



วารสารพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสยาม

ปีที่ 26 ฉบับที่ 51 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568

ISSN 3088-1137 (Online)

Vol.26 No.51 July - December 2025

**JOURNAL OF NURSING,
SIAM UNIVERSITY**



JOURNAL OF NURSING, SIAM UNIVERSITY EDITORIAL

FACULTY OF NURSING, SIAM UNIVERSITY

E-MAIL: JSIAMNS@SIAM.EDU

38 PETCHKASEM ROAD, BANG-WA, PHASI-CHAROEN DISTRICT, BANGKOK. 10160

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยามที่รักทุกท่าน

เจอกันอีกครั้งกับ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฉบับนี้เป็นปีที่ 26 ฉบับที่ 51 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2568) นะคะ กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความสนใจวารสารของเรา รวมทั้งให้ความเชื่อมั่นในคุณภาพของวารสารฉบับนี้ ไว้วางใจส่งบทความมาลงพิมพ์กันมากมายนะคะ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฉบับนี้มีเนื้อหาสาระที่หลากหลาย ประกอบด้วยบทความวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 9 เรื่อง ซึ่งเป็นบทความวิจัยที่น่าสนใจ เริ่มจาก เรื่องที่ 1 เป็นบทความ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขกายเสริมสุขใจด้วยตารางตั้งเตของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลอ้อมน้อย อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร” เรื่องที่ 2 “ผลของสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบเรื่องการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิคต่อความรู้ ประสิทธิภาพ การเรียนรู้ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล” เรื่องที่ 3 เรื่อง “การพัฒนาเกมมิฟิเคชันต้นแบบเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้การใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาพยาบาล” เรื่องที่ 4 เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อเพิ่มพลังสุขภาพจิตและลดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุโขทัย” เรื่องที่ 5 “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรี” เรื่องที่ 6 “ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ผลที่เกิดต่อสุขภาพจากบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาปริญญาตรี” เรื่องที่ 7 “ผลของการใช้แอปพลิเคชัน Preg-PLAM 4 Warning signs ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอด” เรื่องที่ 8 “ความสัมพันธ์ระหว่างการปฐมนิเทศกับความต้องการพัฒนาตนเองของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร” และเรื่องที่ 9 “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง”

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณท่านผู้เขียนบทความทุกท่านที่ให้เกียรติส่งบทความมาลงตีพิมพ์ รวมทั้งท่านผู้อ่านที่ให้ความสำคัญกับการอ่านและการอ้างอิงวารสารของเรา และขอเชิญชวนท่านที่มีผลงานวิจัยหรือมีบทความวิชาการที่ประสงค์จะลงพิมพ์ในวารสารทางวิชาการกรุณาจัดพิมพ์บทความตาม “คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์” หรือติดต่อให้คำแนะนำและติชมสามารถส่งมาได้ที่ jsiamns@siam.edu แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้า สวัสดีค่ะ



บรรณาธิการ



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้วิชาการด้านสุขภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร ความคิดเห็น และประสบการณ์ด้านการพยาบาลและการศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กำหนดออกวารสาร ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ) มกราคม – มิถุนายน, กรกฎาคม – ธันวาคม

สำนักงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

38 ถนนเพชรเกษม ภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร 10160

โทร 0-2457-0068 ต่อ 5203, 5216 โทรสาร 0-2457-0068 ต่อ 5216

อีเมล jsiamns@siam.edu

ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ มหาวิทยาลัยสยาม

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัทรพร อรัณยภาค มหาวิทยาลัยสยาม

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสดาว เรโนลด์ มหาวิทยาลัยสยาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วารุณี เฟโร มหาวิทยาลัยสยาม

กองบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการภายนอกมหาวิทยาลัย

- | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์ | เจ้าหน้าที่บ้านาญ สภากาชาดไทย |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันท์ยุธา | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 3. อาจารย์นาถสุดา โชติวัฒนากุลชัย | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 4. อาจารย์เนตดา วงศ์ทองมานะ | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 5. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 6. เรือเอกหญิง ดร.นิชา วงษ์ชาญ | มหาวิทยาลัยนวมินทราชินราชมงคล |
| 7. ดร.ทิวาภรณ์ เฉลิมพิชัย | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. ดร.ปทุมทิพย์ อุดลวฒนศิริ | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 9. อาจารย์พัชรี รัศมีแจ่ม | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 10. ดร.อนันต์ตรี สมิทธิ์นราเศรษฐ์ | วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ |
| 11. ดร.ไพรินทร์ นิชาโชติสกุลย์ | วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ |
| 12. ดร.นิชาภา พัฒนวิชกุล | มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย |



กองบรรณาธิการภายในมหาวิทยาลัย

- | | |
|---------------------------------------------------------|-----------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศนิกันต์ ศรีมณี | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือเอกหญิง ดร.วิภาณันท์ ม่วงสกุล | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 3. ดร.สุวรรณา เชียงขุนทด | มหาวิทยาลัยสยาม |

ฝ่ายจัดการทั่วไป

- | | |
|-----------------------------------------------|-----------------|
| 1. พันจ่าเอก ดร.กมลเดชา ซาญเบญจพิภู | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมฤดี ชื่นกิติญาณนท์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 3. ดร.วราภรณ์ คำரச | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 4. ดร.ณิชนล ขวัญเมือง | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 5. ดร.สุจิตราภรณ์ ทับครอง | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 6. อาจารย์ขวัญเรือน กำวิตุ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 7. อาจารย์ธัญลักษณ์วดี ก้อนทองถม | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 8. อาจารย์นฤมล อังศิริศักดิ์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 9. อาจารย์รัฐกานต์ ขำเขียว | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 10. อาจารย์รัตนาภรณ์ นิवासานนท์ | มหาวิทยาลัยสยาม |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

- | | |
|----------------------------------------------------|-------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ฉายพุทธ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รองศาสตราจารย์ พัสมณท์ คุ่มทวีพร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดร.ทิพย์ขัมพร เกษโกมล | วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ |
| 8. รองศาสตราจารย์ ดร.บำเพ็ญจิต แสงชาติ | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 9. รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี | มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา |
| 10. รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร | มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี |
| 11. รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 12. รองศาสตราจารย์ ดร.อังศรา ประเสริฐสิน | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 13. รองศาสตราจารย์ ดร.นวัสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์ | มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ |



14. รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิศเรศ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
15. รองศาสตราจารย์ พรศิริ พันธสี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
16. รองศาสตราจารย์ เยาวเรศ สมทรัพย์ มหาวิทยาลัยพายัพ
17. รองศาสตราจารย์ นพ. เอกชัย โควาวิสารัช มหาวิทยาลัยสยาม
18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนางส์ตย์ซื่อ มหาวิทยาลัยมหิดล
19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผจงจิต ไกรถาวร มหาวิทยาลัยมหิดล
21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฤดี ปุ่บบางกะดี มหาวิทยาลัยมหิดล
22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ มหาวิทยาลัยบูรพา
24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พล.ร.ต.หญิง ดร.สุภัทรา เอื้อวงศ์ มหาวิทยาลัยสยาม
25. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ มหาวิทยาลัยสยาม
26. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัฒน์ย์ ปานจินดา มหาวิทยาลัยสยาม
27. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสดาว เรโนลด์ มหาวิทยาลัยสยาม
28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุสารี ประคินกิจ มหาวิทยาลัยสยาม
29. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิดา มัททวงกูร มหาวิทยาลัยสยาม
30. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี นามจันทรา มหาวิทยาลัยรังสิต
31. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันพญา สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา
32. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตรีณัฐ พุ่มมณี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
33. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นาวาโทหญิง วัชรพร เชยสุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
34. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร พูลรักษ์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
35. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
36. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พีรพันธ์ วิศาลสกุลวงษ์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
37. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญอรุณ ปรีดีติติก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
38. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
39. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
40. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณจิรี มณีแสง มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
41. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มุกข์ดา ผดุงยาม มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
42. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พุทธรธรรม ชูเชิด วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
43. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จิตต์ระพี บุรณศักดิ์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- | | |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 44. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิมพกา ปัญญาใหญ่ | มหาวิทยาลัยพายัพ |
| 45. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กฤตกา ธรรมรัตน์กุล | มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต |
| 46. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิลาวัลย์ ไทรโรจน์รุ่ง | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 47. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วารุณี เพ็โร | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 48. ดร.ไพรินทร์ นิชาโชติสฤษฏ์ | วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ |
| 49. นาวาเอกหญิง ดร. ธนพร แยมสุตา | สภากาชาด |
| 50. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 51. นาวาโทหญิง ดร.พุทธชาติ เจริญสิริวิไล | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 52. ดร.จิตรลดา พิริยศาสน์ | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี |
| 53. ดร.ชรินทร์ ขวัญเนตร | มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |
| 54. ดร.จารุณี สรภุช | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 55. ดร.สุวรรณา เชียงขุนทด | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 56. ดร.ปรียธิดา ชลศึกเสณีย์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 57. ดร.จวีร์วรรณ มณีแสง | มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น |
| 58. ดร.ปทุมทิพย์ อดุลวัฒน์ศิริ | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 59. ดร.รัชดา พ่วงประสงค์ | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 60. ดร.พิมสิริ ภูศิริ | มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ |
| 61. ดร.วารินทร์ จิตติถาวร | มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| 62. ดร.สิตานันท์ ศรีใจวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ |
| 63. ดร.จิรพรรณ โพธิ์ทอง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 64. ดร.หทัยรัตน์ บุษยพรรณพงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท |
| 65. ดร.สุมลา พรหมมา | มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 66. ดร.สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร | นักวิจัยอิสระ |



คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ขอเรียนเชิญสมาชิกวารสารฯ และผู้สนใจส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาพิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใด ๆ หรือเผยแพร่เนื้อหาเต็มรูปแบบในเอกสารใด หรือเป็นส่วนหนึ่งส่วนใดของผู้อื่น หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารอื่น เนื้อหาไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์วารสาร น่าสนใจ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพได้

ต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการคัดกรองเบื้องต้นจากกองบรรณาธิการ เมื่อผ่านการพิจารณาขั้นต้นแล้วกองบรรณาธิการจะจัดส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องกับบทความ จำนวน 2-3 ท่าน อ่านและให้ข้อเสนอแนะ

ประเภทบทความ

1. บทความวิจัยทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. บทความวิชาการทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. บทความวิจัยหรือวิชาการต้องไม่เคยเผยแพร่หรืออยู่ระหว่างพิจารณาเผยแพร่ในวารสารใด ๆ กรณีบทความเคยนำเสนอในการประชุมวิชาการซึ่งมี Proceeding ผู้นิพนธ์ต้องแจ้งกองบรรณาธิการและระบุในบทความบริเวณเชิงอรรถ โดยระบุชื่อการประชุมและปีที่น่าเสนอ
2. บทความวิจัยหรือวิชาการที่มีผู้ร่วมนิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรองจริยธรรมการส่งบทความ (วพมส 02) ตามรูปแบบของวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม (ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารฯ)
3. บทความวิทยานิพนธ์ ต้องมีหนังสือหนังสือรับรองจริยธรรมการส่งบทความ (วพมส 02) ตามรูปแบบของวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม (ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารฯ)
4. บทความจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้นิพนธ์ปรับบทความโดยพิจารณาข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2-3 ท่าน โดย Double blind และกองบรรณาธิการเรียบร้อยแล้ว
5. การออกไปรับรองการตีพิมพ์เผยแพร่บทความจะระบุปีและฉบับที่บทความเผยแพร่ซึ่งจะดำเนินการ ภายหลังการปรับบทความและได้รับการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการให้ผ่านเข้ากระบวนการเตรียม ต้นฉบับตีพิมพ์ได้แล้วเท่านั้น
6. ความยาวของบทความวิจัย 10 – 12 หน้า และบทความวิชาการ 8 – 10 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง
7. ผู้นิพนธ์ส่งบทความออนไลน์ <https://tci-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal> โดยสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฟรี
8. ผู้นิพนธ์ชำระค่าดำเนินการเผยแพร่บทความเรื่องละ 2,500 บาท (กรณีต้องการผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน) และ 3,500 บาท (กรณีต้องการผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน) ตามแบบฟอร์มชำระค่าตีพิมพ์ บทความ (วพมส 01) หลังจากได้รับแจ้งเบื้องต้นจากทางวารสารในส่วนของการรับเข้าพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ดาวน์โหลดได้ที่



หน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม พร้อมแนบเอกสารการชำระเงินในขั้นตอนการ submission บทความ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าตีพิมพ์บทความกรณีบทความไม่สามารถเผยแพร่ผ่านวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยามได้

9. กรณีผู้นิพนธ์ยกเลิกการเผยแพร่บทความภายหลังได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบค่าดำเนินการทั้งหมด 3,000 บาท (รวมค่าดำเนินการเผยแพร่บทความเมื่อแรกส่งบทความ) หากผู้นิพนธ์ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง กอง บก.ดำเนินการเรียกเก็บค่าปรับไปยังหน่วยงานต้นสังกัด และ บัณฑิตวิทยาลัย (กรณีวิทยานิพนธ์) และประกาศแจ้งต่อวารสารเครือข่ายร่วมรวมถึงหน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ MS word อักษร TH SarabunPSK
2. ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ อักษรขนาด 18 ตัวหนา จัดกลางหน้ากระดาษ
3. ผู้นิพนธ์ทุกท่านระบุ ชื่อ-สกุล และตัวอักษการศึกษาชัดเจนขอขวา ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การระบุยศ/ตำแหน่ง สถานที่ติดต่อ/ต้นสังกัด e-mail address บริเวณเชิงอรรถใช้สัญลักษณ์ตัวเลขอารบิก และระบุ corresponding author ด้วย
 - กรณีผู้นิพนธ์เกิน 3 คน ระบุชื่อผู้นิพนธ์บรรทัดละ 2 คน โดยภาษาอังกฤษบรรทัดต่อท้ายชื่อภาษาไทยแต่ละคน
 - กรณีผู้นิพนธ์เกิน 5 คนระบุเฉพาะผู้นิพนธ์ชื่อแรกโดยระบุหัวหน้าโครงการและคณะ
4. บทคัดย่อภาษาไทยสอดคล้องกับภาษาอังกฤษ โดยบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่เกิน 250 คำ
5. คำสำคัญที่เป็นคำนาม ทั้งภาษาไทย และอังกฤษไม่เกิน 5 คำ
6. เนื้อหา ประกอบด้วยความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) เอกสารอ้างอิง
 - หัวข้อแต่ละเนื้อหาอักษรขนาด 16 ตัวหนา
 - เนื้อหาทั่วไปอักษรขนาด 16 ธรรมดา จัดรูปแบบ 2 คอลัมน์ ห่างขอบปกติทุกด้าน 2.54 เซนติเมตร การย่อหน้าตั้งเคาะปกติ 1.25 เซนติเมตร **ยกเว้น** เอกสารอ้างอิง ใช้อักษรขนาด 14 ธรรมดา
7. ตารางแสดงผลการวิจัยใช้รูปแบบเต็มหน้า ตารางไม่มีขอบซ้ายและขวา ขอบบนและล่างใช้เส้นแบบ 2 แถบ ระหว่างข้อมูลในตารางไม่มีเส้น (อาจมีเส้นคั่นบางกรณีข้อมูลมีรายละเอียดมาก เพื่อสะดวกต่อการอ่าน) ลำดับที่หัวตารางใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ข้อมูลในตารางใช้ตัวอักษรขนาด 14 ธรรมดา
8. รูปประกอบในบทความควรใช้โปรแกรม PDF หรือ MS word เพื่อความคมชัดเมื่อตีพิมพ์
9. การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาและท้ายบทความ (Reference) จะต้องสอดคล้องตรงกันตามรูปแบบ APA 7th (American Psychological Association)

การอ้างอิงในเนื้อหา

- การอ้างถึงครั้งแรก



ผู้นิพนธ์คนไทย 1-2 ชื่อให้ระบุชื่อทุกคน หากผู้นิพนธ์มากกว่า 3 คนใส่เฉพาะชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วยและคณะ, ปีพิมพ์)

ผู้นิพนธ์ต่างประเทศเหมือนภาษาไทย หากผู้นิพนธ์มากกว่า 3 คนขึ้นไป ใส่เฉพาะนามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วย et al., ปีพิมพ์)

- การอ้างอิงครั้งต่อไป (ชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วยและคณะ, ปีพิมพ์) หรือภาษาอังกฤษ (ชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วย et al., ปีพิมพ์)

การอ้างอิงท้ายบทความ

9.1 รูปแบบวารสาร: ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง //(ปี) //ชื่อเรื่อง //ชื่อวารสาร //ปีที่ (ฉบับที่) /หน้า.

9.2 รูปแบบหนังสือ: ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง. //(ปี) //ชื่อหนังสือ //สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

- ผู้แต่ง 1-20 คน ใส่ชื่อ ทุกคน

ผู้แต่ง 1, /ผู้แต่ง 2, /ผู้แต่ง 3, /ผู้แต่ง 4, /ผู้แต่ง 5 /ผู้แต่ง.... และผู้แต่ง คนสุดท้าย. //(ปีพิมพ์) //ชื่อเรื่อง / (พิมพ์ครั้งที่) //สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

- ผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ใส่ชื่อ 19 คน แรก และใช้ . . . ตาม ด้วยคน สุดท้าย

ผู้แต่ง 1, /ผู้แต่ง 2, /ผู้แต่ง 3, /ผู้แต่ง 4, /ผู้แต่ง 5, /ผู้แต่ง ... , ผู้แต่งคนที่ 19และ ผู้แต่งคนสุดท้าย. //(ปีพิมพ์) //ชื่อเรื่อง / (พิมพ์ครั้งที่) //สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

9.3 กรณีผู้นิพนธ์คนไทยแต่ผู้นิพนธ์เป็นภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อนามสกุลขึ้นก่อนเช่นเดียวกับผู้นิพนธ์ต่างประเทศ ผู้นิพนธ์ต่างประเทศขึ้นต้นด้วยนามสกุลคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และชื่อกลาง

9.4 กรณีชื่อบรรณาธิการ ใส่ (บก.). หรือ (Ed.). ท้ายชื่อ

9.5 กรณีไม่ทราบชื่อผู้นิพนธ์ ใส่ชื่อหน่วยงานขึ้นต้น

ตัวอย่าง

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2559). รายงานการสำรวจการมีกรใช้เทคโนโลยี

สารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สุดใจ ดิลกพรรณสนนท์. (2558). การจัดการเชิงกลยุทธ์(พิมพ์ครั้งที่ 2). สามลดา.

ชนิษฐา นันทบุตร, พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, จงกลณี จันทร์ศิริ, นิลภา จิระ รัตนวรรณะ, สุคนธ์ วรรณะอมร, แสงเดือน แห่งทองค า, กชพร สิง หะหล้า, กติกา นวพันธุ์, กนกพร จิรัฐติกาลวงศ์, กนกพร จิว ประสาท, กนกพร แจ่มสมบุรณ์, กนกพร อัสวเมธิกาพงศ์, กมลวรรณ จตุวรกุล, กมลวรรณ ตั้งธนา นนท์, กรรณิกา ชาธรรม, กรรณิการ์ มุรธาธร, กรองทอง วงศ์ศรีตรัง, กรีวูธ อัสวคุปตานนท์, กฤติน กุลเพ็ง, . . . พัฒนา นาคทอง. (2563). ชุดความรู้การพัฒนาไกลและการพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน โดยชุมชนเพื่อชุมชน. เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์จิวราภรณ์ มีชูสิน. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2551). *การวิจัยและวิเคราะห์ทางสถิติด้วย SPSS* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: เอส อาร์ พรินต์ติ้งแมสโปรดักส์จำกัด.

ปรียธิดา ชลศึกเสณีย์ และวรรณภา ศรีธัญรัตน์. (2560). การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 18(35), 24 – 36.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ.), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2* (หน้า 1-24). กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินต์ติ้ง.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2559). *คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม*. สืบค้นเมื่อ 20 พ.ย. 59, จาก [http:// goo.gl/KLPB5T](http://goo.gl/KLPB5T)

Assanangkornchai, S., & Edwards, J. G. (2015). Screening for nicotine and drug use disorders. *Textbook of addiction treatment: International perspectives* (207- 223): Springer.

Mercer, D. W., Kent, A., Nowicki, S. D., Mercer, D., Squier, D., Choi, W., ...Morgan, C. (2004). *Beginning PHP5*. Indianapolis, IN: Wiley.

10. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำราที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา กรณีอ้างอิงเว็บไซต์ต้องเป็นของหน่วยงานที่เชื่อถือได้ ไม่อ้างอิงความคิดเห็นบน blog/หน้าเพจ หรือ wikipedia

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขกายเสริมสุขใจด้วยตารางตั้งเตของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลอ้อมน้อย อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร วรวิรินทร์ พัฒนสินวานิช สาโรจน์ คำทรัพย์ และอารีย์ ธวัชวัฒนานันท์*	1-12
ผลของสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบเรื่องการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิคต่อความรู้ ประสิทธิภาพ การเรียนรู้ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล พรพิมล พรามน้อย ศิลป์ไทย ธรรมเรืองฤทธิ์* ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และกมลชนก มูลไชย	13-25
การพัฒนาเกมมิฟิเคชันต้นแบบเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้การใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุผล ของนักศึกษาพยาบาล ดวงใจ วัฒนสินธุ์ กมลชนก มูลไชย* ศิลป์ไทย ธรรมเรืองฤทธิ์ และพรพิมล พรามน้อย	26-38
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เพื่อเพิ่มพลังสุขภาพจิตและลดความคิด ฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุโขทัย สุกัญญา สุทธิศิลป์*	39-52
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการ ออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรี ณจิต วงศ์ชัย ลลิสสา ก่อปฐมกุล* และจรีภรณ์ เจริญพงศ์	53-62
ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ผลที่เกิดต่อสุขภาพจากบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาปริญญาตรี ศิริพร พูลรักษ์ สุภาว ปัดเกษม*	63-74
ผลของการใช้แอปพลิเคชัน Preg-PLAM 4 Warning signs ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอด สุกฤตา ตะการีย์* พิชามภรณ์ จันทนกุล อัมพร คงจิระ พรรณี ตรังคสันต์ และสกาย นาดิ	75-86
ความสัมพันธ์ระหว่างการปฐมนิเทศกับความต้องการพัฒนาตนเองของอาจารย์พยาบาลใน มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ศิริวรรณ ตุงค์เรือง ละเอียด แจ่มจันทร์* และพรลภัส ภูวดลไพศาล	87-100
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พัฒนา เศรษฐวิชาวณิช วดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ*	101-111



ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขกายเสริมสุขใจด้วยตารางตั้งเตของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลอ้อมน้อย อำเภอกะทู้มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

Received: June 10, 2025

Revised: August 31, 2025

Accepted: November 25, 2025

วรวิรินทร์ พัฒนสินวานิช¹สาโรจน์ คำทรัพย์ (พว.ชำนาญการพิเศษ)²อารีย์ ธีรพัฒนานันท์ (พว.ชำนาญการพิเศษ)³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดหนึ่งกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขกายเสริมสุขใจด้วยตารางตั้งเตของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลอ้อมน้อย อำเภอกะทู้มแบน จังหวัดสมุทรสาคร โดยการเปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ความสามารถในการทรงตัว ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ความสุขใจและสมรรถภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และ (2) ศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 42 คน ใช้เวลารวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2568 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่ากล้ามเนื้อขาแข็งแรงขึ้น (13.99 ± 3.55 และ 10.83 ± 3.12) ความสามารถในการทรงตัวดีขึ้น (11.82 ± 3.45 และ 9.98 ± 2.77) เพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ (7.50 ± 3.00 และ 6.00 ± 2.70) ความสุขใจและสมรรถภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น (40.15 ± 9.20 และ 43.50 ± 7.80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) และการศึกษาความพึงพอใจในโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (43.59 ± 4.68)

โปรแกรมสร้างสุขกายเสริมสุขใจด้วยตารางตั้งเต มีประสิทธิผลในการสร้างเสริมสุขภาพกาย ใจ และสังคมของผู้สูงอายุ โดยมีส่วนช่วยในการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ส่งเสริมการทรงตัว เสริมความยืดหยุ่น และการออกกำลังกายโดยใช้ตารางตั้งเตช่วยเพิ่มความสุขใจให้กับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การออกกำลังกายกลุ่มยังส่งเสริมความสัมพันธ์ทางสังคม คลายความเหงา และลดความเสี่ยงจากภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยสนับสนุนให้หน่วยบริการสาธารณสุขนำไปใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ การพลัดตกหกล้ม การโยยหาอดีต ตารางตั้งเต

¹ นักเรียน Year 12 Shrewsbury International School, Thailand

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกะทู้มแบน, Thailand

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกะทู้มแบน, Thailand

Corresponding Author e-mail: arinbunny2108@gmail.com



Effectiveness of Physical and Mental Health Promotion Through Hopscotch Exercise Program for the Older Adults in the Community of Omnoi Subdistrict, Kratumbaen District, Samutsakhon Province

Voraveerin Pattanasinwanich¹

Sarot Kamsup²

Aree Tawatwattananun³

Abstract

This quasi-experimental study with a one-group pretest-posttest design aimed (1) to study the effectiveness of physical and mental health promotion through hopscotch exercise program for the older adults in the community of Omnoi Subdistrict, Kratumbaen District, Samutsakhon Province by comparing the lower extremity muscle strength, balance ability, muscular flexibility, also level of happiness and social competency of the older adults, before and after participation, and (2) to evaluate the older adults' satisfaction after completing the program. The samples comprised 42 older adults aged 60 years and above. The study was conducted from October 2024 to January 2025. When comparing the mean scores before and after participating in the exercise program using the Paired t-test, the findings demonstrated lower mean scores and significant improvement of the samples' lower extremity muscle strength (13.99 ± 3.55 and 10.83 ± 3.12), balance ability (11.82 ± 3.45 and 9.98 ± 2.77), muscular flexibility (7.50 ± 3.00 and 6.00 ± 2.70), the level of happiness and social competency (40.15 ± 9.20 and 43.50 ± 7.80), with statistical significant ($p < 0.0001$). Moreover, after participation, the evaluation using descriptive statistics consisting of means and standard deviation, showed that the samples' satisfaction with the exercise program was at the highest level (43.59 ± 4.68).

The exercise program demonstrated effectiveness in promoting the physical, mental, and social well-being of older adults. It helped improve lower extremity muscle strength, balance ability and muscular flexibility. Exercising with hopscotch enhanced joy. Group exercise also fostered social connection, eased loneliness, and lowered the risk of depression. Public health units are encouraged to expand the program to other communities to broaden its benefits.

KEYWORDS: Health Promotion, Older Adults, Falls, Nostalgia, Hopscotch

¹ Student Year 12 Shrewsbury International School, Thailand

² Professional Nurse, Senior Professional Level, Krathum Baen Hospital, Thailand

³ Professional Nurse, Senior Professional Level, Krathum Baen Hospital, Thailand

Corresponding Author e-mail: arinbunny2108@gmail.com



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์ และระบบสาธารณสุขได้พัฒนาไปอย่างมาก ส่งผลให้ลักษณะโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา จำนวนประชากรผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจประชากรผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 พบว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี พ.ศ. 2537 มีผู้สูงอายุร้อยละ 6.8 และในปี พ.ศ. 2567 ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.7 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ใน ปี พ.ศ. 2548 โดยมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี พ.ศ. 2566 เมื่อมีผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี 13 ล้านคน หรือร้อยละ 20.1 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2576 ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (Super-aged Society) ด้วยประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 28 หรือประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพราะเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน การเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย ทำให้เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพมากมาย หนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ คือ การลดลงของปริมาณและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในร่างกายหรือภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) และการลดลงของมวลกระดูก (ยุพาพร หงส์ชูเวช, 2566) ดังนั้น ปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านคุณภาพชีวิต และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น นอนติดเตียง แผลกดทับ และติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเสียชีวิตในภายหลัง นอกจากนี้ สภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุอาจมีการเปลี่ยนแปลง รู้สึก

เหงา เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และอาจพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้า (จวีร์วรรณ ทองประ, 2564)

ปัจจุบันอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) โดยมีจำนวนประชากรทั้งหมด 129,557 คน และจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 28,180 คน คิดเป็นร้อยละ 21.7 ของจำนวนประชากรทั้งหมด จากรายงานการเฝ้าระวังอุบัติเหตุของโรงพยาบาลกระทุ่มแบนในปี พ.ศ. 2563–2567 พบผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ล้มและกระดูกสะโพกหัก จำนวน 59, 62, 63, 92 และ 71 ราย ตามลำดับสูงสุด คือ ตำบลอ้อมน้อย เนื่องจากมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด (รายงานผู้สูงอายุ ศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567) นอกจากนี้ จากการคัดกรองผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 3,558 ราย พบว่ามีผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจำนวน 274 ราย หรือร้อยละ 5 และ ในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 3,978 ราย พบว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 574 ราย หรือร้อยละ 15 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร เขตสุขภาพที่ 5 ณ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567) ซึ่งจะเห็นได้ว่าจำนวนการล้มและกระดูกสะโพกหัก มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และจำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับที่ผ่านมาได้มีศึกษาวิจัยจัดทำโครงการให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มและโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน แต่ยังไม่พบผู้สูงอายุที่ล้มและเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง

ในปี พ.ศ. 2567–2568 ผู้วิจัยได้มีโอกาสติดตามบุคลากรทางการแพทย์ หน่วยชีวาภิบาลของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงตามบ้านในอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง คือ กระดูกสะโพกหักจากการพลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ติดเตียง ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการ



ออกกำลังกาย ที่เน้นการสร้างเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก เพื่อช่วยลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายในรูปแบบตารางตั้งแต่เพื่อเป็นโปรแกรมสร้างสุขกายและเสริมสุขใจให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนตำบลอ้อมน้อย อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกาย สร้างเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก รวมทั้งส่งเสริมความสามารถในการทรงตัว และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ช่วยลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม ผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบการละเล่นให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยไม่มีการทอยเบียร์หรือการแข่งกระโดด โปรแกรมนี้เน้นการออกกำลังกายโดยการก้าวเท้าตามตัวเลขที่กำหนดในท่าต่างๆ จำนวน 5 ท่า ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบท่าทางการออกกำลังกายเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถก้าวเท้าได้สะดวก และจดจำทำได้ง่าย โดยคำนึงถึงความเหมาะสม และความปลอดภัยของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ นอกจากนี้ ยังมีการเดินย่ำเท้าเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อขาแข็งแรง และเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ รวมทั้งมีการแกว่งแขนเพื่อเพิ่มความกระชับของกล้ามเนื้อ

ในส่วนของ การเสริมสุขใจ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการโหยหาอดีต (Nostalgia) มาใช้ในการวิจัย การโหยหาอดีตเป็นการใช้จินตนาการในการย้อนกลับไปสัมผัสความทรงจำที่มีคุณค่า สร้างความสุขจากการระลึกถึงช่วงเวลาในอดีต ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ตารางตั้งแต่ซึ่งเป็นการละเล่นย้อนวันวาน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ย้อนระลึกถึงความทรงจำในอดีต และได้รับความสุขจากการนึกถึงประสบการณ์ในวัยเยาว์ การทำกิจกรรมที่เคยทำในวัยเยาว์กระตุ้นความทรงจำ และช่วงเวลาที่เคยมีความสุขในอดีต นอกจากนี้ โปรแกรมสร้างสุขกายเสริมสุขใจด้วยตารางตั้งแต่ยังเป็นกิจกรรมกลุ่มที่ช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ ผ่านกิจกรรมการออกกำลังกายที่สนุกสนาน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ลดความเหงา ความรู้สึกโดดเดี่ยว และความซึมเศร้า

สมรรถภาพทางกายที่ดี ได้แก่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว และความยืดหยุ่น มีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม ขณะเดียวกัน ความสุขใจและความสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นช่วยลดความรู้สึกเหงาและภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดสุขภาวะทางอารมณ์ที่ดี เมื่อจิตใจมีความสุขจะส่งผลดีต่อสุขภาพกาย ดังนั้น ความสุขใจและสมรรถภาพทางสังคมจึงมีผลทางอ้อมในการสนับสนุนสมรรถภาพทางกาย และร่วมกันลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม พร้อมทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขกายเสริมสุขใจด้วยตารางตั้งแต่ของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลอ้อมน้อย อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร โดยการเปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความสามารถในการทรงตัว ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ความสุขใจและสมรรถภาพทางสังคมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย ประกอบด้วยตารางตั้งแต่ที่ผลิตจากแผ่นไว้นิลขนาด 80x200 เซนติเมตร และคู่มือ โดยจัดทำเป็นรูปภาพอธิบายวิธีก้าวเท้าไปตามตัวเลขที่กำหนด จำนวน 5 ท่า ได้แก่ (1) ตรงไป ตรงมา: ก้าวเท้าไปและกลับในเส้นตรง (2) ไปคู่ กลับคู่: ก้าวเท้าไปในช่องเลขคู่และกลับในช่องเลขคี่ (3) เส้นซิกแซก: ก้าวเท้าไปและกลับในรูปแบบซิกแซก (4) ซิดซายผ่านตลอด: ก้าวเท้าไปและกลับ



ทางซ้ายตลอดแนว และ (5) เดินกันเถอะเรา: ก้าวเท้าไปและกลับทุกช่องตัวเลข

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (Thai Fall Risk Assessment Tool: Thai-FRAT) โดยเกณฑ์การประเมิน คือ คะแนนรวม 4-11 คะแนน หมายถึงผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

2.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว

2.3 แบบประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา Five Times Sit-to-Stand Test (FTSST) โดยวัดเวลาที่ใช้ในการลุกนั่งจากเก้าอี้ 5 ครั้งติดต่อกัน ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้: เวลาเฉลี่ยสำหรับอายุ 60-69 ปี คือ 11.4 วินาที, อายุ 70-79 ปี คือ 12.6 วินาที และอายุมากกว่า 80 ปี คือ 14.8 วินาที

2.4 แบบประเมินความสามารถในการทรงตัว Timed Up and Go Test (TUGT) โดยวัดเวลาที่ใช้ในการลุกจากเก้าอี้ เดินไปเป็นระยะทาง 3 เมตร และกลับมานั่งที่เดิม ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้: ใช้เวลาน้อยกว่า 12 วินาที การทรงตัวดีมาก, ใช้เวลา 12 วินาที การทรงตัวปกติ และใช้เวลามากกว่า 12 วินาที มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

2.5 แบบประเมินความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ Sit and Reach Test โดยวัดระยะห่างระหว่างปลายนิ้วมือและปลายนิ้วเท้าเมื่อนั่งเก้าอี้ แขนและเข่าเหยียดตรง ก้มสัมผัสปลายนิ้วเท้า ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้: ปลายนิ้วมือสัมผัสปลายนิ้วเท้า ความยืดหยุ่นดีมาก, ปลายนิ้วมือสัมผัสข้อเท้า ความยืดหยุ่นดี และปลายนิ้วมือสัมผัสหน้าแข้ง ความยืดหยุ่นต่ำ

หน่วยงานต่าง ๆ เช่น ด้านวิชาการ สาธารณสุข และการวิจัย ได้นำแบบประเมิน FTSST, TUGT และ Sit and Reach มาใช้เพื่อประเมินสมรรถภาพทางกาย เนื่องจากมีความน่าเชื่อถือ ประเมินง่าย ใช้อุปกรณ์น้อย และใช้เวลาในการทดสอบสั้น

2.6 แบบประเมินความสุขและสมรรถภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ โดยผู้วิจัยได้

พัฒนาอ้างอิงจากแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ Thai Geriatric Mental Health Assessment (T-GMHA-56) (दनัย บวรเกียรติกุล และคณะ, 2561) และ

2.7 แบบประเมินความพึงพอใจในโปรแกรมสร้างสุขภาพเสริมสุขใจด้วยตารางตั้งแต่ จำนวน 10 ข้อ โดยแบบประเมิน 2.6 และ 2.7 ใช้มาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามรูปแบบของ Likert's Scale

5	หมายถึง	พึงพอใจมากที่สุด
4	หมายถึง	พึงพอใจมาก
3	หมายถึง	พึงพอใจปานกลาง
2	หมายถึง	พึงพอใจน้อย
1	หมายถึง	ไม่พึงพอใจ

กำหนดเกณฑ์การแปลผลช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545)

4.51-5.00	หมายถึง	พึงพอใจในระดับมากที่สุด
3.51-4.50	หมายถึง	พึงพอใจในระดับมาก
2.51-3.50	หมายถึง	พึงพอใจในระดับปานกลาง
1.51-2.50	หมายถึง	พึงพอใจในระดับน้อย
1.00-1.50	หมายถึง	พึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทั้งหมด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความเที่ยงตรงและความสอดคล้องเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ (1) แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู (2) หัวหน้ากลุ่มงานกายภาพบำบัด และ (3) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษที่มีความชำนาญทางด้านการศึกษาผู้สูงอายุ คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา Content Validity Index: CVI และ Index of Item-Objective Congruence: IOC เท่ากับ 1.0 ทั้งหมด และก่อนนำเครื่องมือไปใช้เก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่ลักษณะใกล้เคียงกัน (Try out) จำนวน 30 คน ในเขตโรงพยาบาลกระทุ่มแบน เพื่อประเมินความเชื่อมั่น และความสอดคล้องภายในแบบประเมินโดยหาค่าสัมประสิทธิ์



แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.75

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว โดยการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลอ้อมน้อยแห่งที่ 2 (สิวารัตน์ 3) ตำบลอ้อมน้อย อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ใช้เวลารวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยในชุมชนตำบลอ้อมน้อย อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชุมชนตำบลอ้อมน้อย อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาครทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 42 คน

การกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 และการประมาณขนาดอิทธิพลที่มีขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.50 ตามการแปลผลค่าขนาดอิทธิพล (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 34 คน แต่เพื่อป้องกันการยกเลิกหรือถอนตัวระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 8 คน รวมผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น 42 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มจากการประเมินความเสี่ยงโดยใช้เครื่องมือ Thai-FRAT โดยได้คะแนนรวม 4 – 11 คะแนน
2. สามารถเดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย ไม่มีโรคทางระบบประสาทหรือกล้ามเนื้อที่กระทบการทรงตัว และไม่มีโรคหรืออาการที่เป็นข้อห้ามในการออกกำลังกาย เช่น โรคหัวใจหรือโรคทางจิตประสาท
3. เข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร

4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ และมีการลงนามอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เกิดภาวะเจ็บป่วยหรือปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้
2. ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด
3. มีความประสงค์ถอนตัวจากการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิอย่างเคร่งครัด โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน ก่อนที่จะเริ่มดำเนินการวิจัย การเข้าร่วมของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ วิธีการ และระยะเวลาในการศึกษา หากในระหว่างการวิจัย กลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์จะเข้าร่วมจนครบตามเวลาที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกโดยไม่ต้องแจ้ง และถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และจะนำเสนอเฉพาะในกรอบของการวิจัยเท่านั้น เมื่อยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้ลงลายมือชื่อเพื่อยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่หน่วยชีวภิบาลของโรงพยาบาลกระทุ่มแบนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. หลังจากได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการส่งจดหมายให้ผู้สูงอายุในชุมชนตำบลอ้อมน้อย อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ และระยะเวลาดำเนินการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ
2. ดำเนินการแจ้งกลุ่มผู้สูงอายุ เรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการทำวิจัย
3. ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการจัดกิจกรรม และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง



4 เมื่อผู้สูงอายุตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5 เจ้าหน้าที่หน่วยชีวเภสัชศาสตร์ช่วยทำการประเมินคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (Thai-FRAT) จากเกณฑ์ที่กำหนด ได้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 42 คน และช่วยทำการสอบถามข้อมูลทั่วไปแบบทดสอบสมรรถภาพกาย ได้แก่ แบบประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา FTSSST แบบประเมินความสามารถในการทรงตัว TUGT แบบประเมินความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ Sit and Reach Test แบบประเมินความสนใจและสมรรถภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

6 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมสร้างสุขกายเสริมสุขใจด้วยตารางตั้งแต่กับกลุ่มตัวอย่างและ

7 หลังสิ้นสุดงานวิจัย เจ้าหน้าที่หน่วยชีวเภสัชศาสตร์ทำการประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา FTSSST ความสามารถในการทรงตัว TUGT ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ Sit and Reach Test ความสนใจและสมรรถภาพทางสังคมของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในโปรแกรมสร้างสุขกายเสริมสุขใจด้วยตารางตั้งแต่อีกครั้ง จากนั้นยุติการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาประมวลผล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ และวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา Five Times Sit-to-Stand Test (FTSSST) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทรงตัว Timed Up and Go Test (TUGT) ค่าเฉลี่ยคะแนนความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ Sit and Reach Test ค่าเฉลี่ยคะแนนความสนใจและสมรรถภาพทางสังคมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired t-test

3. ศึกษาความพึงพอใจในโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 30 คน (ร้อยละ 71.4) มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี จำนวน 24 คน (ร้อยละ 57.1) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 18 คน (ร้อยละ 42.9) และไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 32 คน (ร้อยละ 76.2) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	30	71.4
ชาย	12	28.6
อายุ		
60 ปี	6	14.3
61-70 ปี	24	57.1
71-80 ปี	7	16.7
มากกว่า 80 ปีขึ้นไป	5	11.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	4	9.5
ประถมศึกษา	18	42.9
มัธยมศึกษา	15	35.7
อนุปริญญา	1	2.4
ปริญญาตรี	3	7.1
สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.4
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	32	76.2
รับจ้าง	7	16.7
ค้าขาย	3	7.1



2. ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ที่อยู่ในระดับปกติสมส่วน (18.5–22.9 kg/m²) และ อ้วนระดับ 1 (25.0–29.9 kg/m²) จำนวน 14 คน

(ร้อยละ 33.3) มีโรคประจำตัว จำนวน 23 คน (ร้อยละ 54.8) และเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 42.9) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)		
น้ำหนักน้อยหรือผอม (< 18.5 kg/m ²)	2	4.8
ปกติสมส่วน (18.5–22.9 kg/m ²)	14	33.3
น้ำหนักเกิน (23.0–24.9 kg/m ²)	10	23.8
อ้วนระดับ 1 (25.0–29.9 kg/m ²)	14	33.3
อ้วนระดับ 2 (>30 kg/m ²)	2	4.8
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	19	45.2
มีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	23	54.8
(1) โรคความดันโลหิตสูง	18	42.9
(2) โรคเบาหวาน	10	23.8
(3) โรคไขมันในหลอดเลือด	11	26.2

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา FTSST ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.99 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.55 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ

3.12 และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเวลา FTSST พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (3.16 วินาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) แสดงว่ากล้ามเนื้อขาแข็งแรงขึ้น (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา Five Times Sit-to-Stand Test (FTSST) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

Five Times Sit-to-Stand Test (FTSST)	Mean	SD	Mean difference	t	p
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	13.99	3.55	3.16	4.65	< 0.0001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	10.83	3.12			

* $p < .05$

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทรงตัว TUGT ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.45 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ

2.77 และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเวลา TUGT พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (1.84 วินาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) แสดงว่าความสามารถในการทรงตัวดีขึ้น (ตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทรงตัว Timed Up and Go Test (TUGT) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

Timed Up and Go Test (TUGT)	Mean	SD	Mean difference	t	p
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	11.82	3.45	1.84	4.20	< 0.0001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	9.98	2.77			

* $p < .05$

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ (Sit and Reach Test) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.00 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.70 และเมื่อทำการเปรียบเทียบ

ค่าเฉลี่ยของระยะห่างระหว่างปลายนิ้วมือและปลายนิ้วเท้าในการทดสอบความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (1.50 เซนติเมตร) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) แสดงว่ามีความยืดหยุ่นมากขึ้น (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ (Sit and Reach Test) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

Sit and Reach Test	Mean	SD	Mean difference	t	p
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.50	3.00	1.50	3.80	< 0.0001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	6.00	2.70			

* $p < .05$

6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขใจและสมรรถภาพทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 40.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.20 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมี

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.80 หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (3.35 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขใจและสมรรถภาพทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ความสุขใจและสมรรถภาพทางสังคม	Mean	SD	Mean difference	t	p
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	40.15	9.20	3.35	4.45	< 0.0001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	43.50	7.80			

* $p < .05$



7. ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมสร้างสุขกายเสริมสุขใจด้วยตารางตั้งเตของกุ่มตัวอย่างประเมินหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.68 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าความพึงพอใจต่อ

โปรแกรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพกาย และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.62 และค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.62 ตามลำดับ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมสร้างสุขกายเสริมสุขใจด้วยตารางตั้งเตของกุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม

รายการ	ระดับความพึงพอใจ		
	Mean	SD	ระดับ
1 การสร้างเสริมสุขภาพกาย	4.61	0.62	มากที่สุด
2 ประโยชน์ที่ได้รับ	4.59	0.62	มากที่สุด
3 การสร้างเสริมสุขภาพใจ	4.45	0.67	มาก
4 การสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย	4.42	0.66	มาก
5 การสร้างเสริมสมรรถภาพทางสังคม	4.38	0.62	มาก
6 ความสุขใจเมื่อย้อนนึกถึงวันวานในวัยเยาว์	4.33	0.75	มาก
7 ความพึงพอใจโดยรวม	4.28	0.83	มาก
8 ความเหมาะสมในการแนะนำโปรแกรมนี้ให้กับผู้สูงอายุท่านอื่น	4.28	0.67	มาก
9 การจัดการโปรแกรมในด้านต่างๆ	4.23	0.65	มาก
10 ความชัดเจนและเข้าใจง่ายของคู่มือ	3.97	0.84	มาก
รวม	43.59	4.68	มากที่สุด

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขกายเสริมสุขใจด้วยตารางตั้งเตของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลอ้อมน้อย อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร โดยเปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความสามารถในการทรงตัว ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ความสุขใจและสมรรถภาพทางสังคมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กล้ามเนื้อขาแข็งแรงขึ้น (13.99 ± 3.55 และ 10.83 ± 3.12) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยเวลาลดลง (3.16 วินาที) ความสามารถในการทรงตัวดีขึ้น (11.82 ± 3.45 และ 9.98 ± 2.77) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยเวลาลดลง (1.84 วินาที) ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อมากขึ้น (7.50 ± 3.00 และ 6.00 ± 2.70) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยของระยะห่างระหว่างปลายนิ้วมือ

และปลายนิ้วเท้าลดลง (1.50 เซนติเมตร) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) อธิบายได้ว่า โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตารางตั้งเตมีส่วนช่วยในการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ส่งเสริมการทรงตัว และเสริมความยืดหยุ่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถลุก เดิน และเคลื่อนไหวได้คล่องตัวมากขึ้นภายในระยะเวลาที่น้อยลง ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) (Pender et al., 2006) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไม่ได้เกิดจากการหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่เกิดจากแรงจูงใจภายในที่ต้องการมีสุขภาพดีขึ้น โดยเน้นการเสริมสร้างสุขภาพ (Health Promotion) และการป้องกันโรค (Disease Prevention) ผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล

อย่างสมัครใจ และสอดคล้องกับค่านิยมสุขภาพที่หมายถึงสภาวะของความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี โดยไม่ได้จำกัดอยู่แค่เรื่องของโรคและความพิการเท่านั้น (WHO, 1946) นอกจากนี้ เมื่อทำการประเมินความพึงพอใจและสมรรถภาพทางสังคม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจและสมรรถภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น (40.15 ± 9.20 และ 43.50 ± 7.80) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (3.35 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) อธิบายได้ว่า การประยุกต์ใช้ตารางตั้งเตในโปรแกรมสร้างสุขภาพเสริมสุขภาพที่อิงตามแนวคิดการโหยหาอดีต (Nostalgia) โดยการนำการเล่นตารางตั้งเต ซึ่งเป็นกิจกรรมย้อนวันวานมาประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความทรงจำในอดีต มีส่วนช่วยเสริมความพึงพอใจจากการทำกิจกรรมที่เคยทำในวัยเยาว์ และช่วยกระตุ้นความทรงจำในช่วงเวลาที่เคยมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย “Nostalgia: Past, Present, and Future” ที่กล่าวว่า การระลึกถึงเหตุการณ์หรือช่วงเวลาที่มีความหมาย และคุณค่าทางใจส่งผลต่อภาวะทางจิตใจอย่างชัดเจน การที่บุคคลเลือกหันกลับไปมองภาพความสุขที่ตนเคยสัมผัสเมื่อครั้งอดีตเพื่อปลอบประโลมใจ การมองย้อนกลับไปหาความสุขเรียกว่า การโหยหาอดีต (Sedikides et al., 2008) นอกจากนี้ การออกกำลังกายร่วมกับผู้อื่นยังส่งเสริมความสัมพันธ์ทางสังคม คลายความเหงา และลดความเสี่ยงจากภาวะซึมเศร้า การทำกิจกรรมกลุ่มมีความสัมพันธ์ทางบวกสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (หยาดชล ทวีธนาวิชัย และคณะ, 2021) และจากการประเมินความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (43.59 ± 4.68) โดยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพกาย (4.61 ± 0.62) และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม (4.59 ± 0.62) ในระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่า โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตารางตั้งเตสามารถส่งเสริมสุขภาพกาย และตอบสนองความต้องการของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างดี

สรุปผล

โปรแกรมสร้างสุขภาพเสริมสุขภาพใจด้วยตารางตั้งเตเป็นกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตารางตั้งเตเป็นกิจกรรมที่มีประสิทธิผลในการช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เพื่อลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มในด้านจิตใจ โปรแกรมนี้ช่วยกระตุ้นความสุขจากการละเล่นย้อนวันวาน และการระลึกถึงประสบการณ์ในวัยเยาว์ ในด้านสังคม การได้ทำกิจกรรมกลุ่มช่วยส่งเสริมการมีสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี คลายความเหงา และลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมสร้างสุขภาพเสริมสุขภาพใจด้วยตารางตั้งเตมีประสิทธิผลในการสร้างเสริมสุขภาพกาย ใจ และสังคมของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลอ้อมน้อย ดังนั้นผู้วิจัยสนับสนุนให้หน่วยบริการสาธารณสุขนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนต่าง ๆ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ โดยได้รับความอนุเคราะห์อย่างดียิ่งจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล นายแพทย์ธรรมวิทย์ เกื้อกุลเกียรติ และรองผู้อำนวยการ แพทย์หญิงสุภัฏญา วิริยโกศล ที่กรุณาให้อำนาจให้บุคลากรโรงพยาบาลให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาการวิจัย ขอขอบพระคุณ นายสาโรจน์ คำทรัพย์ และนางสาวอารีย์ ธวัชวัฒนานันท์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษา รวมทั้งให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์ขอขอบพระคุณ นายบุญยง ฉายาทับ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลอ้อมน้อยแห่งที่ 2 (สีวาร์ตน์ 3) ที่ให้ช่วยประสานในการเข้าเก็บข้อมูล และการทำกิจกรรมตามที่กำหนด



สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่าน ที่เสียสละเวลา ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และเข้าร่วมกิจกรรม ส่งผลให้การวิจัยบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร เขตสุขภาพที่ 5*.

<https://hdc.moph.go.th/skn/public/standard-report-detail/8f104b5d2848b8a05a487205f0287991>

จรีวรรณ ทองประ. (2564). *การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการล้มโรงพยาบาลท่าหลวง จังหวัดลพบุรี. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 21(1), 110–121.*

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/266395/183195>

दनัย บวรเกียรติกุล, ทศวิญา พัฒเกษ และรจฤดี โชติกาวิรินทร์ (2561). *การพัฒนารูปแบบการอยู่อาศัยที่เอื้อต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.*

https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/3880/3/2564_028.pdf

บุญชม ศรีสะอาด. (2545). *การแปลผลเมื่อใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลแบบมาตราส่วนประเมินค่า.*

<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/jemmsu/article/view/154477/112393>

ยุพาพร หงษ์ชูเวช. (2566). *การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย, 18(1), 32–43. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/266906/182120*

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567.*

https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey-detail/2025/20241209145003_27188.pdf

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). *การประเมินผลกระทบและความยั่งยืนของการบริโภคของผู้สูงอายุภายใต้ระบบบำนาญของประเทศไทย.*

https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=14368

หยาดชล ทวีธนาวัฒน์, ตรีตาภรณ์ สร้อยสังวาลย์, พัชรพรรณ ชูเลิศ, จิรียา อินทนา และสุรินทร์ มีลาภสัน (2564).

ผลของการใช้รูปแบบการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39(2), 85–99. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/article/download/254264/170093

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M.A. (2006). *Health promotion in nursing practice (5th ed.)*. Pearson Education, Inc.

Sedikides, C., Wildschut, T., Arndt, J., & Routledge, C. (2008). *Nostalgia: Past, present, and future*. *Current Directions in Psychological Science, 17(5), 304–307. https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00595.x*

World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>



ผลของสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบเรื่องการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิคต่อความรู้ ประสิทธิภาพการเรียนรู้ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล

Received: September 21, 2025

Revised: October 16, 2025

Accepted: October 29, 2025

พรพิมล พรามน้อย¹ (พย.ม.), ศิลป์ไทย ธรรมเรื่องฤทธิ์^{1*} (พย.ม.)

ดวงใจ วัฒนสินธุ์³ (Ph.D.), กมลชนก มูลไชย¹ (พย.ม.)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบเรื่องการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิคต่อความรู้ ประสิทธิภาพการเรียนรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 จำนวน 112 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 56 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย สื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบเรื่องการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิค แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิค และแบบสอบถามประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการทดลองที่แบบก่อนและหลัง และระหว่างกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง ($M = 9.14, SD = 1.47$) และกลุ่มควบคุม ($M = 8.91, SD = 1.28$) มีคะแนนความรู้หลังการเรียนรู้สูงกว่าก่อนเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่คะแนนความรู้หลังการเรียนรู้ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการเรียนรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.67, SD = 0.36; M = 4.59, SD = 0.55$) แสดงให้เห็นว่า สื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมประสิทธิภาพการเรียนรู้ และสร้างความพึงพอใจในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล อันเป็นแนวทางในการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่ตอบสนองการเรียนการสอนด้านการพยาบาลในศตวรรษที่ 21

คำสำคัญ: การเรียนรู้เชิงโต้ตอบ การพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิค นักศึกษาพยาบาล ความรู้ ประสิทธิภาพการเรียนรู้

¹อาจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย

²รองศาสตราจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย

*Corresponding e-mail: Silpchai.t@stin.ac.th



Effects of Interactive Learning Media Regarding Nursing Care for Persons with Panic Disorder on Knowledge, Learning Effectiveness, and Satisfaction among Nursing Students

Pornpimon Pramnoi¹ (M.N.S.), Silpthai Thamruangrit^{1*} (M.N.S.)

Duangjai Vatanasin² (Ph.D.), Kamonchanok Moonchai¹ (M.N.S.)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of interactive learning media regarding nursing care for persons with panic disorder on knowledge, learning effectiveness, and learning satisfaction among nursing students. A quasi-experimental two-group pretest–posttest design was employed. The sample consisted of 112 fourth-year nursing students, divided into an experimental group (n = 56) and a control group (n = 56). Research instruments included interactive learning media on nursing care for persons with panic disorder, a knowledge assessment on nursing care for panic disorder, and a questionnaire on learning effectiveness and satisfaction. Data analysis were descriptive statistic, paired t-test, and independent t-test. The results showed that both the experimental (M = 9.14, SD = 1.47) and control groups (M = 8.91, SD = 1.28) had significantly higher posttest knowledge scores compared to their pretest scores ($p < .001$). However, no significant difference was found between the two groups' posttest scores. Overall, participants reported high levels of learning effectiveness and satisfaction at a high level (M = 4.67, SD = 0.36; M = 4.59, SD = 0.55). These findings indicate that the interactive learning media were effective in enhancing learning outcomes and satisfaction among nursing students, supporting the development of educational innovations to meet the demands of 21st-century nursing education.

Keywords: Interactive learning, Nursing Care for Persons with Panic Disorder, Nursing students, Knowledge, Learning effectiveness

¹ Lecturer Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand

²Associate Professor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand

*Corresponding e-mail: Silpthai.t@stin.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะและทักษะวิชาชีพเพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพที่สภาการพยาบาลกำหนด (สภาการพยาบาล, 2563) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชถือเป็นศาสตร์สำคัญในการเตรียมผู้เรียนให้มีทักษะพื้นฐานในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือความผิดปกติทางจิต (ทศาชัยวรรณวรรต, 2560)

การพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิค (Panic Disorder) เป็นเนื้อหาสำคัญที่นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องเรียนรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสมรรถนะในการจัดการอาการแพนิคเบื้องต้น ภาวะแพนิคจัดอยู่ในกลุ่มโรควิตกกังวลที่พบได้บ่อยและเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการมารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยสามารถพบได้ทั้งในแผนกฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช แผนกผู้ป่วยใน รวมถึงหน่วยบริการปฐมภูมิและสถานบริการสุขภาพระดับชุมชน ทั้งในและต่างประเทศมีรายงานว่าผู้ที่มีภาวะแพนิคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีความชุกตลอดชีวิต (Lifetime Prevalence) ประมาณร้อยละ 1.6–2.2 (Papola et al., 2023) ส่วนในประเทศไทย กรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2567) รายงานว่าความชุกของภาวะแพนิคอยู่ที่ประมาณร้อยละ 1.8 และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานตอนต้นหลังการระบาดของโคโรนาไวรัส 2019

ผู้ที่มีภาวะแพนิคมักประสบกับอาการตื่นตระหนกเฉียบพลัน (Panic Attack) ซึ่งเป็นช่วงเวลาของความกลัวหรือความไม่สบายอย่างรุนแรงที่เกิดขึ้นฉับพลัน ร่วมกับอาการทางกายและจิตหลายอย่าง เช่น ใจสั่น หายใจเร็ว เหงื่อออก มือสั่น วิงเวียน หน้ามืด รู้สึกหายใจไม่อิ่ม และความรู้สึกกลัวว่าจะเสียชีวิต สูญเสียการควบคุมตนเอง (American Psychiatric Association: [APA], 2022) การดูแลผู้ที่มีภาวะแพนิคจึงต้องอาศัยการประเมินและการช่วยเหลือที่รวดเร็ว ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ

เนื่องจากอาการที่รุนแรงอาจส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการโดยตรง (Valdes et al., 2021) พยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นต้องมีทักษะสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งทักษะการประเมินและการวินิจฉัยแยกโรคเพื่อแยกภาวะแพนิคออกจากภาวะฉุกเฉินทางกายที่มีลักษณะใกล้เคียง พยาบาลควรมีทักษะการสื่อสารเชิงบำบัด (Therapeutic Communication) เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัยและร่วมมือในการบำบัด ตลอดจนทักษะการสอนเทคนิคจัดการความวิตกกังวลและการจัดการวิกฤติทางจิตใจอย่างทันที่ (McIntosh, 2021; Valdes et al., 2021)

ปัจจุบันการจัดการเรียนการสอนด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหัวข้อนี้ยังมีข้อจำกัดหลายประการ เนื่องจากการสอนภาคทฤษฎีโดยใช้กลยุทธ์การสอนแบบบรรยายเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถทำให้นักศึกษาเข้าใจสาระสำคัญ ส่วนภาคปฏิบัตินักศึกษามักมีโอกาสจำกัดในการดูแลผู้ที่มีภาวะแพนิค เนื่องจากอาการแพนิคเกิดขึ้นเฉียบพลันและไม่สามารถคาดการณ์ได้ อีกทั้งส่วนใหญ่ผู้รับบริการจะมาที่แผนกฉุกเฉินมากกว่าแผนกจิตเวช (McIntosh, 2021) ข้อจำกัดดังกล่าวทำให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์ตรงค่อนข้างน้อย ส่งผลให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ความไม่มั่นใจ และทัศนคติด้านลบเมื่อต้องเผชิญผู้รับบริการที่มีอาการทางจิตเวช อย่างไรก็ตาม หากได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสม นักศึกษาพยาบาลก็มีแนวโน้มที่จะสามารถดูแลและสื่อสารกับผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Yildiz, 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อแก้ปัญหานี้พบว่า มีการนำการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ (Interactive Learning) มาใช้ในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ของนักศึกษาในบรรยากาศที่ปลอดภัยและเน้นการมีส่วนร่วมมากขึ้น โดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) ผ่านกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การจำลองสถานการณ์ บทบาทสมมติ เทคโนโลยีเสมือนจริง การเรียนรู้ผ่านเกม หรือการตอบคำถามออนไลน์ ซึ่งช่วยกระตุ้นความสนใจ การมีส่วนร่วม และ



ทักษะการคิดวิเคราะห์ (รัฐนา หน่อคำ และคณะ, 2562) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่านักศึกษาพยาบาลที่เรียนรู้ด้วยวิธีเชิงโต้ตอบมีทักษะทางวิชาการ วิชาชีพ และสมรรถนะเชิงวิชาชีพสูงกว่ากลุ่มควบคุม (วัลลภา ทรงพระคุณ และคณะ, 2567) อีกทั้งยังมีหลักฐานว่า นักศึกษาที่ใช้สื่อเทคโนโลยีความจริงเสริม (Augmented Reality: AR) มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ก้องเกียรติ หิรัญเกิด และคณะ, 2566) หลักฐานเชิงประจักษ์ที่หลากหลายสนับสนุนว่า สื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบมีประสิทธิภาพต่อการพัฒนาความรู้และทักษะของนักศึกษาพยาบาล เช่น การเรียนรู้ผ่านบทเรียนอีเลิร์นนิ่งแบบปฏิสัมพันธ์ (จิราภรณ์ ชื่นฉ่ำ และคณะ, 2563) หรือสื่อวีดิทัศน์ การทำคลอดแบบโต้ตอบ (มาณี น้ำคณาคุปต์ และ พิไลวรรณ ใจชื่น, 2565) ซึ่งช่วยเพิ่มทั้งความรู้และทักษะปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญ ตลอดจนงานวิจัยที่ชี้ว่า นักศึกษาพยาบาลที่ใช้สื่อมัลติมีเดียด้านการสื่อสารเพื่อการบำบัดทางจิตเวชมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพึงพอใจสูง (ธณชชนรี สโรบล และคณะ, 2563) และงานวิจัยล่าสุดที่ยืนยันว่าสื่อการสอนออนไลน์ MSE-VDO สามารถพัฒนาความรู้และความมั่นใจของนักศึกษาได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม (ตรีนุช พุ่มมณี และคณะ, 2566) อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังไม่พบการนำสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบมาใช้ในการเรียนรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิค

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบเรื่องการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิคขึ้น เพื่อช่วยให้นักศึกษาได้ฝึกวิเคราะห์และตัดสินใจเชิงคลินิกผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เห็นกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การประเมินอาการ การช่วยเหลือเฉพาะหน้า ไปจนถึงการวางแผนการจำหน่ายโดยมุ่งหวังว่านวัตกรรมนี้จะช่วยเสริมสร้างความเข้าใจ กระตุ้นการมีส่วนร่วม และพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นในการดูแลผู้ที่มีภาวะแพนิคได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการศึกษาพยาบาลและการบริการสุขภาพในอนาคต

การวิจัยนี้ประยุกต์แนวคิดการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism Theory) ของ Fosnot (2005) ซึ่งระบุว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ผู้เรียนสามารถสร้างองค์ความรู้ ความเข้าใจ และความหมายด้วยตนเองผ่านประสบการณ์ตรง การคิดวิเคราะห์ และการเชื่อมโยงกับความรู้พื้นฐานที่มีอยู่เดิม สื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบดังกล่าวได้รับการออกแบบให้อยู่ในรูปแบบสื่อแอนิเมชันจำลองสถานการณ์เสมือนจริง ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิคทั้งสามระยะ ได้แก่ ระยะการประเมินและการช่วยเหลือเบื้องต้น ระยะการให้การพยาบาล และระยะการวางแผนการจำหน่าย ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับสื่อผ่านกิจกรรมการตอบคำถาม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการสะท้อนคิดจากสถานการณ์จำลองผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ซึ่งกระบวนการดังกล่าวช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) และการเรียนรู้เชิงลึก (Deep Learning) อันนำไปสู่การสร้างความรู้เข้าใจที่มีความหมายและสามารถประยุกต์ใช้ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบเรื่องการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิคต่อความรู้ ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ และความพึงพอใจในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และนักจิตวิทยาคลินิก ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ สื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบเรื่องการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิค พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยร่วมกับนักพัฒนาสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ (Interactive Learning Media) ในรูปแบบสื่อแอนิเมชันจำลอง

สถานการณ์เสมือนจริง ความยาว 30 นาที โดยเปิดโอกาสให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ด้วยตนเองอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ และสามารถเข้าถึงสื่อผ่านสมาร์ทโฟน แท็บเล็ต หรือคอมพิวเตอร์ที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ นวัตกรรมประกอบด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation-Based Scenarios) ครอบคลุม 3 ระยะการพยาบาล ดังนี้

ระยะที่ 1: การประเมินและการช่วยเหลือเบื้องต้น (Initial Assessment and Intervention) ระยะนี้ นักศึกษาฝึกการประเมินอาการแรกเริ่ม เช่น อาการและอาการแสดง สัญญาณชีพ และฝึกการให้การช่วยเหลือเบื้องต้น เช่น เทคนิคการหายใจ และการยึดเหนี่ยวกับสิ่งรอบตัว

ระยะที่ 2: การพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิค (Therapeutic Intervention) นักศึกษาฝึกการจำแนกอาการและอาการแสดงของผู้รับบริการ อธิบายสาเหตุและกลไกการเกิดภาวะแพนิค ตลอดจนฝึกการให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย รวมทั้งการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการเมื่อผู้รับบริการอาการดีขึ้น

ระยะที่ 3: การวางแผนการจำหน่าย (Discharge Planning) นักศึกษาฝึกการวางแผนการดูแลต่อเนื่องและการติดตามภาวะสุขภาพจิตของผู้ที่มีภาวะแพนิคหลังจำหน่าย นวัตกรรมการเรียนรู้นี้ยังออกแบบให้มีคำถามแบบเลือกตอบเป็นระยะ จำนวน 10 ข้อ (ข้อละ 10 คะแนน รวม 100 คะแนน) โดยมีระบบให้คะแนนแบบ +10 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูกต้อง และ -10 คะแนนสำหรับคำตอบที่ไม่ถูกต้อง เพื่อกระตุ้นความสนใจและการมีส่วนร่วมของนักศึกษานวัตกรรมการเรียนรู้นี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.90 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและพัฒนา นวัตกรรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ผลการทดลองใช้พบว่า นวัตกรรมสามารถใช้งานได้จริง และมีความสะดวกต่อการเข้าถึง

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล พัฒนา โดยคณะผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ ความถี่ในการสื่อสารการเรียนรู้เชิงโต้ตอบเพื่อการเรียนรู้ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

2) แบบประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิค เพื่อทดสอบความรู้ก่อนและหลังการเรียนรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเกิดภาวะแพนิค อาการและอาการแสดง ปัจจัยกระตุ้น การรักษา และการพยาบาลเบื้องต้น ที่สอดคล้องกับเนื้อหาของสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ จำนวน 2 ชุด ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกัน (Parallel) เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างจำแบบทดสอบได้ เนื่องจากการประเมินก่อนและหลังห่างกันเพียง 1 สัปดาห์ แบบทดสอบแต่ละชุดมีจำนวน 10 ข้อ ออกแบบตามระดับการเรียนรู้แบบรู้งำและเข้าใจตาม Bloom Taxonomy ลักษณะคำตอบเป็น 4 ตัวเลือก ให้เลือกตอบข้อที่ถูกต้องที่สุด แบบทดสอบฉบับนี้ มีค่าความสอดคล้องภายใน CVI เท่ากับ 0.90 ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) ในนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เท่ากับ 0.85

3) แบบสอบถามประสิทธิภาพในการเรียนรู้และความพึงพอใจในการเรียนรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ เรื่องการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิค ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การประเมินประสิทธิภาพในการเรียนรู้จำนวน 16 ข้อ ใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ 7 ข้อ ด้านการออกแบบสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ 6 ข้อ และด้านการใช้งานและความสะดวกสบาย 3 ข้อ ส่วนการประเมินความพึงพอใจในการเรียนรู้มีจำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนสูงสุดแสดงว่ามีประสิทธิภาพในการเรียนรู้และความพึงพอใจในการเรียนรู้สูง มีค่าความสอดคล้องภายใน CVI เท่ากับ 1



ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ในนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบวัดผลก่อน-หลัง (Quasi-experimental pretest-posttest design) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีการประชาสัมพันธ์ผ่านแผ่นประชาสัมพันธ์ในไลน์กลุ่มชั้นปีเพื่อรับสมัครผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัยจนครบ 112 คน หลังจากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 56 คน และทำแบบประเมินความรู้ก่อนการทดลอง (Pre-Test)

กลุ่มทดลองเรียนรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ เรื่องการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิคโดยสามารถเข้าเรียนรู้ได้ผ่านลิงก์ออนไลน์ที่ไม่ต้องดาวน์โหลดโปรแกรมใด ๆ ทั้งสิ้น อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงเวลาที่ว่างจากการเรียน ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ภายหลังจากสิ้นสุดการเรียนรู้สื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบทำแบบประเมินความรู้ (Post-Test) และทำแบบสอบถาม ประสิทธิภาพและความพึงพอใจ

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการเรียนรู้แบบปกติ โดยทบทวนความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิค จากเอกสารประกอบการสอน และศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่น หนังสือ ตำรา วารสาร สืบค้นฐานข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต เป็นต้น เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นทำแบบประเมินความรู้ (Post-Test) และให้เรียนรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ เรื่องการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิคเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ และทำแบบสอบถาม ประสิทธิภาพและความพึงพอใจ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันการพยาบาลแห่งหนึ่งที่ได้ผ่านการเรียนรายวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในภาคการศึกษา ปลาย ปีการศึกษา 2567 เรียบร้อยแล้ว

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 หลักสูตรเดียวกัน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) มีสมาร์ตโฟน หรือแท็บเล็ต หรือคอมพิวเตอร์ที่มีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จำนวนทั้งสิ้น 112 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power (Faul et al., 2007) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) ระดับปานกลาง ($d = .50$) ค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 และค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมเท่ากับ 102 คน จากนั้นเพิ่มอีกร้อยละ 10 สำหรับชดเชยกรณีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวระหว่างการทดลอง (Dropout) จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 112 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ออกเป็นกลุ่มทดลอง 56 คน และกลุ่มควบคุม 56 คน

2. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย (รหัสโครงการที่ IRB-STIN 012/2568 วันที่ 4 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568) ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนอย่างเคร่งครัด โดยชี้แจงข้อมูลอย่างชัดเจน (Informed Consent) เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการและระยะเวลาและสิทธิในการถอนตัวได้ทุกเวลา โดยไม่มีผลต่อการเรียนหรือคะแนน ไม่มีการบังคับที่ทำให้เกิดความกดดัน นอกจากนี้การวิจัยมีการคุ้มครองความเป็นส่วนตัวและเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ โดยมีการระบุรหัสการวิจัยแทนการระบุชื่อ-สกุล ส่วนการวิเคราะห์และการนำเสนอผลจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติสำหรับสังคมศาสตร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนประสิทธิภาพในการเรียนรู้ และความพึงพอใจในการเรียนรู้ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การ

แจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) และการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มเดียวกัน โดยใช้สถิติ Paired samples t-test และเปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent-samples t test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 112 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 56 คน และกลุ่มควบคุม 56 คน กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง 54 คน คิดเป็นร้อยละ 96.43 เพศชาย 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.57 กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง 53 คน คิดเป็นร้อยละ 94.64 เพศชาย 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.36 กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 22.04 ปี กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 22.16 ปี กลุ่มทดลองเคยใช้สื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ 40 คน คิดเป็นร้อยละ 71.43 ไม่เคยใช้สื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 กลุ่มควบคุมเคยใช้สื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ 43 คน คิดเป็นร้อยละ 76.79 ไม่เคยใช้สื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ 13 คน คิดเป็นร้อยละ 23.24

การเปรียบเทียบความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิกก่อนและหลังการเรียนรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired samples t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิกก่อนและหลังการเรียนรู้พบว่า ในกลุ่มทดลอง ($n = 56$) คะแนนเฉลี่ยหลังการเรียนรู้ ($M = 9.14$, $SD = 1.47$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการเรียนรู้ ($M = 7.59$, $SD = 2.23$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(55) = -5.687$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมการเรียนรู้เชิงโต้ตอบมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้ของนักศึกษาพยาบาล

ส่วนในกลุ่มควบคุม ($n = 56$) พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการเรียนรู้ ($M = 8.91$, $SD = 1.28$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการเรียนรู้ ($M = 7.96$, $SD = 1.19$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(55) = -4.458$, $p < .001$) เช่นกัน แสดงว่าการเรียนรู้ ในชั้นเรียนตามปกติก็สามารถช่วยเพิ่มความรู้ของนักศึกษาได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนหลังการเรียนรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งแสดงให้เห็นว่า นวัตกรรมการเรียนรู้เชิงโต้ตอบในการส่งเสริมความรู้ของนักศึกษาพยาบาลมากกว่าวิธีการเรียนรู้แบบดั้งเดิม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิกภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการเรียนรู้ ($n = 112$)

สื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการเรียนรู้	56	7.59	2.230	-5.687	55	< 0.001
หลังการเรียนรู้	56	9.14	1.470			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการเรียนรู้	56	7.96	1.190	-4.458	55	< 0.001
หลังการเรียนรู้	56	8.91	1.283			

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent-samples t test พบว่า ก่อนการเรียนรู้ กลุ่มทดลอง ($M = 7.59$,

$SD = 2.23$) และกลุ่มควบคุม ($M = 7.96$, $SD = 1.19$) มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(83.984) = -1.110$, $p = .270$) สะท้อนว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับความรู้พื้นฐานใกล้เคียงกัน ส่วนภายหลัง



การเรียนรู้ด้วยสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ พบว่า กลุ่มทดลอง ($M = 9.14, SD = 1.47$) และกลุ่มควบคุม ($M = 8.91, SD = 1.28$) มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(110) = 0.890, p = .375$) แสดงว่าหลังการเรียนรู้ แม้ทั้งสองกลุ่มมี

คะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นแต่ความแตกต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิคระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการเรียนรู้ (n = 112)

กลุ่ม	n	M	SD	t	df	p
ก่อนการเรียนรู้						
กลุ่มทดลอง	56	7.59	2.230	-1.110	83.984	.270
กลุ่มควบคุม	56	7.96	1.190			
หลังการเรียนรู้						
กลุ่มทดลอง	56	9.14	1.470	0.890	110	.375
กลุ่มควบคุม	56	8.91	1.283			

ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ และความพึงพอใจในการเรียนรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ

ผลการประเมินประสิทธิภาพการเรียนรู้และความพึงพอใจในการเรียนรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.59, SD = .552$) โดยข้อที่ได้คะแนนสูงสุดคือ ความต้องการให้นวัตกรรมนี้ถูกนำไปใช้ในหัวข้ออื่น ๆ ($M = 4.70, SD = .559$) ขณะที่ข้อที่ได้คะแนนต่ำสุดคือ ความพึงพอใจโดยรวมต่อการเรียนรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ ($M = 4.52, SD = .730$) และความพึงพอใจรายด้านอื่น ๆ ดังนี้

ด้านประสิทธิภาพการเรียนรู้โดยรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ($M = 4.67, SD = .355$) โดยข้อที่ได้คะแนนสูงสุด ได้แก่ สามารถแยกอาการ Panic Attack จากอาการทางกาย และเข้าใจสาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นของภาวะแพนิค ($M = 4.74, SD = .449$) ส่วนข้อที่ได้คะแนนต่ำสุด คือ ความรู้เรื่องวิธีการจัดการ

อาการ Panic Attack และ การจดจำเนื้อหาได้ดีกว่าการเรียนรู้ ในชั้นเรียนเพียงอย่างเดียว ($M = 4.61, SD = .499$)

ด้านการออกแบบสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.36, SD = .571$) ข้อที่ได้คะแนนสูงสุด คือ การจัดลำดับเนื้อหาที่มีความต่อเนื่องและเข้าใจง่าย ($M = 4.48, SD = .593$) ส่วนข้อที่ได้คะแนนต่ำสุด คือ ระยะเวลาของนวัตกรรมมีความเหมาะสม ($M = 4.22, SD = .951$)

ส่วนด้านการใช้งานและความสะดวกสบายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.48, SD = .635$) ข้อที่ได้คะแนนสูงสุด คือ การสามารถใช้งานนวัตกรรมได้ด้วยตนเอง ($M = 4.61, SD = .583$) ส่วนข้อที่ได้คะแนนต่ำสุด คือ การทำงานของนวัตกรรมไม่เกิดข้อผิดพลาดทางเทคนิค ($M = 4.35, SD = .885$) รายละเอียดดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพในการเรียนรู้ และความพึงพอใจในการเรียนรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ

(n = 56)

ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ และความพึงพอใจในการเรียนรู้	M	SD
ด้านประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ	4.67	.355
1. ฉันสามารถระบุอาการและอาการแสดงของภาวะแพนิคได้	4.70	.470
2. ฉันสามารถแยกอาการ Panic Attack จากอาการของโรคทางร่างกายได้	4.74	.449
3. ฉันเข้าใจกลไกการเกิดภาวะแพนิคได้	4.65	.487
4. ฉันเข้าใจสาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นของการเกิดภาวะแพนิคได้	4.74	.449
5. ฉันมีความรู้เรื่องวิธีการจัดการอาการ Panic Attack	4.61	.499
6. ฉันสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้รับบริการที่มีภาวะแพนิคได้	4.65	.487
7. ฉันสามารถจดจำเนื้อหาได้ดีกว่าการเรียนรู้ในชั้นเรียนเพียงอย่างเดียว	4.61	.499
ด้านการออกแบบสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ	4.36	.571
8. การออกแบบสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบมีความน่าสนใจ	4.30	.703
9. ความยากของสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบเหมาะสมกับระดับความรู้ของผู้เรียน	4.39	.583
10. การจัดลำดับเนื้อหาในสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบมีความต่อเนื่องและเข้าใจง่าย	4.48	.593
11. การใช้ภาษาถูกต้องและสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบได้ชัดเจน	4.39	.722
12. รูปภาพประกอบภายในสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบเหมาะสม	4.39	.783
13. ระยะเวลาของสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบมีความเหมาะสม	4.22	.951
ด้านการใช้งานและความสะดวกสบาย	4.48	.635
14. สื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบมีความทันสมัย	4.48	.730
15. ฉันสามารถใช้งานสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบได้ด้วยตนเอง	4.61	.583
16. การทำงานของสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบไม่เกิดข้อผิดพลาดทางเทคนิค	4.35	.885
ด้านความพึงพอใจโดยรวม	4.59	.552
17. ฉันรู้สึกพึงพอใจโดยภาพรวมกับการเรียนรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ	4.52	.730
18. ความต้องการสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบเป็นเครื่องมือการเรียนรู้ในหัวข้ออื่น ๆ	4.70	.559
19. ฉันจะแนะนำสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบนี้ให้เพื่อนพยาบาลได้เรียนรู้ด้วย	4.65	.573
20. ฉันจะกลับมาใช้สื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบนี้อีกในอนาคต	4.52	.593

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากข้อคำถามปลายเปิด

ผลการประเมินเพิ่มเติมด้วยข้อคำถามปลายเปิด พบว่า กลุ่มตัวอย่างสะท้อนว่าสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบมีจุดแข็งในด้านความน่าสนใจ ความเข้าใจง่าย และความเหมาะสมของเนื้อหา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าสื่อนี้ช่วยให้การเรียนรู้มีชีวิตชีวาและใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะที่ควรนำไปปรับปรุงเพื่อเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของนวัตกรรมการเรียนรู้ โดยมีการกล่าวถึงประเด็นสำคัญ เช่น “ควรปรับให้เนื้อหาและระยะเวลาการใช้สื่อมีความกระชับมากขึ้น เพราะหากต้องใช้สื่อซ้ำหลายรอบจะรู้สึกยาวและน่าเบื่อ” และมีผู้เรียนเสนอให้พัฒนาระบบการข้ามเนื้อหาที่เคยเรียนรู้แล้วเพื่อป้องกันความซ้ำซ้อน นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มสถานการณ์ใหม่ ๆ และจัดโครงสร้างเนื้อหาเป็น



ระดับ (Level) ที่มีความยากง่ายแตกต่างกัน เพื่อสร้างความท้าทายและทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างบางรายยังสะท้อนว่า “บทพูดของตัวละครในบางช่วงยืดยาวและไม่เป็นธรรมชาติ จึงควรปรับให้กระชับและสอดคล้องกับสถานการณ์มากขึ้น” อีกทั้งในส่วนของการใช้งานยังพบข้อจำกัดด้านความเสถียรของระบบ เช่น “บางครั้งสื่อก้างหรือกระตุก โดยเฉพาะเมื่อใช้งานผ่านโทรศัพท์มือถือที่มีสเปกต่ำ” ซึ่งส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของการเรียนรู้ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนา ระบบให้เสถียรและรวดเร็วยิ่งขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้งานของผู้เรียน ข้อเสนอแนะอีกประการหนึ่งคือการปรับปรุงด้านกราฟิกและการออกแบบตัวละครให้มีความสวยงามและสมจริงยิ่งขึ้น เพื่อดึงดูดความสนใจและสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ได้ดีกว่าเดิม

ข้อเสนอแนะเหล่านี้สะท้อนถึงความต้องการของผู้ใช้ที่มุ่งให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เข้าถึงง่าย และน่าสนใจมากขึ้น ซึ่งสามารถนำไปเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาและปรับปรุงสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบให้มีคุณภาพทั้งในด้านวิชาการและการปฏิบัติการในอนาคต

อภิปราย และข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ ภายหลังจากเรียนรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิคทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้หลังการเรียนรู้สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดพื้นฐานที่ว่า การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียนสามารถส่งเสริมการพัฒนาความรู้และความเข้าใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มทดลองที่ได้รับการเรียนรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ ซึ่งได้รับการออกแบบมาโดยเฉพาะเพื่อเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิค การเรียนรู้ดังกล่าวเป็นการเรียนรู้เสริมภายหลังการเรียนรู้ในหัวข้อการพยาบาลผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยสื่อการเรียนรู้นี้เป็นสื่อการเรียนรู้สำหรับทบทวนประเด็นความรู้ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจเชิงลึก และเห็นภาพใน

กระบวนการพยาบาลแต่ละขั้นตอนมากขึ้น รวมทั้งเป็นการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาจะเข้าสู่การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผลการศึกษานี้จึงเป็นสิ่งยืนยันอย่างชัดเจนว่าสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิคของนักศึกษาพยาบาลได้

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ และคณะ (2563) ที่ค้นพบว่าการใช้สื่อการเรียนรู้แบบอีเลิร์นนิ่งเชิงโต้ตอบที่ช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และเพิ่มความพึงพอใจในการเรียนรู้ของผู้เรียนในระดับสูงอีกด้วย และเป็นไปในทิศทางเดียวกับผลการศึกษาของมาณี น้ำคณาคุปต์ และพิไลวรรณ ใจชื่น (2565) ที่พบว่า สื่อวีดิทัศน์เชิงโต้ตอบสามารถเสริมสร้างทั้งความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Alharbi et al. (2024) ซึ่งพบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองเชิงโต้ตอบ (Simulation-Based Learning: SBL) มีความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้แบบดั้งเดิมเพียงอย่างเดียว และผลการศึกษาของ Cho and Kim (2024) ที่พบว่า การใช้ Virtual Reality Simulation ส่งผลเชิงบวกต่อการพัฒนาทักษะการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่า Effect Size ในระดับปานกลาง (Effect Size = 0.44) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละเอียด กลับพบว่า แม้กลุ่มทดลองที่ได้รับการทบทวนความรู้เพิ่มเติมผ่านสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบจะมีคะแนนเฉลี่ยหลังการเรียนรู้แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อศึกษาแนวโน้มของคะแนนความรู้หลังการเรียนรู้ด้วยสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบอย่างรอบคอบพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม ถึงแม้ว่าความแตกต่างดังกล่าวจะไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ แต่แสดงให้เห็นแนวโน้มเชิงบวกที่



เห็นว่าคะแนนค่อย ๆ สูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเรียนรู้เพิ่มเติมผ่านสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบนั้น

การที่นักศึกษาพยาบาลมีโอกาสได้ทบทวนความรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ ส่งผลให้นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิคที่แม่นยำมากขึ้น สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism Theory) ซึ่งเน้นความสำคัญของการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในกระบวนการเรียนรู้ผ่านการโต้ตอบกับสถานการณ์จำลองที่หลากหลาย การวิเคราะห์ปัญหาอย่างเป็นระบบ และการสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์การเรียนรู้ (Fosnot, 2005) โดยแนวทางการเรียนรู้นี้เชื่อว่า ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ผ่านการโต้ตอบแบบสองทางได้มากกว่าการเรียนรู้แบบรับสารเพียงอย่างเดียว เช่นเดียวกับสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบที่ใช้ในงานวิจัยนี้ได้รับการออกแบบเพื่อจำลองสถานการณ์การพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิคในสามระยะที่สำคัญ เริ่มตั้งแต่ระยะการประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้น การให้การพยาบาลตามแผนการรักษา ไปจนถึงการวางแผนการจำหน่ายและการติดตามต่อเนื่อง กระบวนการเรียนรู้เชิงโต้ตอบดังกล่าวทำให้นักศึกษามีโอกาสฝึกฝนการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจในสถานการณ์ที่เสมือนจริง ซึ่งช่วยพัฒนาทักษะการคิดเชิงคลินิกและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน รวมทั้งมีการใช้คำถามกระตุ้นคิดเป็นระยะทำให้นักศึกษาต้องติดตามเรื่องราวอย่างต่อเนื่อง และเข้าใจกระบวนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิคอย่างครอบคลุมและลึกซึ้งมากขึ้น จึงสามารถตอบคำถามที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้องและแม่นยำทำให้มีความรู้ที่ชัดเจนและแม่นยำมากขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า สื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบสามารถทำหน้าที่คล้ายกับ SBL โดยการสร้างประสบการณ์เรียนรู้เสมือนจริงที่ช่วยให้นักศึกษาได้ทบทวนความรู้ ฝึกคิดวิเคราะห์ และเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติจริงได้อย่างมั่นใจยิ่งขึ้น แม้ว่าผลการเปรียบเทียบคะแนนหลังเรียนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าและได้รับความพึงพอใจต่อสื่อในระดับมาก สะท้อนว่าสื่อนี้ช่วยส่งเสริม

ประสิทธิภาพการเรียนรู้ได้จริง และอาจสร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืนเมื่อนำไปใช้ควบคู่กับการเรียนการสอนในชั้นเรียนและการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับอาจารย์และสถาบันการศึกษพยาบาล ดังนี้

ควรพิจารณานำสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบมาใช้เป็นสื่อการสอนหรือสื่อเสริมภายหลังการเรียนการสอนในชั้นเรียน เพื่อช่วยให้นักศึกษาได้ทบทวนความรู้และเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติทางคลินิก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมการวัดผลของสื่อการเรียนรู้มากขึ้นกว่าการวัดความรู้ โดยอาจพิจารณาเพิ่มความมั่นใจและทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่มีภาวะแพนิค และทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ เพื่อให้ได้ผลการประเมินที่ครอบคลุมและสะท้อนประสิทธิผลของนวัตกรรมอย่างรอบด้าน

2. ควรสำรวจปัจจัยร่วมที่อาจมีผลต่อประสิทธิผลของสื่อ เช่น ทักษะด้านเทคโนโลยีของผู้เรียน ความถี่ในการใช้สื่อ และแรงจูงใจในการเรียนรู้ เพื่อทำความเข้าใจเงื่อนไขที่เอื้อต่อความสำเร็จของการใช้นวัตกรรมและใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสื่อให้เหมาะสมกับผู้เรียนมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้สื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบอย่างต่อเนื่องเพื่อนำผลมาปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ในการพยาบาลเรื่องอื่น ๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทยที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยในโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการเรียนการสอน และขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2567). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2567*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- ก้องเกียรติ หิรัญเกิด, ณัฐปภัศภักดิ์ กิตติสุนทรพิศาล, และ พรสวรรค์ อมรศักดิ์ชัย. (2566). การพัฒนาสื่อเทคโนโลยีความจริงเสริมเพื่อพัฒนาทักษะการคิดของนักศึกษาาระดับอุดมศึกษา. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์แห่งรัตนโกสินทร์*, 5(3), 10–24.
- จิราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, ประไพ กิตติบุญญวัฒน์, และดวงดาว อุบลแย้ม. (2563). ผลของการใช้บทเรียนอีเลิร์นนิ่งแบบปฏิสัมพันธ์ เรื่องการตรวจสุขภาพนักเรียนต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(2), 234–242.
- ตรีบุษ พุ่มมณี, จุฑามาศ สุวรรณวัฒน์, กรวิกา บวชชุม, อรวรรณ หนูแก้ว, พิเชษฐ์ สุวรรณจินดา, และภัทราภรณ์ วรสินารวา. (2566). ผลของสื่อวีดิทัศน์การสอน เรื่องการตรวจสภาพจิตร่วมกับการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาต่อความรู้ ความมั่นใจ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 43(1), 67–79.
- ทศา ชัยวรรณวรรต. (2560). บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 31(2), 16–30.
- ธณัชชนรี สโรบล, นิตยา บุญลือ, สมพร สิทธิสงคราม, และ สุมิตรพร จอมจันทร์. (2563). การพัฒนาสื่อมัลติมีเดีย เรื่องการสื่อสารเพื่อการบำบัดทางการพยาบาลจิตเวช. *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์*, 7(12), 253–263.
- มาณี นาคณาคุปต์, และพิไลวรรณ ใจชื่น. (2565). ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์แบบมีปฏิสัมพันธ์เรื่องการทำคลอด ต่อความรู้ความมั่นใจ ทักษะปฏิบัติการทำคลอด และความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารสภาการพยาบาล*, 37(2), 82–94.
- รัญชนา หน่อคำ, จุฑามาศ กิตติศรี, และญาณวุฒิ ไชโย. (2562). ความคิดเห็นของนักศึกษาต่อการใช้ระบบโต้ตอบในชั้นเรียนผ่านเว็บไซต์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัย เชียงราย. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ Veridian มหาวิทยาลัยศิลปากร (มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ)*, 12(5), 790–810.
- วัลลภา ทรงพระคุณ, นุชยงค์ เขียวพานนท์, และกาญจนา ใจจ้อย. (2567). การจัดการเรียนรู้เชิงรุกสำหรับนักศึกษาพยาบาล Generation ใหม่สู่สมรรถนะพยาบาลจบใหม่. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 26(1), 1–9.
- สภาการพยาบาล. (2563). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่องสมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีปริญญาโท ปริญญาเอก*. สภาการพยาบาล.
- Alharbi, A., Nurfiandi, A., Mullen, R. F., McClure, J. D., & Miller, W. H. (2024). The effectiveness of simulation-based learning (SBL) on students' knowledge and skills in nursing programs: A systematic review. *BMC Medical Education*, 24(1099). <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06080-z>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Cho, M.-K., & Kim, M. Y. (2024). The effect of virtual reality simulation on nursing students' communication skills: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1351123. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1351123>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Fosnot, C. T. (2005). *Constructivism: Theory, perspectives, and practice* (2nd ed.). Teachers College Press
- McIntosh, J. T. P. (2021). Emergency department nurses' care of psychiatric patients: A scoping review. *International Emergency Nursing*, 54, 100929. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100929>



Papola, D., Ostuzzi, G., Tedeschi, F., Gastaldon, C., Purgato, M., Del Giovane, C., & Barbui, C. (2023). CBT treatment delivery formats for panic disorder: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine, 53*(3), 614–624. <https://doi.org/10.1017/S0033291721003669>

Valdes, B., Salani, D., King, B., & De Oliveira, G. C. (2021). Recognition and treatment of psychiatric emergencies for health care providers in the emergency department: Panic attack, panic disorder, and adverse drug reactions. *Journal of Emergency Nursing, 47*(3), 459–468. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2021.01.004>

Yildiz, E. (2021). What do nursing students tell us about their communication with people with mental illness? A qualitative study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 27*(6), 471–482. <https://doi.org/10.1177/1078390319892311>



การพัฒนาเกมมิฟิเคชันต้นแบบเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้การใช้จ่ายทางจิตเวชอย่างสมเหตุสมผล ของนักศึกษาพยาบาล

Received: September 12, 2025

Revised: November 4, 2025

Accepted: November 10, 2025

ดวงใจ วัฒนสินธุ์¹ (Ph.D.), กมลชนก มูลไชย^{2*} (พย.ม.)
ศิลป์ไทย ธรรมเรืองฤทธิ์² (พย.ม.), พรพิมล พรามน้อย² (พย.ม.)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของเกมมิฟิเคชันต้นแบบ “Good Nurse: การพยาบาลด้วยใจรัก” เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้การใช้จ่ายทางจิตเวชอย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาพยาบาล ภายใต้กรอบแนวคิด ADDIE Model กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 30 ราย ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) เกมมิฟิเคชัน “Good Nurse: การพยาบาลด้วยใจรัก” ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิโดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 (2) แบบประเมินความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุสมผล ซึ่งมีค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ 0.82 และ (3) แบบสอบถามประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการเรียนรู้ผ่านเกมมิฟิเคชัน ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเรียน ($M = 9.33$, $SD = 0.80$) สูงกว่าก่อนเรียน ($M = 6.17$, $SD = 1.68$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.333$, $p < .001$) และมีความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ในระดับสูง ($M = 4.20$, $SD = 0.86$) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าเกมมิฟิเคชันต้นแบบนี้มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการเรียนรู้ และสามารถใช้เป็นสื่อดิจิทัลทางเลือกเพื่อเพิ่มแรงจูงใจของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุสมผล

คำสำคัญ: เกมมิฟิเคชัน การใช้จ่ายทางจิตเวชอย่างสมเหตุสมผล นักศึกษาพยาบาล

¹รองศาสตราจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย, Thailand

² อาจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย, Thailand

*Corresponding author E-mail: Kamonchanok.m@stin.ac.th



Development of a Gamification Prototype to Enhance Learning of Rational Psychotropic Drug Use among Nursing Students

Duangjai Vatanasin¹ (Ph.D.), Kamonchanok Moonchai^{2*} (M.N.S.)
Silpthai Thamruangrit² (M.N.S.), Pornpimon Pramnoi² (M.N.S.),

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a gamification prototype entitled “*Good Nurse: Nursing with Compassion*” to enhance nursing students’ learning of rational psychotropic drug use, based on the ADDIE Model framework. Participants were thirty fourth-year nursing students selected through purposive sampling. The research instruments comprised: (1) the gamification prototype “*Good Nurse: Nursing with Compassion*,” which was validated by experts and achieved a content validity index (CVI) of 1.00; (2) a knowledge test on rational psychotropic drug use with a Pearson’s correlation coefficient (r) of 0.82; and (3) a questionnaire assessing learning effectiveness and satisfaction, yielding a Cronbach’s alpha coefficient of 0.92. The results demonstrated that students’ post-test knowledge scores ($M = 9.33$, $SD = 0.80$) were significantly higher than their pre-test scores ($M = 6.17$, $SD = 1.68$) ($t = -9.333$, $p < .001$). Furthermore, students reported a high level of satisfaction with the learning experience ($M = 4.20$, $SD = 0.86$). These findings suggest that the gamification prototype effectively enhances learning outcomes and can serve as an innovative digital educational tool to foster motivation and engagement in rational psychotropic drug use learning among nursing students.

KEYWORDS: Gamification, Rational psychotropic drug use, Nursing students

¹Associate Professor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand

²Lecturer Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand

*Corresponding author E-mail: Kamonchanok.m@stin.ac.th



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเป็นพื้นฐานสำคัญในการเตรียมความพร้อมให้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีทักษะเชิงวิชาชีพ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ทางทฤษฎีและสมรรถนะเชิงวิชาชีพในการดูแลผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือมีความผิดปกติทางจิต โดยเฉพาะหัวข้อการพยาบาลผู้ที่ใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุผลซึ่งเป็นสมรรถนะหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการการดูแลและบำบัดรักษาผู้รับบริการที่มีความผิดปกติทางจิตเวชอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (World Health Organization [WHO], 2019)

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) เป็นแนวทางที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ เนื่องจากช่วยลดความเสี่ยงของอาการไม่พึงประสงค์และเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยา (WHO, 2019) ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจำเป็นต้องรับประทานยาทางจิตเวชเพื่อลดหรือควบคุมอาการทางจิต ซึ่งยาทางจิตเวชแต่ละกลุ่มมีกลไกการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงแตกต่างกัน พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในหลักเภสัชวิทยา การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ การบริหารยาอย่างถูกต้อง และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม (American Psychiatric Association, 2021)

สำหรับประเทศไทย สภาการพยาบาล (2562) ได้ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้รับบริการที่ได้รับยาอย่างสมเหตุผล ตั้งแต่การประเมินปัญหาและความจำเป็นในการใช้ยา การตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว การบริหารยาและให้ข้อมูลอย่างถูกต้อง การติดตามผลและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ตลอดจนการใช้ยาอย่างปลอดภัยตามหลักวิชาชีพและจริยธรรม โดยทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและพัฒนาความรู้ต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามงานวิจัยในประเทศไทยที่เจาะจงเรื่องการ

ใช้ยาทางจิตเวชในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลยังมีจำนวนน้อย หากนักศึกษาพยาบาลมีความมั่นใจและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวช จะสามารถให้การดูแลผู้รับบริการได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

ปัจจุบันการเรียนการสอนทางการพยาบาลมีการนำแนวทางการเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์ (Active Learning) มาใช้ร่วมกับวิธีการเรียนการสอนแบบดั้งเดิม เช่น การบรรยายและการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เพื่อกระตุ้นความสนใจและสร้างความเข้าใจเชิงลึกของผู้เรียน โดยเฉพาะการบูรณาการสื่อเสมือนจริงและสื่อดิจิทัล ซึ่งมีศักยภาพในการเสริมสร้างการคิดเชิงวิพากษ์ และการตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย พบว่า การจัดการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชของนักศึกษาพยาบาลด้วยสื่อรูปแบบใหม่ เช่น สื่อปฏิสัมพันธ์ส่งผลให้ผู้เรียนมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวชและความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศุภโรจ เจริญสุข และคณะ, 2568) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการใช้สื่อการเรียนรู้เชิงนวัตกรรมสามารถช่วยเสริมสร้างความเข้าใจแรงจูงใจ และการมีส่วนร่วมของผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยดังกล่าวยังมีจำนวนจำกัดในประเทศไทย และยังไม่พบการประยุกต์ใช้ การเรียนรู้ผ่านเกมมิฟิเคชัน (Gamification) ในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างเป็นระบบ จึงมีความจำเป็นในการพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้รูปแบบใหม่ที่เหมาะสมกับบริบทการเรียนการสอนของไทย เพื่อเสริมทักษะและส่งเสริมการเรียนรู้การใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุผลของนักศึกษา

การเรียนรู้ผ่านเกมมิฟิเคชันจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจในฐานะรูปแบบการจัดการเรียนรู้เชิงนวัตกรรม โดยนำองค์ประกอบของเกม เช่น คะแนน ป้ายรางวัล และการแข่งขัน มาเป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน (Gini et al., 2025) ช่วยให้ผู้เรียนมีความเข้าใจในเนื้อหาวิชา และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีขึ้น (Li et al., 2023)



หลักฐานเชิงประจักษ์จากต่างประเทศแสดงให้เห็นว่า การประยุกต์ใช้เกมมิฟิเคชันในการจัดการเรียนการสอนด้านการพยาบาลช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Nylén-Eriksen, 2025) ส่งเสริมกระบวนการคิดและการตัดสินใจทางคลินิก (Lee et al., 2024) การศึกษาในประเทศไทยพบว่า การใช้เกมมิฟิเคชันช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับอาการวิทยาทางจิตเวชและเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Moonchai et al., 2025) แม้จะมีการนำเกมมิฟิเคชันมาใช้ในต่างประเทศอย่างแพร่หลาย แต่ในบริบทการเรียนการสอนพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศไทยยังพบการประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบค่อนข้างน้อย การนำเกมมิฟิเคชันมาใช้ในการเรียนการสอนทางพยาบาลจิตเวชจึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการเสริมสร้างองค์ความรู้และเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการทบทวนผลการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในปีการศึกษา 2567 พบว่า นักศึกษามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในหัวข้อการใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุสมผลอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 22.39 ± 3.95 จาก 40 คะแนนเต็ม (คิดเป็นร้อยละ 55.90) สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ที่ช่วยเสริมทักษะและความเข้าใจเชิงลึกในประเด็นดังกล่าว

คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ผู้สอนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้ที่สามารถเสริมสร้างความเข้าใจและแรงจูงใจในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะในประเด็นการใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุสมผล ซึ่งเป็นสมรรถนะสำคัญในการดูแลผู้รับบริการที่มีภาวะทางจิตเวช จึงพัฒนาเกมมิฟิเคชัน “Good Nurse: การพยาบาลด้วยใจรัก” เพื่อใช้เป็นสื่อการเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์ที่ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการพยาบาลผู้ที่ได้รับยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุสมผล โดยจำลองสถานการณ์ทางคลินิกในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและส่งเสริมการเรียนรู้เชิงรุก ภายใต้กรอบแนวคิด ADDIE Model ของ

McGriff (2000) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการวิเคราะห์ ออกแบบ พัฒนา ดำเนินการ และประเมินผล

นวัตกรรมการเรียนการสอนนี้มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการศึกษาทางการพยาบาลจิตเวชให้สอดคล้องกับแนวทางการเรียนรู้เชิงนวัตกรรมในศตวรรษที่ 21 และตอบสนองต่อความจำเป็นในการเสริมสร้างทักษะการใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาเกมมิฟิเคชันต้นแบบ “Good Nurse: การพยาบาลด้วยใจรัก” เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้การใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้ผ่านเกมมิฟิเคชัน “Good Nurse: การพยาบาลด้วยใจรัก”
3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการเรียนรู้ผ่านเกมมิฟิเคชัน “Good Nurse: การพยาบาลด้วยใจรัก” ของนักศึกษาพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ได้แก่ จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และอาจารย์เภสัชผู้เชี่ยวชาญด้านยาทางจิตเวช โดยประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ดังนี้

1. เกมมิฟิเคชัน “Good Nurse: การพยาบาลด้วยใจรัก” พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยร่วมกับนักพัฒนาซอฟต์แวร์ เป็นรูปแบบเกมออนไลน์ที่สามารถใช้งานได้ผ่านสมาร์ตโฟนหรือคอมพิวเตอร์ที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต เกมแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ (1) ส่วนเกริ่นนำและทบทวนความรู้พื้นฐานผ่านวิดีโอที่สั้น (2) ส่วนกิจกรรมเกมหลัก ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ “ภารกิจพิชิต 10R,” “ภารกิจพิชิตคลังยา” “ภารกิจ



การจัดส่งยา” และ “บทบาทของพยาบาลจิตเวช” และ (3) ส่วนสรุปผล โดยมีการแสดงคะแนนและมอบใบรับรองการเรียนรู้ (Certificate) ให้ผู้ที่ทำคะแนนได้ตามเกณฑ์

เกมต้นแบบได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 จากนั้นคณะผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อเป็นการทดสอบเบื้องต้น (Pilot) และนำต้นแบบเกมมาปรับปรุงก่อนการใช้งานจริง

2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย เพื่อใช้ประเมินความรู้ก่อนและหลังการเรียนรู้ด้วยเกมมิพีเคชั่น ประกอบด้วยคำถามแบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ จัดทำแบบทดสอบ 2 ชุดที่มีเนื้อหาคู่ขนาน (Parallel forms) เพื่อป้องกันการจดจำคำตอบ เนื่องจากการทดสอบก่อนและหลังห่างกันเพียงหนึ่งสัปดาห์ แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล 30 ราย พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) เท่ากับ 0.82

3. แบบสอบถามประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการเรียนรู้ผ่านเกมมิพีเคชั่น “Good Nurse: การพยาบาลด้วยใจรัก” พัฒนาโดยผู้วิจัยซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถาม 23 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

(1) การประเมินประสิทธิภาพของเกม จำนวน 19 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน คือ ด้านประสิทธิภาพต่อการเรียนรู้ (8 ข้อ) ด้านการออกแบบและความน่าสนใจ (7 ข้อ) และด้านการใช้งานและความสะดวกสบาย (4 ข้อ)

(2) การประเมินความพึงพอใจในการเรียนรู้ จำนวน 4 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 1.00) และทดสอบความเที่ยงกับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 30 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยใช้กรอบแนวคิด ADDIE Model (McGriff, 2000) เป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อการเรียนรู้เรื่อง การพยาบาลผู้ที่ใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุผล ของนักศึกษาพยาบาล ครอบคลุม 5 ขั้นตอน ได้แก่ Analysis, Design, Development, Implementation, และ Evaluation โดยมุ่งให้เกมมีความถูกต้องของเนื้อหาและกลไกการเรียนรู้ สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ของรายวิชาและสมรรถนะการดูแลผู้รับบริการที่ได้รับยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุผลตามกรอบสภาการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ (Analysis Phase) ผู้วิจัยได้ศึกษาประเด็นปัญหาและความจำเป็นในการเรียนรู้เรื่อง การพยาบาลผู้ที่ใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุผล ผ่านการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาพยาบาลจิตเวชและเกมมิพีเคชั่น การสอบถามนักศึกษาพยาบาล การวิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาในหัวข้อการใช้ยาทางจิตเวช การวิเคราะห์เอกสารกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (มคอ.) มคอ.3 และ มคอ.5 ของรายวิชาที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์สมรรถนะการพยาบาลผู้ที่ใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุผลตามเกณฑ์สภาการพยาบาล การวิเคราะห์บริบทและทรัพยากรสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ ความพร้อมด้านเทคโนโลยี และข้อจำกัดในการจัดการเรียนการสอน

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบ (Design Phase) นำผลการวิเคราะห์มาออกแบบเกมมิพีเคชั่นโดยกำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมการเรียนรู้ตามกรอบ Bloom's Taxonomy ที่ปรับปรุงใหม่ ให้สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ของรายวิชา และสมรรถนะการพยาบาล โดยครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุผล



การออกแบบโครงสร้างการเรียนรู้ใช้หลักการ Progressive Learning Design โดยจัดเรียงเนื้อหา จากง่ายไปหายาก และใช้หลักการ Scaffolding ในการ สนับสนุนการเรียนรู้ การออกแบบกลไกเกม (Game Mechanics) ประกอบด้วยระบบคะแนน (Point System) ระบบป้ายรางวัล (Badge System) กระดาน จัดอันดับ (Leaderboard) และระบบติดตาม ความก้าวหน้า (Progress Tracking)

ส่วนการออกแบบสถานการณ์จำลองใช้ หลักการ Authentic Learning โดยสร้างสถานการณ์ที่ สะท้อนการปฏิบัติจริงของพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวช การออกแบบส่วนติดต่อผู้ใช้ (User Interface) ใช้ หลักการ Universal Design for Learning (UDL) เพื่อ รองรับผู้เรียนที่มีรูปแบบการเรียนรู้ที่ต่างกักัน และ ใช้หลักการ Responsive Design เพื่อรองรับการ ใช้งานบนอุปกรณ์ที่หลากหลาย

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนา (Development Phase) คณะผู้วิจัยร่วมกับนักพัฒนาซอฟต์แวร์ที่มี ประสบการณ์ในการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อการศึกษา ดำเนินการพัฒนาเกมมิฟิเคชัน “Good Nurse: การ พยาบาลด้วยใจรัก” โดยมีลักษณะเป็นเกมรูปแบบ ออนไลน์ที่นักศึกษาสามารถเข้าถึงได้ผ่านสมาร์ตโฟน แท็บเล็ต หรือคอมพิวเตอร์ที่เชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ต รองรับการใช้งานแบบ Cross-platform

เทคโนโลยีที่นำมาใช้ในการสร้างเกม ประกอบด้วยภาษาคอมพิวเตอร์ HTML5, CSS3 และ JavaScript เพื่อสร้างหน้าจอที่ผู้ใช้เห็นและใช้งาน ภาษา PHP และฐานข้อมูล MySQL เพื่อจัดเก็บข้อมูล คะแนนและความก้าวหน้าของผู้เล่น และเทคโนโลยี Progressive Web Application

โครงสร้างของเกมมิฟิเคชัน “Good Nurse: การพยาบาลด้วยใจรัก” ออกแบบโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน หลัก ส่วนที่หนึ่งเป็นการเกริ่นนำและทบทวนความรู้ ที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลผู้ที่ได้รับยาทางจิตเวช อย่างสมเหตุสมผล ผ่าน video clip สั้น ส่วนที่สองเป็น เกมมิฟิเคชัน “Good Nurse: การพยาบาลด้วยใจรัก” ที่ออกแบบเป็น 4 ระดับความท้าทายที่เพิ่มขึ้น ตามลำดับ ระดับที่ 1 เน้นความรู้เกี่ยวกับหลักการให้ยา

อย่างสมเหตุสมผลตามหลัก 10R ระดับที่ 2 คือ “ภารกิจ พิชิตคลังยา” ระดับที่ 3 คือ “ภารกิจการจัดส่งยา” ระดับที่ 4 คือ “บทบาทของพยาบาลจิตเวช” ส่วนที่สาม เป็นการสรุปผล ซึ่งมีการสรุปผลคะแนนและแสดง ความยินดีสำหรับผู้ที่เล่นเกมได้คะแนนสูงสุด

เกมมิฟิเคชันต้นแบบผ่านการตรวจสอบ คุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และ อาจารย์เภสัชผู้เชี่ยวชาญด้านยาทางจิตเวช มีค่าดัชนี ความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00

ขั้นตอนที่ 4 การนำไปใช้ (Implementation Phase) หลังจากดำเนินการปรับแก้ตามคำแนะนำและ ข้อเสนอแนะเรียบร้อยแล้ว ได้นำเกมไปทดลองใช้กับ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านการลงทะเบียนเรียน รายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ภาค การศึกษาปลาย ปีการศึกษา 2567 จำนวน 30 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion Criteria) ได้แก่ มีสมาร์ตโฟนหรือคอมพิวเตอร์ที่สามารถเชื่อมต่อ สัญญาณอินเทอร์เน็ตได้ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วย ความสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ มีปัญหาด้านสุขภาพที่รุนแรงจนไม่สามารถ เข้าร่วมการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง หรือหยุดพักการเรียน อาสาสมัครจะได้รับการทดลองเล่นเกมมิฟิเคชันเป็น ระยะเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ของเนื้อหา ความเข้าใจในการใช้งาน ระยะเวลา ที่เหมาะสมในการเล่น และปัญหาทางเทคนิคที่อาจ เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (Evaluation Phase) ประเมินด้วยแบบทดสอบความรู้ก่อนและหลัง การเล่นเกม แบบสอบถามประสิทธิภาพและความพึงพอใจ ในการเรียนรู้ผ่านเกมมิฟิเคชัน และให้ผู้ทดสอบให้ ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่ได้รับจากการทดลองใช้ เบื้องต้น เพื่อนำไปวิเคราะห์และนำไปพัฒนาและ ปรับปรุงเกมมิฟิเคชันให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริงกับ กลุ่มเป้าหมาย



การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบัน การพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย (รหัส โครงการที่ IRB-STIN 016/2568 วันที่ 24 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยดำเนินการตาม หลักจริยธรรมการวิจัยในคนอย่างเคร่งครัด เริ่มจาก การนัดพบกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่ไม่กระทบต่อ การเรียน เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ให้เวลา พิจารณาอย่างเพียงพอ และเน้นย้ำว่าการเข้าร่วม เป็นไปโดยความสมัครใจ ไม่มีผลกระทบต่อ การเรียน และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ข้อมูลทั้งหมดได้รับการปกป้องด้วยระบบการรักษาความลับที่เข้มงวด ใช้เพียงรหัสการวิจัยในการเก็บข้อมูลแทนการระบุชื่อ- นามสกุล การวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัย ดำเนินการในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลจะถูกเก็บรักษา เป็นเวลา 1 ปีหลังการตีพิมพ์ผลการวิจัยและทำลาย ตามหลักการรักษาความลับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดได้รับการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม สำเร็จรูปทางสถิติสำหรับสังคมศาสตร์ โดยกำหนด ระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ .05 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรู้ เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชอย่าง สมเหตุสมผล ประสิทธิภาพของเกมต่อการเรียนรู้ และ ความพึงพอใจในการใช้เกมมิฟิเคชัน นอกจากนี้ ได้ใช้ สถิติ Paired samples t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนน ความรู้ก่อนและหลังการเรียนรู้ผ่านเกมมิฟิเคชัน

ผลการวิจัย

การพัฒนาเกมมิฟิเคชันต้นแบบเพื่อส่งเสริม การเรียนรู้การใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุสมผลของ นักศึกษาพยาบาล ได้ดำเนินการตามแนวทาง ADDIE Model ของ McGriff (2000) โดยบูรณาการขอบเขต เนื้อหา ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของรายวิชา และ

สมรรถนะการพยาบาลผู้รับบริการที่ได้รับการรักษาด้วย ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุสมผลตามกรอบของ สภากาชาด พยาบาล (2562) เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการพยาบาลในสถานการณ์ จำลองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ผล การวิเคราะห์ข้อมูลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลใน รายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในหัวข้อการใช้ยาทางจิตเวชอยู่ ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ (เฉลี่ย 22.39 ± 3.95 จาก 40 คะแนน หรือร้อยละ 55.90) สะท้อนว่า นักศึกษายังขาดความเข้าใจเชิงลึกและไม่สามารถ เชื่อมโยงความรู้เชิงทฤษฎีกับการประยุกต์ใช้จริงได้ อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ค่าความเชื่อมั่นของ ข้อสอบ (KR-20 = 0.49) อยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐาน แสดงถึงความจำเป็นในการพัฒนาสื่อการเรียนรู้รูปแบบ ใหม่ที่ช่วยเสริมการเข้าใจเชิงโครงสร้างของความรู้

การวิเคราะห์บริบทการเรียนรู้ จากการ ประเมินความคิดเห็นของนักศึกษาและอาจารย์ผู้สอน พบว่า เนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้รับบริการที่ได้รับ ยาทางจิตเวชมีความซับซ้อนและต้องอาศัยการคิด วิเคราะห์สูง โดยนักศึกษาส่วนใหญ่ไม่สามารถเชื่อมโยง ความรู้จากรายวิชาเภสัชวิทยา มาประยุกต์ใช้ในการ พยาบาลจิตเวชได้อย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับบริบท ของผู้เรียนรุ่นใหม่ที่มีทักษะเทคโนโลยีสูงและต้องการ สื่อการเรียนรู้ที่ กระชับ ทำท่าย และมีปฏิสัมพันธ์ ดังนั้น การใช้เกมมิฟิเคชันจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมใน การกระตุ้นแรงจูงใจและส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การออกแบบและพัฒนาเกมมิฟิเคชัน “Good Nurse: การพยาบาลด้วยใจรัก”

วัตถุประสงค์หลักของเกมคือ เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการออกฤทธิ์ของยาทางจิต เวช การจัดการอาการข้างเคียง และการพัฒนา สมรรถนะในการดูแลผู้รับบริการที่ได้รับยาทางจิตเวช อย่างสมเหตุสมผล เนื้อหาภายในเกมพัฒนาจากฐานข้อมูล ยาทางจิตเวชที่ใช้จริงในโรงพยาบาลครอบครัวชื่อยา



ขนาดยา วิธีใช้ ผลข้างเคียง และข้อควรระวัง โครงสร้าง
ของเกมประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่

ส่วนที่ 1: การทบทวนความรู้พื้นฐานผ่านคลิป
วิดีโอสั้น เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเล่นเกม

ส่วนที่ 2: เกมหลัก 4 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 “ภารกิจพิชิต 10R” เน้นหลักการให้
ยาอย่างถูกต้อง ผู้เล่นจะต้องตอบคำถามและแก้ไข
สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับหลัก 10R ในการให้ยา โดย
จะต้องจับคู่หลัก 10R กับความหมายที่ถูกต้องในแต่ละ
หลักการ และประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จำลองต่าง ๆ

ระดับที่ 2 “ภารกิจพิชิตคลังยา” ฝึกการ
จำแนกและจัดเก็บยา ผู้เล่นจะรับบทบาทเป็นพยาบาล
จิตเวชชุมชนที่ได้รับยาทางจิตเวชจากการจัดส่งมาจาก
โรงพยาบาล เมื่อพยาบาลได้รับพัสดุที่บรรจุยาแต่ละ
กล่องมา จะต้องคัดแยกและจัดเก็บยาทางจิตเวชเข้า
คลังยาของหน่วยบริการส่งเสริมสุขภาพให้ถูกต้อง
ตามแต่ละชนิดของกลุ่มยาทางจิตเวช

ระดับที่ 3 “ภารกิจการจัดส่งยา” ฝึกการอ่าน
ใบสั่งยาและคำนวณขนาดยา พยาบาลจะต้องจัดยา
ให้กับผู้รับบริการตามใบสั่งแผนการรักษาของจิตแพทย์
ผู้รับบริการจะนำใบสั่งยามายื่นให้ หลังจากนั้นพยาบาล
ต้องนำยาจากคลังยามาบรรจุใส่ซอง และใส่กล่องให้
ถูกต้องตามประเภทของยาทางจิตเวชก่อนนำส่งให้
ผู้รับบริการ

ระดับที่ 4 “บทบาทของพยาบาลจิตเวช” ฝึก
การให้คำแนะนำและสุขภาพจิตศึกษา ให้ผู้เล่น
เลือกตอบคำถามหรือให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับ
ผู้รับบริการแต่ละรายที่ได้รับยาตามแผนการรักษาของ
แพทย์

ส่วนที่ 3: การสรุปผลคะแนนและการให้
ใบรับรองการเรียนรู้ (Certificate) เพื่อสร้างแรงจูงใจใน
การเรียนรู้

ระบบการประเมินและการตอบกลับภายใน
เกมได้รับการพัฒนาให้สามารถวิเคราะห์คำตอบของ
ผู้เล่นและแสดงผลตอบกลับแบบทันที เพื่อให้ผู้เรียน

ตระหนักถึงผลของการตัดสินใจแต่ละครั้ง ระบบนี้ให้
คำอธิบายเมื่อผู้เล่นตอบผิด แสดงผลของการตัดสินใจ
ในระยะสั้นและยาว เสนอแนวทางแก้ไขเมื่อตัดสินใจผิด
ให้คำแนะนำเฉพาะตัวตามจุดอ่อนของผู้เล่น เชื่อมโยง
ไปยังแหล่งข้อมูลเพิ่มเติม และติดตามความก้าวหน้า
และการเรียนรู้ของผู้เล่นแต่ละคน

การปรับปรุงต้นแบบเกม หลังการทดสอบ
ต้นแบบ ได้มีการปรับปรุงในด้าน อินเทอร์เฟซ เนื้อหา
และกลไกการให้คะแนน ได้แก่ ปรับขนาดและตำแหน่ง
ปุ่ม เพิ่มคำแนะนำการใช้งาน แก้ไขข้อมูลไม่ชัดเจน เพิ่ม
กรณีศึกษาที่หลากหลาย และปรับระดับความยากง่าย
ให้เหมาะสมกับผู้เรียน

**การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่อง
การใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุผลของนักศึกษา
พยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้ผ่านเกมมิฟิเคชัน
“Good Nurse: การพยาบาลด้วยใจรัก”**

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างด้วยสถิติค่าที
(Paired samples t-test) พบว่า นักศึกษามีคะแนน
เฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวช
อย่างสมเหตุผลหลังการเรียนรู้ผ่านเกมมิฟิเคชัน
"Good Nurse: การพยาบาลด้วยใจรัก" ($M = 9.33$,
 $SD = 0.80$) สูงกว่าคะแนนก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ ระดับ $.001$ ($M = 6.17$, $SD = 1.68$;
 $t(29) = -9.333$, $p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยส่วนต่างของ
คะแนน 3.17 (95% CI: [2.48, 3.84]) และมีขนาด
อิทธิพลขนาดใหญ่มาก (Cohen's $d = 2.24$) แสดงให้
เห็นว่าเกมมิฟิเคชันดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการ
ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชอย่าง
สมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ดัง
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุผลก่อนและหลังการเรียนรู้ผ่านเกมมิฟิเคชัน “Good Nurse: การพยาบาลด้วยใจรัก” (n = 30)

Test	M	SD	Mean Difference	T	df	p
Pretest	6.17	1.68				
Posttest	9.33	0.80	3.17	-9.333	29	< .000

*** $p < .001$

ประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการเรียนรู้ผ่านเกมมิฟิเคชัน “Good Nurse: การพยาบาลด้วยใจรัก” จากการประเมินนักศึกษาพยาบาลจำนวน 30 คนพบว่า โดยรวมมีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูงถึงสูงมาก (M = 3.27–4.33, SD = 0.63–1.17) จำแนกเป็นรายด้านดังนี้

ด้านประสิทธิภาพของเกมต่อการเรียนรู้ ผู้เรียนเห็นว่าเกมช่วยให้จดจำหลักการใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุสมผล 10R ได้ชัดเจนที่สุด (M = 4.33, SD = 0.76) รองลงมาคือการใช้ความรู้ในการฝึกปฏิบัติ (M = 4.23, SD = 0.63) อย่างไรก็ตาม การเข้าใจกลไกการออกฤทธิ์และการจำชื่อยาของยาแต่ละกลุ่มยังคงได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น (M = 3.33–3.50)

ด้านการออกแบบและความน่าสนใจของเกม ผู้เรียนให้คะแนนกราฟิกและการนำเสนออยู่ในระดับสูง (M = 4.13, SD = 0.90) แต่เสนอให้ปรับระดับความยากและระยะเวลาในแต่ละด่านให้เหมาะสมยิ่งขึ้น (M = 3.27, SD = 1.17)

ด้านการใช้งานและความสะดวกสบาย พบว่าเกมใช้งานง่ายและเข้าถึงได้สะดวก (M = 3.97, SD = 1.07) แต่ยังมีข้อบกพร่องทางเทคนิคบางประการที่ควรปรับปรุง (M = 3.27, SD = 1.08)

ด้านความพึงพอใจโดยรวม ผู้เรียนมีความพึงพอใจในระดับสูง โดยเฉพาะความตั้งใจที่จะใช้เกมในหัวข้ออื่นและแนะนำให้เพื่อนร่วมเรียน (M = 4.17–4.30)

โดยสรุป เกมมิฟิเคชัน “Good Nurse: การพยาบาลด้วยใจรัก” มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรู้และแรงจูงใจในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล และได้รับความพึงพอใจในระดับสูง แม้ยังมีประเด็นเรื่องระดับความยาก

ระยะเวลา และข้อบกพร่องทางเทคนิคที่ควรปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิผลในอนาคต ดังแสดงในตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการตอบคำถามปลายเปิดเพื่อประเมินประสิทธิภาพของเกมมิฟิเคชัน พบข้อเสนอแนะสำคัญในการพัฒนาเกม 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. จุดเด่นของเกมมิฟิเคชันในการส่งเสริมการเรียนรู้ ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เห็นว่าเกมมิฟิเคชันมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้รับบริการที่ได้รับยาทางจิตเวช โดยเฉพาะการจดจำชื่อยาและการจำแนกกลุ่มยา ซึ่งช่วยทบทวนและเสริมสร้างความเข้าใจจากเนื้อหาที่ได้เรียนมาก่อนการเล่นเกมซ้ำหลายรอบช่วยให้ผู้เรียนสามารถจดจำข้อมูลได้แม่นยำมากขึ้น ทั้งยังส่งเสริมการเรียนรู้จากความผิดพลาด (Learning from Errors) โดยผู้เรียนมองว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นระหว่างการเล่นเกมนั้นเป็นโอกาสในการทบทวนและแก้ไข ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น ความท้าทายของเกมยังเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้เรียนแสวงหาความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งอื่นเพื่อหาคำตอบที่ถูกต้อง

นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมบางรายเสนอให้มีการให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) หรือเฉลยหลังการตอบคำถาม เพื่อช่วยลดความสับสนและส่งเสริมการเข้าใจในเนื้อหาอย่างถูกต้อง แสดงให้เห็นว่าเกมมิฟิเคชันไม่เพียงช่วยเพิ่มพูนความรู้ แต่ยังส่งเสริมการเรียนรู้เชิงลึกผ่านการสะท้อนผลการเรียนรู้ (Reflective Learning) ตามแนวคิด Active Learning และ Experiential Learning ของ Kolb (1975) ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการเรียนรู้ผ่านเกมมิฟิเคชัน “Good Nurse: การพยาบาลด้วยใจรัก” (n = 30)

ประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการเรียนรู้	M	SD
ด้านประสิทธิภาพของเกมต่อการเรียนรู้		
<i>ภายหลังการเล่นเกมนำให้.....</i>		
1. ฉันจดจำหลักการใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุผล 10R ได้อย่างถูกต้องแม่นยำมากขึ้น	4.33	0.76
2. ฉันสามารถระบุชื่อยาในแต่ละกลุ่มยาได้	3.50	0.86
3. ฉันเข้าใจกลไกการออกฤทธิ์ของยาในแต่ละกลุ่มยาได้	3.33	0.84
4. ฉันจำแนกกลุ่มยาทางจิตเวชตามลักษณะอาการของผู้รับบริการได้	3.53	0.82
5. เนื้อหาในเกมครบถ้วนทุกหลักการใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุผล	4.17	0.95
6. ฉันสามารถจดจำเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุผลได้ดีกว่าการเรียนรู้ในชั้นเรียน อย่างเดียว	4.00	0.91
7. ฉันสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้	4.23	0.63
8. ฉันรู้สึกว่าการเรียนรู้ในหัวข้อหลักการใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุผลไม่ยากเท่าที่ฉันเคยคิด	3.83	0.91
ด้านการออกแบบเกมและความน่าสนใจ		
9. กราฟิกและการออกแบบของเกมมีความน่าสนใจและดึงดูดอยากให้เราเรียนรู้	4.13	0.90
10. เสียงและองค์ประกอบในเกมช่วยเพิ่มประสบการณ์การเรียนรู้	3.87	1.17
11. รูปแบบการเล่นของเกมช่วยให้ฉันเรียนรู้ได้อย่างสนุกสนาน	3.77	1.07
12. เกมมีโครงสร้างที่เข้าใจง่ายและไม่ซับซ้อนจนเกินไป	3.60	1.07
13. ระดับความยากของเกมเหมาะสมกับระดับความรู้ของฉัน	3.27	1.17
14. การจัดลำดับเนื้อหาในเกมมีความต่อเนื่องและเข้าใจง่าย	3.70	0.79
15. ระยะเวลาในการเล่นในแต่ละระดับมีความเหมาะสม	3.27	1.08
ด้านการใช้งานและความสะดวกสบาย		
16. เกมสามารถเข้าถึงและใช้งานได้ง่าย	3.97	1.07
17. ฉันสามารถเล่นเกมได้โดยไม่ต้องมีคำแนะนำมากนัก	3.83	0.91
18. เกมไม่มีข้อผิดพลาดทางเทคนิคที่รบกวนการเรียนรู้	3.27	1.08
19. ฉันสามารถเล่นเกมผ่านอุปกรณ์ที่ฉันมีอยู่ได้โดยไม่มีปัญหา	3.93	1.08
ด้านความพึงพอใจโดยรวม		
20. ฉันรู้สึกพึงพอใจโดยรวมกับการเรียนรู้ผ่านเกม	4.20	0.86
21. ฉันต้องการให้มีการใช้เกมเป็นเครื่องมือการเรียนรู้ในหัวข้ออื่น ๆ	4.30	0.75
22. ฉันจะแนะนำเกมนี้ให้เพื่อนที่เรียนพยาบาลได้ทดลองเล่น	4.17	0.83
23. ฉันมีความต้องการที่จะใช้เกมนี้อีกในอนาคต	4.17	0.75

เกมยังสร้างแรงจูงใจผ่านระบบระดับและรางวัล ผู้เรียนรู้สึกสนุกและต้องการเล่นต่อเนื่องจนผ่านทุกด่าน ขณะเดียวกันเนื้อหาของเกมได้รับการชื่นชมว่ามีความใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงทางคลินิก ทำให้ผู้เรียนได้ฝึกคิด วิเคราะห์ และตัดสินใจเชิงวิชาชีพอย่างสมจริง

2. ส่วนที่ควรปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ แม้เกมมิฟิเคชันจะส่งเสริมการเรียนรู้ได้

อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังมีข้อจำกัดที่ควรได้รับการปรับปรุง ได้แก่

2.1 ด้านความเสถียรของระบบ พบปัญหาทางเทคนิคในบางด่าน เช่น การประมวลผลคำตอบผิดพลาดหรือใบสั่งยาหาย ส่งผลให้ผู้เรียนรู้สึกไม่ยุติธรรมในการประเมินคะแนน

2.2 ด้านความยากและเวลา ผู้เข้าร่วมหลายรายเห็นว่า การจำกัดเวลาทำให้ไม่สามารถเล่นจบได้ โดยเฉพาะในด่านที่มีข้อมูลจำนวนมาก



2.3 ด้านการใช้งาน พบว่าขนาดตัวอักษรเล็ก สีฟอนต์ก่อกับพื้นหลัง ทำให้มองเห็นยากและเกิดอาการล้าตาเมื่อเล่นเป็นเวลานาน

3. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาเกมในอนาคต ผู้เล่นเกมมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

3.1 ด้านการออกแบบเกม ควรมีการเพิ่มระบบการสรุปและเฉลยหลังจบด่าน ปรับความยากแบบไต่ระดับ และเพิ่มระบบค้นหา

3.2 ด้านเทคนิคและความเสถียร ควรมีการแก้ไขข้อผิดพลาดทางเทคนิคที่พบ ปรับปรุงสีและขนาดตัวอักษรให้เหมาะสม และทำให้เล่นได้เสถียรในทุกอุปกรณ์

3.3 ด้านเนื้อหา ควรมีการเพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับกลไกการออกฤทธิ์ อาการไม่พึงประสงค์ และผลข้างเคียงจากการใช้ยามากขึ้น พร้อมทั้งขยายขอบเขตของเกมให้ครอบคลุมยารักษาโรคกลุ่มอื่น

3.4 ด้านระบบผู้ใช้ ควรมีการเพิ่มระบบลือคอินเพื่อบันทึกความก้าวหน้า และสามารถหยุด/เล่นต่อได้โดยไม่ต้องเริ่มใหม่ทุกครั้ง

ผลการศึกษานี้ พบว่าเกมมีพิเคชันมีจุดเด่นในการส่งเสริมความรู้ ความจำ และแรงจูงใจในการเรียนรู้ของผู้เรียน ทั้งนี้ยังพบประเด็นที่ต้องปรับปรุงในด้านความเสถียร ความยาก เวลา และข้อจำกัดในการใช้งาน ซึ่งเกมควรได้รับการพัฒนาปรับปรุงต่อไป เพื่อเป็นสื่อการเรียนรู้เชิงดิจิทัลที่มีคุณภาพในการส่งเสริมการเรียนรู้อย่างเต็มศักยภาพ

การอภิปรายและข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวชอย่างสมเหตุผลหลังเรียนรู้ด้วยเกมมีพิเคชัน “Good Nurse: การพยาบาลด้วยใจรัก” สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.17 คะแนนจาก 10 คะแนนเต็ม แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของเกมในการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และการจดจำเนื้อหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Lee et al. (2024) และ Nylén-Eriksen (2025) ที่ระบุว่า การบูรณาการเกมมีพิเคชัน

และเกมการเรียนรู้แบบจริงจัง (Serious Games) ในการศึกษาพยาบาลทำให้ผู้เรียนมีความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และแรงจูงใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่า ผู้เรียนได้รับประโยชน์จากการเรียนรู้ผ่านการทำซ้ำและการแก้ไขข้อผิดพลาด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Experiential Learning Theory ของ Kolb (1975) ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์และการสะท้อนคิด การเล่นเกมช่วยทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้แบบสะสม (Cumulative Learning) และจดจำข้อมูลได้แม่นยำยิ่งขึ้น อีกทั้งระบบรางวัล (Badge System) และกระดานจัดอันดับ (Leaderboard) ช่วยสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ Self-Determination theory ของ Ryan และ Deci (2000) ที่ชี้ว่าการตอบสนองต่อความรู้สึกมีความสามารถ (Competence) และความเป็นอิสระ (Autonomy) จะกระตุ้นแรงจูงใจภายในและความพึงพอใจของผู้เรียน

จุดเด่นของเกมคือสามารถเข้าถึงได้ง่ายผ่านสมาร์ตโฟนและคอมพิวเตอร์ ทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา สอดคล้องกับงานของ Amin (2025) ที่ชี้ว่า Digital Learning Tools ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองและเหมาะกับการศึกษาพยาบาลยุคดิจิทัล อย่างไรก็ตาม เกมยังมีข้อจำกัดด้านเทคนิค ความเสถียรของระบบ ระยะเวลา และระดับความยากบางส่วน ซึ่งคล้ายกับข้อค้นพบของ Kim et al. (2022) ที่ระบุว่า การออกแบบเกมเพื่อการศึกษาควรคำนึงถึงความสมดุลระหว่างความท้าทายและศักยภาพของผู้เรียน รวมถึงการให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างเหมาะสม

เกมมีพิเคชันนี้เป็นนวัตกรรมการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพทั้งในการพัฒนาความรู้และสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ผ่านกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และการมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาในอนาคต ได้แก่ การปรับปรุงความเสถียรของระบบและการออกแบบส่วนติดต่อผู้ใช้ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น การเพิ่มฟังก์ชันการให้ข้อมูลป้อนกลับทันที (Immediate Feedback) เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้เชิงสะท้อนคิด และการพัฒนาและประยุกต์เกมในหัวข้อการพยาบาลอื่น



เพื่อขยายศักยภาพของนวัตกรรมสู่การเรียนรู้เชิงรุกในระดับหลักสูตร

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาในระยะที่ 1 ซึ่งมุ่งพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพเบื้องต้นของเกมมิฟิเคชันจึงมีข้อจำกัดด้านขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อยและมาจากสถาบันเดียวทำให้ผลลัพธ์อาจไม่สามารถสรุปอ้างอิงทั่วไปได้ในทุกบริบท ระยะเวลาเก็บข้อมูลเพียง 1 สัปดาห์เป็นการประเมินผลระยะสั้น จึงยังไม่สามารถสะท้อนการคงอยู่ของความรู้ในระยะยาวได้อย่างชัดเจน อีกทั้งการวัดผลในระยะนี้มุ่งเน้นเฉพาะด้านความรู้และความพึงพอใจ โดยยังไม่ได้รวมการประเมินทักษะเชิงปฏิบัติหรือเจตคติของผู้เรียน นอกจากนี้ การวิจัยยังไม่ได้ควบคุมปัจจัยแทรกซ้อน เช่น เกรดเฉลี่ย (Grade Point Average: GPA) และประสบการณ์การฝึกปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อผลการเรียนรู้

ข้อเสนอแนะ

1. จากข้อจำกัดที่พบในการศึกษา ควรมีการปรับปรุงเกมในหลายประเด็น ได้แก่

1.1 ด้านความเสถียรของระบบ ควรทดสอบและแก้ไขข้อผิดพลาดทางเทคนิค (Debugging) อย่างสม่ำเสมอ และสร้างระบบสำรองข้อมูล (Backup System) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลในการเล่น

1.2 การออกแบบส่วนติดต่อผู้ใช้ (User Interface) ควรเพิ่มขนาดตัวอักษร ปรับสีพื้นหลังและตัวอักษรให้คมชัด เพิ่มฟังก์ชันการซูมเข้า-ออก และระบบค้นหาที่มีประสิทธิภาพ พร้อมพัฒนาระบบปรับระดับความยากอัตโนมัติให้สอดคล้องกับความสามารถของผู้เรียนแต่ละคน

1.3 การเพิ่มเนื้อหาควรครอบคลุมยาทางจิตเวชทุกกลุ่มที่นักศึกษาพยาบาลต้องเรียนรู้ พร้อมทั้งเพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug Interactions)

1.4 ระบบการให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback System) ควรให้ข้อมูลอธิบายเพิ่มเติมเมื่อผู้เล่นตอบผิด พร้อมเชื่อมโยงไปยังแหล่งเรียนรู้เพิ่มเติม

2. การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างและความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมหลายสถาบัน เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงทั่วไปของผลการวิจัย

3. ควรเพิ่มระยะเวลาการทดลองเพื่อประเมินการคงอยู่ของความรู้ในระยะยาว รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือประเมินที่ครอบคลุมทั้งด้านทักษะและเจตคติของผู้เรียน และควรควบคุมปัจจัยแทรกซ้อน เช่น เกรดเฉลี่ยหรือประสบการณ์ทางคลินิกเพื่อเพิ่มความแม่นยำของผลลัพธ์

4. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเกมมิฟิเคชันกับวิธีการสอนแบบอื่น ๆ เช่น การจำลองสถานการณ์ (Simulation) การเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended Learning) และการเรียนรู้แบบดั้งเดิม เพื่อระบุวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

- สภาการพยาบาล. (2562). *คู่มือการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต*. สภาการพยาบาล.
- ศุภกรใจ เจริญสุข, ทศิธรรัตน์ รื่นเรือง, เกศราภรณ์ ชูพันธ์, ชรรินขวัญเนตร, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, และสุนทราวดี เจริญพิเชฐ. (2568). ผลของสื่อปฏิสัมพันธ์ เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวช ต่อความรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 35(1), 71–84.
- American Psychiatric Association. (2021). *The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia* (3rd ed.). American Psychiatric Association.



- Amin, S. M., El-Fattah Mahgoub, S. A., Tawfik, A. F., Khalil, D. E., El-Sayed, A. A. I., Atta, M. H. R., Albzia, A., & Morsy Mohamed, S. R. (2025). Nursing education in the digital era: The role of digital competence in enhancing academic motivation and lifelong learning among nursing students. *BMC Nursing*, *24*(1), 571. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03199-2>
- Gini, F., Bassanelli, S., Bonetti, F., Mogavi, R. H., Bucchiarione, A., & Marconi, A. (2025). The role and scope of gamification in education: A scientometric literature review. *Acta Psychologica*, *259*, 105418. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.105418>
- Kolb, D. A., & Fry, R. (1975). Toward an applied theory of experiential learning. In C. Cooper (Ed.), *Studies of group process* (pp. 33–57). Wiley.
- Lee, M., Shin, S., Lee, M., & Hong, E. (2024). Educational outcomes of digital serious games in nursing education: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Medical Education*, *24*(1), 1458. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-01458-0>
- Li, M., Ma, S., & Shi, Y. (2023). Examining the effectiveness of gamification as a tool promoting teaching and learning in educational settings: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1253549. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1253549>
- McGriff, S. J. (2000). *Instructional system design (ISD): Using the ADDIE model*. <https://www.lib.purdue.edu/sites/default/files/directory/butler38/ADDIE.pdf>
- Moonchai, K., Vatanasin, D., Pramnoi, P., & Thamruangrit, S. (2025). Gamified learning enhances psychiatric symptom knowledge in nursing students. *Teaching and Learning in Nursing*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2025.07.028>
- Nylén-Eriksen, M., Stojiljkovic, M., Lillekroken, D., Lindeflaten, K., Hessevaagbakke, E., Flølo, T. N., Hovland, O. J., Solberg, A. M. S., Hansen, S., Bjønners, A. K., & Tørris, C. (2025). Game-thinking: Utilizing serious games and gamification in nursing education—A systematic review and meta-analysis. *BMC Medical Education*, *25*(1), 140. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06531-7>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, *55*(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- World Health Organization. (2019). *Promoting rational use of medicines: Core components*. WHO Press. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67438>



ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เพื่อเพิ่มพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด ตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุโขทัย

Received: June 10, 2025

Revised: November 29, 2025

Accepted: December 1, 2025

สุกัญญา สุทธิศิลป์, พย.ม.*

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพลังสุขภาพจิตและลดความเครียดตายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคมะเร็ง ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 66 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ของกรมสุขภาพจิต และโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ t-test

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 14.07 (SD = 9.96) และ 25.73 (SD = 6.57) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย พลังสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 17.40 (SD = 8.92) และ 18.60 (SD = 8.72) ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยความเครียดฆ่าตัวตายก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 22.06 (SD = 7.51) และ 15.13 (SD=9.72) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความเครียดฆ่าตัวตายก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 18.87 (SD = 8.54) และ 18.53 (SD = 8.89) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ด้านบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปฝึกอบรมแก่บุคลากรทีมสุขภาพเพื่อเพิ่มทักษะการดูแลและสร้างแนวปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และนำไปสู่ข้อเสนอแนะให้ผู้บริหารระดับสูง เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเขตสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ พลังสุขภาพจิต ความเครียดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคมะเร็ง



The Effect of Resilience Enhancement Program on Resilience Quotient and Suicidal Ideation in Depression Patient, a Community Hospital in Sukhothai Province

Sukanya Sootthasin, M.N.S.*

Abstract

The purpose of this quasi-experiment research is to determine the effectiveness of resilience enhancement program on resilience quotients and suicidal ideation in depression patients. The sample consisted of 66 depressive patients, who were recruited using the inclusion criteria through purposive sampling technique and randomized into control and experimental groups, with 33 subjects per each. The experimental group participated in the resilience enhancing program and the control group received routine care. The research instruments were the personal data questionnaire, Beck Depression Inventory (RQ), suicidal test (8Q), and resilience enhancing program. The data analysis was performed through descriptive statistics and t-test

Results revealed that the mean scores of participants' resilience quotient pre-test and post-test in the experimental group were 14.07 (SD = 9.96) and 25.73 (SD = 6.57) at statistically significant 0.05, while the mean scores pre-test and post-test in the control group were not significantly as values of 17.40 (SD = 8.92) and 18.60 (SD = 8.72). The suicidal ideation scores on the pre-test and post-test of experimental group were 22.06 (SD = 7.51) and 15.13 (SD = 9.72) with statistically significant at 0.05, while the control group's mean scores were 18.87 (SD = 8.54) and 18.53 (SD = 8.89) without statistically significant.

The results of research indicate that the resilience enhancement program on resilience quotient and suicidal ideation can be effectively used in service, train for healthcare team to improve caring skill, and develop the standard of care for developing the quality of care for depressive patients. Enhancing the suggestion to authority persons such District Public Health Officer, Provincial Public Health Officer, and Reginal Health Officer for initiating the policy for caring of patients with depression.

KEYWORDS: Resilience enhancing program, Resilience quotients, Suicidal ideation, Depressive patients



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันความเจริญทางด้านเทคโนโลยีเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจสังคม ลักษณะการดำเนินชีวิต วิถีความเป็นอยู่จากสังคมที่อยู่ร่วมกันในท้องถิ่น บุคคลในวัยทำงานซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวย้ายถิ่นฐานไปทำงานในเมือง เด็กที่เติบโตมาส่วนใหญ่อยู่ท่ามกลางเทคโนโลยีสมัยใหม่การสื่อสารจากบุคคลสู่บุคคล การเอื้ออาทรซึ่งกันและกันลดลงส่งผลกระทบต่อภาวะทางอารมณ์จิตใจ พฤติกรรมของคนในสังคม หลากหลายองค์ประกอบเกี่ยวข้งถึงกัน ก่อให้เกิดความเครียด ความกดดันและอ่อนแอทางจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้า รวมไปถึงปัญหาการฆ่าตัวตาย องค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกได้ร่วมกันพัฒนาดัชนีชี้วัดปัญหาสุขภาพแบบใหม่ เรียกหน่วยวัดนี้ว่า “การสูญเสียปีสุขภาวะ” หรือ DALYs (Disability Adjusted Life Years) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของโรค ทั้งที่ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และทำให้ทุพพลภาพจากความเจ็บป่วย หรือพิการ ปัจจุบันมีประชากรมากกว่า 300 ล้านคนใช้ชีวิตอยู่กับภาวะซึมเศร้า พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นอันดับ 2 ของการเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตของภาระโรคในระดับโลก (Global burden of disease: GBD) เป็น 1 ใน 10 สาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DAYs) ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2030 โรคซึมเศร้าจะติดอันดับที่ 1 ใน 3 จากการจัดอันดับของ DALYs (WHO, 2019) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 60 และมีการฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 18 ถึงแม้จะมีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่ยังมีผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยทั่วโลก มีน้อยกว่าร้อยละ 50 ในหลายประเทศการเข้าถึงบริการไม่ถึงร้อยละ 10 (WHO, 2023) และจากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2017) พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียง

ใต้และภาคพื้นแปซิฟิกตะวันตก ถือเป็นภูมิภาคที่มีขนาดประชากรกลุ่มใหญ่ พบผู้ป่วยถึงร้อยละ 48 และจากการเก็บข้อมูลในรอบ 10 ปี ตั้งแต่ปี 2548–2558 การเกิดภาวะซึมเศร้าทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 18.40 มีความสัมพันธ์กับอัตราเพิ่มของประชากรทั่วโลกสำหรับประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2560 ภาวะซึมเศร้าอยู่ในอันดับที่ 6 ในช่วงปี พ.ศ. 2550–2560 แนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้น ถึงร้อยละ 15.90 สอดคล้องกับสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2564 ซึ่งพบว่าในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยซึมเศร้าร้อยละ 0.28 และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 6.35 ในปี พ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 7.37 ในปี พ.ศ. 2563 เพศชายเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิงประมาณ 4 เท่าในช่วงอายุ 55–74 ปี เป็นช่วงวัยที่พบภาวะซึมเศร้ามักกว่าช่วงวัยอื่น (WHO, 2023) ผลการรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี 2557 พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years lost due to Disability: YLDS) เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 5.1 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 1.5 ผู้ป่วย โรคซึมเศร้าคือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มีอาการมากเกือบตลอดทั้งวัน เป็นเวลาต่อเนื่องนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ป่วยมักมีอาการทุกข์ บกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่การงาน สูญเสียสมรรถภาพด้านการทำงาน ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเสียไป ผู้ป่วยมีความคิดหรือวางแผนฆ่าตัวตาย (Lalitanantapong, 2018) ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าธรรมดาจนถึงระดับที่รุนแรง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มักขาดความเคารพตนเอง สิ้นความยินดี ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต (นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักเกิดจากอารมณ์หดหู่ ขาดความสุขหรือความสนใจในกิจกรรมเป็นระยะเวลานาน ๆ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน กระทบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และทุกด้านของชีวิต เป็นผลมาจาก



เหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ จากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่สำคัญ เช่น การสูญเสียงาน สูญเสียคนรัก การหย่าร้าง อุบัติเหตุร้ายแรง การเกษียณอายุ เป็นต้น ซึ่งไม่ใช่อารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นได้ เป็นครั้งคราวของคนทั่วไป (WHO, 2023) นอกจากเป็นความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย อารมณ์และความคิด ยังส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภค การนอนหลับ มีอารมณ์เศร้ายาวนาน มีความรู้สึกวิตกกังวล สิ้นหวัง มองตนเองในแง่ลบ รู้สึกผิด รู้สึกตนเองไร้ค่า ไม่อยากเข้าสังคม ร่วมกับมีความผิดปกติทางกาย มีอาการปวดศีรษะ เกิดความผิดปกติของระบบย่อยอาหาร หรืออาการเจ็บป่วยเรื้อรัง รักษาไม่หาย อาจมีความคิดฆ่าตัวตายหรือความพยายามฆ่าตัวตาย (William & Shiel, 2018) และที่สำคัญคือผู้ป่วยไม่สามารถรับมือกับเรื่องต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญได้ดีพอจนรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยหน่าย มีดমন หดหู่ในจิตใจ ท้อแท้สิ้นหวังจนรู้สึกไม่มีคุณค่าไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป และคิดอยากทำร้ายตนเองในที่สุด จึงสรุปได้ว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ รู้สึกตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ สิ้นหวัง ขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยสนใจทำ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบุคคลที่มีความเข้มแข็งในชีวิตสูงจะมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ (โสภิน และอ่อน และคณะ, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรราวไล ควรเนตร และคณะ (2561) ที่กล่าวว่า การเสริมความเข้มแข็งทางใจ มีความสำคัญในการมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รู้สึก มีคุณค่าเพิ่มขึ้น และพบว่า โปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจสามารถช่วยปรับวิธีการคิดทางบวกและช่วยแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หรือในกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต นอกเหนือจากการรักษาโดยใช้ยาเพื่อปรับความผิดปกติของสารสื่อประสาทแล้ว ควรมีการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตหรือภูมิคุ้มกันทางใจ ก็จะทำให้ประโยชน์ การที่ความเข้มแข็งทางใจจะเพิ่มขึ้นได้ คือ การเรียนรู้การทำงานของสภาวะจิต ด้วยการฝึกสังเกต

ความรู้สึกทั่วร่างกาย ฝึกอธิบายความคิดที่เกิดขึ้น ต้องใช้พลังในการควบคุมจิตใจโดยสะท้อนกลับให้รู้เท่าทัน อารมณ์ และความคิดทางลบ ช่วยลดทอนการตอบสนองต่อสิ่งเร้าตามความเคยชิน เกิดการปรับตัวในทางบวก ซึ่งไม่ตอบโต้ทันทีทันใด ไม่ยึดติดกับอารมณ์ ความคิดทางลบ ดึงตัวเองออกจากความทุกข์ ช่วยฟื้นฟูภาวะปกติโดยเร็ว (Nila et al., 2016) ความเข้มแข็งทางจิตใจ เป็นเสมือนปัจจัยปกป้องบุคคลไม่ให้เจ็บป่วยทางจิต ถือเป็นศักยภาพทางสุขภาพจิตที่เหนือกว่าการฟื้นตัวจากการบาดเจ็บทางจิตใจโดยทั่วไป (สิริพร เสือรอด, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้น มีผลต่อการรับรู้ตนเองในทางที่ดีขึ้น ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและเพิ่มความมั่นใจในการเผชิญปัญหา (Di Marco et al., 2017) สมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (American Psychological Association [APA], 2014) ศึกษาพบว่าความเข้มแข็งทางใจ ส่งผลให้บุคคลเกิดความสามารถในการเผชิญเหตุการณ์การบาดเจ็บทางจิตใจ หรือเหตุการณ์เผชิญความเครียดต่าง ๆ ในชีวิต เช่น ปัญหาจากการทำงาน ปัญหาที่เกิดภายในครอบครัว ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ปัญหาด้านการเจ็บป่วย ปัญหาด้านการเงิน เป็นต้น โดยบุคคลนั้นจะสามารถฟื้นตัวกลับมาจากสถานการณ์ที่ยากลำบากเหล่านั้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่าผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตที่สูงจะมีความสามารถด้านการควบคุมอารมณ์ มีผลให้มองโลกในแง่ดี มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับสังคมอยู่เสมอ และสามารถจัดการสถานการณ์ยุ่งยากที่จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Huisman et al., 2017) ความเข้มแข็งทางใจ หมายถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาและผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ จนทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งตามแนวคิด Grotberg (1999) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบการสร้างความเข้มแข็งทางใจ 3 ประการ ได้แก่ 1) I am เป็นการพัฒนาความเข้มแข็งภายในใจ คือความมั่นใจ ความรับผิดชอบ ความมีคุณค่าในตนเอง 2) I have การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบรู้ว่ามีคนคอยช่วยเหลือ

3) I can ช่วยให้สามารถแก้ปัญหาได้โดยใช้หลักในการแก้ปัญหา และจากผลการศึกษาของกรณีการณ์ ผ่องโต (2557) ได้ทำการ ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าสามารถช่วยปรับวิธีคิดและการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ให้มีความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญชนก จิงา และศรีแพร เข้มวิชัย (2563) ได้ศึกษา โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิด ฆ่าตัวตาย พบว่าโปรแกรมฯ ส่งผลให้เห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bozikas & Parlapani (2016) ที่พบว่าความเข้มแข็งทางใจจะช่วยให้มองเห็นตนเองและมีมุมมองต่อโลกในทางบวก สามารถควบคุมตนเองและมีกระบวนการปรับตัวที่ดีเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความตึงเครียดรวมถึงความสามารถทางสังคมและการแก้ปัญหาส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นอกเหนือจากการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การมารับบริการตามนัด การให้คำปรึกษารายบุคคล ให้คำปรึกษาแบบครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในตนเอง ครอบครัว เกิดการยอมรับ ปรับตัวเข้าหากัน ลดผลกระทบด้านลบที่มีต่อผู้ป่วยแล้ว จึงควรเสริมกระบวนการที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย ปัญหาด้านสุขภาพจิตและปัญหาฆ่าตัวตาย ในจังหวัดสุโขทัยยังมีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยพบว่าอัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าจังหวัดสุโขทัย ในปี พ.ศ. 2565-2567 คิดเป็นร้อยละ 116.19, 109.51 และ 112.15 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสมจังหวัดสุโขทัย ในปี พ.ศ. 2567 รวมทั้งสิ้น 10,981 คน ส่วนสถานการณ์ฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดสุโขทัย ในปี พ.ศ. 2564-2567 คิดเป็นร้อยละ 11.59, 12.42, 13.47 และ 7.94 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2567) ในอำเภอคีรีมาศ พบว่าอัตราการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในปี

ปีที่ 26 ฉบับที่ 51 กรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2568 พ.ศ. 2565-2567 คิดเป็นร้อยละ 87.20, 99.34 และ 86.90 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสมอำเภอคีรีมาศ 1,136 คน และสถานการณ์ฆ่าตัวตายสำเร็จในอำเภอคีรีมาศ ในปี พ.ศ. 2564-2567 คิดเป็นร้อยละ 14.21, 10.66, 10.71 และ 7.11 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (โรงพยาบาลคีรีมาศ, 2567) จากรายงานข้างต้น ทำให้ทราบว่า การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ แต่ในความเป็นจริงมีการแปรผกผันของอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เพื่อเพิ่มพลังสุขภาพจิตและลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ
- 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

- 1) ภายหลังจากจัดโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลอง จะมีค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นและมีค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายลดลงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม ฯ
- 2) ภายหลังจากจัดโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถอธิบายได้ว่าความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถในการเผชิญปัญหา และผ่านอุปสรรคไปได้ จนทำให้บุคคลมีความเข้มแข็ง องค์ประกอบการ

สร้างความเข้มแข็งทางใจ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) I am เป็นการพัฒนาตนเองในด้านความคิดและมองเห็นคุณค่าของตนเอง 2) I have การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล เปิดโอกาสแสดงความรู้สึกจากการไม่ได้รับ ฝึกทักษะการฟังและปฏิบัติ 3) I can ช่วยให้สามารถ แก้ไขปัญหาได้ โดยใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม ดังนี้

ตัวแปรต้น

โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ตามแนวคิดของ Grotberg (1995) มีดังนี้

กิจกรรมที่ 1: รู้สึกดีและมองเห็นคุณค่าในตนเอง (I am)

1.1 การสร้างสัมพันธภาพ บรรยายเกี่ยวกับการมองโลกแง่ดี การให้ผู้ป่วยทบทวนข้อดีของตนเองและฝึกการมองโลกแง่ดี

1.2 คุณค่าในตนเอง ฝึกกิจกรรมที่เป็นการพัฒนาความคิดด้านบวก มีความภาคภูมิใจในลักษณะที่ตนเองเป็น เพื่อช่วยเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

กิจกรรมที่ 2: สื่อสารอย่างสร้างสรรค์ (I have)

2.1 บรรยายถึงการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเข้าใจ เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึกจากการที่ไม่ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

2.2 ฝึกทักษะการสื่อสารเชิงบวก กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ซักถามและให้ฝึกปฏิบัติในใบงาน

กิจกรรมที่ 3: ทุกปัญหามีทางออก (I can)

3.1 บรรยายความสำคัญในการตระหนักต่อปัญหา ฝึกตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา ฝึกการใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหา ฝึกปฏิบัติการแก้ไขปัญหา ประเมินผล

3.2 กิจกรรมการฝึกควบคุมตนเองนำไปสู่การแก้ปัญหา ฝึกควบคุมตนเอง (Self Control) เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำที่พึงประสงค์สู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ มีกิจกรรมฝึกให้ผ่อนคลาย ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยควบคุมตนเอง มีสติและคิดแก้ปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 4: การคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิต

4.1 บรรยายสรุป จากการดำเนินการทั้ง 3 กิจกรรม (6 สัปดาห์) เป็นกิจกรรมสรุปและติดตามประเมินผลจากการดำเนินการครบทั้ง 3 กิจกรรม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำไปสู่การปฏิบัติ มีการติดตาม ประเมินผล ให้ผู้ป่วยสรุปขั้นตอน วิธีการ การปฏิบัติ สะท้อนความรู้สึก และเสริมกำลังใจแก่กัน

ตัวแปรตาม

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

- พลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น
- มีความคิดฆ่าตัวตายลดลง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่มมีการวัดผลก่อนและหลัง (Two Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพลังสุขภาพจิต และความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประชากรคือ ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive

Disorder (F32.0)) ระดับเล็กน้อย ตามรหัสโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) จำนวน 681 คน ที่เข้ารับบริการในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุโขทัย ในช่วงเดือน เมษายน-กรกฎาคม 2567 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง และขนาดอิทธิพลโดยการใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80.00 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 กำหนดขนาดอิทธิพล สำหรับการทดสอบโดยนำ

ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลัง และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เมื่อนำมาหาค่าขนาดอิทธิพลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ช่วยในการกำหนดขนาดตัวอย่างโดยมีการระบุเงื่อนไขการใช้ งานเริ่มจากการเลือกกลุ่มสถิติ เลือกสถิติ การกำหนดค่าตัวแปรที่ระบุ แล้วแสดงผลจำนวนตัวอย่าง แทนค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 10.28 และค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 9.69 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองเท่ากับ 2.20 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.09 เมื่อนำมาคำนวณโดยแทนค่าดังกล่าวแล้วได้ค่า $d = 0.80$ และเมื่อนำค่า d ประชากรทั้งหมด 681 คน นำมาแทนค่าในโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 แล้วได้กลุ่มตัวอย่าง 60 ราย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เพราะฉะนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่าง 66 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีสมาชิกเท่ากัน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 ราย และกลุ่มควบคุม 33 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ โปรแกรมการเสริมความเข้มแข็งทางใจ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้ 1) เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส ลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง ส่วนที่ 2 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) มีข้อความทั้งหมด 20 ข้อ สอบถามถึงความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ส่วนที่ 3 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) เป็นข้อความสำหรับสำรวจความคิดฆ่าตัวตาย โดยตอบตามความคิดในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้าง

ความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์แนวคิดหลัก 3 องค์ประกอบ

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านงานสุขภาพจิต 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา กับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ และความเหมาะสมของขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมโดยการปรับเนื้อหาให้เข้าใจง่ายและกำหนดเวลาให้เหมาะสมได้ค่า Content Validity Index: CVI เท่ากับ 0.83 โดยทำโปรแกรม ๓ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติครั้งละ 60-90 นาที

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้ 1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้จำนวน 66 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ในช่วงวันที่ 21 กรกฎาคม 2567-8 กันยายน 2567 2) ประเมินพลังสุขภาพจิตและประเมินความคิดฆ่าตัวตายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 3) ดำเนินการในกลุ่มทดลองโดยจัดโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ 60-90 นาที/ครั้ง มีทั้งหมด 4 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1: รู้สึกดีและมองเห็นคุณค่าในตนเอง (I am) กิจกรรมที่ 2: สื่อสารอย่างสร้างสรรค์ (I have) กิจกรรมที่ 3: ทุกปัญหา มีทางออก (I can) และกิจกรรมที่ 4: การคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิต ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ 4) ประเมินคะแนนพลังสุขภาพจิตและความคิดฆ่าตัวตายทันที เมื่อครบ



ระยะเวลา 7 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และบันทึกลงในโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและความคิดฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตระหนักและให้ความสำคัญถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทุกขั้นตอนในการวิจัย โดยเริ่มจากการขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย COA No.8/2024 IRB No.20/2024 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567 จากนั้นเข้าสู่ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.67 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 39.40 รองลงมา 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.24 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 57.58 รองลงมา โสด คิดเป็นร้อยละ 27.27 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 54.55 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 21.21 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 42.42 รองลงมา เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 30.30 รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย/เดือน ส่วนใหญ่ < 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 75.76 รองลงมา 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 21.21 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่เป็น

เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 72.73 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 27.27 ส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมา 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.22 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมา หม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 18.18 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 54.55 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 27.27 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 42.42 รองลงมา เกษตรกรรมและงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 24.24 รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย/เดือน ส่วนใหญ่ < 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60.61 รองลงมา 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 39.39

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผลการวิจัยดังตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพลังสุขภาพจิตเท่ากับ 14.07 และ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 25.73 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตก่อนได้รับการพยาบาลปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 17.40 และหลังได้รับการพยาบาลปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 18.60 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 22.06 และ หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 15.13 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 18.87 และ หลังได้รับการพยาบาลปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 18.53 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 66)

เปรียบเทียบผลต่าง	Mean	SD	ระดับ	df	t	p
พลังสุขภาพจิต กลุ่มทดลอง				27.70	8.60	0.001***
ก่อนการทดลอง (n = 33)	14.07	9.96	ปานกลาง			
หลังการทดลอง (n = 33)	25.73	6.57	มาก			
พลังสุขภาพจิต กลุ่มควบคุม				26.96	-0.27	0.79
ก่อนการทดลอง (n = 33)	17.40	8.92	ปานกลาง			
หลังการทดลอง (n = 33)	18.60	8.72	ปานกลาง			
ความคิดฆ่าตัวตาย กลุ่มทดลอง				20.10	-4.43	0.150
ก่อนการทดลอง (n = 33)	22.06	7.51	ปานกลาง			
หลังการทดลอง (n = 33)	15.13	9.72	เล็กน้อย			
ความคิดฆ่าตัวตาย กลุ่มควบคุม				14.00	0.96	0.001***
ก่อนการทดลอง (n = 33)	18.87	8.54	ปานกลาง			
หลังการทดลอง (n = 33)	18.53	8.89	ปานกลาง			

* $p < 0.05$

3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วย

โรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 66)

พลังสุขภาพจิต/ความคิดฆ่าตัวตาย	Mean	SD	ระดับ	df	t	p
พลังสุขภาพจิต ก่อนทดลอง				27.70	8.60	0.001***
กลุ่มทดลอง (n=33)	14.07	9.96	ปานกลาง			
กลุ่มควบคุม (n=33)	17.40	8.92	ปานกลาง			
พลังสุขภาพจิต หลังทดลอง				26.96	-0.27	0.79
กลุ่มทดลอง (n=33)	25.73	6.57	มาก			
กลุ่มควบคุม (n=33)	18.60	8.72	ปานกลาง			
ความคิดฆ่าตัวตาย ก่อนทดลอง				20.10	-4.43	0.150
กลุ่มทดลอง (n=33)	22.06	7.51	ปานกลาง			
กลุ่มควบคุม (n=33)	18.87	8.54	ปานกลาง			
ความคิดฆ่าตัวตาย หลังทดลอง				14.00	0.96	0.001***
กลุ่มทดลอง (n=33)	15.13	9.72	เล็กน้อย			
กลุ่มควบคุม (n=33)	18.53	8.89	ปานกลาง			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 14.07 และก่อน

ได้รับการพยาบาลปกติของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 17.40 เมื่อเปรียบเทียบกับ Independent t-test พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนน



ไม่แตกต่างกัน และคะแนนค่าเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 25.73 และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 18.60 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งหมายความว่า หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

ส่วนค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 22.06 และก่อนได้รับการพยาบาลปกติของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 18.87 เมื่อเปรียบเทียบกับ Independent t-test พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนไม่แตกต่างกัน และคะแนนค่าเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 15.13 และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 18.53 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งหมายความว่า หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีความคิดฆ่าตัวตายลดลงเล็กน้อย

อภิปรายผล

จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง $M = 14.07$ หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก $M = 25.73$ ($df = 27.70, t = 8.60$) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 กลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง $M = 17.40$ หลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง $M = 18.60$ ($df = 26.96, t = -0.27$) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง $M = 22.06$ และหลังการทดลองอยู่ในระดับเล็กน้อย $M = 15.13$ ($df = 20.10, t = -4.43$) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 ความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง $M = 18.87$ หลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง $M = 18.53$ ($df = 14.00, t = 0.96$) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัยผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพลังสุขภาพจิตและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าผลจากการใช้โปรแกรมสมาชิกเกิดการเรียนรู้ เข้าใจถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากขึ้น ได้ทราบถึงสาเหตุการเกิดโรค อารมณ์ การรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ซึ่งกิจกรรมที่สมาชิกได้รับช่วยส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ เรียนรู้ที่จะต่อสู้จัดการวิกฤติในชีวิต ตามแนวคิดความเข้มแข็งทางใจส่งผลให้มีพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นตามองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การทบทวนข้อดีของตนเอง มองโลกในแง่ดี เห็นถึงคุณค่าในตนเอง มีวิธีการสื่อสารความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นทราบ เกิดความภาคภูมิใจ เชื่อมั่นในตนเอง ผ่านกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคลและปฏิกริยาตอบสนองจากบุคคลรอบข้างเป็นพื้นฐาน ดังนั้นการที่บุคคลได้บอกกล่าวถึงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเกี่ยวกับสิ่งที่ชอบและไม่ชอบ สิ่งที่น่าสนใจ การได้รับข้อมูลย้อนกลับ ได้รับความรักความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง ช่วยในการคงสภาพของสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลได้ เสริมสร้างความรู้สึkmั่นคงปลอดภัยทางจิตใจ เกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกมี

คุณค่า มีกำลังใจที่จะดำรงชีวิตต่อไป ส่งผลต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ รวมทั้งส่งเสริมด้านการเผชิญปัญหา การตระหนักต่อปัญหา ฝึกตั้งเป้าหมาย การใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหา จนสามารถปรับตัวแก้ไขปัญหาที่มีอยู่ได้เป็นผลสำเร็จ บุคคลเองเกิดความตระหนักในสิ่งที่ตนเป็น สิ่งที่ทำและสิ่งที่ตนมีการปรับเปลี่ยนความคิด ปรับมุมมองต่อตนเองในทางบวกแสดงพฤติกรรมในรูปแบบใหม่ และเลือกใช้การจัดการปัญหาที่เหมาะสมในการเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่มีอยู่ได้ด้วยดี รวมทั้งสามารถใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมได้ เป็นอย่างดีมีความเข้มแข็งและฟื้นกลับคืนสู่สภาพเดิม ส่งผลให้อารมณ์เศร้าลดลง ดังการศึกษาของธวัชชัย พละศักดิ์และคณะ (2560) ได้นำรูปแบบบำบัดโดยการแก้ปัญหามาใช้กับกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ผลพบว่า มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าและช่วยเพิ่มภาวะสุขภาพจิตที่ดี สอดคล้องการศึกษาของอรุณี สุวรรณโชติ (2564) ที่ได้ศึกษาผลของการทำจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย โดยการบำบัดรายบุคคล จำนวน 4 ครั้ง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดมีการปรับปรุงและเพิ่มทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ แก้ไขปัญหาสัมพันธ์ภาพมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นดีขึ้น และเพิ่มทักษะทางสังคม ซึ่งก่อนการบำบัดพบผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับน้อย หลังการบำบัดพบว่าผู้ร่วมโครงการวิจัยไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและคะแนน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และสอดคล้องการศึกษาของอรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและคณะ (2565) ที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชสำหรับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวช จำนวน 40 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยรูปแบบการบำบัดทางจิต

สังคมของกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด 2) การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม 3) ฝึกการคลายเครียดด้วยตนเอง 4) การให้ความรู้แบบประคับประคองด้านสุขภาพจิต 5) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และ 6) ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ทบทวนและสรุป ระยะเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของ Beck (1967) ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชภายหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุโขทัย ค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นและค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองหลังการทดลองลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดของการวิจัย ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. โปรแกรมนี้ถือเป็นทางเลือกอีกทางเลือกหนึ่งในการที่ผู้บำบัดจะเลือก นำมาใช้เพื่อให้ความช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว โดยผู้ให้การบำบัดจะต้องมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตายและมีความเชื่อว่าการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ จะเป็นการพัฒนาให้สมาชิกที่เข้าร่วมในโปรแกรมได้รับประโยชน์ในการกลับมาปรับตัวเผชิญกับสภาพการณ์ที่เป็นปัญหาได้ด้วยดี มีพัฒนาการในทางบวกนั้นคือการลดระดับของภาวะซึมเศร้าและสามารถยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ไม่คิดฆ่าตัวตาย

2. ผู้ให้การบำบัด ควรมีความพร้อมต่อการรับมือปฏิบัติการของการสูญเสียที่ยังคงอยู่ของสมาชิกคน



อื่น ๆ ในครอบครัว ด้วยท่าทีที่มั่นคงในอารมณ์เป็นมิตร เนื่องจากผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายหรือมีประสบการณ์ของบุคคลในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย อาจรู้สึกผิด เป็นตราบาปมากกว่าการตายด้วยสาเหตุอื่น ๆ สมาชิกบางราย จึงปฏิเสธที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการตายที่เกิดขึ้น และมีปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ไม่มั่นใจถึงความปลอดภัยที่จะเปิดเผยข้อมูล ผู้ให้การบำบัดควรใส่ใจ สังเกตและไม่ควรละเลยต่อปฏิกิริยาของสมาชิก

3. ผลที่ได้จากการศึกษาเป็นการศึกษาระยะสั้น จะต้องมีการติดตามผลระยะยาว เพื่อดูผลของการบำบัดว่ามีประสิทธิภาพอย่างไร นอกเหนือไปจากนี้ ควรมีการติดตามถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการบำบัดในระยะยาวและผลต่อการกลับมาป่วยซ้ำ นำมาปรับปรุงโปรแกรมให้ดีขึ้น ซึ่งจะต้องมีการศึกษาต่อไป จนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ดีขึ้น

ข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้

พบว่า การบำบัดด้วยโปรแกรมสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นั้นมีประสิทธิภาพช่วยเพิ่มพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วย และส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายลดลง เห็นควรให้มีการนำโปรแกรมเสริมสร้าง ความเข้มแข็งทางใจมาใช้ในการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้รับความรู้และมีทักษะในการฝึกปฏิบัติการแก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการพยาบาล

1. ด้านบริการ สามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้าง ความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำผลการวิจัยไปฝึกอบรมแก่บุคลากรทีมสุขภาพเพื่อเพิ่มทักษะในการช่วยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไปได้

2. ด้านวิชาการ สามารถนำผลการวิจัยนี้ใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้มีคุณภาพได้มาตรฐานต่อไป

3. ด้านนโยบาย นำผลการวิจัยในครั้งนี้เสนอต่อผู้บริหารในระดับสูง เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเขตสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงทดลอง โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของโปรแกรมการเสริมสร้าง ความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มเป้าหมายเพิ่มเติม

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการเสริมสร้าง ความเข้มแข็งทางใจ ในสมาชิกคนอื่น ๆ ที่อยู่ในครอบครัวที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของเพศ และความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด, โรงพยาบาลศิริมาศ. (2567). รายงานการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสถานการณ์การฆ่าตัวตาย จังหวัดสุโขทัย. กรุงเทพมหานคร: ฝ่องโต. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้าง ความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

ฉัญชนก จิงา และศรีแพร เข็มวิชัย. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้าง ความเข้มแข็งทางใจต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 14(1): 85-95.

อวัชชัย พละศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และรัชนิกร อุปเสน. (2560). ผลของโปรแกรมการบำบัด โดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 31(1), 60-74.

นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ. (2559). ภาวะซึมเศร้า. วารสาร มจร. วิชาการ วิทยาศาสตร์สุขภาพ. 19(38), 105-118.

- พัชราวไล ควรเนตร, เพ็ญญา แต่งด้อมยุท และรัชนิกร อุปเสน. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ต่อความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(2), 39–51.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2567). รายงานการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสถานการณ์การฆ่าตัวตายจังหวัดสุโขทัย ปีพ.ศ. 2566.
- โสภณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และทัศน ทวีคุณ. (2558). ภาวะซึมเศร้าและความแข็งแกร่งในชีวิตของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่ง. (รายงานการวิจัย) โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี, คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิริพร เสือรอด. (2558). ความสามารถในการฟื้นพลังกับการพึ่งพาตนเองทางด้านเศรษฐกิจของคนพิการทางกาย: กรณีศึกษาทหารผ่านศึกนอกประจำการที่พิการทางกาย เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์)
- อรุณี สุวรรณโชติ. (2564). การศึกษาต้นทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มนิสิตมหาวิทยาลัย. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี*, 16(1), 26–38.
- อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพีรพันธ์ ลีบุญธวัชชัย. (2565). การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. พิมพ์ครั้งที่ 2. ธนาเพลส.
- American Psychological Association. (2014). *Resilience guide for parents and teachers*.
<http://www.apa.org/helpcenter/resilience.aspx>
- Beck A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. Hoeber.
- Bozikas, V. P., & Parlapani, E. (2016). Resilience in patients with psychotic disorders. *Psychiatriki* 27(1), 13–22.
- Di Marco, S., Feggi, A., Cammarata, E., Girardi, L., Bert, F., Scaiola, G., Zeppegno, P. (2017). Schizophrenia and major depression: Resilience, coping styles, personality traits, self-esteem and quality of life. *European Psychiatry*, 41, 192–193.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.231>
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*.
<https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED386327.pdf>
- Grotberg, E. H. (1999). Countering depression with the five building blocks of resilience. *Reaching Today's Youth*, 4(1), 66–72.
- Huisman, M., Klokgieters, S. S., & Beekman, A. T. F. (2017). Successful ageing, depression and resilience research: A call for a priori approaches to investigations of resilience. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(6), 574–578.
<https://doi.org/10.1017/S2045796016000837>
- Lalitanantapong D. (2018). *Emergency Psychiatry*. Chulalongkorn University Printing House.
- Nila, K., Holt, D. V., Ditzen, B., & Raab, C. A. (2016). Mindfulness-based stress reduction enhances distress tolerance and resilience through changes in mindfulness. *Mental Health & Prevention*, 4, 36–41.
<https://doi.org/10.1016/j.mhp.2016.09.001>
- Shiel, W. C., & Williams, C. (2018). *Medical definition of depression*.
<https://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=2947>
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>



World Health Organization. (2019). *Depression*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization. (2023). *Depressive disorder (depression)*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>



ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการ ออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรี

Received: October 7, 2025
Revised: November 21, 2025
Accepted: November 28, 2025

ณจิต วงศ์ชัย¹ (พย.ม.)
ลลิสสา ก่อปฐมกุล^{1*} (พย.ม.)
จวีร์ภรณ์ เจริญพงศ์¹ (พย.ม.)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 200 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Krejcie & Morgan ใช้วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละหน่วยงาน โดยการเทียบสัดส่วนและสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเองจำนวน 6 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ตอนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ตอนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม โดยแบบสอบถามตอนที่ 2-6 ได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร Cronbach's alpha พบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86, .81, .90, .70 และ .77 ตามลำดับ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ($r = 0.23, p < .01$) การรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากกับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ($r = 0.18, p < .05$) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ($r = 0.21, p < .05$) และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ผลการวิจัยสะท้อนว่าพยาบาลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้แบบแผนความเชื่อสุขภาพเป็นแนวคิดในการจัดกิจกรรม เพื่อป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม, แบบแผนความเชื่อสุขภาพ, บุคลากรสายสนับสนุน

¹อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี, Thailand

*Corresponding author: Lalisa.k@rbru.ac.th



The Relationship Between Perception and Preventive Behaviors for Office Syndrome Among Supportive Personnel at a University in Chanthaburi Province

Nachit Wongchai (M.N.S),
Lalisa Korpathomkul (M.N.S),
Jureeporn Jaroenpong (M.N.S),

Abstract

This study employed a descriptive correlational research design to examine the relationship between health belief patterns and preventive behaviors for office syndrome among 200 support personnel in a university located in Chanthaburi Province. The sample size was determined using Krejcie and Morgan's formula. The participants were selected through proportional allocation followed by simple random sampling from each department. Data were collected using a self-administered questionnaire comprising six sections: (1) personal information; (2) perceived susceptibility to office syndrome; (3) perceived severity of office syndrome; (4) perceived benefits of preventive behaviors; (5) perceived barriers to preventive behaviors; and (6) preventive behaviors for office syndrome. The reliability of parts 2 to 6 was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of .86, .81, .90, .70, and .77, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, and the relationships were analyzed using Pearson's correlation coefficient.

The findings revealed that the participants demonstrated a moderate level of preventive behaviors for office syndrome. Perceived susceptibility to office syndrome was positively correlated at a low level with preventive behaviors ($r = 0.23, p < .01$). Perceived severity showed a very low positive correlation with preventive behaviors ($r = 0.18, p < .05$). Perceived benefits of preventive behaviors had a low positive correlation with preventive behaviors ($r = 0.21, p < .05$). In contrast, perceived barriers to preventive behaviors were not significantly associated with preventive behaviors for office syndrome. These findings suggest that nurses or relevant personnel should organize health promotion activities utilizing the Health Belief Model as a conceptual framework to prevent Office Syndrome.

KEYWORDS: Preventive behaviors for office syndrome, Health belief model, Supportive personnel

¹Lecturers in the Adult and Gerontological Nursing Group, Faculty of Nursing, Rajabhat Rambhai Barni University, Thailand

*Corresponding author: Lalisa.k@rbru.ac.th



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม เป็นการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ จากการใช้กล้ามเนื้อในอิริยาบถเดิมซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน ทำให้กล้ามเนื้อเกร็งตัวโดยที่ไม่มีการผ่อนคลาย ส่งผลให้มีอาการปวดเมื่อยของกล้ามเนื้อ เรื้อรังปัจจุบันพบว่ากลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม มีแนวโน้มพบมากขึ้น จากการสำรวจของคลังข้อมูลสุขภาพ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2559 พบว่าผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มาเข้ารับการรักษาในกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมในสถานพยาบาลมากขึ้น ซึ่งเป็นช่วงวัยของนักเรียน นักศึกษา และวัยทำงาน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาอาการออฟฟิศซินโดรมในบุคลากรสายสนับสนุนของมหาวิทยาลัยจำนวน 169 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดท้ายทอยและคอ ร้อยละ 77.50 ปวดไหล่และบ่า ร้อยละ 56.80 ปวดข้อมือและมือ ร้อยละ 42.60 ปวดตา ร้อยละ 39.05 แสบตา ร้อยละ 34.91 และปวดศีรษะ ร้อยละ 30.80 (ทรงฤทธิ์ทองมีขวัญ และสกุณฑลา แซ่เตียว, 2561) ซึ่งเกิดจากท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม และการทำกิจกรรมหรือนั่งทำงานในท่าเดียวกันนาน ๆ โดยไม่ได้เปลี่ยนอิริยาบถ (สาริษฐา สมทรัพย์ และคณะ, 2562)

กลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมส่งผลกระทบต่อร่างกาย คือ เกิดอาการปวด ไม่สุขสบายตามส่วนต่าง ๆ ซึ่งอาการมักไม่ทุเลาได้เองหลังจากพักการทำงาน ทำให้เสียเวลาในการปฏิบัติงาน ต้องมาเข้ารับการรักษา และอาจได้รับการรักษาด้วยการใช้ยา การทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น รวมถึงการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม อาจส่งผลให้เกิดการสูญเสียคุณภาพชีวิต เสื่อมความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน เกิดอาการนอนไม่หลับ มีภาวะเครียด และส่งผลต่อสุขภาพจิตตามมาได้ (สมโรจน์ จิริวิภากร, 2564)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำในสิ่งตนพึงพอใจ และก่อผลดีต่อตนเอง รวมถึงมีพฤติกรรมหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่พึงปรารถนา โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคเมื่อบุคคลมีความเชื่อว่า ตนเป็นผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง กระทบต่อชีวิตประจำวัน โดยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงลงได้ โดยองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มี 5 ประการ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติและปัจจัยร่วม ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ และปัจจัยด้านสังคม (Rosenstock et al., 1988) ซึ่งที่ผ่านมาเป็นแนวคิดที่นำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในหลายกลุ่มประชากร เช่น ผู้ดูแลเด็ก ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสตรีที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ศึกษาในกลุ่มบุคลากรสายสนับสนุนของมหาวิทยาลัยในด้านพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมยังมีอยู่อย่างจำกัด ทั้งที่บุคลากรกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากการใช้คอมพิวเตอร์ และกล้ามเนื้อมัดเดิมซ้ำ ๆ ในการทำงานเกินกว่า 6 ชั่วโมง ซึ่งมีหากมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันที่ไม่เหมาะสมอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพเรื้อรังได้

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ มาศึกษาถึงความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมในกลุ่มบุคลากรสายสนับสนุนของมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่สำคัญที่มีบทบาทช่วย



ขับเคลื่อนและดำเนินงานในระดับอุดมศึกษา และต้องมีการทำงานโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์เป็นหลัก จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม (ปาจรา โปธิหัง และคณะ, 2564) โดยผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อส่งเสริมให้บุคลากรสายสนับสนุนมีพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ช่วยลดการบาดเจ็บจากการทำงาน และช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ของบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรี
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว หน่วยงาน ตำแหน่ง ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาการใช้คอมพิวเตอร์/การทำงานโดยใช้รูปแบบกล้ามเนื้อมัดเดิมซ้ำ ๆ ต่อวัน
2. แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ

3. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ
4. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ
5. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ
6. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของปาจรา โปธิหัง และคณะ (2564) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

แบบสอบถามที่ 2-6 เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ โดยระดับมากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และน้อยที่สุด 1 คะแนน แปลผลคะแนน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 ระดับมาก (Best, 1977) โดยแบบสอบถามที่ 2-5 ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลด้านอาชีวอนามัย 2 ท่าน และแพทย์ด้านออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน พิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) พบว่าแบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ในช่วง 0.67-1.00 และนำมาทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร Cronbach's alpha โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) จำนวน 30 ราย พบความเชื่อมั่นอยู่ที่ .86, .81, .90 และ .70 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามที่ 6 มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ที่ 0.70-1.00 และค่าความเชื่อมั่นที่ .77 (ปาจรา โปธิหัง และคณะ, 2564)



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรสายสนับสนุนทั้งเพศชายและหญิง ที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรี โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ เป็นบุคลากรที่มีลักษณะกิจกรรมหรือทำงานในลักษณะเดิม ๆ หรือการใช้กล้ามเนื้อมัดเดิม ๆ ต่อเนื่อง เช่น การใช้คอมพิวเตอร์ การขับรถ อย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งพบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 414 คน จาก 22 หน่วยงาน (ข้อมูลจากงานการเจ้าหน้าที่ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรี ณ วันที่ 4 กรกฎาคม 2567)

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสายสนับสนุนทั้งเพศชายและหญิง ที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งใน จังหวัดจันทบุรี จำนวน 200 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Krejcie & Morgan ที่ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 จากนั้นคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละหน่วยงาน และจัดสรรตามสัดส่วน (Proportionate Stratified Random Sampling) แล้วนำรายชื่อของบุคลากรแต่ละหน่วยงานจากกลุ่มการงานเจ้าหน้าที่ มาจับสลากรายชื่อแบบไม่ใส่คืนจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ

2. การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี รหัสโครงการวิจัย RBRU-Hu 10/2568 เลขที่รับรอง IRB-11/2568 วันที่รับรอง 21 มีนาคม 2568 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ในการขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยส่งไปยังหัวหน้าหน่วยงานต่าง ๆ ภายในมหาวิทยาลัย และประสานงานเพื่อนัดหมายช่วงเวลาและสถานที่ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่สุ่มได้และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการ

วิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างว่าสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ มีสิทธิบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม และข้อมูลพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นแล้วพบว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์แบบเส้นตรง และมีการกระจายของข้อมูลแบบปกติ จึงใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64 อายุเฉลี่ย 43.46 ปี (SD = 9.81, range 21-63) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็น ร้อยละ 55.50 โดยส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 62.50 มีระยะเวลาการใช้คอมพิวเตอร์ หรือการทำงานโดยใช้รูปแบบกล้ามเนื้อมัดเดิมซ้ำ ๆ เฉลี่ยวันละ 7.11 ชั่วโมง (SD = 2.12, range = 2-13) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 200)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	72	36.00
หญิง	128	64.00
2. อายุ เฉลี่ย 43.46 ปี (SD = 9.81, range = 21-63)		
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	64	32.00
ปริญญาตรี	111	55.50
สูงกว่าปริญญาตรี	25	12.50
4. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน เฉลี่ย 11 ปี		
5. ระยะเวลาการใช้คอมพิวเตอร์/การทำงานโดยใช้รูปแบบกล้ามเนื้อมัดเดิมซ้ำ ๆ ต่อวันเฉลี่ย 7.11 ชั่วโมง		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม การรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม และพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้นี้อายุมีค่าคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 (SD = 0.67) ค่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการออฟฟิศ

ซินโดรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 (SD = 0.79) ค่าคะแนนการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 (SD = 0.79) ค่าคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 (SD = 0.75) และค่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 (SD = 0.68) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรที่ศึกษา (n = 200)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม	3.95	0.67	มาก
การรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม	3.60	0.79	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม	3.40	0.79	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม	3.40	0.75	ปานกลาง
พฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม	3.40	0.68	ปานกลาง



ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.23, p < .01$) การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากกับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของกลุ่มตัวอย่าง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.18, p < .05$) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.21, p < .05$) และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา กับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม

ตัวแปร	พฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม	
	R	p
1. การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม	0.23	0.01**
2. การรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม	0.18	0.05*
3. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม	0.21	0.05*
4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม	0.18	0.81

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

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยในการศึกษาคั้งนี้ สามารถอภิปรายผลการศึกษา ได้ดังนี้

การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.23, p < .01$) การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากกับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.18, p < .05$) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.21, p < .05$) และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม

ผลการวิจัยเป็นไปตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลมีความเชื่อทางสุขภาพ มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพตนเองในด้านการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การ

รับรู้ประโยชน์จะส่งผลให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี เพื่อลดโอกาสการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยต่าง ๆ ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 3 ด้านที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอยู่ในระดับที่เหมาะสม (ระดับปานกลาง-มาก) ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก-ต่ำ อาจเนื่องมาจากกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมมีลักษณะการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและค่อยเป็นค่อยไป (สาริษฐา สมทรัพย์ และคณะ, 2562) ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเคยชินกับอาการปวดเมื่อยที่เกิดขึ้นเป็นประจำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และสกุณตลา แซ่เตียว (2561) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมในระดับปานกลาง เนื่องจากการรับรู้ว่าคุณุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมไม่ได้มีความรุนแรง จึงไม่ให้ความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกัน



ในขณะที่เดียวกันการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยที่ 43.46 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีภาระงานและความรับผิดชอบสูง และมีระยะเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติงานที่ 11 ปี อาจทำให้เกิดความคั่งชินในการทำงานกับสภาพแวดล้อมเดิม ๆ เกิดความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้คะแนนพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมที่อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของปาจรา โปธิหัง และคณะ (2564) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการทำงานที่มากกว่า 10 ปี มีพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมในระดับปานกลางเช่นกัน และนอกจากนี้บริบทพื้นที่การทำงานของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นการนั่งทำงานในห้องรวมกับผู้อื่น อาจส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมได้ เช่น การปรับอุณหภูมิของห้อง การจัดแสงสว่างในห้องให้เหมาะสม เป็นต้น

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ความเสี่ยง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.23, p < .01$) เป็นไปตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพที่ว่า หากบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงว่าจะเป็นโรคนั้น ๆ จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของชุตติมา สร้อยนาค และคณะ (2561) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานและการศึกษาของสิวิตรา คนแรง และคณะ (2566) ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรคคาร์พัลทันเนลซินโดรม (Carpal Tunnel Syndrome: CTS) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค

การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.18, p < .05$) ผลวิจัยเป็นไปตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพที่ว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะมีผลทำให้ปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้นตนเองเกิดโรคซึ่งมีความรุนแรงต่อสุขภาพของตนเอง

อย่างไรก็ตามเมื่อเทียบกับการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ จิตินันท์วิวัฒน์ และนเรศน์ จิตินันท์วิวัฒน์ (2567) และณัฐกร โต๊ะสิงห์ และคณะ (2563) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุมีอิทธิพลในระดับสูงต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษา เนื่องจาก การเกิดอุบัติเหตุส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่รุนแรงและชัดเจน ซึ่งแตกต่างจากการกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมที่มีลักษณะการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและค่อยเป็นค่อยไป ไม่ได้คุกคามชีวิตทันที ทำให้การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มตัวอย่าง

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.21, p < .05$) สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อสุขภาพที่ว่า บุคคลจะยอมรับและพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์ และสามารถช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรคได้จริง (Becker, 1974) เช่นเดียวกับการศึกษาของพัชริดา ศิลาพันธ์ (2561) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานโครงการก่อสร้างรถไฟฟ้า และยังมี การศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย มีผลต่อพฤติกรรมป้องกัน การเกิดโรคการกดทับเส้นประสาทบริเวณข้อมือในกลุ่มพนักงานธนาคาร (สิวิตรา คนแรง และคณะ, 2566) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พบว่าอยู่ในระดับต่ำ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะตระหนักถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม แต่อาจจะยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากภาระงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่นเดียวกับการศึกษาของปาจรา โปธิหัง และคณะ (2564) ที่พบว่า บุคลากรสายสนับสนุนของมหาวิทยาลัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง-มาก แต่มีพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม
ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการ
ออฟฟิศซินโดรม อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็น
บุคลากรสายสนับสนุนของทางมหาวิทยาลัยที่มีภาระ
งานมากและมีชั่วโมงการทำงานที่ 8 ชั่วโมงขึ้นไป อาจ
ทำให้รู้สึกไม่สะดวกหรือเกิดข้อจำกัดด้านเวลาในการ
ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม
และเมื่อพิจารณาร่วมกับผลการวิจัยที่พบว่า การรับรู้
ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกัน
กลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
สะท้อนให้เห็นว่า บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ
พฤติกรรมเมื่อมีความเชื่อมั่นว่าพฤติกรรมนั้นส่งผลดีต่อ
ตนเอง มากกว่าการคำนึงถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ
พฤติกรรมนั้น ๆ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลา
การปฏิบัติงานเฉลี่ย ที่ 11 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ทำให้
เกิดความคุ้นชินกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน จน
เกิดการปรับตัวให้อยู่ร่วมกับอุปสรรคต่าง ๆ ได้ จึงอาจ
ส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์ต่อ
พฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม
สอดคล้องกับการศึกษาของ พิทยารัตน์ จิกยง และ
คณะ (2567) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคไม่ม
ีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็
งปากมดลูก และการศึกษาของคม ยิบประดิษฐ์ และ
ภัทรสุดา สีนสวัสดิ์ (2567) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคใน
การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ไม่ม
ีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่าง
แสดงให้เห็นว่าในบางบริบทปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรค
อาจไม่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ข้อจำกัดของการวิจัย

งานวิจัยนี้ไม่ได้นำปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม
ทางกายภาพในการทำงานตามหลักการยศาสตร์มาเป็น
ตัวแปรควบคุม ซึ่งอาจเป็นปัจจัยแทรกซ้อนที่มีผลต่อ
พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างได้

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลวิจัยไปใช้ ผลการวิจัยนี้ช่วยให้หน่วยงาน
มองเห็นปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพที่มี

ผลต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโด
รมและนำมาวางแผนการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริม
สุขภาพบุคลากรได้สอดคล้องกับความต้องการของ
กลุ่มเป้าหมาย

2. ควรต่อยอดการศึกษาด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง ใน
การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน
กลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมโดยใช้แบบแผนความ
เชื่อสุขภาพเป็นแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อ
ใช้ประเมินประสิทธิผลได้อย่างเป็นรูปธรรม
3. ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังนักศึกษา ซึ่งเป็น
กลุ่มเสี่ยงของกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมจากการ
ใช้คอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในการ
เรียนติดต่อกันวันละไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ที่ได้ให้การสนับสนุน
ทุนอุดหนุนการวิจัย งบประมาณรายได้ ประจำปี
งบประมาณ 2568 เลขที่ สัญญา 2/2568 และ
ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ
วิจัยทั้ง 3 ท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะใน
การทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

คม ยิบประดิษฐ์ และภัทรสุดา สีนสวัสดิ์. (2567).

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก
ของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี.

*วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปทุมภูมิ
และสาธารณสุข.* 2(1), 1–14

จุฬาลักษณ์ ฐิตินันท์วิวัฒน์ และนเรศน์ ฐิตินันท์วิวัฒน์. (2567).

ปัจจัยคัดสรรตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่
ส่งผลต่อกับพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยในการป้องกัน
อุบัติเหตุของนักเรียนในสังกัดโรงเรียนของเทศบาล
เมือง เขตสุขภาพที่ 3. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุน
บริการสุขภาพ,* 20(1), 1–12.



ชุติมา สร้อยนาค, จริยาวัตร คมพัยค์ม์ และพรศิริ พันธสี.

(2561). การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของมุสลิมวัยทำงาน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 267-277.

ณัฐกร โต๊ะสิงห์, โชติรส นพพลกรัง และทิพย์สุดา กุมพันธ์.

(2563). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสวมหมวกนิรภัยและแนวทางการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในพื้นที่เทศบาลเมืองศรีสะเกษ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัด ศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ: มหาวิทยาลัยราชภัฏ ศรีสะเกษ.

ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และสกุณตลา แซ่เตียว. (2561).

พฤติกรรมการป้องกันและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมของบุคลากรสายสนับสนุน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 19(37), 69-83.

ปาจร่า โพธิ์หัง, นนทกร ดำรงค์ และอโนชา ทศนาชนชัย.

(2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกลุ่มอาการออฟฟิตซินโดรมกับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิตซินโดรมของบุคลากรสายสนับสนุน ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 14(2), 235-250.

พัชนีดา ศิลานนท์. (2561). *การบริหารความปลอดภัยในการทำงานและการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานก่อสร้างโครงการรถไฟฟ้าสายสีเขียวเหนือ (หมอชิต-สะพานใหม่-คูคต)*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรังสิต)

พิทยารัตน์ จิกยอง, นกษา สิงห์วีระธรรม และสินีนานา

ชาวตระการ. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารพยาบาลและการศึกษา*, 17(2), 67-77.

สมโรจน์ จิริวิภากร. (2564). การป้องกันและรักษาอาการออฟฟิตซินโดรมของกำลังพลกองทัพอากาศแบบองค์รวม. *แพทยสารทหารอากาศ*, 68(1), 40-48.

สาริษฐา สมทรัพย์, จุฑารัตน์ ปฎิเวทย์, โกวิท เป็งวงศ์, จีรภาน้อยสีเหลือง และขวัญใจ แวนใหญ่. (2562). *แนวทางส่งเสริมและอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ PACKAGE 6 พืชออฟฟิตซินโดรม*. บริษัท เอ็มดี ออลกราฟิก.

สิวิตรา คนแรง, เอมอัชมา วัฒนบุรานนท์, ยูวดี รอดจากภัย, เสาวนีย์ ทองนพคุณ และदनัย บวรเกียรติกุล. (2566). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคการกดทับเส้นประสาทบริเวณข้อมือของพนักงานธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร จังหวัดชลบุรี. *วารสารธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(2), 67-83.

Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. In M. H. Becker (Ed.), *The health belief model and personal health behavior* (pp. 82-92). Charles B. Slack.

Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice Hall.

Rosenstock, M. I., Strecher, J. V., & Becker, H. M. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior*, 15(2), 175-183. doi:10.1177/109019818801500203.



ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ผลที่เกิดต่อสุขภาพจากบุหรีไฟฟ้าของนักศึกษาปริญญาตรี

Received: September 28, 2025

Revised: November 16, 2025

Accepted: November 25, 2025

ศิริพร พุทธิรักษ์¹ ค.ด.

สุภาวี ปัดเกษม^{1*} ปรด.

บทคัดย่อ

การสูบบุหรีเป็นสาเหตุหลักอย่างหนึ่งของการเกิดโรครีอรั้ง และเป็นสาเหตุการตายของประชากรโลกตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน บุหรีถูกนำมาใช้ในรูปแบบที่แตกต่างกัน บุหรีไฟฟ้าเป็นที่สนใจของคนจำนวนมากเนื่องจากขาดความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายต่อสุขภาพและการมีความเชื่อที่ผิด ทำให้มีการสูบเพิ่มขึ้นในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย งานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์นี้มีจุดมุ่งหมายในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ผลที่เกิดต่อสุขภาพจากบุหรีไฟฟ้าของนักศึกษา การทบทวนวรรณกรรมครอบคลุมปัจจัยต่าง ๆ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้า แรงกดดันจากเพื่อน การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ การสูบบุหรีของพ่อ-แม่ อายุ เพศ ความอยากรู้อยากลอง และการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพต่อบุหรีไฟฟ้า นักศึกษาที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 382 คน ได้รับการสุ่มแบบแบ่งชั้นเพื่อการศึกษาวิจัย แบบสอบถามเชิงโครงสร้างถูกพัฒนาขึ้นผ่านการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญ มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ 0.90 ค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าเท่ากับ 0.854 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามส่วนอื่น ๆ ทั้งฉบับเท่ากับ 0.905 ผลการวิจัยพบว่ามีปัจจัย 5 ด้านส่งผลต่อการรับรู้ที่เกิดต่อสุขภาพจากบุหรีไฟฟ้าของนักศึกษาปริญญาตรี คือ 1) การรับรู้ของบุคลากรสุขภาพต่อบุหรีไฟฟ้า 2) ความอยากรู้อยากลอง 3) การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ 4) แรงกดดันจากเพื่อน และ 5) การสูบบุหรีของพ่อ-แม่ โดยการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพต่อบุหรีไฟฟ้ามีค่าความสัมพันธ์สูงสุดและเป็นปัจจัยทำนายที่ดีที่สุดต่อการรับรู้ผลที่เกิดต่อสุขภาพจากบุหรีไฟฟ้า ($r = 0.551, p < 0.01$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นปัจจัยที่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาในอดีต อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าและอันตรายต่อสุขภาพค่อนข้างน้อย ดังนั้นควรจัดให้มีการรณรงค์เพื่อให้ศึกษามหาวิทยาลัยมีความตื่นตัวเกี่ยวกับผลกระทบเชิงลบของบุหรีไฟฟ้าต่อสุขภาพ

คำสำคัญ: ปัจจัย การรับรู้ผลที่เกิดต่อสุขภาพ บุหรีไฟฟ้า นักศึกษาปริญญาตรี

¹อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, Thailand

* Corresponding author: SupaPdk@au.edu



Factors Contributing to Perceived Health Effects from Electronic Cigarettes among Undergraduate Students

Siriporn Poonruksa¹ (Ed.D)

Supa Pudkasam^{1*} (Ph.D)

Abstract

Cigarette smoking is the one of major causes of chronic illness and death of people in the world. From the past until present, cigarettes have been used in many different forms. However, electronic cigarettes are interesting by many people resulting from misunderstanding of the harmful and incorrect belief. Therefore, a rapid increase of electronic cigarettes user over the years among adolescents has been found in many countries including Thailand. This correlative study aimed to examine factors that contributed to students' perception of health effects from electronic cigarettes. Literature reviews specified factors were employed into this study including knowledge on electronic cigarettes, peer pressure, parental smoking, mass media accessibility, age, gender, curiosity, and healthcare provider's perception on electronic cigarettes. Three hundred eighty-two undergraduate students were randomly selected through the stratified sampling technique. Structured questionnaire closed and open-ended questions were developed. Validity was examined through expert judgments with 0.90 of Item Objective Congruence. Reliability was tested for a part knowledge on electronic cigarettes by KR-20 and other parts by Cronbach's alpha coefficient with value 0.854 and 0.905 respectively. Results revealed five significant factors associated with perceived health effects from electronic cigarettes among undergraduate students including healthcare provider's perception on electronic cigarettes, curiosity, mass media accessibility, peer pressure, and parental smoking. The healthcare provider's perception on electronic cigarettes was most related to the perceived health effects from electronic cigarettes ($r = 0.551, p < 0.01$). The results indicated factors contributing to perceived health effects from electronic cigarettes which were the same factors found in the previous research findings. However, participants in this research had less knowledge of electronic cigarettes and their harm to health. Therefore, a campaign to alert the university students' perception of negative consequences of electronic cigarettes towards their health is needed.

KEYWORDS: Factors, Perceived health effects, Electronic cigarettes, Undergraduate students

¹Program responsible person, Faculty of Nursing Science, Assumption University, Thailand

*Corresponding author: supaPdk@au.edu

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งปอด โรคระบบทางเดินหายใจ และการเพิ่มขึ้นของสาเหตุการตายของประชากรโลกที่ป้องกันได้เมื่อเปรียบเทียบกับสาเหตุอื่น ๆ (Ioakeimidis et al., 2016) รายงานของสมาคมโรคปอดสหรัฐอเมริกา (American Lung Association, 2024) พบว่าในรอบทศวรรษที่ผ่านมา ช่วงระหว่าง ค.ศ. 2014–2024 มีประชากรอเมริกา 480,000 คน เสียชีวิตจากโรคที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ การสำรวจพบว่าเมื่ออัตราการสูบบุหรี่ทั่วโลกลดลงจากร้อยละ 22.70 ในปี พ.ศ. 2550 เหลือร้อยละ 17 ในปี พ.ศ. 2564 แต่เมื่อพิจารณาจำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดยังคงอยู่ในระดับสูง ปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีผู้ชายทั่วโลกอย่างน้อย 940 ล้านคน และผู้หญิง 193 ล้านคนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูบบุหรี่ เนื่องจากมีการตลาดเชิงรุกของบริษัทบุหรี่ (Tobacco Atlas, 2023) การสูบบุหรี่มีรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่พบว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นรูปแบบที่บุคคลให้ความนิยมมากขึ้นเนื่องจากความเชื่อที่ผิดว่ามีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ซอง การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นอเมริกาเพิ่มสูงขึ้นในหลายปีที่ผ่านมาจากร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2553 เพิ่มเป็นร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2554 และเพิ่มขึ้นจากเดิมเป็นร้อยละ 10–20 ในปี พ.ศ. 2556–2557 เช่นเดียวกับหลายประเทศในทวีปยุโรปและเอเชีย (Nayir et al., 2016; Hirano et al., 2017) การสำรวจพบว่าแนวโน้มการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนอเมริกาตกลงจากร้อยละ 7.70 ในปี พ.ศ. 2566 เป็นร้อยละ 5.90 ในปี พ.ศ. 2567 และพบว่าร้อยละ 90 ของผู้สูบบุหรี่เป็นเยาวชนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าแบบมีรสชาติ (Favored e-cigarettes) (U.S. Food and Drug Administration [FDA], 2024) สำหรับสถิติการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2567 มีผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าที่อายุ 15 ปีขึ้นไป 900,459 คน คิดเป็นร้อยละ 1.52 ของผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด แบ่งเป็นเพศชาย 842,652 คน เพศหญิง 57,807 คน และร้อยละ 97 จะสูบบุหรี่แบบมีกลิ่นหอม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ [สสช.], 2567) โดยมีแนวโน้ม

เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังที่กล่าวในเอกสารคู่มือบุหรี่ไฟฟ้า รู้ไว้ ร้ายจัด คือ เด็กและเยาวชนไทยอายุระหว่าง 13–15 ปี สูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น 5.30 เท่าภายใน 7 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2562–2568) (สำนักงานงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส.], 2568) ผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มีอายุระหว่าง 19–24 ปี เป็นกลุ่มวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี จากการทบทวนวรรณกรรมและการวิจัยในหลายประเทศพบว่าปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของบุคคลในวัยนี้ โดยการรับรู้ดังกล่าวแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่รับรู้ว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีผลเสียต่อสุขภาพมากกว่าและน้อยกว่าบุหรี่ซอง (Singh et al., 2017) สาเหตุการรับรู้ที่แตกต่างกันดังกล่าวเนื่องจาก การขาดความรู้เกี่ยวกับผลเสียของสารเคมีในบุหรี่ไฟฟ้า ที่มีต่อสุขภาพ เช่น ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคระบบทางเดินหายใจแก่ผู้สูบ และยังเชื่อว่าช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ซองได้ (Richard et al., 2016; Jiang et al., 2016; Wackowski et al., 2016) นอกจากนี้ การวิจัยในอดีตถึงปัจจุบันในหลายประเทศ เช่น ประเทศอังกฤษและสาธารณรัฐเกาหลี รวมถึงประเทศไทย พบว่าการมีเพื่อนและบุคคลต่าง ๆ ในครอบครัวสูบบุหรี่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Corner et al., 2017; พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และคณะ, 2565) ในประเทศสหรัฐอเมริกาอิทธิพลจากเพื่อนทำให้การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.30 เป็นร้อยละ 6.80 ในปี ค.ศ. 2011–2012 และในปี ค.ศ. 2024 เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.70 โดยวัยรุ่นให้เหตุผลว่าการสูบบุหรี่ทำให้เป็นที่ยอมรับทางสังคมจากกลุ่มเพื่อนวัยเดียวกัน กลุ่มเพื่อนที่มีคนสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากก็ยิ่งมีความกดดันจากกลุ่มให้ลองสูบบุหรี่มากขึ้น นอกจากนี้การได้เห็นพ่อแม่สูบบุหรี่บ่อย ๆ ประกอบกับการมีทัศนคติที่ผิด ๆ เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ส่งผลให้วัยรุ่นอยากลองสูบบุหรี่ไฟฟ้า (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2024) การศึกษาในประเทศไทยพบว่าร้อยละ 30 ของผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีอายุเพียง 15–24 ปี และร้อยละ 92 ของเด็กและเยาวชนที่สูบบุหรี่ครั้งแรกเนื่องจากเพื่อนชวนให้สูบ (สสส., 2568) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของ



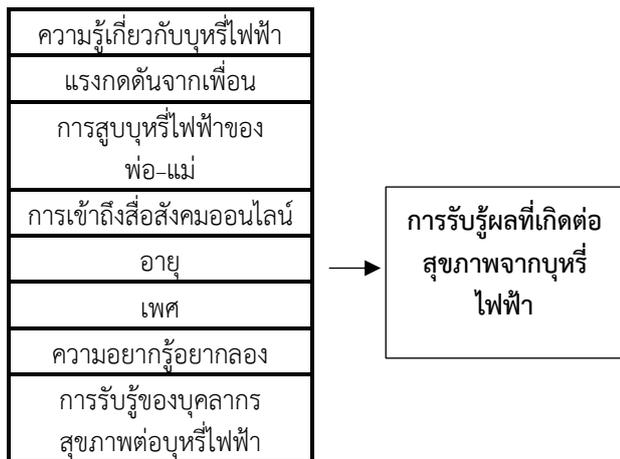
รูปลักษณะและองค์ประกอบของบุหรีไฟฟ้าในช่วงหลายปีที่ผ่านมา เช่น ขนาดที่เล็กลงเพื่อพกพาสะดวกและเท่ ปริมาณสารนิโคตินที่แตกต่างกัน และรสชาติที่หลากหลายที่ประชาสัมพันธ์ผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ ส่งผลให้มีการอยากรู้อยากลองสูบที่มากขึ้นด้วย (Nayir et al., 2016; Hirano et al., 2017) การศึกษาพบว่าร้อยละ 38 ของวัยรุ่นของสาธารณรัฐเกาหลีรับรู้ภาพและเสียงการสูบบุหรีไฟฟ้าจากสื่อสังคมออนไลน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางอินเทอร์เน็ต ภาพและเสียงไม่ได้กล่าวถึงอันตรายของบุหรีไฟฟ้าต่อสุขภาพ แต่ในทางตรงกันข้ามเป็นการเชิญชวนให้ลองสูบ (Du et al., 2024) นอกจากนี้พบว่าการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ที่มากขึ้นมีผลต่อความเสี่ยงในการสูบบุหรีไฟฟ้าที่เพิ่มขึ้นของวัยรุ่นด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะสื่อที่มีภาพและเสียงของบุคคลที่มีชื่อเสียงในสังคมที่สูบบุหรีไฟฟ้า เพราะทำให้รู้สึกเท่หรือเจ๋ง (Cool) และเป็นที่น่าสนใจ (Interesting) ต่อคนรอบข้าง (Hopkinson et al., 2024) เพศและอายุมีผลต่อการสูบบุหรีไฟฟ้าเช่นกัน งานวิจัยของ Lee et al. (2017) พบว่าชายและหญิงวัยรุ่นสาธารณรัฐเกาหลีสูบบุหรีไฟฟ้าร้อยละ 52 และร้อยละ 48 ตามลำดับ ต่อมาเมื่อมีการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดขึ้นทำให้การสูบบุหรีไฟฟ้าลดลงในหลาย ๆ ประเทศ เช่น การสำรวจการสูบบุหรีไฟฟ้าในสหรัฐอเมริกาช่วงปี ค.ศ. 2021–2024 พบว่าแนวโน้มการสูบบุหรีไฟฟ้าของผู้หญิงสูงกว่าผู้ชายคิดเป็นร้อยละ 11.20 และร้อยละ 8.90 ตามลำดับ (Shankar, 2025) สำหรับงานวิจัยของ Simonavicius et al. (2017) พบว่าความอยากรู้อยากเห็น (Curiosity) ตามความคิดที่ว่า “ก็แค่ลอง (Just trying)” เป็นปัจจัยในเชิงจิตวิทยาที่จูงใจให้วัยรุ่นสูบบุหรีไฟฟ้า ความอยากรู้อยากลองเกิดจากสาเหตุ 3 ประการ คือ 1. ขาดความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของบุหรีไฟฟ้าต่อสุขภาพ 2. เชื่อว่าช่วยให้ลดจำนวนการสูบบุหรีซอง และเลิกได้ในที่สุด และ 3. การรับรู้ของบุคลากรสุขภาพต่อบุหรีไฟฟ้า ซึ่งเป็นปัจจัยสุดท้ายที่น่าสนใจจากการทบทวนวรรณกรรม โดยพบว่าบุคลากรสุขภาพบางกลุ่มมีความเชื่อผิด ๆ เช่นเดียวกับ ผู้สูบว่าบุหรีไฟฟ้าปลอดภัยกว่าบุหรีซองเพราะมีนิโคตินน้อยกว่า งานวิจัยของ

Singh et al. (2017) ซึ่งศึกษาบทบาทของแพทย์ในการช่วยเลิกบุหรีพบว่าแพทย์ 35 คน ที่ให้คำปรึกษาบุคคลเพื่อการเลิกบุหรีมีความรู้เกี่ยวกับสารเคมีในบุหรีไฟฟ้าค่อนข้างน้อยกว่าประกอบด้วยสารอะไรบ้าง และไม่มั่นใจว่าบุหรีไฟฟ้าปลอดภัยหรือมีอันตรายน้อยกว่าบุหรีซองหรือไม่ โดยเฉพาะผลระยะยาวของการสูบบุหรีไฟฟ้าต่อสุขภาพ หลายคนเคยมีประสบการณ์แนะนำให้บุคคลทดลองใช้บุหรีไฟฟ้าเพื่อช่วยเลิกบุหรีซอง แต่ยังไม่พบว่าได้ผลหรือไม่ ทั้งนี้เพราะในช่วงเวลาดังกล่าวความรู้ด้านวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้ามียังไม่มากพอในการช่วยตัดสินใจและการให้คำแนะนำอย่างถูกต้อง จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้พัฒนากรอบแนวคิดโดยใช้โมเดลปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social determinants of health model) (World Health Organization [WHO], 2010 อ้างถึงใน สสส., 2567) อธิบายว่าสุขภาพของบุคคลถูกกำหนดโดยปัจจัยด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อนำมาใช้ศึกษาปัจจัยต่าง ๆ รวม 8 ด้านว่ามีผลต่อการรับรู้ผลที่เกิดต่อสุขภาพจากบุหรีไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่นที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีในช่วงอายุ 18 ปีขึ้นไปในมหาวิทยาลัยหรือไม่และอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัย 8 ด้าน ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้า แรงกดดันจากเพื่อน การสูบบุหรีไฟฟ้าของพ่อ-แม่ การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ อายุ เพศ ความอยากรู้อยากลอง และการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพต่อบุหรีไฟฟ้าที่ส่งผลต่อการรับรู้ผลที่เกิดต่อสุขภาพจากบุหรีไฟฟ้าของนักศึกษาปริญญาตรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามเชิงโครงสร้างเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามจากกรอบแนวคิดในการวิจัยและค่านิยมปฏิบัติการของตัวแปร ลักษณะของแบบสอบถามมีทั้งคำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิด โดยตัวแปรอายุและเพศ อยู่ในส่วนของข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ (Experts' judgment) ด้านการควบคุมยาสูบจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามทั้งฉบับ (Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.90 สำหรับข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าเป็นคำถามแบบตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวม 13 คำถาม ได้แก่ คำถามความรู้ด้านสารเคมีในบุหรี่ไฟฟ้า ระดับนิโคติน อันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า รสชาติของบุหรี่ไฟฟ้า ความปลอดภัยเมื่อเปรียบเทียบกับบุหรี่ซอง และกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า มีค่าความเชื่อถือ KR-20 เท่ากับ 0.854 สำหรับข้อคำถามเกี่ยวกับตัวแปรอื่น ๆ มีจำนวน 6-8 ข้อที่ถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อการสูบบุหรี่เมื่อมีแรงกดดันจากเพื่อน การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของพ่อ-แม่ การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ ความอยากรู้อยากลอง และการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพต่อบุหรี่ไฟฟ้า เช่น ฉันไว้วางใจเมื่อบุคลากรทางสุขภาพบอกว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีโทษ และบุคลากรทางสุขภาพควรกระตุ้นให้เลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่ง

เป็นแบบสอบถามที่มีตัวเลือกเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) แบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ สำหรับนियามปฏิบัติการของการรับรู้ผลที่เกิดต่อสุขภาพจากบุหรี่ไฟฟ้า หมายถึง กระบวนการตีความและตระหนักเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อสุขภาพของผู้สูบ ซึ่งมีข้อคำถาม 20 ข้อ ได้แก่ บุหรี่ไฟฟ้าส่งผลกระทบต่ออันตรายต่าง ๆ เช่น ปอด หัวใจ เส้นเลือด ฯลฯ สารเคมีในบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เกิดโรคมะเร็ง บุหรี่ไฟฟ้าช่วยให้เลิกบุหรี่ของได้ บุหรี่ไฟฟ้าช่วยลดความเครียด บุหรี่ไฟฟ้าช่วยให้น้ำหนักลด บุหรี่ไฟฟ้าที่มีกลิ่นผลไม้ปลอดภัยกว่ากลิ่นอื่น เป็นต้น โดยผู้วิจัยทดสอบค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามส่วนอื่น ๆ นี้กับนักศึกษาที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.905 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้ ประชุมประสานงานกับผู้บริหารทั้ง 10 คณะเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับนักศึกษาที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี ระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม พ.ศ. 2562 จากนั้นผู้วิจัยได้พบนักศึกษาแต่ละคณะนอกเวลาเรียนและได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากงานวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนตอบคำถามที่นักศึกษาสงสัยจนเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ก่อนที่นักศึกษาจะลงนามยินยอมอย่างสมัครใจเพื่อเข้าร่วมการวิจัยตามขั้นตอนต่าง ๆ ที่ระบุไว้ในเอกสารโครงการวิจัยและเอกสารเพื่อขอการพิจารณาการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ นักศึกษาที่กำลังศึกษาหลักสูตรปริญญาตรีของ 10 คณะในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 11,460 คน และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 382 คน ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) และการ



คำนวณด้วยสูตรของ Yamane (1973 อ้างถึงใน วัลลภ รัฐฉัตรานนท์, 2561, หน้า 37)

2. การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย AUIRB Protocol No: 0002-2017 (ช่วงเวลาอนุมัติการดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ.2562) โดยนักวิจัยปกป้องกลุ่มตัวอย่างให้เป็นอิสระจากความเสียหายอันตรายหรือความไม่สุขสบายที่อาจเกิดขึ้นตลอดการเข้าร่วมงานวิจัย รวมถึงหากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจหรือมีความกังวลต่อข้อคำถามในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้คำปรึกษาจนรู้สึกดีขึ้น และหากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการวิจัยก็สามารถทำได้โดยไม่มีผลเสียใด ๆ เกิดขึ้นต่อกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัยหลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และขั้นตอนการเข้าร่วมในการวิจัยอย่างชัดเจนก่อนที่จะลงชื่อเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกปิดเป็นความลับและอภิปรายผลในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างได้รับการคุ้มครองการวิจัยโดยปราศจากอคติและได้รับการปฏิบัติจากผู้วิจัยอย่างเท่าเทียมกัน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม ถึง 10 มีนาคม พ.ศ. 2562 โดยใช้แบบสอบถามเชิงโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์โดยมีสมมติฐานการวิจัย คือ ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าแรงกดดันจากเพื่อน การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของพ่อ-แม่ การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ อายุ เพศ ความอยากรู้อยากลอง และการรับรู้ของบุคคลากรสุขภาพต่อบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการรับรู้ผลที่เกิดต่อสุขภาพจากบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาปริญญาตรี วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเกี่ยวกับคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพบว่าร้อยละ 49 เป็นนักศึกษาชาย และร้อยละ 51 เป็นนักศึกษาหญิง โดยร้อยละ 7.60 อายุ 18 ปี ร้อยละ 33.80 อายุ 19-20 ปี ร้อยละ 40.30 อายุ 21-22 ปี ร้อยละ 13.10 อายุ 23-24 ปี และร้อยละ 5.20 อายุมากกว่า 25 ปี ทั้งนี้ร้อยละ 19.60 กำลังศึกษาชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 29.30 กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 25.40 กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 3 และร้อยละ 21.50 และ 4.20 กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 4 และ 5 ตามลำดับ ข้อมูลด้านสถานะการสูบบุหรี่ พบว่าร้อยละ 20.90 เป็นผู้สูบบุหรี่มือหนึ่ง ร้อยละ 4.70 เป็นผู้สูบบุหรี่มือสอง ร้อยละ 1 เป็นผู้สูบบุหรี่มือสาม ร้อยละ 3.90 เคยสูบบุหรี่แต่เลิกได้แล้ว ร้อยละ 69.40 ไม่สูบบุหรี่ และร้อยละ 35.60 เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า การวิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ค่อนข้างน้อย โดยร้อยละ 50 ขาดความรู้ว่าบุหรี่ไฟฟ้ามี่สารเคมีให้โทษต่อร่างกายผู้สูบ ในขณะที่ร้อยละ 71.50 และร้อยละ 45 มีความรู้ ว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีส่วนประกอบของสารนิโคติน และมีการเติมรสชาติเพื่อให้ถูกใจผู้สูบได้ตามลำดับ ส่วนผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ากับการช่วยให้เลิกบุหรี่ของ พบว่าร้อยละ 41.90 คิดว่าช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ของได้ ในขณะที่ร้อยละ 33.80 คิดว่าช่วยให้เลิกไม่ได้ และร้อยละ 24.30 ไม่แน่ใจ ดังแสดงใน กราฟ 1



กราฟ 1 ร้อยละความรู้ของกลุ่มตัวอย่างต่อบุหรี่ไฟฟ้าในการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ของ

ด้านตัวแปรความกดดันจากเพื่อน พบว่าร้อยละ 38 สูบบุหรี่ไฟฟ้าเพราะต้องการออกไปเกี่ยวกับ

เพื่อน ๆ ที่สูบบุหรี่ละ 24.90 และร้อยละ 19.40 สูบเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนและสานต่อความสัมพันธ์ได้อย่างยาวนานขึ้น ในขณะที่ร้อยละ 16.50 สูบเพราะต้องการดูแลในในกลุ่มเพื่อน ร้อยละ 36.04 สูบร่วมกับการดื่มเหล้า และร้อยละ 23 สูบเพราะเชื่อที่เพื่อนบอกว่าบุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัย

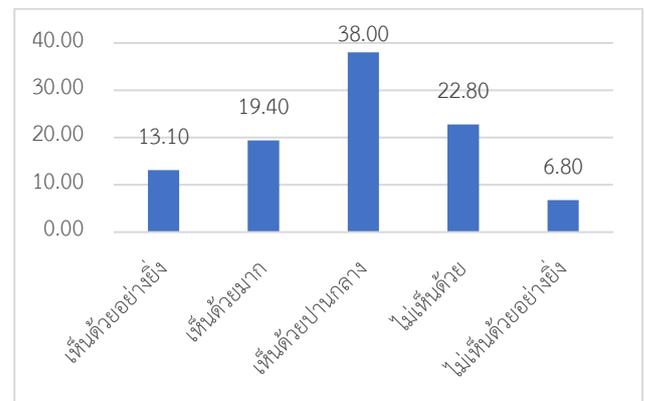
กลุ่มตัวอย่างมีพ่อและแม่สูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 12 และร้อยละ 6.50 ตามลำดับ โดยพบว่าร้อยละ 8.04 สูบตามพ่อ-แม่ และร้อยละ 8.70 สูบเพราะพ่อ-แม่ บอกว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ซอง

ด้านตัวแปรการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ พบว่าร้อยละ 17 เข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้จากสื่อต่าง ๆ เช่น ร้อยละ 25.10 ใช้อินเทอร์เน็ตในการค้นหาข้อมูลบุหรี่ไฟฟ้า ทำให้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.60 เห็นรูปแบบต่าง ๆ ของบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 25.70 สามารถเข้าถึงแหล่งซื้อ-ขายได้ และร้อยละ 16.50 ของกลุ่มตัวอย่างยอมรับว่าถูกชักจูงจากโฆษณาในอินเทอร์เน็ตให้ลองสูบบุหรี่ไฟฟ้า

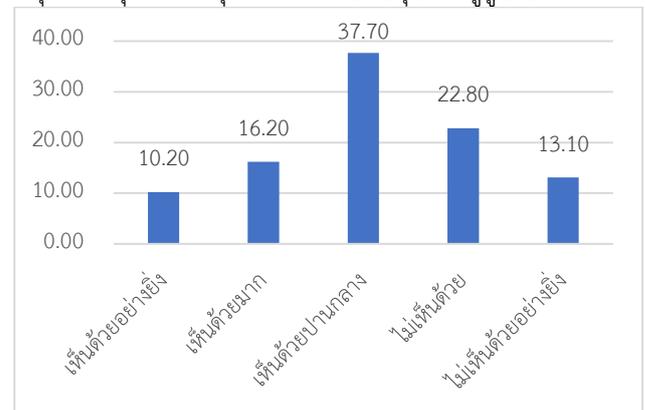
ด้านตัวแปรความอยากรู้อยากลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.50 สูบบุหรี่ไฟฟ้าเพราะอยากรู้อยากลอง รสชาติอย่างไร ร้อยละ 37.30 อยากรู้สึกกลิ่นของบุหรี่ไฟฟ้า ในขณะที่ร้อยละ 18.50 อยากรู้อยากลองเปรียบผลที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้ากับบุหรี่ซอง และร้อยละ 10.10 สูบเพราะอยากรู้อยากลองในสังคม

สำหรับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างด้านตัวแปรการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพต่อบุหรี่ไฟฟ้า หมายถึง ข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเมื่อมีการสนทนากับบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นไปตามการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพนั้น ๆ เช่น ฉันทันรับรู้ว่าบุคลากรสุขภาพว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีโทษต่อสุขภาพผู้สูบบ่อย่างมาก ซึ่งพบว่าร้อยละ 13.10 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 19.40 เห็นด้วยมาก ร้อยละ 38 เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 22.80 ไม่เห็นด้วย และร้อยละ 6.80 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ดังแสดงในกราฟ 2 และสำหรับความคิดเห็นว่าบุคลากรทางสุขภาพยังขาดข้อมูลพิสูจน์ถึงอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า พบว่าร้อยละ 10.20 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 16.20 เห็นด้วยมาก ร้อยละ 37.70 เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 22.80

ไม่เห็นด้วย และร้อยละ 13.10 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ดังแสดงในกราฟ 3



กราฟ 2 ร้อยละความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีโทษต่อสุขภาพผู้สูบบ่อย่างมาก



กราฟ 3 ร้อยละความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างว่าบุคลากรทางสุขภาพยังขาดข้อมูลพิสูจน์อันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า

สำหรับตัวแปรตาม คือ การรับรู้ที่เกิดต่อสุขภาพจากบุหรี่ไฟฟ้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.10 และร้อยละ 20.90 ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าบุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัย ร้อยละ 23 และร้อยละ 16 คิดว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ซอง ด้านการรับรู้ต่อผลกระทบทางร่างกายที่เกิดจากบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า ร้อยละ 33 คิดว่ามีผลต่อปอด ร้อยละ 25.40 มีผลต่อหัวใจและเส้นเลือด และร้อยละ 24.90 มีผลต่อสมอง เป็นต้น

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่ามีการวิจัย 5 ด้านที่มีผลต่อการรับรู้ผลที่เกิดต่อสุขภาพจากบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ของบุคลากรสุขภาพต่อบุหรี่ไฟฟ้า ($r = 0.551, p < 0.01$) ความอยากรู้อยากลอง ($r = 0.326, p < 0.01$)



การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ ($r = 0.288, p < 0.01$)
แรงกดดันจากเพื่อน ($r = 0.275, p < 0.01$) และการ

สูบบุหรี่ไฟฟ้าของพ่อ-แม่ ($r = 0.257, p < 0.01$) แสดง
ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปร ($n = 382$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1.เพศ	1.000							
2.อายุ	.068	1.000						
3.ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า	-.092*	-.034*	1.000					
4.แรงกดดันจากเพื่อน	.188*	.061*	-.173	1.000				
5.การสูบบุหรี่ของพ่อ-แม่	.081	.013*	-.112*	.585**	1.000			
6.การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์	.163*	.013*	-.244	.655**	.593**	1.000		
7.ความอยากรู้อยากลอง	.272**	.072	-.238	.662**	.526**	.649*	1.000	
8.การรับรู้ของบุคลากรสุขภาพต่อบุหรี่ไฟฟ้า	.099*	.012*	-.129	.417**	.352**	.464**	.454**	1.000
9.การรับรู้ผลที่เกิดต่อสุขภาพจากบุหรี่ไฟฟ้า	.016	.080	-.123**	.275**	.257**	.288**	.326**	.551**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

นอกจากนี้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแสดงให้เห็นว่าตัวแปรการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพต่อบุหรี่ไฟฟ้าเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการรับรู้ด้านผลที่เกิดต่อสุขภาพจากบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มตัวอย่างได้ดีที่สุดเพียงตัวเดียว ($\beta = .509, p < .01$) โดยมีสมการทำนาย

คือ การรับรู้ผลที่เกิดต่อสุขภาพจากบุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษา มหาวิทยาลัยเอกชน = $55.978 + 1.420$ การรับรู้ของบุคลากรสุขภาพต่อบุหรี่ไฟฟ้า แสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 สมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ผลที่เกิดต่อสุขภาพจากบุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษาปริญญาตรี ($n = 382$)

ตัวแปรทำนาย	Unstandardized coefficients		β	t
	b	SE _b		
เพศ	-	4.562	-.066	-1.491
อายุ	2.174E			
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า	1.205	.733	.070	1.643
แรงกดดันจากเพื่อน	-.052	.056	-.042	-.942
การสูบบุหรี่ของพ่อ-แม่	-.013	.123	-.007	-.103
การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์	.135	.148	.052	.912
ความอยากรู้อยากลอง	-.087	.146	-.039	-.593
การรับรู้ของบุคลากรสุขภาพต่อบุหรี่ไฟฟ้า	.243	.158	.100	1.542
	1.420	.138	.509	10.261**

$R^2 = .323, F = 22.259^{**}, SE_{est} = 13.636, Constant = 55.978,$

$R^2_{adj} = .309, ** p < .01$

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ทางบวกของตัวแปรหรือปัจจัย 5 ประการที่มีต่อการรับรู้ผลที่เกิดต่อสุขภาพจากบุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษา มหาวิทยาลัยเอกชน โดยตัวแปรการรับรู้ของบุคลากร

สุขภาพต่อบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์มากที่สุดและเป็นตัวแปรทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามที่แสดงในตาราง 1 และ 2 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Singe et al. (2017) พบว่าความรู้และคำแนะนำตามการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของบุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะอย่าง



ยิ่งแพทย์ และพยาบาลมีอิทธิพลต่อความเชื่อและการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเพื่อการสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมาก โดยข้อมูลสำคัญที่บุคลากรสุขภาพควรแนะนำแก่บุคคลที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า คือ การลดความเสี่ยงจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ซอง เพราะเป็นประเด็นที่ผู้สูบบนขอรับคำปรึกษามากที่สุด นอกจากนี้บุคลากรสุขภาพเป็นกลุ่มวิชาชีพที่ได้รับความไว้วางใจจากผู้ใช้บริการเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าร้อยละ 13.10 และร้อยละ 19.40 เห็นด้วยอย่างยิ่ง และเห็นด้วยมากกับการรับรู้ของบุคลากรสุขภาพต่อบุหรี่ไฟฟ้าว่ามีความปลอดภัยหรือไม่ อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Singe et al. (2017) ในแง่ที่บุคลากรสุขภาพยังขาดความรู้สำคัญบางด้าน เช่น ข้อมูลสารพิษต่าง ๆ ในองค์ประกอบของบุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะนิโคติน รสชาติ และกลิ่นที่ผู้สูบบสามารถเพิ่มระดับได้ และนิโคตินทำให้เสพติดและเป็นอันตรายต่อสมองของผู้สูบบอย่างมาก ถึงกับมีคำถามชวนคิดโดย สสส. (2568) ว่า “น้ำมันหอมระเหยในบุหรี่ไฟฟ้าเต็มไปด้วยสารเคมีมากมาย เมื่อโดนความร้อนมันหายไปไหน? แล้วคุณสูดอะไรเข้าปอด?” และ “ถ้าไม่ต้องการให้เสพติดทำไมต้องใส่นิโคตินในบุหรี่ไฟฟ้า” เผยแพร่ในคู่มือบุหรี่ไฟฟ้า รู้ไว้ ร้ายจัด และสถานีโทรทัศน์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นอเมริกา คือ ความไวของสมองต่อสารนิโคติน ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าที่ถูกต้อง ทันสมัย รู้เท่าทันบริษัทบุหรี่ และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนข้อมูลที่จะแนะนำผู้สูบบบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อการเลิกสูบบ (CDC, 2024) ตัวแปรอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ผลที่เกิดต่อสุขภาพจากบุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษาปริญญาตรี คือ ความอยากรู้อยากลอง การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ แรงกดดันจากเพื่อน และการสูบบบุหรี่ไฟฟ้าของพ่อ-แม่ ให้ผลสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jiang et al. (2016) และ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ [สบส.] (2568) พบว่าวัยรุ่น ร้อยละ 15.80 ทดลองสูบบบุหรี่ไฟฟ้าตามเพื่อนที่สูบบ และมีแนวโน้มอยากสูบบบุหรี่ไฟฟ้าถ้าเพื่อนชักชวนให้ทดลองสูบบ ซึ่งเป็นไปตามพัฒนาการของวัยรุ่น

ที่เป็นวัยอยากรู้อยากลอง อยากรู้อยากลอง และการไม่ได้รับคำแนะนำจากพ่อ-แม่เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ไฟฟ้าต่อร่างกาย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการสำรวจวัยรุ่นอเมริกาพบว่าการโฆษณาที่พุ่งเป้าไปที่วัยรุ่น การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า รสชาติของบุหรี่ไฟฟ้า และอิทธิพลทางสังคมที่ต้องการเป็นที่ยอมรับในหมู่เพื่อนทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้สูบบบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้น (CDC, 2024)

สำหรับตัวแปรการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์นั้นให้ผลสอดคล้องกับข้อมูลในเอกสารคู่มือบุหรี่ไฟฟ้า รู้ไว้ ร้ายจัด ซึ่งระบุว่าวัยรุ่นเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าผ่านอินเทอร์เน็ตได้หลายช่องทางจากมากไปน้อย ได้แก่ เว็บไซต์ ร้อยละ 23 โลก ร้อยละ 21 ยูทูบ ร้อยละ 20 เฟสบุ๊ก ร้อยละ 15 ทวิตเตอร์ ร้อยละ 12 และอินสตาแกรม ร้อยละ 9 เพราะสื่อสังคมออนไลน์เหล่านี้เข้าถึงได้ง่าย ทุกที่ ทุกเวลา จึงเป็นแหล่งรวมข้อมูล การโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าในรูปแบบใหม่ ๆ ภาพ ราคา รวมถึงแหล่งซื้อขายบุหรี่ไฟฟ้า (สสส., 2568)

อย่างไรก็ตามพบว่ามีตัวแปร 2 ด้านที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรการรับรู้ผลที่เกิดต่อสุขภาพจากบุหรี่ไฟฟ้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ และอายุ สำหรับตัวแปรความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์ทางลบหรือแปรผกผันกับการรับรู้ผลที่เกิดต่อสุขภาพจากบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบบุหรี่ไฟฟ้าของเด็กและเยาวชนไทย โดยพบว่าเพศหญิงสูบบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 51.40 เพศชาย ร้อยละ 45.47 อายุของผู้ที่สูบบบุหรี่ไฟฟ้ามากที่สุด คือ 19-25 ปี ร้อยละ 37.62 รองลงมา คือ อายุ 16-18 ปี ร้อยละ 29.26 ซึ่งเรียนในระดับมหาวิทยาลัย และการรับรู้เกี่ยวกับโทษและอันตรายจากบุหรี่ไฟฟ้าเกินครึ่ง คือ ร้อยละ 52.2 มีความรู้ในระดับไม่ดีถึงพอใช้ ทั้งนี้เพราะเยาวชนขาดการเข้าถึงสื่อหรือกลุ่มบุคคลที่สามารถให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ในทางตรงกันข้ามเยาวชนเหล่านี้ได้ความรู้จากเพื่อนที่ชักชวนให้สูบบ ร้อยละ 45.56 และเข้าถึงความรู้ผิด ๆ จากสื่อเฟซบุ๊ก ร้อยละ 27.88 รองลงมา คือ ดึกตอก ร้อยละ 27.60 (สสส., 2568)



ข้อเสนอแนะ

ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้ บุคลากรด้านสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลควรให้ความสำคัญและมีความตระหนักว่าการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่นั้นตนเองต้องมีความรู้ ทักษะคติเชิงบวก และความเชื่ออย่างถูกต้อง ทันท่วงที และมีข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างเข้มแข็งและเพียงพอ เพื่อให้การดำเนินการควบคุมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน สามารถลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งเก่าและหน้าใหม่ได้ นอกจากนี้สหวิชาชีพควรร่วมมือกันเพื่อให้ภารกิจการควบคุมยาสูบทุกชนิดสำเร็จตามความมุ่งหมาย อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น ความอยากรู้อยากลอง การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ แรงกดดันจากเพื่อน และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของพ่อ-แม่ เป็นสิ่งที่ควรพิจารณาประกอบขณะให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ไฟฟ้าด้วย เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้ผลที่เกิดต่อสุขภาพจากบุหรี่ไฟฟ้าเช่นกัน อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้พบว่านักศึกษาระดับปริญญาตรีมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและอันตรายต่อสุขภาพค่อนข้างน้อย ดังนั้นข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปคือ ควรใช้ผลการวิจัยนี้เพื่อต่อยอดการวิจัยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based research) เพื่อให้ได้โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการให้ความรู้ สร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับผลกระทบเชิงลบของบุหรี่ไฟฟ้าต่อสุขภาพในเยาวชนกลุ่มนี้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารและนักศึกษาทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันที่ให้คำแนะนำที่มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2568). *การสำรวจ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าหรือพอด (Pod) ของเด็กและเยาวชนไทย*. https://hss.moph.go.th_topic.php
- พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย, ชนุตตา พาโพนงาม, นฤมล ลาวน้อย, อาทิตยา บัวเรือง, จิรดา จันทร์รุ่งเรือง และอัมพวัน บุญรอด. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(ฉบับพิเศษ 2), S197-205.
- วัลลภ รัฐฉัตรานนท์. (2019). การหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย: มายาคติในการใช้สูตรของทาร์ยา มาเนและเครจซี่-มอร์แกน. *วารสารรัฐศาสตร์ปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*, 6(1), 27-58.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2568). *คู่มือบุหรี่ไฟฟ้า รู้ไว้ ร้ายจัด*. <https://www.thaihealth.or.th/wp-content/upload/2025/09/คู่มือ-บุหรี่ไฟฟ้า-รู้ไว้-ร้ายจัด.pdf>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชาชน พ.ศ. 2567*. <https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey-detail/2025/2025041100215-15169.pdf>
- American Lung Association. (2024). *State of tobacco control 2024*. <https://www.lung.org/press-releases/sotc-2024>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Electronic cigarette use among youth*. <https://www.cdc.gov/tobacco/e-cigarettes/youth/index.html>
- Conner, M., Grogan, S., Simms-Ellis, R. S., Flett, K., Sykes-Muskett, B., Cowap, L., & Siddiqi, K. (2017). Do electronic cigarettes increase cigarette smoking in UK adolescents? Evidence from a 12-month prospective study. *Tobacco Control*, 26(5), 525-530. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053539>



- Du, W., Chen, G., Gu, M., Deng, H., & Choi, W. G. (2024). Associations between exposure to tobacco information through mass media, smoking households, and secondhand smoke exposure in adolescents: Survey data from South Korea. *Tobacco Induced Diseases*, 22, Article 11. <https://doi.org/10.18332/tid/170872>
- Hirano, T., Tabuchi, T., Nakahara, R., Kunugita, N., & Mochizuki-Kobayashi, Y. (2017). Electronic cigarette use and smoking abstinence in Japan: A cross-sectional study of quitting methods. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(2), 202. <https://doi.org/10.3390/ijerph14020202>
- Hopkinson, N. S., Vrinten, C., Parnham, J. C., Rado, M. K., Filippidis, F., Vamos, E. P., & Lavery, A. A. (2024). Association of time spent on social media with youth cigarette smoking and e-cigarette use in the UK: A national longitudinal study. *Thorax*, 79(7), 662–669. <https://doi.org/10.1136/thorax-2023-220569>
- Ioakeimidis, N., Vlachopoulos, C., & Tousoulis, D. (2016). Efficacy and safety of electronic cigarettes for smoking cessation: A critical approach. *Hellenic Journal of Cardiology*, 57(1), 16–21.
- Jiang, N., Man, P. W., Sin, Y. H., Lok, T. L., & Tai, H. L. (2016). Electronic cigarette use among adolescents: A cross-sectional study in Hong Kong. *BMC Public Health*, 16, 202. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2880-0>
- Lee, J. A., Lee, S., & Cho, H. J. (2017). The relation between frequency of e-cigarette use and frequency and intensity of cigarette smoking among South Korean adolescents. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 14(3), 305. <https://doi.org/10.3390/ijerph14030305>
- Nayir, E., Karacabey, B., Kirca, O., & Ozdogan, M. (2016). Electronic cigarette (e-cigarette). *Journal of Oncological Sciences*, 2(1), 16–20. <https://doi.org/10.1016/j.jons.2016.02.001>
- Richard, A. M., Patrick, M. O., Lloyd, D. J., & Megan, E. P. (2016). E-cigarettes and drug use patterns in adolescents. *Nicotine Tobacco Research*, 18(5), 654–659. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntr217>
- Shankar, B. S. (2025). Forecasting youth tobacco use with the National Youth Tobacco Survey data (2021–2024). *Cureus*, 17(6), e86851. <https://doi.org/10.7759/cureus.86851>
- Simonavicius, E., McNeill, A., Arnott, D., & Brose, L. S. (2017). Factors associated with current smokers using or stopping e-cigarette use. *Drug and Alcohol Dependence*, 173, 139–143. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.12.028>
- Singh, B., Hrywna, M., Wackowski, O. A., Delnevo, C. D., Lewis, M. J., & Steinberg, M. B. (2017). Knowledge, recommendations, and beliefs of e-cigarettes among physicians. *Preventive Medicine Reports*, 8, 25–29. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.07.004>
- Tobacco Atlas. (2023). *Challenges: Prevalence*. <https://tobaccoatlas.org/challenges/prevalence/2023>
- U.S. Food and Drug Administration. (2024). *National Youth Tobacco Survey (NYTS)*. <https://www.fda.gov/tobacco-products/youth-and-tobacco/results-annual-national-youth-tobacco-survey-nyts>
- Wackowski, O. A., O'Connor, R. J., Strasser, A. A., Hammond, D., Villanti, A. C., & Delnevo, C. D. (2016). Perceptions of modified risk warnings for e-cigarettes. *Preventive Medicine Reports*, 4, 309–312. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.07.010>



ผลของการใช้แอปพลิเคชัน Preg-PLAM 4 Warning Signs ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอด

Received: September 13, 2025

Revised: December 2, 2025

Accepted: December 5, 2025

สุกฤตา ตะการีย์^{1*} (พย.ม.), พิชามภรณ์ จันทนกุล² (ค.ด.),

อัมพร คงจิระ¹(พย.ม.), พรรณี ตรังคสันต์¹(ศ.ม.)

สกาย นาดิ³ (นักศึกษาระดับปริญญาโท)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงกุมภาพันธ์ 2568 ในหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัตถุประสงค์ ได้แก่ 1) ศึกษาผลลัพธ์การใช้แอปพลิเคชันในการให้ความรู้ 2) ประเมินความพึงพอใจในการใช้งาน 3) ลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอด และ 4) ศึกษาความแตกต่างของคะแนน APGAR Score ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทดสอบความเชื่อมั่นหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 0.88 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ 10 ข้อ ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC = 0.9) และแบบสอบถามความพึงพอใจ 10 ข้อ (IOC = 0.8) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในกลุ่มทดลองดีขึ้นจากก่อนเข้าร่วมการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังการทดลองมีความพึงพอใจด้านแอปพลิเคชัน และด้านเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำอยู่ในระดับมากที่สุด หลังการใช้งานเกิดความวิตกกังวล แตกต่างจากก่อนการใช้อยู่ในระดับมากที่สุด และกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนแรกคลอดของทารกแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: แอปพลิเคชัน Preg-PLAM 4 Warning Signs การดูแลตนเอง หญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอด

¹อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand

³นักศึกษาระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand

*Corresponding author: Sukritatakaree@gmail.com



Effects of Application for Preg-PLAM 4 Warning Signs on Self-care Behaviours in Pregnant Women During the Near Term

Sukrita Takaree^{1*} (M.N.S.), Pichaporn Janthanakul² (Ph.d),
Amporn Kongjeera¹ (M.N.S.), Phannee Trangsant¹ (M.A.)
Sky Nadee³ (Nursing student)

Abstract

This study employed a quasi-experimental research design and was conducted between November 2024 and February 2025 among 100 pregnant women in their third trimester. The participants were divided into an experimental group and a control group. The objectives were: 1) to examine the outcomes of using an educational application, 2) to assess user satisfaction, 3) to reduce anxiety among women approaching childbirth, and 4) to investigate differences in APGAR scores between the experimental and control groups. The reliability of the questionnaire was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a reliability value of 0.88. The research instruments consisted of a personal information questionnaire, a 10-item knowledge questionnaire (IOC = 0.9), and a 10-item satisfaction questionnaire (IOC = 0.8). Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including the independent t-test and paired t-test.

The results showed that: The results revealed that the mean knowledge scores in the experimental group significantly improved after the intervention at the 0.05 level. After the intervention, satisfaction with the application and with staff guidance was at the highest level. Post-use anxiety levels differed markedly from pre-use levels, and the experimental group demonstrated significantly different neonatal APGAR scores compared to the control group.

KEYWORDS: Application for Preg-PLAM 4 Warning Signs, Self-care, Pregnant women during the near term

¹ Lecture of Faculty of Nursing, Siam University, Thailand.

² Assistant Professor, Ph.d., Faculty of Nursing, Siam University, Thailand.

³ Nursing student, Faculty of Nursing, Siam University, Thailand.

*Corresponding author: Sukritatakaree@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ดำเนินนโยบาย “ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เป้าหมายที่ 3 ที่มุ่งให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะ SDG 3.1 เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย และ SDG 3.2 เพื่อลดการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดให้ต่ำกว่า 12 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ภายในปี พ.ศ. 2573 (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2567) สถานการณ์อนามัยแม่และเด็กของประเทศไทยยังคงน่ากังวล โดยปี พ.ศ. 2564 พบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12.47 และในปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 11.61 (อนามัยแม่และเด็ก, 2565) นอกจากนี้ ในเขตสุขภาพที่ 5 พบอัตราการเกิดไว้ชีพเฉลี่ยร้อยละ 5.5 ซึ่งยังคงทรงตัวตลอด 2 ปีที่ผ่านมา (กองบริหารการสาธารณสุข, 2566) สะท้อนถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างความรู้และการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory; Orem, 1995) การคงไว้ซึ่งสุขภาพต้องอาศัยการดูแลตนเอง โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ซึ่งจำเป็นต้องประเมินอาการและตัดสินใจดูแลตนเองอย่างเหมาะสม งานวิจัยของปิยอร ยกทวน และรจนา มาศแสงศรี (2564) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 มีความต้องการความรู้ ด้านการปฏิบัติตน การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ โดยเฉพาะคำแนะนำจากพยาบาลผดุงครรภ์ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์ยังมีจำนวนจำกัด ไม่สามารถให้บริการคำปรึกษาได้ทั่วถึง และจากประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ที่ฝึกปฏิบัติ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2567 พบว่าหน่วยฝากครรภ์มีหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการเฉลี่ยวันละ 100 คน และมีหญิงตั้งครรภ์จำนวนมากโทรสอบถามเกี่ยวกับอาการ น้ำเดิน เจ็บครรภ์ เลือดออก และลูกดิ้นน้อย ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนสำคัญของภาวะใกล้คลอด ส่งผลให้

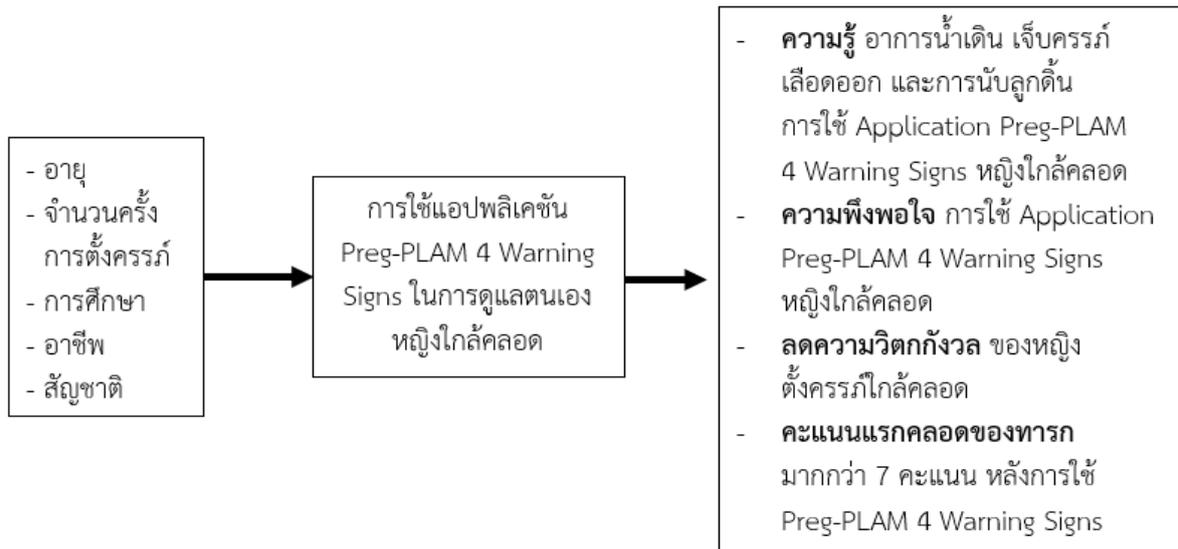
บุคลากรมีภาระงานเพิ่มขึ้น และหญิงตั้งครรภ์บางรายตัดสินใจเข้ารับบริการไม่ถูกต้องตามระยะคลอดจริง และจากข้อมูลจากแผนกห้องคลอด ระบุว่าในปี พ.ศ. 2565-2567 มีหญิงตั้งครรภ์ที่แพทย์ให้กลับบ้านเพื่อสังเกตอาการคิดเป็นร้อยละ 16-18 และพบการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ต่อเนื่องทุกปี (โรงพยาบาลสามพราน, 2567) ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างด้านความรู้และการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์ในการมารับบริการทางการแพทย์

จากข้อความข้างต้นผู้วิจัยจึงพัฒนาแอปพลิเคชัน “Preg-PLAM 4 Warning Signs” เพื่อเป็นสื่อให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 เกี่ยวกับ 4 สัญญาณเตือน ได้แก่ น้ำเดิน เจ็บครรภ์ เลือดออก และการนับลูกดิ้น เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถประเมินอาการและตัดสินใจมารับบริการได้ถูกต้องและทันเวลาที่ อีกทั้งยังช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ ส่งเสริมการดูแลตนเองของมารดา และเพิ่มความปลอดภัยต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจมาโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ Preg-PLAM 4 Warning Signs Application
3. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการใกล้คลอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนน APGAR Score ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือแอปพลิเคชัน Preg-PLAM 4 Warning Signs เป็นการพัฒนามาจากทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม คือ ความต้องการความรู้ในการดูแลตนเองในการส่งเสริมทางด้านการปฏิบัติตน ซึ่งมารดาต้องการความรู้จากพยาบาลมากที่สุด เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานห้องคลอด พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุม มีการตรวจสอบแก้ไขภาษาที่ใช้ และนำไปคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence: IOC) แบบสอบถามส่วนที่ 2 ค่า IOC = 0.9, แบบสอบถามส่วนที่ 3 ค่า IOC = 0.8 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = 0.88

แบบสอบถามส่วนที่ 1 คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบไปด้วย อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ การศึกษาสูงสุด อาชีพ และสัญชาติ

แบบสอบถามส่วนที่ 2 คือ แบบสอบถามความรู้การดูแลตนเองในการใช้แอปพลิเคชัน Preg-

PLAM 4 Warning Signs ของหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอด เป็นการนำความรู้การดูแลตนเองเกี่ยวกับ 4 สัญญาณเตือน ได้แก่ น้ำเดิน เจ็บครรภ์ เลือดออก และการนับลูกดิ้น เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถประเมินอาการและตัดสินใจมารับบริการได้ถูกต้องและทันท่วงที่มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบถูก-ผิด หากตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ตอบผิดจะได้ 0 คะแนน โดยใช้หลักการให้คะแนนแบบ Dichotomous ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Item Response Theory (Du Toit, 2003)

แบบสอบถามส่วนที่ 3 คือ 3.1) แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจหลังใช้แอปพลิเคชัน Preg-PLAM 4 Warning Signs จำนวน 6 ข้อ เกณฑ์ให้คะแนนมี 5 ระดับ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Rating scale (Likert, 1932; อ่างโนสุบิน ยุระรัช, 2565) เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 1.00–1.79 คะแนน หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจน้อยสุด 1.80–2.59 หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจน้อย 2.60–3.39 คะแนน หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจปานกลาง 3.40–4.19 คะแนน หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจมาก และ 4.20–5.00 คะแนน หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจมากที่สุด 3.2) แบบประเมินความวิตกกังวล Preg-PLAM 4 Warning Signs จำนวน 3 ข้อ เกณฑ์ให้คะแนนมี 5 ระดับ

(Likert, 1932; อ่างในสุบิน ยุระรัช, 2565) โดยเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 1.00–1.79 คะแนน หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลน้อยสุด 1.80–2.59 คะแนน หมายถึงหญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลน้อย 2.60–3.39 คะแนน หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลปานกลาง 3.40–4.19 คะแนน หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลมาก และ 4.20–5.00 คะแนน หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลมากที่สุด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณค่าอิทธิพล (Effect Size) มีค่าเท่ากับ 0.76 จากงานวิจัยของ ธิติพร สุวรรณอำภา และทัศนีย์วรรณ พงกษามะธานันท์ (2566) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบที่ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 46 ราย ได้คำนวณเผื่อการสูญหายของข้อมูลอีกร้อยละ 5 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 50 คน รวมทั้งสิ้น 100 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 37–42 สัปดาห์ ที่มาใช้บริการ ณ แผนกฝากครรภ์ และห้องคลอด จำนวน 100 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มควบคุม 50 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่

- ผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมให้ความร่วมมือ
- อายุครรภ์ 37–42 สัปดาห์
- สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ
- มีโทรศัพท์มือถือ และอินเทอร์เน็ตระบบรองรับ IOS และระบบ Android
- ตั้งครรภ์ปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

เกณฑ์การคัดออก (Exclusive Criteria) ได้แก่

มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เช่น จำเป็นต้องได้รับผ่าตัดคลอด

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย

มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

นำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม (หมายเลขหนังสือรับรอง SN-IRB 2567/002.02/08/67 วันที่รับรอง 5 พฤศจิกายน 2567) เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดและสุ่มเข้ากลุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ดำเนินงานวิจัยปฏิบัติทีละกลุ่มเพื่อป้องกัน Contaminate ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากวิจัยได้ตลอด โดยไม่มีผลกระทบต่อทารกในครรภ์

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวิธีการใช้นวัตกรรม โดย

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1

1.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพเบื้องต้นเพื่อทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมงานวิจัยเกิดบรรยากาศที่เป็นมิตร และสร้างความรู้สึกรู้สึกไว้วางใจ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกผ่อนคลาย ผู้วิจัยกล่าวทวนการยินยอมในเข้าร่วมในกิจกรรม เพื่อประเมินและยืนยันความเต็มใจในการเข้าร่วมการทดลอง

1.2 ผู้วิจัยประเมินความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ทางด้านร่างกายและจิตใจโดยให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ถึงช่วงเวลาที่พักผ่อนพร้อมรับคำแนะนำโดยไม่รีบร้อนกลับบ้าน

1.3 ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม และผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการใช้แอปพลิเคชัน Preg-PLAM 4 Warning Signs ของหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอด อย่าง



ละเอียดย และให้หญิงตั้งครรภ์มีการเข้าใช้แอปพลิเคชัน ขณะที่ผู้วิจัยอยู่เคียงข้างตลอด

1.4 เชิญหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมวิจัย เข้าร่วมในไลน์กลุ่ม ซึ่งใช้ชื่อกลุ่มว่า “ห่วงใย My mom”

ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัย 1 คน รับผิดชอบดูแลกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยโดยประมาณ 5-6 คน เพื่อจะได้ติดตามอย่างใกล้ชิด และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยจะมีไลน์กลุ่ม “ห่วงใย My mom” ไว้บริการให้คำแนะนำ คำปรึกษา รวมถึงสามารถสอบถามถึงอาการที่ผิดปกติต่าง ๆ ของหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอด



ภาพแสดงที่ 1 QR Code Application: Preg-PLAM 4 Warning Signs ของหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอด



ภาพแสดงที่ 2 แสดงหน้าเริ่มต้นของแอปพลิเคชัน และหน้าแสดง 4 สัญญาณเตือนในมารดาใกล้คลอด



ภาพแสดงที่ 3 ไลน์กลุ่ม ห่วงใย My mom ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1

2.1 ผู้วิจัย 1 คน รับผิดชอบดูแลกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยโดยประมาณ 5-6 คน มีการติดตามและสอบถามอาการ 4 Warning Signs ของหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอด เป็นรายบุคคลทุก 1 สัปดาห์ เพื่อลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอด โดยมีการชี้แจงข้อสงสัยทางไลน์กลุ่มหรือไลน์ส่วนตัว หากมีคำถามที่หญิงตั้งครรภ์ ใกล้คลอดทั้งคำถามในไลน์ผู้วิจัยจะตอบกลับทุกคำถาม

ตัวอย่างคำถามที่ผู้วิจัยใช้ในการสอบถามอาการ ได้แก่

สอบถามอาการที่ยังคงอยู่ว่าอาการที่หญิงตั้งครรภ์นั้นควรมาโรงพยาบาลหรือไม่

สอบถามการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการ 4 Warning Signs เป็นต้น

2.2 สอบถามหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอดในการใช้แอปพลิเคชัน Preg-PLAM 4 Warning Signs อย่างน้อย 2-7 ครั้ง อย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการคลอดผ่านไลน์แอปพลิเคชัน เพื่อประเมินความรู้ ความพึงพอใจลดความวิตกกังวล ตามวัตถุประสงค์

2.3 ผู้วิจัยสอบถามหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอดเกี่ยวกับความวิตกกังวลที่มารดาสงสัยเพิ่มเติม ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 5 / ใกล้คลอด

3.1 ผู้วิจัย 1 คน รับผิดชอบดูแลกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยโดยประมาณ 5-6 คน ติดตาม และสอบถามอาการ 4 Warning Signs ของหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอด

3.2 หากพบว่าหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอดมีอาการใกล้คลอด ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามหลังใช้แอปพลิเคชัน Preg-PLAM 4 Warning Signs ของหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอด

3.3 ผู้วิจัยกล่าวอำลารวมถึงขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อยุติการเข้าร่วมงานวิจัยแอปพลิเคชัน Preg-PLAM 4 Warning Signs ของหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอด โรงพยาบาลสามพราน

2. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มควบคุม โดย

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อ



หญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอด ผู้วิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายให้เข้าใจว่าสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากวิจัยได้ตลอดขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยไม่มีผลกระทบต่อทารกในครรภ์

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพเบื้องต้น เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่เป็นมิตร และสร้างความรู้สึกรู้สึกไว้วางใจ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกผ่อนคลาย ผู้วิจัยกล่าวทวนการยินยอมในเข้าร่วมในกิจกรรม เพื่อประเมินและยืนยันความเต็มใจในการเข้าร่วมวิจัย

2. ผู้วิจัยประเมินความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ถึงช่วงเวลาที่เหมาะสม พร้อมรับคำแนะนำโดยไม่รีบร้อนกลับบ้าน

3. ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม

4. ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาลสามพราน ตามกำหนดการนัดหมาย และจะได้รับคำแนะนำจากพยาบาลวิชาชีพแผนกฝากครรภ์ในเรื่องที่มีปัญหาของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย หญิงตั้งครรภ์ได้รับคำแนะนำตามสมุดฝากครรภ์แม่และเด็ก

5. ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมไลน์กลุ่มของเจ้าหน้าที่ห้องคลอด โดยสแกน Sticker QR Code บนขวดสเปรย์แบบการ์ด เมื่อสแกนเข้าไปจะมี Link ไปยังข้อมูลการให้คำแนะนำต่าง ๆ ในการปฏิบัติตัว ซึ่งจะมีทีมเจ้าหน้าที่แผนกห้องคลอดคอยให้คำแนะนำเพิ่มเติม และใช้นวัตกรรม “คู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal” ซึ่งเป็นกิจกรรมรูปแบบปกติของทางโรงพยาบาลสามพราน (อรรพรรณ พิงประสพ และสุกฤตา ตะการีย์, 2567)

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 5 / ใกล้คลอด

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาลสามพราน ตามกำหนดการนัดหมาย และจะได้รับคำแนะนำจากพยาบาลวิชาชีพแผนกฝากครรภ์ในเรื่องที่มีปัญหาของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย หญิงตั้งครรภ์ได้รับคำแนะนำตามสมุดฝากครรภ์แม่และเด็ก

2. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถสอบถามอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองเกี่ยวกับอาการใกล้คลอด จากเจ้าหน้าที่ห้องคลอดได้จากไลน์กลุ่ม โดยใช้นวัตกรรม “คู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal” ซึ่งเป็นกิจกรรมรูปแบบปกติของทางโรงพยาบาลสามพราน (อรรพรรณ พิงประสพ และสุกฤตา ตะการีย์, 2567)

3. หากพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะใกล้คลอด ผู้วิจัยจะมีการติดต่ออย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการคลอด

4. ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม และผู้วิจัยกล่าวอำลา รวมถึงขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อยุติการเข้าร่วมงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจมาโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชัน Preg-PLAM 4 Warning Signs กับกลุ่มควบคุม
3. ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชัน Preg-PLAM 4 warning Signs
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการใกล้คลอดระหว่างกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชัน Preg-PLAM 4 Warning Signs กับกลุ่มควบคุม
5. เปรียบเทียบค่าคะแนน APGAR Score ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ส่วนมากมีอายุ 21-25 ปี ร้อยละ 37.00 การตั้งครรภ์ส่วนมากเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 40.00 อายุครรภ์โดยส่วนมากอยู่ในช่วงอายุครรภ์ 37-38 สัปดาห์ ร้อยละ 89.00 การศึกษาส่วนมากอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.00 โดยส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 37.00 และมีสัญชาติไทยเป็นส่วนมาก ร้อยละ 83.00



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจมาโรงพยาบาล ก่อนและหลังทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 100)

กลุ่มตัวอย่าง	M	SD	t	p
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	1.6940	.22352	.542	.589
กลุ่มควบคุม	1.6680	.25510		
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	1.8180	.21542	2.136	.035*
กลุ่มควบคