and commitment therapy-based smoking cessation programs: a systematic review. *Current Psychology* 2024;43:8158-72.
15. Guo YQ, Chen Y, Dabbs AD, Wu Y. The effectiveness of smartphone app-based interventions for assisting smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research* 2023;25:e43242.
16. The Joanna Briggs Institute. *Reviewers' manual 2021 edition*. Australia: Solito Fine Colour Printers; 2021.
17. Asfar T, Koru-Sengul T, Annane D, McClure LA, Perez A, Antoni MA, et al. Reach versus effectiveness: the design and protocol of randomized clinical trial testing a smartphone application versus in-person mindfulness-based smoking cessation intervention among young cancer survivors. *Contemporary Clinical Trials Communications* 2021;22:1-12.
18. Mhende J, Bell SA, Cottrell-Daniels C, Luong J, Streiff M, Dannenfelser M, et al. Mobile delivery of mindfulness-based smoking cessation treatment among low-income adults during the COVID-19 pandemic: pilot randomized controlled trial. *JMIR Formative Research* 2021;5(7):1-14.
19. Asfar T, Alcaide ML, Jones DL, McClure LA, Brewer J, Lee DJ, et al. HIV patients' perceptions of a potential multi-component mindfulness-based smoking cessation smartphone application intervention. *PLOS ONE* 2022;17(8):1-20.
20. Cioe PA, Sokolovsky AW, Brewer JA, Kahler CW. App-delivered mindfulness training to reduce anxiety in people with HIV who smoke: a one-armed feasibility trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2023;20(6):1-11.
21. Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991;50(2):248-87.

22. Chomnard P, Matrakul M, Phadeanok N, Singkhon O. Counselling for smoking cessation by self-regulation. *Thai Journal of Nursing* 2020;69(1):54-61. (in Thai)
23. Pichayapa P, Tepsatitporn S, Juntapremjit S. Reduction of smoking and cigarette craving in adolescents with smoking addiction using transcranial direct current stimulation integrated with mindfulness-based therapy programs. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health* 2020;30(3):62-73. (in Thai)
24. Richard M, Rick H. *Buddha's Brain*. 5<sup>th</sup> ed. Bangkok: Amarin; 2015.
25. Spears CA, Abroms LC, Glass CR, Hedeker D, Eriksen MP, Cottrell-Daniels C, et al. Mindfulness-based smoking cessation enhanced with mobile technology (iQuit Mindfully): pilot randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*. 2019;7(6):e13059.

## บทความวิจัย

## The Effects of a Motivational Enhancement Program on Readiness to Change Behavior in Psychiatric Patients with Substance Use Disorders during The Pre-Discharge Phase

Received: Jun 27, 2025

Revised: Aug 25, 2025

Accepted: Aug 27, 2025

Sarinya Chansuk, Ph.D.<sup>1</sup> Kochanipa Kwawong, M.S.<sup>2\*</sup>

Natchamonphan Pluemroongroj, BN.S.<sup>3</sup>, Kaniwan Poosa, BN.S.<sup>4</sup>

Methavee Punyasawad, BN.S.<sup>5</sup>, Kanchana Buddee, BN.S.<sup>6</sup>

### Abstract

**Introduction:** Behavioral problems and risks among psychiatric patients with substance use disorders are increasing, affecting both social safety and patients' quality of life. Treatment in general hospitals is often constrained by the short length of stay, which limits the provision of adequate psychosocial therapy and may increase the risk of relapse in substance use.

**Research objectives:** To examine the effects of a motivational enhancement program on readiness to change for relapse prevention among psychiatric inpatients with substance use disorders during the pre-discharge phase.

**Research methodology:** This quasi-experimental study employed a two-group pretest-posttest design with repeated measures. The sample consisted of 46 psychiatric inpatients with substance use disorders in the pre-discharge phase at Nong Khai Hospital, selected through purposive sampling and divided into an experimental group (n = 23) and a control group (n = 23). The research instruments included: 1) the motivational enhancement program, and 2) the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES-8D). The content validity of the program was assessed by experts, yielding an average item-objective congruence score ranging from .67 to 1. The readiness-to-change scale demonstrated high reliability, with a Cronbach's alpha coefficient of .87. Data were analyzed using descriptive statistics, paired sample t-tests, and independent sample t-tests.

**Results:** The experimental group showed significantly higher mean readiness-to-change scores at the immediate posttest compared to the pretest, and the scores at 2-week follow-up were significantly higher than the immediate posttest scores. Furthermore, the readiness-to-change scores of the experimental group were significantly higher than those of the control group at both the immediate posttest and the 2-week follow-up ( $p < .05$ ).

Funding: Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

<sup>1</sup>Assistant Professor, Email: Sarinya.ji@udru.ac.th

<sup>2\*</sup>Corresponding author: Lecturer, Email: Kochanipa.kw@udru.ac.th

<sup>1-2</sup>Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University, Udon Thani, Thailand.

<sup>3-6</sup>Registered nurse, Nongkhai Hospital, Nong Khai, Thailand, <sup>3</sup>Email: Natchapleum1974@gmail.com, <sup>4</sup>Email: Kaniwan0901@gmail.com,

<sup>5</sup>Email: Methawee.2828@gmail.com, <sup>6</sup>Email: Kanjana.17@icloud.com

**Conclusions:** The motivational enhancement program effectively increases motivation to change and promotes problem recognition among psychiatric inpatients with substance use disorders during the pre-discharge phase.

**Implications:** Substance use treatment units should implement this program during the rehabilitation phase to enhance patients' readiness for behavioral change.

**Keywords:** substance-induced psychosis, pre-discharge phase, motivational enhancement program, readiness to change

## ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในระยะเตรียมจำหน่าย

Received: Jun 27, 2025

Revised: Aug 25, 2025

Accepted: Aug 27, 2025

ศริญญา ซาญสุข ปร.ด.<sup>1</sup> กชนิภา ขาววงษ์ วท.ม.<sup>2\*</sup>

ณชนนพรรณณ ปลื้มรุ่งโรจน์ พย.บ.<sup>3</sup> คณิวรรณ ภูเขา พย.บ.<sup>4</sup>

เมธาวิ ปัญญาสวัสดิ์ พย.บ.<sup>5</sup> กาญจนา บุคดี พย.บ.<sup>6</sup>

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** ปัญหาทางพฤติกรรมและความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะการใช้สารเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปมักมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาการนอนรักษา ส่งผลให้การบำบัดทางจิตสังคมไม่เพียงพอและอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงเพื่อป้องกันการเสพยาในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในระยะเตรียมจำหน่าย

**ระเบียบวิธีวิจัย:** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในระยะเตรียมจำหน่าย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน เครื่องมือที่ใช้วิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ และ 2) แบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมฯโดยผู้เชี่ยวชาญ มีค่าเฉลี่ย IOC อยู่ระหว่าง .67-1 แบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงเปรียบเทียบ Paired sample t- test และ Independent sample t – test

**ผลการวิจัย:** ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าระยะหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ทั้งในระยะหลังทดลองและในช่วงติดตามผล 2 สัปดาห์

**สรุปผล:** โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ มีประสิทธิภาพในการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงการกระทำที่มาจากความตั้งใจอย่างแน่วแน่และตระหนักรู้ในปัญหา สำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในระยะเตรียมจำหน่าย

**ข้อเสนอแนะ:** หน่วยบำบัดสารเสพติดควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้บำบัดผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูเพื่อสร้างความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสารเสพติด

**คำสำคัญ:** โรคจิตจากสารเสพติด ระยะเตรียมจำหน่าย โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

<sup>1</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: Sarinya.ji@udru.ac.th

<sup>2\*</sup>Corresponding author อาจารย์ Email: kochanipa.kw@udru.ac.th

<sup>1-2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี อุดรธานี ประเทศไทย

<sup>3-6</sup>พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองคาย หนองคาย ประเทศไทย <sup>3</sup>Email: Natchapleum1974@gmail.com

<sup>4</sup>Email: Kaniwan0901@gmail.com <sup>5</sup>Email: Methawee.2828@gmail.com <sup>6</sup>Email: Kanjana.17@icloud.com

## บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสาเหตุหลักมาจากการใช้สารเสพติด ข้อมูลกรมสุขภาพจิตในปี 2566<sup>1</sup> พบว่า อัตราผู้ป่วยรายใหม่ประเภทความผิดปกติและพฤติกรรม การเสพติดในคนไทยเพิ่มขึ้น กล่าวคือ อัตราการเสพยา 163.72 ต่อแสนประชากร สารกระตุ้นประสาท รวมทั้งกาแฟ 78.29 ต่อแสนประชากร กัญชา 12.17 ต่อแสนประชากร ซึ่งสารเสพติดเหล่านี้สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการหลงผิด ประสาทหลอน และพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม การรักษาผู้ป่วยด้วยการรับไว้ในโรงพยาบาลจิตเวชเมื่ออาการสงบและจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ยังประสบปัญหา การเสพยา และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ จากการศึกษา พบว่า ผู้เสพยากระตุ้น เช่น เมทแอมเฟตามีน มีโอกาส กลับไปเสพยาถึงร้อยละ 50 ภายใน 1 ปี และร้อยละ 75 ภายใน 5 ปี ความล้มเหลวในการบำบัดส่วนใหญ่มาจากการขาดยา ขาดการติดตามผล และการไม่ยอมรับการรักษา<sup>2</sup> ปัญหานี้ยังทำให้โรงพยาบาลชุมชนที่เปิดบริการรักษา จิตเวชและสารเสพติด ซึ่งมีทรัพยากรจำกัด ต้องประสบปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing: MI) เป็นวิธีการบำบัดทางจิตวิทยาที่เน้น การกระตุ้นแรงจูงใจภายในเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พัฒนาขึ้นโดย Miller & Rollnick<sup>3</sup> และอิงตามทฤษฎี ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change) ของ Prochaska & DiClemente<sup>4</sup> ต่อมานักวิจัยได้นำทฤษฎี Stage of change และ MI มาใช้การสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในปัญหาพฤติกรรมสุขภาพหลาย ๆ อย่างได้ผลดี เช่น การติดแอลกอฮอล์ หรือสารเสพติด วัณโรค การออกกำลังกาย การฝึกสติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ แนวคิดนี้แบ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ การไม่ตระหนัก (Precontemplation) การเริ่มตระหนัก (Contemplation) การเตรียมตัว (Preparation) การลงมือปฏิบัติ (Action) การคงพฤติกรรมใหม่ (Maintenance) และการกลับไปพฤติกรรมเดิม (Relapse) โดยการบำบัดที่มีประสิทธิภาพจะต้องออกแบบให้สอดคล้องกับขั้นตอน ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับการบำบัด และตอบสนองให้เหมาะสมสอดคล้องไปกับขั้นตอนของแรงจูงใจนั้น ๆ เนื่องจากจะช่วยให้แรงจูงใจของผู้รับการบำบัดสามารถขับเคลื่อนไปได้จนไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างคงทนถาวร<sup>5</sup> สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถเพิ่มความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและลดการเสพยา ในกลุ่มผู้ป่วยสารเสพติด<sup>6-7</sup>

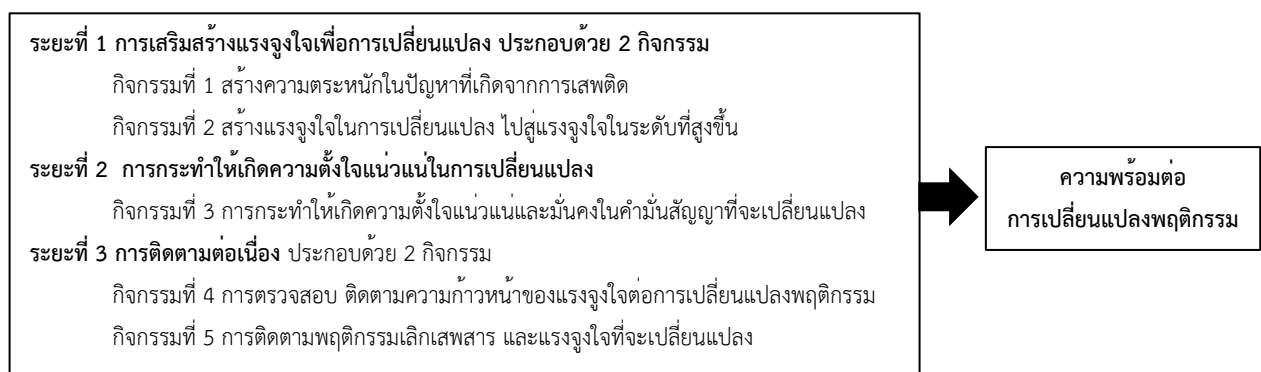
จากเหตุผลและความจำเป็นข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะเวลา 2 สัปดาห์สำหรับผู้ป่วยใน และติดตามผลอีก 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย โดยยึดแนวคิด MI<sup>3</sup> และ Stage of change<sup>4</sup> เป็นพื้นฐาน เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดโดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง เพื่อป้องกันการเสพยาในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดระยะเตรียมจำหน่าย เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ตลอดจนการป้องกันการเสพยาในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดดังกล่าว

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงเพื่อป้องกันการเสพยา ในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดระยะเตรียมจำหน่าย

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ตามหลักของ Miller & Rollnick<sup>3</sup> โดยอาศัยทฤษฎี Stage of change ของ Prochaska และ DiClemente<sup>4</sup> ในการประเมินความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงทั้ง 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย การบำบัด 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง ใช้การสนทนา เพื่อให้เกิดการตระหนักถึงปัญหา ลดความลังเลใจและเสริมศักยภาพ หรือ Change talk ผู้บำบัดให้สุขศึกษา และให้ข้อมูลย้อนกลับ ระยะที่ 2 การกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง เป็นการสนทนาเพื่อให้ คำมั่นสัญญา และให้ผู้รับบำบัดหนักแน่นมั่นคงในคำมั่นสัญญาว่าจะหยุดเสพสารเสพติด ระยะที่ 3 การติดตาม ต่อเนื่อง ติดตามความก้าวหน้า ทบทวนเป้าหมายและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเสริมสร้างแรงจูงใจ และทำให้คำสัญญาหนัก แน่นมั่นคงอย่างต่อเนื่อง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตาม 2 สัปดาห์ (Two group pre-test & post-test design: Repeated measure) ในกลุ่มผู้ป่วยสารเสพติดที่มีอาการทางจิต และอยู่ในระยะเตรียมจำหน่าย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ได้แก่ ผู้ป่วยสารเสพติดที่มีอาการทางจิตและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าอยู่ในกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติด (ICD - 10 รหัส F10 - F19) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2567 โดยในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาบำบัดรวม 166 ราย

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยสารเสพติดที่มีอาการทางจิตและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทั้งเพศชายและหญิง คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตาม เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตจากสารเสพติด (F10 - F19) 2) มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดหนองคาย 3) มีผู้ดูแลหลัก 4) สามารถสื่อสารได้ 5) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม และไม่มีโรคร่วมทางกายที่รุนแรง และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) อยู่ระหว่างเข้าร่วมการศึกษาวิจัยทางยาหรือการบำบัดอื่น 2) มีภาวะเพ้อ (Delirium) 3) มีคะแนนแบบประเมิน (Brief psychiatric rating scale: BPRS)  $\geq$  19

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G\*power ของ Cohen<sup>8</sup> โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha$ ) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) ที่ .80 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ .80 ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของ Santa Ana และคณะ<sup>9</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 42 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล

ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ทำให้ได้จำนวนรวมทั้งหมด 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มควบคุม 23 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มี 3 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม และแบบประเมิน BPRS

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา จังหวัดหนองคาย ผู้ดูแลหลัก สัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด ความภูมิใจในตนเอง ครั้งที่เข้ารับการรักษา การวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ ภาวะโรคร่วม ประวัติการใช้สารเสพติด และชนิดของสารเสพติดที่ใช้

2.2) แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการการรักษาสำหรับผู้ที่ใช้สารเสพติด (The stages of change readiness and treatment eagerness scale:SOCRATES-8D) พัฒนาโดย Miller & Tonigan<sup>10</sup> แปลเป็นภาษาไทยโดย Saengchanhai และคณะ<sup>11</sup> และได้ปรับปรุงด้านภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายโดย kittirattanapiboon และ Booncharoen<sup>12</sup> ลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ มี 19 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความลังเลใจ 4 ข้อ ด้านการยอมรับ 7 ข้อ ด้านการลงมือกระทำ 8 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความคิด ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งมี 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน รวมคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษา แบ่งเป็น 3 ด้าน 1) ด้านการยอมรับ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 7, 10, 12, 14, 17 และ 19 2) ด้านความลังเลใจ ได้แก่ ข้อที่ 2, 6, 11 และ 16 และ 3) ด้านการลงมือกระทำ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 8, 9, 13, 15 และ 18 การแปลผลรายด้าน โดยด้านการยอมรับ แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ สูง (35 คะแนน) ปานกลาง (32 - 34 คะแนน) ต่ำ (29 - 31 คะแนน) และต่ำมาก (7 - 28 คะแนน) ด้านความลังเลใจ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ สูงมาก (19 - 20 คะแนน) สูง (17 - 18 คะแนน) ปานกลาง (15 - 16 คะแนน) ต่ำ (12 - 14 คะแนน) และต่ำมาก (4 - 9 คะแนน) ด้านการลงมือกระทำ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ สูงมาก (39 - 40 คะแนน) สูง (36 - 38 คะแนน) ปานกลาง (33 - 35 คะแนน) ต่ำ (30 - 32 คะแนน) และต่ำมาก (8 - 29 คะแนน)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick<sup>3</sup> โดยมีขั้นตอน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง ระยะที่ 2 การกระทำให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลง กระตุ้นให้ตระหนักรู้ปัญหาเกิดการเข้าใจตนเอง เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (CBT) และ ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง การให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ เรื่อง สาเหตุการเสพติด การสร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพ การปรับพฤติกรรมเพื่อฟื้นฟูสุขภาพจิต ผู้วิจัยจัดชั่วโมงการบำบัดในการวิจัยครั้งนี้ โดยสัปดาห์แรก เป็นชั่วโมงการรักษาครั้งที่ 1 และ 2 ผู้บำบัดให้ข้อมูลสะท้อนกลับและการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (ระยะที่ 1) และการทำให้นั่นคงในคำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง (ระยะที่ 2) ชั่วโมงบำบัดครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 1 สัปดาห์ หรือชั่วโมงบำบัดอาจสั้นกว่านี้ โดยอาจจะห่างจากระยะแรก 3-4 วัน ขึ้นอยู่กับขั้นของแรงจูงใจของผู้รับการบำบัดในแต่ละราย

ชั่วโมงที่ 3 และ 4 เป็นการติดตามต่อเนื่อง (ระยะที่ 3) ครั้งที่ 3 เป็นการติดตามในวันจำหน่าย และครั้งที่ 4 เป็นการติดตามหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาบำบัดทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่พัฒนาขึ้น โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน ประเมินความสอดคล้องของวัตถุประสงค์การวิจัย และภาษาที่ใช้ และคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence: IOC) ของเครื่องมือทั้งฉบับได้ค่าเฉลี่ยระหว่าง .67 - 1

การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง โดยนำไป Try out กับผู้ป่วยจิตเวช สารเสพติด หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .87

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เลขที่รับรอง อว. 0622.7/157 ลงวันที่ 5 มกราคม 2567 ทั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้พยาบาล ในหอผู้ป่วยที่ไม่ใช่ทีมวิจัย เป็นผู้อธิบายสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ในระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่พึงพอใจ สามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และผลการวิจัยจะนำเสนอเพียงภาพรวมเท่านั้น

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานกับพื้นที่วิจัย ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย และเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง 46 คน ที่เข้ารับรักษาใน ณ หอผู้ป่วยภูมิจิต โรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างเดือน มกราคม - มิถุนายน 2567

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก

3. สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามโปรโตคอลวิจัยที่กำหนดไว้ ในระยะผู้ป่วยแรกรับ ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดตามแผนการรักษาของแพทย์

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตสงบ อยู่ในระยะฟื้นฟู เตรียมจำหน่าย ผู้วิจัยและทีมวิจัยดำเนินการวิจัย กับกลุ่มทดลองตามโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่พัฒนาขึ้น จำนวน 4 ครั้ง โดย 3 ครั้งแรก ดำเนินการในระหว่าง ที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล และครั้งที่ 4 เป็นการติดตามผลหลังจำหน่าย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ การเก็บข้อมูล 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย รวมระยะเวลา การใช้โปรแกรมจำนวน 4 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยและทีมวิจัยดำเนินการด้วยตนเอง ซึ่งมีผู้วิจัยและทีม มีความเชี่ยวชาญ ด้านการบำบัด และผ่านการอบรมการทำกลุ่มบำบัด

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงก่อน- หลังทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ด้วยสถิติ Paired sample t-test และ Independent sample t-test

#### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 27.04 และ 31.43 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อาชีพรับจ้าง

ทั่วไป สถานภาพ โสด สัมพันธภาพ มีการทะเลาะเบาะแว้งเป็นประจำกับคนใกล้ชิด ความภูมิใจในตนเอง ระดับปานกลาง เข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรก ใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิด ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ ได้แก่ แอมเฟตามีน สุรา กัญชา กระท่อม

## 2. ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.1 ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังเสร็จสิ้นการบำบัดพื้นที่ และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงเป็นรายด้านของกลุ่มทดลอง พบว่า ความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านการยอมรับ หลังทดลองมีความแตกต่างกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 20.36, p = .000$ ) และในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกับระยะหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.34, p = .029$ ) ความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านความตั้งใจ หลังทดลองมีความแตกต่างกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 22.32, p = .000$ ) และในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ แตกต่างกับระยะหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.75, p = .012$ ) ความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านการลงมือกระทำ หลังทดลองมีความแตกต่างกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 10.44, p = .000$ ) และในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกับระยะหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.85, p = .000$ ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละด้านของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง ( $n = 23$  คน)

ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (รายด้าน)	Mean difference	Standard error	df	T-test	P-value
<b>1. ด้านการยอมรับ</b>					
ก่อน-หลังทดลอง	12.39	2.91	22	20.36	.000**
หลังทดลอง-ติดตามผล	.74	1.51	22	2.34	.029*
<b>2. ด้านความตั้งใจ</b>					
ก่อน-หลังทดลอง	8.39	1.80	22	22.32	.000**
หลังทดลอง-ติดตามผล	.913	1.59	22	2.75	.012*
<b>3. ด้านการลงมือกระทำ</b>					
ก่อน-หลังทดลอง	18.56	8.52	22	10.44	.000**
หลังทดลอง-ติดตามผล	.956	1.60	22	2.85	.000**

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

2.2 ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยรวมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อน หลังทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ของกลุ่มควบคุม (n = 23) และกลุ่มทดลอง (n = 23)

ความพร้อม ในการเปลี่ยนแปลง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	T-test	P-value
	M	SD	M	SD			
<b>ด้านการยอมรับ</b>							
ก่อน-หลัง	32.30	3.67	19.04	1.92	22	15.35	.000*
หลัง-ติดตามผล	32.39	2.15	18.83	1.87	22	22.82	.000*
<b>ด้านความลังเล</b>							
ก่อน-หลัง	17.57	2.23	9.13	1.66	22	14.54	.000*
หลัง-ติดตามผล	18.48	2.29	8.61	1.16	22	18.42	.000*
<b>ด้านการลงมือกระทำ</b>							
ก่อน-หลัง	36.65	8.75	18.00	4.69	22	9.01	.000*
หลัง-ติดตามผล	37.60	8.71	17.56	4.27	22	9.91	.000*

\*p < .001

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ MI ที่มุ่งส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตน และลดภาวะการต่อต้านภายในใจต่อการเปลี่ยนแปลง<sup>3</sup> ในระดับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมถูกอธิบายผ่าน Transtheoretical model (TTM) โดยเฉพาะในระยะของการเตรียมการ และการลงมือกระทำ ซึ่งโปรแกรมที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถช่วยให้ผู้เข้าร่วมขยับจากระยะพิจารณาไปสู่ระยะลงมือกระทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>13</sup>

การที่ระดับความพร้อมของกลุ่มทดลอง สูงขึ้นแม้ในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ แสดงให้เห็นถึงผลของโปรแกรมที่ไม่เพียงแต่ส่งผลในระยะสั้น แต่ยังมีคามยั่งยืนของผลการเรียนรู้และแรงจูงใจภายใน ซึ่งอาจเกิดจากกระบวนการที่ช่วยให้กลุ่มทดลอง สามารถสะท้อนตนเอง และมองเห็นคุณค่าในเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงของตนเองอย่างแท้จริง<sup>14</sup> ตรงกันข้ามกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมเสริมแรงจูงใจกลับไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นถึงผลของประยุกต์ใช้จิตวิทยานำมาสู่การบำบัด ที่เฉพาะเจาะจงและโครงสร้างของโปรแกรมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างแท้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาด้วย MI ร่วมกับการรักษาตามปกติ มีค่าเฉลี่ยของศักยภาพแห่งตน (Self-Efficacy) เพิ่มขึ้นจาก 56.30 (± 2.99) ก่อนการบำบัดเป็น 60.75 (± 2.65) หลังการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ<sup>15</sup> สรุปว่า MI อาจช่วยลดการใช้สารในระยะสั้นเมื่อเทียบกับการไม่ได้รับการรักษา และสอดคล้องผลการศึกษาที่ใช้การบำบัดแบบผสม MI ร่วมกับ CBT (MICBT) พบว่า ระยะเวลาการเลิกเสพยาเสพติดเพิ่มขึ้น การกลับมาใช้ช้าน้อยลง และอัตราการหยุดเสพยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทั้งช่วง 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน<sup>16</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้เครื่องมือบำบัดแนว Kawa model ในผู้ใช้สารเสพติด พบว่าความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นหลังการเข้าโปรแกรม

ขณะที่อาการอยากเสพยาลดลง และความภาคภูมิใจเพิ่มขึ้น และคุณภาพชีวิตดีขึ้น<sup>17</sup> ซึ่งสอดคล้องกับผลลัพธ์สำคัญที่ความพร้อมสูงขึ้นในกลุ่มโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบำบัดด้วยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น มีคะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า คะแนนความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในภาพรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลอง<sup>6</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา ด้านความตั้งใจสูงขึ้น<sup>7</sup>

สรุปได้ว่า การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดระยะฟื้นฟูด้วยโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกรณีที่ผู้ป่วยเสพยาเสพติดหลายชนิดจะเป็นผลดีในการช่วยลดอันตรายจากผลกระทบของยาเสพติดที่ผู้ป่วยเสพยาในแต่ละชนิดได้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถานบำบัดสารเสพติด ควรประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดฟื้นฟู โดยบูรณาการกับการบำบัดชนิดอื่น เช่น การให้คำปรึกษารายกลุ่มบำบัด หรือการบำบัดทางพฤติกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย

2. สถานพยาบาลหรือศูนย์บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ควรฝึกอบรมเพิ่มทักษะแก่บุคลากรในการใช้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อนำไปใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้มีความหลากหลายมากขึ้น ทั้งในด้านเพศ อายุ ประเภทของสารเสพติด และระดับความรุนแรงของการใช้สาร เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความสามารถในการสรุปผลทั่วไป

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจกับรูปแบบการบำบัดอื่น ๆ รวมทั้งการติดตามผลในระยะยาว เพื่อตรวจสอบความคงทนของผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการกลับมาใช้สารซ้ำ

### References

1. Chuta W, Buapuan S. New incidence rates of drug-related disorders and behaviors in Thai people: Health Data Center (HDC) 2023 [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 11]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1688>. (in Thai)
2. High focus Treatment Centers. Relapse statistics you need to know [Internet]. 2022 [cited 2025 Jul 11]. Available from: <https://pa.highfocuscenters.com/relapse-statistics-you-need-to-know/>
3. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Guilford Press; 2013.
4. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy* 1982;19(3):276-88.
5. Saengchanchai P. Handbook of addiction psychiatry. Bangkok: Addiction Psychiatry Association; 2022.

6. Nuansit S, Sriraksa J, Sumpatanarax T, Khotchanam S. Effect of modify motivational enhancement therapy program on readiness and treatment acceptance of substance-use patients in initial treatment. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2022;42(2):163-77. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/255301/176499> (in Thai)
7. Sirinanunth Y, Sriruecha C, Isrankura Na Ayudhya V. Effectiveness of the motivational interviewing program on change readiness and treatment needs among the amphetamine addicts, Si Chomphu District, Khon Kaen Province *Academic Journal of Community Public Health* 2023;9(2):159-68. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/261136> (in Thai)
8. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2<sup>nd</sup> ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1998.
9. Santa Ana EJ, Wulfert E, Nietert PJ. Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2007;75(5):816-22. *Academic Journal of Community Public Health* 2023;9(2):159-68. Available from: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.816>
10. Miller WR, Tonigan JS. Assessing drinkers' motivation for change: the stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors* 1996;10:81-9. Available from: <https://doi.org/10.1037/0893-164X.10.2.81>
11. Saengchanchai P, Phukhao D, Sombatmai S, Sraubon N, Noknoi S, Uthis P. *Counseling and therapy to enhance motivation in patients with alcohol drinking problems*. Chiang Mai: Wanida Printing; 2010. (in Thai)
12. Kittirattanaphaiboon P, Booncharoen H. *Clinical practice guideline for mental health services for individuals with alcohol problems in psychiatric hospitals*. Chiang Mai: I Am Organizer and Advertiser; 2006. (in Thai)
13. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 1997;12(1):38-48.
14. Ryan RM, Deci EL. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Springer; 2020.
15. Kumar S, Srivastava M, Srivastava M, Yadav JS, Prakash S. Effect of motivational enhancement therapy (MET) on the self-efficacy of individuals of alcohol dependence. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 2021;10(1):367-72.
16. Abdel Moneam MH, Mohsen N, Azzam LA, Elshahat Y, Saleh I. The outcome of integrated motivational interviewing and cognitive-behavioral therapy in Egyptian patients with substance use disorder. *Middle East Current Psychiatry* 2023;30(1):1-12.
17. Hsiao HY, Wang TY, Lee CH, Lu YC, Huang YC, Chien YC, et al. Advancing readiness for change in substance use for people with substance use disorders using the Kawa model based intervention program: a quasi-experimental study. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy* 2024;37(2):91-101. Available from: <https://doi.org/10.1177/15691861241268143>

## Evidence-Based Nursing Care to Prevent Acute Kidney Injury among Patients with Septic Shock

Received: Apr 12, 2025

Revised: Aug 14, 2025

Accepted: Aug 18, 2025

Chetthaporn Chanlertlit, M.N.S.<sup>1</sup>

Juree Sansuk, Dr.P.H.<sup>2\*</sup>

### Abstract

**Introduction:** Acute Kidney Injury (AKI) is a common and serious complication in patients with septic shock, particularly in intensive care units, and is associated with high mortality and decreased quality of life. Effective nursing strategies to prevent AKI must be grounded in evidence-based practice (EBP) to improve patient outcomes and minimize complications.

**Objectives:** This study aims to collect, analyze, and synthesize current evidence on nursing interventions that help prevent AKI in patients with septic shock. The focus is on reducing clinical risks, enabling early identification, and implementing practical, evidence-based nursing care.

**Key Issues:** Key nursing practices identified include early risk assessment using standardized tools such as the National Early Warning Score (NEWS) and the Quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA); diagnosis of AKI based on the KDIGO 2012 criteria; appropriate management of fluid balance and blood pressure; avoidance or adjustment of nephrotoxic medications and continuous renal function monitoring. Additionally, patient and family education is essential, emphasizing adequate hydration and the avoidance of AKI risk factors.

**Conclusions:** Evidence-based nursing care is essential for preventing AKI in patients with septic shock. Early risk identification, appropriate fluid therapy, cautious use of nephrotoxic agents, and continuous renal monitoring are critical components. Integrating these interventions into clinical practice guidelines can improve outcomes and reduce complications in critically ill patients.

**Implications:** The findings highlight the need to develop and implement nursing protocols based on high-quality evidence, support continuous staff education, utilize automated monitoring systems for AKI, and foster interprofessional collaboration. These measures collectively contribute to enhanced patient safety and improved quality of care in septic shock management.

**Keywords:** evidence-based nursing, acute kidney injury, septic shock

<sup>1</sup>Lecturer, Email: demmy2522@gmail.com

<sup>2\*</sup>Corresponding author: Lecturer, Email: Juree.s@bcnkk.ac.th

<sup>1-2</sup>Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Khon Kaen, Thailand.

## การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อตามหลักฐานเชิงประจักษ์

Received: Apr 12, 2025

Revised: Aug 14, 2025

Accepted: Aug 18, 2025

เชษฐาภรณ์ จันทร์เลิศฤทธิ์ พย.ม.<sup>1</sup>

จური แสนสุข ส.ด.<sup>2\*</sup>

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในหอผู้ป่วยวิกฤต และส่งผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกัน AKI จำเป็นต้องยึดหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแล

**วัตถุประสงค์:** เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาการพยาบาลที่ลดความเสี่ยงการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ

**ประเด็นสำคัญ:** การสังเคราะห์ข้อมูลพบว่า แนวทางสำคัญในการพยาบาลเพื่อป้องกัน AKI ได้แก่ การประเมินปัจจัยเสี่ยง และคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น NEWS และ qSOFA การเฝ้าระวังและวินิจฉัย AKI ตามเกณฑ์ KDIGO 2012 การจัดการสารน้ำและควบคุมความดันโลหิตอย่างเหมาะสม การลดการใช้ยา Nephrotoxic Agents การติดตามการทำงานของไตอย่างต่อเนื่อง และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการป้องกัน AKI

**สรุป:** การพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกัน AKI ในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อควรเริ่มตั้งแต่การประเมินและเฝ้าระวังตั้งแต่แรกรับเข้าโรงพยาบาล โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน ร่วมกับการจัดการสารน้ำและความดันโลหิตตามแนวทาง KDIGO 2012 การหลีกเลี่ยงยาที่มีพิษต่อไต และการติดตามการทำงานของไตอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและลดความเสี่ยงระยะยาว

**ข้อเสนอแนะ:** ควรพัฒนาคลินิกแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่อง พร้อมส่งเสริมการฝึกอบรมบุคลากรและการใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการดูแลที่เป็นระบบและยั่งยืน

**คำสำคัญ:** การพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ

<sup>1</sup>อาจารย์ Email: demmy2522@gmail.com

<sup>2\*</sup>Corresponding author อาจารย์ Email: Juree.s@bcnkk.ac.th

<sup>1-2</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ขอนแก่น ประเทศไทย

## บทนำ

ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (Acute kidney injury: AKI) พบในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ร้อยละ 10 – 15 และสูงกว่าร้อยละ 50 พบในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยหนัก<sup>1-2</sup> ซึ่งสอดคล้องกับรายงานทั่วโลกที่ 114 – 174 ต่อ 10,000 คน-ปี หรือ 13.3 ล้านรายต่อปี<sup>3</sup> สำหรับในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ในผู้ป่วยทั่วไปร้อยละ 2.90 และในหอผู้ป่วยหนักสูงถึงร้อยละ 69.60 โดยมีผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) รวมถึงร้อยละ 46.20 นอกจากนี้มีข้อมูลจากฐาน MIMIC-III พบว่า ร้อยละ 50-73 ของผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดพัฒนาเป็นภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน<sup>4</sup> สาเหตุที่สำคัญของการเกิดไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ เนื่องจากการลดลงของการไหลเวียนเลือดไปยังไต ภาวะขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ และการอักเสบอย่างเป็นระบบ (Systemic inflammatory response)<sup>5</sup> ทำให้เกิดการเสียชีวิต 11 ล้านคนทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 20 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และคาดการณ์ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อจะเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 1 - 2 ต่อปี<sup>6</sup> สำหรับประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ร้อยละที่ 32.47, 33.71 และ 35.24 ในปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2566 ตามลำดับ<sup>7</sup> ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นและส่งผลทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น<sup>8</sup>

อย่างไรก็ตามภาวะ AKI สามารถป้องกันและแก้ไขได้หากได้รับการประเมินและวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยใช้แนวทาง KDIGO (Kidney disease improving global outcomes) เป็นแนวทางมาตรฐานในการวินิจฉัย จำแนกระยะและการดูแลภาวะ AKI รวมถึงแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการป้องกันและจัดการ AKI ในผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock<sup>9</sup> ความโดดเด่นของแนวทาง KDIGO คือ การกำหนดเกณฑ์วินิจฉัย AKI อย่างเป็นระบบ โดยใช้ทั้ง ระดับ Creatinine ในเลือด และปริมาณปัสสาวะเป็นตัวชี้วัด ซึ่งช่วยให้ตรวจพบ AKI ได้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม แม้ในภาวะที่ค่าครีเอตินิน ยังไม่สูงมาก<sup>10</sup> นอกจากนี้ยังเน้นการประเมินความเสี่ยงและการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง ช็อกจากการติดเชื้อ การใช้ยาที่มีพิษต่อไต หรือผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังร่วมกับ KDIGO แนะนำให้ดำเนินการ “Early goal-directed therapy” และให้ความสำคัญกับการรักษาสมดุลของเหลวอย่างระมัดระวัง หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำมากเกินไป<sup>5</sup>

บทบาทของพยาบาลในการป้องกัน AKI จำเป็นต้องมีสมรรถนะที่รอบด้าน ทั้งในด้านความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพ กลไกการเกิดโรค แนวทางการวินิจฉัยและการรักษา ตลอดจนการดูแลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจคุกคามชีวิต ลดความจำเป็นในการฟอกไต ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดี

## วัตถุประสงค์

เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาการพยาบาลที่ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ

## การจำแนกภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันตามสาเหตุของพยาธิสภาพ (Etiologic classification of AKI)

1. Pre renal acute renal failure คือ ไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่เป็นผลมาจากร่างกายมีการติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรง หรือมีการเสียเลือดในปริมาณมากเกินไป ทำให้เกิดภาวะช็อก ส่งผลให้สารน้ำในร่างกายไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จึงมีระดับความดันโลหิตต่ำ เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงไตได้ (Renal perfusion) เกิดการกรองที่ลดลง ทำให้อวัยวะบางส่วนมีการทำงานบกพร่องตามมา<sup>11</sup>

2. Post renal acute renal failure คือ ไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่เกิดจากการอุดตันของระบบทางเดินปัสสาวะ โดยอุดตันท่อไตทั้งสองข้างหรือมีอุดตันท่อไตข้างเดียวที่พบบ่อย ได้แก่ ต่อมลูกหมากโต มะเร็งต่อมลูกหมาก ผู้ป่วยเบาหวาน นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ มะเร็งปากมดลูก<sup>12</sup>

3. Intrinsic acute renal failure คือ ไตสูญเสียหน้าที่เฉียบพลันที่เกิดจากโรคที่มีพยาธิสภาพที่ไต เป็นสาเหตุที่ท่อไต (Renal tubules) ซึ่งผลตามมาของภาวะ Pre renal acute renal failure ที่แก้ไขไม่ทัน หรือจากการอักเสบของเนื้อไต<sup>13</sup>

### ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบของ AKI ต่อผู้ป่วยและระบบสุขภาพ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดและหัวใจ ผู้ป่วยที่ประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะ ยาบรรเทาอาการปวด<sup>9</sup> ที่มีผลต่อการทำงานของไต และผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อได้รับยา Vasopressors หรือ Inotropes ได้รับสารน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้การพยุ่งการทำงานของไตลดลง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตเพื่อพยุ่งการทำงานของไตให้มีประสิทธิภาพ คือ  $\geq 75$  mmHg<sup>14</sup> และสอดคล้องกับ International Guidelines for management of sepsis and septic shock 2016 และ The Surviving Sepsis Campaign Bundle 2021<sup>2</sup>

ผลกระทบของภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันทำให้อัตราการกรองของไตลดลง การควบคุมของกรดต่าง และเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล เมื่อไตเสียหายที่ส่งผลให้ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต<sup>14</sup> และส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย รวมทั้งกระทบต่อคุณภาพการรักษายาบาลด้วยเช่นกัน<sup>4</sup> ผลกระทบระยะสั้น ได้แก่ ภาวะมีน้ำเกินในร่างกายและปอด ความผิดปกติของเกลือแร่ ส่งผลต่อการทำงานของหัวใจ มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการติดเชื้อที่รุนแรงส่งผลให้อวัยวะในร่างกายล้มเหลวทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น<sup>2,8</sup> ผลกระทบในระยะยาว คือ เพิ่มจำนวนวันนอนโรงพยาบาล รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากขึ้น คุณภาพชีวิตลดลง และมีอัตราการตายที่สูงขึ้น

### หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน

ดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูล PubMed, CINAHL, ScienceDirect, Google Scholar และ ThaiJO ครอบคลุมช่วงปี 2012 – 2025 ได้บทความวิจัย จำนวน 50 เรื่อง จำแนกได้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 3 เรื่อง เชิงพรรณนา จำนวน 8 เรื่อง แนวทางปฏิบัติ จำนวน 3 เรื่อง บทความปริทัศน์ จำนวน 10 เรื่อง เชิงคุณภาพ จำนวน 2 เรื่อง ทดลอง จำนวน 3 เรื่อง และ Systematic review จำนวน 3 เรื่อง การประเมินคุณภาพด้วยเกณฑ์ JBI (2014)<sup>15</sup> คัดเลือกได้งานวิจัยคุณภาพ จำนวน 20 เรื่อง นำมาสังเคราะห์เป็นประเด็นสำคัญ 5 ด้าน ดังนี้

- 1) การประเมินความเสี่ยง AKI ด้วย NEWS, qSOFA
- 2) การจัดการของเหลวและความดันโลหิต
- 3) การหลีกเลี่ยงยา Nephrotoxic
- 4) การเฝ้าระวังค่าการทำงานของไต (BUN, Cr, ปริมาณปัสสาวะ)
- 5) การให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว

หลักฐานที่ได้ถูกนำมาออกแบบแนวทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อป้องกัน AKI ในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ โดยครอบคลุมการคัดกรอง การประเมิน การดูแลทางคลินิก และการส่งเสริมบทบาทพยาบาลในการจัดการความเสี่ยง ดังนี้

### ชุดการพยาบาลที่ 1 การพยาบาลเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน

#### 1. ประเมินภาวะวิกฤตตั้งแต่แรกเริ่ม

1.1 ใช้เครื่องมือการประเมินความรุนแรงในภาวะวิกฤต National early warning score: NEWS<sup>3,5</sup> เพื่อประเมินอวัยวะล้มเหลวจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร็ว (qSOFA)

1.2 การประเมินปัจจัยเสี่ยงในการเกิดไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (AKI) จากเกณฑ์วินิจฉัยของ KDIGO 2012<sup>9</sup> เพื่อประกอบการวินิจฉัยและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

#### 2. ประเมินความเสี่ยงเฉพาะบุคคล

2.1 การซักประวัติ และใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงจากโรคประจำตัวและประวัติสุขภาพ เพื่อประเมินความเสี่ยงระดับบุคคล<sup>16-17</sup> ซึ่งให้เห็นว่าเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด AKI

2.2 ให้คะแนนความเสี่ยงเบื้องต้น เช่น อายุ  $\geq 65$  ปี (1 คะแนน) มีโรคร่วม  $\geq 1$  โรค (1 คะแนน)

#### 3. ติดตามการทำงานของไต

3.1 เฝ้าระวังค่า Serum creatinine, BUN, Urine output อย่างต่อเนื่อง

3.2 ร่วมกับสหวิชาชีพในการติดตามผลของยาที่มีผลต่อการทำงานของไตและอาการข้างเคียงในผู้ป่วยที่ได้รับยา Vasopressor

#### 4. ใช้แนวทางการวินิจฉัยตามแนวทาง NICE 2012

นำแนวทางของ Acute kidney injury: Prevention, Detection and management NICE guideline published: 2012<sup>18</sup> มาปรับใช้ในการประเมินและวางแผนการพยาบาล โดยติดตามดัชนีมวลกาย (BMI) และใช้ร่วมในการคำนวณค่าการทำงานของไตเพื่อวินิจฉัย AKI อย่างแม่นยำ

#### 5. วางแผนการดูแลตามระดับความเสี่ยง

5.1 ใช้ค่า Maximum NEWS ร่วมกับข้อมูลอื่น เช่น อายุ เพศ สัญญาณชีพ ความอึดตัวของออกซิเจน ระดับความรู้สึกตัว มาในการใช้ทำนายการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ<sup>19</sup>

5.2 วิเคราะห์แนวโน้มวิเคราะห์แนวโน้มการเกิด AKI และวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วย

5.3 ประเมิน ติดตาม และจัดทำแผนติดตามระยะยาวเพื่อป้องกันภาวะ AKI ในกลุ่มเสี่ยง

### ชุดการพยาบาลที่ 2 การประเมินภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน โดยเกณฑ์ ดังนี้

1. เกณฑ์ RIFLE (2004) พัฒนาโดย Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI)<sup>20</sup> โดยใช้การประเมินจากการกรองของไตลดลง (Glomerular filtration rate: GFR) ร่วมกับการประเมินปริมาณปัสสาวะที่ลดลง แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับ ได้แก่ Risk, Injury และ Failure และนำไปใช้กับผู้ป่วย End stage kidney disease ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการฟอกไตได้เป็นอย่างดี<sup>21</sup>

2. เกณฑ์ AKIN (2007) พัฒนาโดย The Acute Kidney Injury Network (AKIN) เน้นการประเมินระดับ Serum creatinine ที่เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 0.3 mg/dL ภายใน 48 ชั่วโมง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (Stage 1 – 3) ตามความรุนแรงที่สัมพันธ์กับระดับ Creatinine และปริมาณปัสสาวะ โดยเกณฑ์ของ AKIN ยังคงใช้เกณฑ์ของปริมาณปัสสาวะเหมือนกับ RIFLE แต่เพิ่มความไวในการวินิจฉัยระยะเริ่มต้น<sup>22</sup>

3. เกณฑ์ KDIGO (2012) จัดทำโดยกลุ่ม Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO)

เป็นแนวทางที่รวมข้อดีของ RIFLE และ AKIN เข้าด้วยกัน เพื่อเพิ่มความแม่นยำและความชัดเจนทางคลินิก<sup>9</sup> แบ่งระดับความรุนแรงของ AKI ออกเป็น 3 ระยะ โดยอิงจากค่าระดับ Serum creatinine ที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับ Baseline ( $\geq 0.3$  mg/dL ภายใน 48 ชม. หรือเพิ่มขึ้น  $\geq 1.5$  เท่าจาก Baseline ภายใน 7 วัน) และ/หรือปริมาณปัสสาวะที่น้อยกว่า 0.5 mL/kg/h นานเกิน 6 ชั่วโมง ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน

ระยะ	Serum creatinine	ปริมาณปัสสาวะ
1	1.5 - 1.9 เท่าของเดิมหรือเพิ่มขึ้น มากกว่าหรือเท่ากับ 0.3 มก./ดล.	น้อยกว่า 0.5 มล./กก./ชม. นาน 6 - 12 ชั่วโมง
2	2.0 - 2.9 เท่าของเดิม	น้อยกว่า 0.5 มล./กก./ชม. นาน มากกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมง
3	3.0 เท่าของเดิมหรือ creatinine มากกว่าหรือเท่ากับ 4.0 mg/dl หรือการต้องเริ่มการฟอกเลือด	น้อยกว่า 0.3 มล./กก./ชม. นาน มากกว่าหรือเท่ากับ 24 ชั่วโมงหรือไม่มีปัสสาวะออกนาน มากกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมง

การศึกษาเปรียบเทียบในการใช้เกณฑ์วินิจฉัยจาก KDIGO 2012 และเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของ RIFLE และ AKIN แสดงให้เห็นว่าเกณฑ์ KDIGO มีความแม่นยำมากกว่าหรือแม่นยำเท่ากับเกณฑ์ RIFLE และ AKIN ในการสะท้อนในการเสียชีวิตในโรงพยาบาล<sup>23</sup> และได้นำไปพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติเกณฑ์การวินิจฉัยในญี่ปุ่นและจากฐานข้อมูลการศึกษาทั้งในสหรัฐอเมริกาและทั่วโลก<sup>24</sup>

### ชุดการพยาบาลที่ 3 การประเมินการได้รับสารน้ำและจัดการภาวะสมดุลของของเหลวและอิเล็กโทรไลต์

1. การประเมินการได้รับสารน้ำ ใช้วิธี Passive leg raise (PLR) Test หรือ stroke volume variation (SVV) การประเมินน้ำในหลอดเลือดแสดงถึงน้ำในหลอดเลือดมีค่าเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และมีปริมาณเพียงพอต่อการไหลเวียนไปยังอวัยวะต่าง ๆ ได้<sup>25</sup> ผู้ป่วยจะต้องได้รับสารน้ำชนิด Crystalloids 30 mL/kg ประเมินการตอบสนองต่อการให้สารน้ำจากค่า Mean arterial pressure, MAP  $\geq 75$  mmHg และในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคร่วม ความดันโลหิตสูง MAP มากกว่าหรือเท่ากับ 80 mmHg ประเมินค่า Central venous pressure (CVP) ก่อนและหลังให้สารน้ำโดยมีค่าอยู่ช่วงระหว่าง 8 - 12 mmHg การประเมินค่า Pulse pressure variation (PPV) ไม่ควรเกินที่ร้อยละ 13 จาก Arterial line ก่อนและหลังการให้สารน้ำและบันทึกในแบบบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 2 ชั่วโมงแรก และติดต่อกันทุก 4 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการประเมินความเพียงพอต่อการให้สารน้ำและทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ Stroke volume มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10<sup>25</sup>

### 2. การจัดการภาวะสมดุลของของเหลวและอิเล็กโทรไลต์

การจัดการภาวะสมดุลของของเหลวและอิเล็กโทรไลต์ในผู้ป่วย Sepsis ควรใช้ Balanced crystalloids เป็นสารน้ำหลัก และติดตามภาวะอิเล็กโทรไลต์อย่างใกล้ชิดเพื่อให้การแก้ไขที่เหมาะสม การจัดการภาวะสมดุลของของเหลวและอิเล็กโทรไลต์ต้องปรับให้เหมาะสมกับภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย โดยอาศัยข้อมูลจากการตรวจทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการ<sup>26</sup> อาการผิดปกติที่อาจพบมีดังนี้ 1) Hyponatremia ( $<135$  mEq/L) พบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำ Hypotonic มากเกินไปหรือมีภาวะ SIADH ควรรักษาด้วยการจำกัดน้ำหรือให้สารละลาย Hypertonic ในกรณีรุนแรง 2) Hypernatremia ( $>145$  mEq/L) อาจเกิดจากภาวะขาดน้ำ ควรให้สารน้ำ Hypotonic

เช่น 5% Dextrose อย่างช้า ๆ เพื่อป้องกันภาวะสมองบวม 3) Hypokalemia ( $<3.5$  mEq/L) อาจเกิดจากการใช้ Diuretics หรือภาวะ Alkalosis ควรให้ KCl ทางหลอดเลือดดำอย่างช้า ๆ 4) Hyperkalemia ( $>5.5$  mEq/L) พบในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน ควรใช้ Calcium gluconate, Insulin + Dextrose, และ Loop diuretics เพื่อช่วยลดระดับโพแทสเซียม 5) Hypomagnesemia ( $<1.6$  mg/dL) พบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำมาก หรือมีภาวะ Sepsis ควรให้ Magnesium sulfate ทางหลอดเลือดดำ 6) Hypophosphatemia ( $<2.5$  mg/dL) อาจเกิดจากการเผาผลาญพลังงานสูง ควรให้ Sodium หรือ Potassium phosphate ตามระดับโพแทสเซียมในเลือด

### 3. การลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะไตบาดเจ็บอย่างรุนแรง

3.1 ดูแลการให้ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เป็นหนึ่งในแนวทางที่ถูกพิจารณาเพื่อลดความเสี่ยงของ AKI<sup>10</sup> ยาขับปัสสาวะที่ใช้อยู่ในผู้ป่วย Sepsis ได้แก่ Loop diuretics เช่น Furosemide ส่งผลให้มีการขับน้ำและโซเดียมออกจากร่างกายมากขึ้น<sup>27</sup> ยาขับปัสสาวะช่วยลดความเสี่ยงของ AKI โดยการเพิ่มปริมาณปัสสาวะลดการเกิดภาวะไตขาดเลือดเฉพาะที่ เพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปยังไต ป้องกันภาวะ Oliguria ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของ AKI<sup>28</sup> การให้ยาในผู้ป่วย Sepsis และ AKI ควรพิจารณาอย่างรอบคอบ การใช้ Furosemide ในผู้ป่วย AKI ไม่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตหรือความจำเป็นในการฟอกไต<sup>29</sup> แนวทางของ KDIGO ไม่แนะนำให้ใช้ยาขับปัสสาวะเพื่อป้องกัน AKI แต่สามารถใช้ในกรณีต้องการควบคุมภาวะ Fluid overload<sup>26</sup> ผลข้างเคียงของยาขับปัสสาวะอาจทำให้เกิดภาวะ Hypovolemia และ Hypotension ซึ่งอาจทำให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงไตลดลง เพิ่มความเสี่ยงของ Electrolyte imbalance เช่น Hypokalemia และ Metabolic alkalosis การใช้ร่วมกับมาตรการอื่น ๆ เช่น การให้สารน้ำที่เหมาะสมเป็นแนวทางหลักในการป้องกัน AKI โดยต้องประเมินปริมาณสารน้ำที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล<sup>30</sup> การใช้ Vasopressors เช่น Norepinephrine ในกรณีที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำเพื่อลดความเสี่ยงของ AKI<sup>2</sup>

3.2 การควบคุมความดันโลหิตให้เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่อ AKI<sup>2</sup> ควบคุมค่า MAP ให้อยู่ที่  $\geq 65$  mmHg ในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง อาจต้องพิจารณาให้ MAP สูงขึ้น (70 – 80 mmHg) เพื่อคงการไหลเวียนของเลือดไปยังไตและอวัยวะสำคัญอื่น<sup>31</sup>

3.3 ดูแลการให้ Vasopressors ดังนี้ 1) Norepinephrine เป็นยาตัวแรกที่แนะนำสำหรับการรักษาภาวะความดันโลหิตต่ำมีผลทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด เพิ่ม MAP และลดความเสี่ยงของ AKI หากยังไม่สามารถคงระดับ MAP ได้ อาจพิจารณาเพิ่ม Vasopressin (0.03 units/min) เพื่อลดปริมาณ Norepinephrine ที่ใช้และลดผลข้างเคียงจาก Catecholamine<sup>32</sup> 2) Dopamine ใช้ด้วยความระมัดระวังเนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ การประเมินและปรับแนวทางการรักษาควรติดตามค่า Urine output ( $\geq 0.5$  mL/kg/hr) และค่า Serum creatinine เพื่อตรวจจับสัญญาณของ AKI ติดตามค่า Lactate clearance เพื่อประเมินภาวะช็อกและการตอบสนองต่อการรักษา การใช้ Dynamic hemodynamic monitoring เช่น PLR Test หรือ SWV สามารถช่วยประเมินว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อสารน้ำหรือไม่<sup>33</sup>

### ชุดการพยาบาลที่ 4 การติดตามการทำงานของไต

การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่บ่งชี้ภาวะ AKI ในระยะเริ่มต้นจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันและการรักษาที่เหมาะสม<sup>10,26</sup>

1. การเฝ้าระวังสัญญาณชีพและประเมินความดันโลหิตถ้าภาวะความดันโลหิตต่ำ (SBP  $< 90$  mmHg หรือ MAP  $< 65$  mmHg) อาจบ่งชี้ว่ามีภาวะเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิด AKI<sup>2</sup>

ภาวะหัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia; HR > 100 bpm) อาจเป็นสัญญาณของภาวะช็อกหรือลดปริมาณเลือดไปเลี้ยงไต<sup>34</sup> ปริมาณปัสสาวะน้อย (< 0.5 ml/kg/hr เป็นเวลา > 6 ชั่วโมง) เป็นเกณฑ์สำคัญของ AKI ตาม KDIGO criteria ควรติดตามปัสสาวะทุกชั่วโมงในผู้ป่วยวิกฤต

2. เป้าระวังการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่บ่งชี้ AKI และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่อาจบ่งชี้การเกิด AKI ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงระดับ Serum creatinine เพิ่มขึ้น  $\geq 0.3$  mg/dL ภายใน 48 ชั่วโมง หรือเพิ่มขึ้น  $\geq 1.5$  เท่า จากค่าปกติภายใน 7 วัน ตามเกณฑ์ KDIGO<sup>35</sup> ภาวะอิเล็กโทรไลต์ผิดปกติ Hyperkalemia ( $K^+ > 5.5$  mEq/L) อาจนำไปสู่ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ อาจพบภาวะน้ำท่วมปอด กลุ่มอาการหายใจลำบาก (Acute respiratory distress syndrome)<sup>11</sup> ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ โปแทสเซียมในเลือดสูง<sup>36</sup> และภาวะเลือดเป็นกรดจากการเผาผลาญ (Metabolic acidosis)

### ชุดการพยาบาลที่ 5 บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนการทำงานของไตและป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (AKI)

1. การประเมินและติดตามสัญญาณชีพและสมดุลงานของหลอดเลือดตาม MAP และปริมาณปัสสาวะอย่างใกล้ชิด ใช้เครื่องมือ Dynamic monitoring เช่น PLR Test และ SVV ในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก<sup>37</sup>
2. ดูแลการให้สารน้ำอย่างเหมาะสมใช้ Balanced crystalloids เช่น Ringer's lactate แทน 0.9% NaCl เพื่อลดภาวะ Hyperchloremic acidosis<sup>38</sup> หลีกเลี่ยง Fluid overload โดยติดตามน้ำหนักตัวและค่า CVP
3. ดูแลการใช้ยาอย่างปลอดภัยหลีกเลี่ยงการใช้ Nephrotoxic drugs เช่น Aminoglycosides, NSAIDs และ Contrast media หากไม่จำเป็น ใช้ Vasopressors เช่น Norepinephrine ในกรณีที่ให้สารน้ำแล้ว MAP ยังคงต่ำ<sup>10</sup>
4. เป้าระวังและจัดการภาวะอิเล็กโทรไลต์ผิดปกติให้ Calcium gluconate ในกรณีที่มี Hyperkalemia และให้ Sodium bicarbonate หากมีภาวะกรดจากการเผาผลาญ<sup>26</sup>
5. ให้การพยาบาลแบบองค์รวมป้องกันการติดเชื้อซ้ำ โดยดูแลให้มีเทคนิคปลอดเชื้อขณะทำหัตถการรวมทั้งให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลไตและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด AKI<sup>39</sup>
6. ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การดื่มน้ำอย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงยาที่มีพิษต่อไต ควบคุมโรคเรื้อรัง และเฝ้าระวังอาการผิดปกติ เพื่อป้องกัน AKI เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ

### บทสรุป

ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ และสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่สูง การพยาบาลเพื่อป้องกัน AKI จึงต้องอิงหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากการประเมินความเสี่ยงตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วย ด้วยเครื่องมือ เช่น NEWS และ qSOFA เพื่อคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การจัดการสารน้ำและความดันโลหิตอย่างเหมาะสมตามแนวทาง KDIGO 2012 มีความสำคัญต่อการคงการทำงานของไต ควบคู่กับการหลีกเลี่ยงยาที่มีพิษต่อไต เช่น NSAIDs และ Aminoglycosides การติดตามการทำงานของไต ผ่านค่า Serum creatinine, BUN และปริมาณปัสสาวะอย่างใกล้ชิด ช่วยให้สามารถวินิจฉัย AKI ได้ตั้งแต่ระยะต้น นอกจากนี้ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การดื่มน้ำเพียงพอและหลีกเลี่ยง

ปัจจัยเสี่ยง จะส่งเสริมการป้องกันอย่างยั่งยืน แนวทางพยาบาลที่ครอบคลุมนี้จะช่วยลดความเสี่ยงของ AKI และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

ส่งเสริมการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล สนับสนุนให้พยาบาลยึดแนวปฏิบัติที่มีงานวิจัยรองรับ เช่น การประเมินความเสี่ยงตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย ด้วยเครื่องมือ เช่น NEWS และ qSOFA เพื่อคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การจัดการสารน้ำและความดันโลหิตอย่างเหมาะสม การหลีกเลี่ยงยาที่มีพิษต่อไต การติดตามการทำงานของไต เพื่อป้องกัน AKI อย่างมีประสิทธิภาพ

### References

1. Ostermann M, Lumlertgul N, Jeong R, See E, Joannidis M, Jame M. Acute kidney injury. *The Lancet* 2025;405(10474):241-56.
2. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine* 2021;47(11):1181-247.
3. Adiyek E, Ren Y, Fogel S, Rashidi P, Segal M, Shenkman EA, et al. Epidemiology, trajectories and outcomes of acute kidney injury among hospitalized patients: a large retrospective multicenter cohort study. *Journal of Nephrology* [Internet]. 2025 [cited 2024 April 12]. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40620-025-02234-4>
4. Nakwan S. Incidence, risk factors, and consequences of acute kidney failure in patients in the intensive care unit, Ratchaburi Hospital. *Region 4-5 Medical Journal* 2020;39(4):656-67. (in Thai)
5. Poston JT, Koyner JL. Sepsis associated acute kidney injury. *BMJ* [Internet]. 2019 [cited 2024 April 12];364:k4891. Available from: <https://www.bmj.com/content/364/bmj.k4891.long>
6. Ibarz M, Haas LEM, Ceccato A, Artigas A. The critically ill older patient with sepsis: a narrative review. *Annals of Intensive Care* [Internet]. 2024 [cited 2024 April 12];14(1):6. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13613-023-01233-7>
7. Division Of Non-Communicable Diseases, Ministry of Public Health. Number and incidence rate, 2016–2020. Nonthaburi: Division of Non-Communicable Diseases, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
8. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA* 2016;315(8):801-10.
9. Khwaja A. KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury. *Nephron Clinical practice* 2012;120(4):c179-84.
10. Kellum JA, Romagnani P, Ashuntantang G, Ronco C, Zarbock A, Anders HJ, et al. Acute kidney injury. *Nature Reviews Disease Primers* [Internet]. 2021 [cited 2024 April 12];7(1):52. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41572-021-00284-z>

11. Raimundo M, Crichton S, Martin JR, Syed Y, Varrier M, Wyncoll D, et al. Increased fluid administration after early acute kidney injury is associated with less renal recovery. *Shock*. 2015;44(5):431-7.
12. Goyal A, Daneshpajouhnejad P, Hashmi MF, Bashir K. Acute kidney injury [Internet]. 2025 [cited 2024 April 12]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441896/>
13. Hinkaew B. Nursing care for patients with acute kidney injury: a case study. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2016;9(9):46-62. (in Thai)
14. Ronco C, Bellomo R, Kellum, JA. Acute kidney injury. *The Lancet* 2019;19(394):1949-64.
15. Dos Santos WM, Secoli SR, Püschel VAA. The Joanna Briggs Institute approach for systematic reviews. *Revista Latino-Americana De Enfermagem* [Internet]. 2018 [cited 2024 April 12];26:e3074. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6248737/pdf/0104-1169-rlae-26-e3074.pdf>
16. Suepkinra A, Methakanjanasak M. Effects of nursing practice guidelines for the prevention of acute kidney injury in critically ill trauma patients at Khon Kaen Hospital. *Journal of Nursing and Health Care* 19;37(2);208-17. (in Thai)
17. Waeyaei A, Chanruangvanich W, Thosingha O, Keorochana K. Factors predicting the severity of acute kidney injury in trauma patients within 48 hours. *Journal of Thailand Nursing And Midwifery Council* 2019;34(1);122-40. (in Thai)
18. National Clinical Guideline Centre. Acute kidney injury: prevention, detection and management up to the point of renal replacement therapy. London: Royal College of Physicians (UK); 2013.
19. Faisal M, Scally A, Elgaali MA, Richardson D, Beatson K, Mohammed MA. The national early warning score and its subcomponents recorded within  $\pm 24$  h of emergency medical admission are poor predictors of hospital-acquired acute kidney injury. *Clinical Medicine (London, England)* 2018;18(1):47-53.
20. Ronco C, Kellum JA, Bellomo R, Mehta RL. Acute dialysis quality initiative (ADQI). *Contributions To Nephrology* 2013;182:1-4.
21. Chawla LS, Bellomo, R., Bihorac, A., Goldstein, S. L., Siew, ED, Bagshaw SM, et al. Acute kidney disease and renal recovery: consensus report of the Acute Disease Quality Initiative (ADQI) 16 Workgroup. *Nature Reviews Nephrology* 2017;13(4):241-57.
22. Zhou J, Yang, L, Zhang, K, Liu, Y, Fu, P. Risk factors for the prognosis of acute kidney injury under the acute kidney injury network definition: a retrospective, multicenter study in critically ill patients. *Nephrology*. 2012 May;17(4):330-7.
23. Doi K, Nishida O, Shigematsu T, Sadahiro T, Itami N, Iseki K, et al. The Japanese clinical practice guideline for acute kidney injury 2016. *Clinical and Experimental Nephrology* 2018;22(5):985-1045.
24. Vijayan A, Faubel, S., Askenazi, D. J., Cerda, J., Fissell, WH, Heung M, et al. Clinical use of the urine biomarker for acute kidney injury risk assessment. *American Journal of Kidney Diseases*. 2016;68(1):19-28.
25. Castera MR, Borhade MB. Fluid management [Internet]. 2025 [cited 2024 April 12]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532305/>
26. Kidney Disease Improving Global Outcomes. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International* 2024;105(4s):S117-314.

27. Pisani L, Rashan T, Shamal M, Ghose A, Kumar Tirupakuzhi Vijayaraghavan B, Tripathy S, et al. Performance evaluation of a multinational data platform for critical care in Asia. *Wellcome Open Research* 2021;6:251.
28. Fortrie G, de Geus HRH, Betjes MGH. The aftermath of acute kidney injury: a narrative review of long-term mortality and renal function. *Critical Care* 2019;23(1):24.
29. Yu Y, Li C, Zhu S, Jin L, Hu Y, Ling X, Miao C, et al. Diagnosis, pathophysiology and preventive strategies for cardiac surgery-associated acute kidney injury: a narrative review. *European Journal of Medical Research* 2023;28(1):45.
30. Seitz KP, Caldwell ES, Hough CL. Fluid management in ARDS: an evaluation of current practice and the association between early diuretic use and hospital mortality. *Journal of Intensive Care* 2020;8(1):78.
31. Husain-Syed F, Takeuchi T, Neyra JA, Ramírez-Guerrero G, Rosner MH, et al. Acute kidney injury in neurocritical care. *Critical Care*. 2023;27(1):341.
32. Levy B, Fritz C, Tahon E, Jacquot A, Auchet T, Kimmoun A. Vasoplegia treatments: the past, the present, and the future. *Critical Care* 2018;22(1):52.
33. Ueyama H, Kiyonaka S. Predicting the need for fluid therapy-does fluid responsiveness work?. *Journal of Intensive Care* 2017;5(1):34.
34. Pais T, Jorge S, Lopes JA. Acute kidney injury in sepsis. *International Journal of Molecular Sciences* 2024;25(11):5924.
35. Machado MN, Nakazone MA, Maia LN. Acute kidney injury based on KDIGO (Kidney disease improving global outcomes) criteria in patients with elevated baseline serum creatinine undergoing cardiac surgery. *Revista brasileira de cirurgia cardiovascular : orgao oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular* 2014;29(3):299-307.
36. Libório AB, Leite TT, Neves FM, Teles F, Bezerra CT. AKI complications in critically ill patients: association with mortality rates and RRT. *Clinical Journal of The American Society of Nephrology* 2015;10(1):21-8.
37. Monnet X, Teboul J-L. Passive leg raising: five rules, not a drop of fluid!. *Critical Care* [Internet]. 2015;19(1):18.
38. Astapenko D, Navratil P, Pouska J, Cerny V. Clinical physiology aspects of chloremia in fluid therapy: a systematic review. *Perioperative Medicine* 2020;9(1):40.
39. Centers for Disease Control and Prevention. CDC's core infection prevention and control practices for safe healthcare delivery in all settings [Internet]. 2024 [cited 2024 April 12]. Available from: <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/core-practices/index.html>

## บทความวิชาการ

## Mental health stigma: The role of community nurses

Received: May 19, 2025

Revised: Aug 20, 2025

Accepted: Aug 22, 2025

Nipawan Sriyoha, M.N.S<sup>1\*</sup>

### Abstract

**Introduction:** Mental health is a global problem. In Thailand, there are more than 13.4 million people with mental health problems, but only a fraction of them has access to treatment. One of the main causes is stigma. Reducing stigma is a key to pave the way for mental health treatment. Therefore, community nurses have a key role in applying their knowledge to reduce stigma and promote access to appropriate treatment.

**Objectives:** This research study aims to present knowledge about mental health stigma and the role of community nurses in preventing and reducing mental health stigma in the community.

**Key issues:** Mental health stigma is a negative belief and attitude towards mental illness that is an obstacle to psychiatric treatment. It can be classified according to the source of influence that causes such symptoms, including external and internal factors. Such factors have a negative impact on individuals and society in many dimensions. Solving the problem of mental health stigma requires the integration of cooperation from many sectors, emphasizing attitude changes, promoting understanding and true acceptance. Community nurses play an important role in proactive work to reduce mental health stigma because they can reach the target group comprehensively and understand the community context.

**Conclusions:** The role of community nurses in preventing and reducing mental health stigma focuses on fostering a correct understanding of mental health, delivering empathetic nursing care free from bias and discrimination, and promoting opportunities for individuals to seek mental health support and access appropriate treatment.

**Implications:** Personnel providing care for people with mental health problems in the community can apply their knowledge as a guideline for developing care for people with mental health problems and psychiatric patients in the community who face stigma effectively, comprehensively, and in line with real needs.

**Keywords:** stigma, mental health, role of community nurses

<sup>1\*</sup>Corresponding author: Registered nurse (senior professional level), Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand. Email: esafos123@gmail.com

## การตีตราทางสุขภาพจิต: บทบาทของพยาบาลชุมชน

Received: May 19, 2025

Revised: Aug 20, 2025

Accepted: Aug 22, 2025

นิภาวรรณ ศรีโยหะ พย.ม.<sup>1\*</sup>

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** ปัญหาสุขภาพจิตเป็นประเด็นสำคัญระดับโลก ในประเทศไทยมีผู้ประสบปัญหาด้านสุขภาพจิตกว่า 13.4 ล้านคน แต่เข้าถึงการรักษาได้เพียงบางส่วน สาเหตุสำคัญเกิดจากการตีตรา การลดการตีตราจึงเป็นกุญแจสำคัญในการเปิดทางสู่การรักษาด้านสุขภาพจิต พยาบาลที่ให้การดูแลประชาชนในชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการประยุกต์ใช้องค์ความรู้เพื่อลดการตีตราและส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาอย่างเหมาะสม

**วัตถุประสงค์:** เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับการตีตราทางสุขภาพจิตและบทบาทของพยาบาลชุมชนเพื่อป้องกันและลดการตีตราทางสุขภาพจิตในชุมชน

**ประเด็นสำคัญ:** การตีตราทางสุขภาพจิต เป็นลักษณะความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อความเจ็บป่วยทางจิตในเชิงลบ เป็นอุปสรรคต่อการรักษาทางจิตเวช จำแนกตามแหล่งอิทธิพลที่ก่อให้เกิด คือ ภายนอกตัวบุคคลและภายในตัวบุคคล ส่งผลกระทบต่อบุคคลและสังคมในหลายมิติ การแก้ปัญหาการตีตราทางสุขภาพจิตอาศัยการบูรณาการความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจและยอมรับอย่างแท้จริง พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานเชิงรุกเพื่อลดการตีตราทางสุขภาพจิต เนื่องจากสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึงและมีความเข้าใจบริบทของชุมชน

**สรุป:** บทบาทของพยาบาลชุมชนในการป้องกันและลดการตีตราทางสุขภาพจิต เน้นการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิต ให้การพยาบาลด้วยความเข้าใจ ปราศจากอคติและไม่เลือกปฏิบัติ ส่งเสริมโอกาสในการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตและเข้าสู่กระบวนการรักษาที่เหมาะสม

**ข้อเสนอแนะ:** บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน สามารถนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เผชิญกับการตีตราได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมและสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง

**คำสำคัญ:** การตีตรา สุขภาพจิต บทบาทพยาบาลชุมชน

<sup>1\*</sup> Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย

Email: esafos123@gmail.com

## บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นประเด็นที่ทั่วโลกให้ความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากปัจจัยแวดล้อมและความเปลี่ยนแปลงในสังคม ส่งผลให้คนในแต่ละช่วงวัยต้องเผชิญกับปัญหาทางจิตใจในรูปแบบที่แตกต่างกัน ความผิดปกติทางจิตไม่เพียงกระทบต่อตัวบุคคล แต่ยังส่งผลต่อครอบครัว ชุมชน และอาจสร้างความเสียหายทางเศรษฐกิจในวงกว้าง จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2565 ระบุว่า ประชากรโลกประมาณ 1 ใน 8 หรือมากกว่า 970 ล้านคน กำลังประสบปัญหาด้านสุขภาพจิต<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทยมีรายงานในปี พ.ศ. 2567 ว่า ประชากรไทยมีปัญหาทางสุขภาพจิตสูงถึง 10 ล้านคน แต่มีเพียง 2.9 ล้านคนเท่านั้น ที่ได้รับการเข้าถึงบริการรักษาทางสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม<sup>2</sup> สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศไทย นอกจากนี้รายงานการสำรวจสุขภาพคนไทยปี พ.ศ. 2568 พบว่า ประชาชนไทยประสบปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้นถึง 13.4 ล้านคน<sup>3</sup> สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแล ส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับประเทศอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

แม้ในปัจจุบันสังคมมองว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องใกล้ตัวมากขึ้น แต่ปัญหาที่พบ คือ ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมากไม่ได้เข้าสู่กระบวนการรักษาหรือเข้าสู่กระบวนการรักษาล่าช้า จากหลักฐานการวิจัยพบว่า หนึ่งในสาเหตุสำคัญเกิดจากการตีตรา (Stigma) ทั้งจากตัวผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเองและสังคมรอบข้าง<sup>4-5</sup> คนในสังคมส่วนใหญ่มักมีความคิดในแง่ลบต่อผู้ป่วยจิตเวชและผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ไม่ว่าจะเป็นการมีพฤติกรรมน่ากลัว เป็นอันตรายต่อผู้อื่น มีสติปัญญาไม่สปรบประกอบ ขาดความรับผิดชอบ หรือไร้ความสามารถในการตัดสินใจ ความคิดหรือทัศนคติในแง่ลบเหล่านี้ส่งผลให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตรู้สึกถูกแปลกแยก เป็นตัวประหลาดและถูกกีดกัน จนต้องพยายามปกปิดข้อมูลหรือประวัติการรักษาทางจิตเวชของตนเอง ไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง หรือไม่กล้าเข้ารับการรักษา เนื่องจากการขาดความมั่นใจและไว้วางใจต่อสังคมและทีมการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การขาดความรู้และความเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวช ถือเป็นปัจจัยหลักต่อการถูกตีตราทางสังคม<sup>4</sup> รวมทั้งการนำเสนอข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชในแง่ลบ ทำให้เกิดความเข้าใจผิด หวาดระแวง และความกลัว จนกลายเป็นอคติจากสังคมได้ การถูกตีตราอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าเหมือนเป็นการซ้ำเติมผู้มีปัญหาสุขภาพจิต การถูกตีตราในฐานะผู้ป่วยทางจิตเป็นหนึ่งในความยากลำบากที่สุดที่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตต้องเผชิญ เป็นสิ่งขัดขวางโอกาสในการดำเนินชีวิต โอกาสในการพัฒนาบทบาททางสังคมนำไปสู่การลดทอนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ลดลง ส่งผลร้ายต่อการฟื้นหายจากอาการที่เป็นอยู่<sup>6-7</sup>

การตีตราเป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลทางสุขภาพจิต เปรียบเสมือนกำแพงที่ขัดขวางการแสวงหาความช่วยเหลือด้านจิตใจ ดังนั้น การลดการตีตราจึงเป็นการทำลายกำแพงที่ขัดขวางการแสวงหาความช่วยเหลือและการเข้าสู่กระบวนการรักษา ในบางครั้งผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตอาจไม่มีกำลังมากพอในการทำลายกำแพงนั้น พยาบาลชุมชนผู้มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยในชุมชน เป็นอีกหนึ่งแรงที่ช่วยให้พวกเขาเหล่านั้นทำลายกำแพงลงได้ โดยประยุกต์ใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับการตีตราทางสุขภาพจิต ร่วมกับกระบวนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนผ่านบทบาทที่สำคัญของพยาบาลชุมชน<sup>8</sup>

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับการตีตราทางสุขภาพจิตและบทบาทของพยาบาลชุมชน เพื่อลดการตีตราผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ช่วยให้พยาบาลชุมชนมีความรู้

ความเข้าใจเกี่ยวกับการตีตราทางสุขภาพจิต เป็นแนวทางในการดำเนินงานตามบทบาทของพยาบาลชุมชน เพื่อป้องกันและลดการตีตราผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนให้เกิดประสิทธิผลและยั่งยืน

### ความหมายของการตีตราทางสุขภาพจิต

การตีตราเป็นแนวคิดที่มีผู้ริเริ่มศึกษาเป็นนักจิตวิทยาสังคมชาวแคนาดาชื่อ เออร์วิง กอฟฟ์แมน (Erving Goffman) โดยกอฟฟ์แมน ได้ให้ความหมายของการตีตราว่า “คุณลักษณะของการทำให้เสียหายหรือเสียชื่อเสียงในระดับลึก ซึ่งผลของความเสียหายจะแสดงให้เห็นในรูปแบบของความสัมพันธ์” กอฟฟ์แมนอธิบายเพิ่มเติมว่า การตีตราเป็นปฏิกริยาของสังคมและบุคคลแวดล้อมที่มีต่อคุณลักษณะไม่พึงประสงค์ของบุคคลที่มีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไป เช่น รูปร่างหน้าตา สีผิว ประวัติอาชญากรรม ประวัติความเจ็บป่วยร้ายแรงกายและสุขภาพจิต เป็นต้น นำไปสู่ความมีอคติ (Prejudice) การแบ่งแยก (Separation) และการเลือกปฏิบัติ (Discrimination) ทำให้บุคคลนั้นเสื่อมเสียชื่อเสียง ถูกกลตอนคุณค่า และไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ส่งผลให้การรับรู้คุณค่าของตนเองของบุคคลนั้นลดลง<sup>9</sup> นักวิชาการในประเทศไทยมีการเลือกใช้คำเพื่อแปลความหมายคำว่า “Stigma” ไว้หลายรูปแบบ เช่น ตราบาป คือ การรับรู้ของผู้ป่วยในการถูกกีดกัน ปฏิเสธ ต่าหนิ ทำให้อับอายและไม่มีคุณค่า<sup>7</sup> เป็นการประทับตราว่าด้อยค่า<sup>10</sup> เป็นตราประทับที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวและชุมชน การตีตราคือ รูปแบบหนึ่งของกระบวนการทางสังคมที่แสดงออกในลักษณะการแบ่งแยก กีดกัน ลดคุณค่าในตัวบุคคลที่มีลักษณะบางอย่างที่สังคมไม่ยอมรับ<sup>12</sup> เป็นต้น

จากที่กล่าวมานักวิชาการทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยได้ให้ความหมายการตีตราทางสุขภาพจิตในลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยสรุปได้ว่า การตีตราทางสุขภาพจิตเป็นลักษณะความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจในเชิงลบ ทำให้เกิดการเหมารวม (Stereotype) การมีอคติและเลือกปฏิบัติในสังคมต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นตัวขัดขวางการรับรู้และการรักษาทางจิตเวช ซึ่งกระบวนการเกิดการตีตราทางสุขภาพจิต อาจเกิดขึ้นได้ทั้งในระดับโครงสร้างทางสังคม ระหว่างบุคคล หรือในระดับการรับรู้ของผู้ที่ถูกตีตราเอง<sup>9,12-14</sup>

### ประเภทของการตีตราทางสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรม การตีตราทางสุขภาพจิตสามารถจำแนกได้ตามแหล่งอิทธิพลที่ก่อให้เกิดการตีตรา โดยแบ่งออกเป็นอิทธิพลจากภายนอกตัวบุคคลและอิทธิพลจากภายในตัวบุคคล ดังนี้

#### 1. แหล่งอิทธิพลจากภายนอกตัวบุคคล

**1.1) การตีตราจากสังคม (Public/Social stigma)** เป็นการตีตราที่เกิดขึ้นจากความเชื่อหรือการรับรู้ในระดับสังคมหรือกลุ่มคน ผ่านการมองแบบเหมารวม โดยสังคมมีความเชื่อและความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น มองว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นบุคคลอันตรายและควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ เป็นต้น ทำให้กลุ่มคนในสังคมแสดงออกถึงพฤติกรรมเชิงลบ<sup>14-15</sup> นำไปสู่การกีดกันและเลือกปฏิบัติ<sup>15</sup> ส่งผลให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเกิดอุปสรรคในการดำเนินชีวิตทั้งด้านที่อยู่อาศัย การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม และการดูแลสุขภาพของตนเอง<sup>16</sup>

**1.2) การตีตราจากบุคคลรอบข้าง (Personal stigma)** เป็นการตีตราที่เกิดจากมุมมอง ทัศนคติ และความเชื่อต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตของบุคคลรอบข้าง เช่น เพื่อน สมาชิกในครอบครัว เป็นต้น การรับรู้ของบุคคลรอบข้างอาจเหมือนหรือแตกต่างจากระดับสังคม ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เฉพาะของบุคคลนั้น ๆ หากผู้มีปัญหาสุขภาพจิตประเมินว่าบุคคลรอบข้างของตนมีความเชื่อหรือทัศนคติเชิงลบต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ มีแนวโน้ม

ที่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจะไม่กล้าเปิดเผยเรื่องราวและปัญหาทางสุขภาพจิตของตนเองกับบุคคลรอบข้างเหล่านั้น จนถึงขั้นไม่กล้าแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตจากแหล่งอื่น ๆ<sup>14</sup>

**1.3) การตีตราเชิงโครงสร้าง (Structural/Institutional stigma)** การตีตราประเภทนี้ แอบแฝงอยู่ในนโยบาย กฎหมาย หรือแนวปฏิบัติขององค์กรต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่จำกัด การถูกเลือกปฏิบัติในสถานที่ทำงาน เป็นต้น<sup>15</sup>

**1.4) การตีตราทางวิชาชีพ (Professional stigma)** การศึกษาของ Subu และคณะ ค้นพบ ลักษณะการตีตราที่เกิดจากบุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต แม้ทัศนคติของบุคลากรทางสุขภาพจะเป็นไปในเชิงบวกมากกว่าประชาชนทั่วไป แต่ทัศนคติเชิงลบยังคงมีอยู่ บุคลากรทางสุขภาพจำนวนหนึ่ง ยังมีทัศนคติด้านลบหรือความรู้สึกไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดีและมีโอกาสฟื้นหายต่ำ การตีตรานี้อาจส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำ (Disparities) ในการเข้าถึงการรักษา กระบวนการรักษา และคุณภาพการรักษาได้<sup>16</sup>

## 2. แหล่งอิทธิพลจากภายในตัวบุคคล

**2.1) การตีตราจากตนเอง (Internalized/Self-stigma)** เป็นการตีตราที่เกิดจากกระบวนการภายในของตัวบุคคล โดยการรับเอาการถูกมองแบบเหมารวมและทัศนคติเชิงลบจากสังคม เข้ามาเมื่ออิทธิพลต่อความเชื่อและมุมมองของตนเอง จนเกิดความรู้สึกกลายใจ การเห็นคุณค่าและการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง เกิดความรู้สึกกลัวที่จะขอรับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ นำไปสู่การเข้ารับการรักษาทางสุขภาพจิตล่าช้า จนกลายเป็นโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนมากขึ้น<sup>15</sup>

นอกจากนี้ยังมีลักษณะการตีตราในรูปแบบการรับรู้การถูกตีตราของผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต (Affiliate stigma) เกิดจากการที่ผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตรับเอาการตีตราจากสังคมมาประเมินตนเองในแง่ลบ จนเกิดความรู้สึกแง่ลบต่าง ๆ ต่อตนเอง เช่น รู้สึกอับอาย โทษตัวเอง รู้ว่าตนเองไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมและแตกต่างจากบุคคลทั่วไป<sup>12</sup> ซึ่งมีความแตกต่างจากการตีตราโดยการเชื่อมโยง (Courtesy stigma) เป็นการตีตราที่ผู้อื่นมีต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น พ่อแม่ของเด็กที่มีภาวะออทิสติกถูกเพื่อนบ้านมองว่าเลี้ยงลูกไม่ดี แม้พ่อแม่ไม่ได้มีภาวะผิดปกติ แต่ถูกมองในแง่ลบเพียงเพราะลูกของตนเป็นผู้มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น<sup>9</sup>

## ผลกระทบของการตีตราทางสุขภาพจิต

การตีตราทางสุขภาพจิตก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อบุคคลและสังคมในหลายมิติ ได้แก่

**1. การเข้าสู่กระบวนการรักษาล่าช้า** การตีตราทางสุขภาพจิตเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตไม่สามารถเข้ารับการรักษาได้ทันเวลาที่ ความกลัวและความอับอายที่จะถูกรังเกียจหรือเข้าใจผิดเนื่องจากอาการป่วย ทำให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตไม่กล้าเข้ารับการรักษาในทันที<sup>13</sup> การตีตรามีความสัมพันธ์กับการหลีกเลี่ยงการเข้ารับการรักษาทางสุขภาพจิต<sup>17</sup> ส่งผลให้เมื่อเวลาผ่านไปอาการต่าง ๆ อาจแย่ลงและรุนแรงขึ้น ทำให้การรักษาและการฟื้นหายมีความยากลำบากมากขึ้น ความล่าช้าในการรักษายังทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงและมีอาการซึมเศร้ามากขึ้นได้<sup>13</sup> ก่อให้เกิดวัฏจักรอันโหดร้ายของการโทษตัวเอง (Self-Blame) ความโดดเดี่ยว (Isolation) และความสิ้นหวัง (Hopelessness) ปัญหาสุขภาพจิตที่ไม่ได้รับการรักษาเป็นเวลานาน อาจทำให้ความสามารถในด้านต่าง ๆ ของชีวิตลดลง เช่น การทำงาน ความสัมพันธ์ และการดูแลตนเอง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมแย่ลง<sup>13</sup>

**2. การแยกตัวจากสังคมและการถูกเลือกปฏิบัติ** การตีตราสามารถนำไปสู่การแยกตัวจากสังคมและการถูกเลือกปฏิบัติ ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมักเผชิญกับการเลือกปฏิบัติในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะการจ้างงานและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สูญเสียโอกาสต่าง ๆ ในชีวิตทั้งการเรียน การทำงาน การสร้างความสัมพันธ์ และโอกาสในการพัฒนาตนเอง อคติเชิงลบและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคทางจิต ส่งผลให้บุคคลทั่วไปไม่เข้าใจพฤติกรรมที่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตแสดงออกและขาดความเห็นอกเห็นใจ การตีตรายังทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีปัญหาสุขภาพจิตกับคนรอบข้างแย่ลง ไม่ว่าจะเพื่อนหรือคนในครอบครัว เกิดการห่างเหินกันจากความไม่สบายใจ ความกลัว หรือความเข้าใจผิด ทำให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเกิดความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยวมากขึ้น ไม่กล้าเปิดเผยปัญหาของตนเองต่อผู้อื่น นำไปสู่การแยกตัวจากสังคมในที่สุด<sup>13</sup>

**3. การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา** การตีตราส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา การศึกษาในสหรัฐอเมริกาของ Sirey และคณะ พบว่า การรับรู้การตีตรา (Perceived stigma) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการหยุดการรักษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอาจหลีกเลี่ยงหรือหยุดการรักษา เนื่องจากกลัวจะถูกมองว่าเป็นผู้ป่วยทางจิต ความกลัวนี้อาจเกิดจากความกังวลถึงการตีตราที่เกี่ยวข้องกับการไปใช้บริการสถานพยาบาลทางสุขภาพจิต การรับประทานยาจิตเวช หรือการถูกพบเห็นเมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอาจนำไปสู่ผลลัพธ์ของการรักษาที่ไม่เหมาะสม เพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหรือทำให้อาการแย่ลง การตีตรายังทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการฟื้นหายจากโรค<sup>13</sup>

**4. การคงอยู่และถ่ายทอดความเข้าใจผิดต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต** ทศนคติที่ตีตราต่อความเจ็บป่วยทางจิตมีส่วนทำให้อคติแบบเหมารวมและข้อมูลผิด ๆ เกี่ยวกับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตยังคงมีอยู่ เช่น การมองว่าผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นบุคคลอันตราย เป็นต้น การเหมารวมว่าผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นบุคคลอันตราย คาดเดาไม่ได้หรือต้องรับผิดชอบต่อโรคของตนเอง ทำให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเกิดการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องต่อการเจ็บป่วยของตนหรือเกิดความรู้สึกโทษตัวเอง<sup>13</sup> อคติแบบเหมารวมที่หยั่งรากลึกในสังคมส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมแห่งความกลัว การปฏิเสธ และการเลือกปฏิบัติต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องอาจขัดขวางความเข้าใจและการยอมรับของสังคมเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช ทำให้เกิดการตีตราที่รุนแรงขึ้น ขณะเดียวกันก็ส่งผลกระทบเชิงลบต่อนโยบายและกฎหมาย ส่งผลให้งบประมาณและการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพจิตไม่เพียงพอ<sup>13</sup>

**5. ผลกระทบต่อเพศสภาพ** รายงานการวิจัยระบุว่า ผลกระทบต่อเพศสภาพจากการถูกตีตรานั้นไม่สามารถอธิบายได้ด้วยกรอบเดียวกัน ความซับซ้อนทางสังคมและวัฒนธรรมมีบทบาทในการกำหนดว่าการเจ็บป่วยทางจิตจะถูกมองอย่างไรในแต่ละเพศ ความแตกต่างนี้มีรากฐานจากบทบาททางเพศที่สังคมกำหนดและบริบททางวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ เช่น การศึกษาในชุมชนชาวเบดูอิน-อาหรับ ของ Krenawi และคณะ พบว่า ผู้หญิงเผชิญกับการตีตราทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากสังคมมองว่าผู้หญิงมีสถานะด้อยกว่าผู้ชาย อ่อนแอ เปราะบาง และต้องควบคุมอารมณ์ตนเองให้ได้ ทำให้โอกาสที่ผู้หญิงจะขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิตมีน้อย<sup>13</sup> ในขณะเดียวกันบางสังคมผู้ชายกลับรับรู้ถึงการตีตราทางสุขภาพจิตมากกว่า เนื่องจากค่านิยมความเป็นชายที่มักปฏิเสธความเปราะบางทางอารมณ์ ถูกสังคมคาดหวังว่าต้องเข้มแข็ง ส่งผลให้ผู้ชายรู้สึกผิดหรืออับอายเมื่อต้องยอมรับปัญหาทางจิตใจหรือขอความช่วยเหลือ<sup>13</sup>

## แนวทางการแก้ไขปัญหาการตีตราทางสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปแนวทางการดำเนินการแก้ไขการตีตราทางสุขภาพจิตได้ ดังนี้

**1. การรณรงค์สร้างความตระหนักรู้แก่ประชาชน** กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการรณรงค์ผ่านสื่อต่าง ๆ ทั้งช่องทางออนไลน์และออฟไลน์ เพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่ประชาชนในการจัดความเข้าใจผิดและส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต โดยการส่งเสริมข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคทางจิต อุดบัติการณของโรค และความเป็นไปได้ในการฟื้นหายจากโรค<sup>13</sup>

**2. การฝึกอบรมสมรรถนะสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ** ควรมีการฝึกอบรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้มีปัญาสุขภาพจิตแก่บุคลากรทางสุขภาพ การฝึกอบรมควรครอบคลุม การทำความเข้าใจและเคารพต่อภูมิหลังทางวัฒนธรรม รวมถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดการตีตราในสถานพยาบาล หลายงานวิจัยชี้ให้เห็นว่าบุคลากรทางสุขภาพที่ขาดสมรรถนะทางวัฒนธรรม (Cultural competence) อาจแสดงพฤติกรรมการตีตราโดยไม่ตั้งใจ<sup>13,16</sup> ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัยและไม่กล้าขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น การฝึกอบรมช่วยให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความไว้วางใจและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน ซึ่งมีส่วนช่วยลดการรับรู้ถึงการถูกตีตราของผู้ป่วยได้<sup>13,16</sup>

**3. การจัดโปรแกรมการสนับสนุนจากเพื่อน** การจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตมักเป็นประสบการณ์เปล่าเปลี่ยวและก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากผู้อื่น ไม่มีใครเข้าใจ และไม่มีทางออก การมีพื้นที่ให้ผู้ที่เคยประสบกับภาวะเจ็บป่วยทางจิตมาแบ่งปันประสบการณ์ของตน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะช่วยให้ผู้ที่กำลังเผชิญปัญหาสุขภาพจิตรู้ว่าอาการเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นกับใครก็ได้ ไม่ใช่เรื่องผิดปกติ และสามารถรับมือได้ โปรแกรมการสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support program) มีบทบาทในการลดการตีตราและความรู้สึก “เป็นคนนอก” หรือ “แตกต่าง” (Otherness) ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเปลี่ยนเป็นความรู้สึกของการได้รับความเข้าใจอย่างแท้จริงจากผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายกัน ซึ่งเป็นหัวใจของการสนับสนุนแบบเพื่อน การจัดโปรแกรมสนับสนุนจากเพื่อนทั้งในรูปแบบการพูดคุยแบบตัวต่อตัวหรือในรูปแบบกลุ่ม ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกปลอดภัยและได้รับการยอมรับ แต่ยังเป็นแหล่งของกำลังใจ ความหวัง และคำแนะนำที่มีคุณค่าจากคนที่เข้าใจจริง เป็นการตอกย้ำว่า “พวกเขาไม่ได้เผชิญเส้นทางชีวิตนี้เพียงลำพัง” แต่ยังมีผู้อื่นที่พร้อมเคียงข้างและสนับสนุน นอกจากนี้ยังมีหลักฐานการวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนจากเพื่อนไม่เพียงแต่ลดการตีตราตนเอง ในขณะเดียวกันก็ช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความรู้สึกมีอำนาจในตนเอง (Empowerment) ได้อีกด้วย<sup>13</sup>

**4. การให้บริการสุขภาพจิตในชุมชน** การบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตเข้ากับระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ถือเป็นแนวทางสำคัญในการลดการตีตราที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตเวช โดยการให้บริการในบริบทของชุมชนช่วยให้การดูแลสุขภาพจิตเป็นเรื่องปกติ เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพโดยรวม และเข้าถึงได้ง่ายยิ่งขึ้น แนวทางดังกล่าวควรมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาวะทางจิต (Mental well-being) ควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพกายตามมาตรฐานที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิดำเนินการอยู่แล้ว ซึ่งจะช่วยลดอคติและความกลัวที่ผู้ป่วยหรือประชาชนอาจมีต่อบริการด้านจิตเวช ส่งผลให้ผู้มีปัญาสุขภาพจิตกล้าที่จะเปิดเผยและเข้ารับการรักษาเมื่อจำเป็น<sup>13</sup> เช่น โครงการ “มินิธัญญารักษ์” เป็นการขยายพื้นที่บริการ กระจายตัวอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาวของผู้ป่วยสารเสพติดและบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ตลอด 24 ชั่วโมง เป็นต้น

**5. การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์** การใช้แนวปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based approaches) หรือการนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนการรักษาและการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคล ไม่เพียงแต่เพิ่มคุณภาพการดูแล แต่ยังช่วยลดอคติและเสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิตทั้งในระดับบุคลากรและระดับระบบบริการ<sup>13</sup> เช่น พิมพ์ชมพู ศรีถนอม และคณะ ได้ทบทวนวรรณกรรมจากหลากหลายงานวิจัยมาพัฒนาโปรแกรมจัดการการติตรรกตนเองต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ทำให้หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามลดลง เป็นต้น<sup>18</sup>

### บทบาทของพยาบาลชุมชนเพื่อป้องกันและลดการติตรรกทางสุขภาพจิตในชุมชน

พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานเชิงรุกเพื่อลดการติตรรกทางสุขภาพจิต เนื่องจากปฏิบัติงานใกล้ชิดกับประชาชนในระดับพื้นที่ สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึงและมีความเข้าใจบริบทของชุมชน อีกทั้งมีบทบาทหลักในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสุขภาพประชาชนในพื้นที่ ซึ่งล้วนเอื้อต่อการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง และลดทัศนคติเชิงลบต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต โดยสามารถสรุปได้ดังนี้

**1. บทบาทผู้ให้ความรู้และสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิต (Health educator)** พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงหรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อลบล้างความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช ส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้อง การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งส่งเสริมทัศนคติที่เปิดกว้างและยอมรับต่อผู้ที่มีปัญหาดังกล่าว โดยพยาบาลชุมชนสามารถจัดกิจกรรมให้ความรู้ผ่านเวทีสาธารณะ เช่น การบรรยายในโรงเรียน ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นต้น หรือจัดกิจกรรมให้ความรู้ผ่านสื่อดิจิทัล เพื่อเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิตตั้งแต่ระดับพื้นฐาน ให้ประชาชนเกิดความเข้าใจ ลดความกลัว และส่งเสริมการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างไม่เลือกปฏิบัติ มีการศึกษาที่สนับสนุนแนวทางดังกล่าว โดยชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพจิตมีบทบาทสำคัญในการลดความเข้าใจผิด และลดทัศนคติเชิงลบที่มักเกิดขึ้นต่อโรคทางจิตเวชและผู้มีปัญหาสุขภาพจิตได้<sup>19</sup>

**2. บทบาทผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต (Healthcare provider)** พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตโดยตรงแก่ประชาชนในชุมชน โดยดำเนินการภายใต้หลักการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนควบคู่กับการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลที่เหมาะสม ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงผู้ป่วยจิตเวช ควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการเฉพาะบุคคล<sup>8</sup> โดยพยาบาลชุมชนควรมีการติดตามเยี่ยมบ้าน หรือติดตามทางโทรศัพท์เพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง รวมถึงการประเมินปัญหาเกี่ยวกับการติตรรกทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน การดูแลควรมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดูแล ควรให้การดูแลด้วยความเข้าใจ ไม่ตัดสิน สื่อสารด้วยความเมตตา เคารพในศักดิ์ศรี และวัฒนธรรมของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อสร้างความไว้วางใจและความสัมพันธ์เชิงบวก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดการรับรู้การถูกตีตรา มีผลการศึกษานับสนุนว่า ความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจและเข้าใจกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้มีปัญหาสุขภาพจิต มีบทบาทสำคัญในการลดทัศนคติเชิงลบและช่วยลดผลกระทบจากการติตรรกทางสังคมที่มีต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต<sup>13</sup>

**3. บทบาทผู้ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา (Counselor)** พยาบาลชุมชนควรให้คำแนะนำและส่งเสริมให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนจากเพื่อน ซึ่งถือเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการลดการติตรรก

โปรแกรมการสนับสนุนจากเพื่อนนอกจากจะเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงจากผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการตีตรา ยังเป็นพื้นที่ให้ผู้เข้าร่วมได้ซักซ้อมจากต้นแบบที่เผชิญหน้ากับการตีตรา และสามารถก้าวผ่านการตีตรามาได้<sup>13</sup> ช่วยเสริมสร้างศักยภาพ ความมั่นใจ ทศนคติเชิงบวกต่อการยอมรับตนเอง ส่งเสริมให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตสามารถพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาและจัดการกับการตีตราได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง<sup>7,13</sup> พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตพัฒนาความคิดเชิงบวก (Positive thinking) โดยสนับสนุนให้มองตนเองในแง่ดี รับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง และปรับเปลี่ยนทัศนคติด้านลบที่มีต่อตนเอง เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในชีวิต ลดความรู้สึกท้อแท้หรือสิ้นหวัง และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสม<sup>7</sup> นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในการเผชิญหน้ากับการตีตราทางสังคมอย่างมีพลังและเหมาะสม (Confrontation) โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่มีความพร้อมในการเปิดเผยภาวะเจ็บป่วยทางจิตของตนต่อบุคคลใกล้ชิด การเผชิญหน้าและยอมรับการตีตราเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างศักยภาพภายในตนเอง ผู้ที่สามารถเปิดเผยข้อมูลการเจ็บป่วยได้อย่างมั่นใจจะมีโอกาสลดความเครียดจากการปกปิด และเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในความกล้าหาญของตนเอง รวมทั้งเพิ่มโอกาสในการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตและเข้าสู่กระบวนการรักษาที่เหมาะสม<sup>7,19</sup>

#### 4. บทบาทผู้สร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ (Health promotor for empowerment)

พยาบาลชุมชนควรส่งเสริมให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตตระหนักถึงพลังอำนาจภายในตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง การสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการยอมรับและการเผชิญกับความเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจะสามารถควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต และตัดสินใจในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม รู้สึกพึงพอใจเมื่อสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง หรือยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่างไม่รู้สึกล้อค่า ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และลดระดับการรับรู้การตีตราที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการฟื้นฟูและส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาว<sup>7</sup>

#### 5. บทบาทผู้นำ (Leader) และผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) การตีตราทางสุขภาพจิต

ถูกฝังรากลึกในสังคม เนื่องจากอิทธิพลทางความเชื่อและวัฒนธรรมแบบดั้งเดิม<sup>13</sup> พยาบาลชุมชนผู้มีความใกล้ชิดและคุ้นเคยกับชุมชน จึงมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงความเชื่อและทัศนคติดังกล่าว โดยการบูรณาการดูแลสุขภาพจิตเข้ากับการดูแลสุขภาพทางกาย ทำให้การดูแลสุขภาพจิตเป็นเรื่องปกติ เข้าถึงได้ง่าย และกลายเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพ โดยรวมส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยเป็นผู้ประสานงาน (Coordinator) เชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนมาประชุมหารือร่วมกัน จัดตั้งภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพจิตในชุมชน ชี้แนะแนวทางสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องแก่ชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักรู้ทางสุขภาพจิต ลดล้างความเชื่อและอคติแบบเหมารวมที่ก่อให้เกิดการตีตรา<sup>13</sup> และสร้างภาพลักษณ์ใหม่ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในสายตาสังคม นอกจากนี้พยาบาลชุมชนยังมีบทบาทเป็นผู้ให้ความร่วมมือ (Collaborator) กับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน สนับสนุนการวางแผนการดูแลร่วมกัน และติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างบูรณาการและมีประสิทธิภาพ

#### 6. บทบาทผู้บริหารจัดการ (Manager) นอกจากนี้จะมีหน้าที่บริหารจัดการการให้บริการสุขภาพจิต

ในชุมชน พยาบาลชุมชนยังทำหน้าที่เป็นผู้บริหารการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นรายกรณี (Case manager) เนื่องจากโรคทางจิตเวชหลายโรคมีความเฉพาะเจาะจง จำเป็นต้องให้การพยาบาลตามกลุ่มอาการที่เป็น<sup>8</sup>

**7. บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ (Advocator)** พยาบาลชุมชนมีบทบาทเป็นกระบอกเสียงสำคัญในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมสุขภาพจิต และปกป้องสิทธิของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบที่ช่วยลดการตีตราเชิงโครงสร้าง<sup>12</sup> เพิ่มการเข้าถึงการรักษา ทำให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับบริการด้วยความเสมอภาคและเท่าเทียม โดยคำนึงถึงสิทธิความเป็นมนุษย์และปัจเจกบุคคล เช่น ให้ข้อมูลกับผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ครอบครัว และผู้นำชุมชน ร่วมกับประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการทำบัตรผู้พิการให้กับผู้ป่วยทางจิตที่เข้าเกณฑ์เพื่อให้ได้รับสวัสดิการจากภาครัฐและเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม เป็นต้น

**8. บทบาทนักวิจัย (Researcher)** ควรนำผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องและมีความน่าเชื่อถือมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดการตีตราทางสุขภาพจิตในชุมชน<sup>13</sup> และทำการศึกษาค้นคว้าโดยใช้กระบวนการวิจัยในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ที่มีความเสี่ยง และผู้มีปัญหาสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

### บทสรุป

ปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่ออย่างมากทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยเฉพาะในประเทศไทยที่พบว่า ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมากยังไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม หนึ่งในอุปสรรคสำคัญ คือ “การตีตรา” ซึ่งเกิดขึ้นทั้งจากสังคม ครอบครัว และจากตัวผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเอง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกอาย ไม่กล้าขอความช่วยเหลือ หลีกเลียงการรักษา และบางครั้งนำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคม การตีตรายังเป็นปัจจัยที่ลดทอนคุณภาพชีวิต และสร้างอุปสรรคในการกลับเข้าสู่สังคม ดังนั้น การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องผ่านการให้ความรู้แก่สาธารณชนและการพัฒนาทักษะบุคลากรทางสุขภาพในการเข้าถึง ดูแล และสนับสนุนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน จึงเป็นแนวทางสำคัญในการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ลดทัศนคติเชิงลบต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตได้ โดยเฉพาะพยาบาลชุมชนซึ่งมีความใกล้ชิดกับชุมชน เข้าใจบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ บทความวิชาการนี้มีข้อจำกัด เนื่องจากขาดงานวิจัยในบริบทของประเทศไทยในบางประเด็น เช่น การศึกษาผลกระทบการตีตราต่อเพศสภาพ เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

พยาบาลชุมชนหรือบุคลากรที่ให้การดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน สามารถนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เผชิญกับการตีตรา เช่น การพัฒนาและสนับสนุนระบบการอบรมที่ต่อเนื่อง การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ รวมถึงการผลักดันนโยบายที่เอื้อต่อการทำงานของพยาบาลชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้การลดการตีตราทางสุขภาพจิตกลายเป็นแนวปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ของสังคม

## References

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all [Internet]. 2022 [cited 2025 Aug. 9]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>
2. Office of The National Economic & Social Development. Couric Mental health: important problems to watch out for [Internet]. 2024 [cited 2025 May. 10]. Available from: [https://www.nesdc.go.th/download/Social/Social\\_Report/2567\\_q1\\_001\\_report.pdf](https://www.nesdc.go.th/download/Social/Social_Report/2567_q1_001_report.pdf). (in Thai)
3. Institute For Population & Social Research, Mahidol University. Thai health 2025: born too soon, never to return. How to adapt and cope?. Nakhon Pathom: Amarin; 2025. (in Thai)
4. Pitanupong J, Vittayanont A, Sangkool J, Jatchavala C. Thai patients' attitudes & knowledge towards psychiatric consultation. Journal of The Psychiatric Association of Thailand 2016;61(3):231-40. (in Thai)
5. Sayed TA, Ali MM, Hadad S. Risk factors & impact of stigma on psychiatric patients in Sohag. The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry & Neurosurgery [Internet]. 2021 Oct. 30. [cited 2025 May 10];57(1):148. Available from: <https://doi.org/10.1186/s41983-021-00403-3>
6. Mills H, Mulfinger N, Raeder S, Rüscher N, Clements H, Scior K. Self-help interventions to reduce self-stigma in people with mental health problems: a systematic literature review. Psychiatry Research [Internet]. 2020 Feb. 28. [cited 2025 May. 10];284(1):112702. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112702>
7. Pumput P, Phooriwiththayatheera K. The role of nurses in promoting the ability to care for patients with schizophrenia by reducing perception of stigma. Thai Journal of Public Health & Health Sciences 2021;4(3):215-24. (in Thai)
8. Chaiwannawat T, Kitiyawan S. Nurse & the operation of community mental-health & psychiatry. The journal of psychiatric nursing & mental health 2019;33(2):1-11. (in Thai)
9. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1963.
10. Poonyakanok T. A model of professional help seeking intentions: the mediating role of perceived stigma & attitudes toward help seeking [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010 (in Thai)
11. Sripa A. Perceiving stigma & discrimination of patients with schizophrenia [Internet]. 2022 [cited 2025 May. 10]. Available from: [https://socadmin.tu.ac.th/uploads/socadmin/file\\_document/2.3%20การรับรู้ตราประทับและการเลือกปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท.pdf](https://socadmin.tu.ac.th/uploads/socadmin/file_document/2.3%20การรับรู้ตราประทับและการเลือกปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท.pdf). (in Thai)
12. Srirath J, Rodcumdee B, Suktrakul S. Experiences of mothers of school-age autistic children perceiving affiliate stigma. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018;19(2):211-9. (in Thai)
13. Ahad AA, Sanchez Gonzalez M, Junquera P. Understanding & addressing mental health stigma across cultures for improving psychiatric care: a narrative review. Cureus [Internet]. 2023 May. 26. [cited 2025 May. 14];15(5):e39549. Available from: <https://doi: 10.7759/cureus.39549>.
14. Sairung K. Relationships among mental illness stigma, self-compassion & attitudes toward psychological help-seeking in undergraduates [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2022
15. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World Psychiatry 2002;1(1):16-20.

16. Subu MA, Wati DF, Netrida N, Priscilla V, Dias JM, Abraham MS, et al. Types of stigma experienced by patients with mental illness & mental health nurses in Indonesia: a qualitative content analysis. *International Journal of Mental Health Systems* [Internet]. 2021 Oct. 18. [cited 2025 May. 14];15(1):77. Available from: [https://doi:10.1186/s13033-021-00502-x](https://doi.org/10.1186/s13033-021-00502-x).
17. Sriyoha N, Dangdomyouth P. Caring experiences of spouses of persons with schizophrenia. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi* 2020;31(1):129-42. (in Thai)
18. Srithanom P, Uthis P, Sunisa Suktrakul S. The effect of internalized stigma management program on depressive symptoms among patient with opioid use disorder. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2021;33(1):61-9. (in Thai)
19. Buertey AA., Puplampu GL, Ani-Amponsah M, Jibril Ibrahim MA, Attiogbe A. Lived experiences of Ghanaian community psychiatric nurses resilience strategies in combating stigma: an interpretive phenomenology. *BMC Nursing* [Internet]. 2025 Feb. 17. [cited 2025 May. 17];24(182):1-12. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02818-2>





วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ  
2/1 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทร. 0 2354 2320 ต่อ 411

email: [journalbcn@bcn.ac.th](mailto:journalbcn@bcn.ac.th)  
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok>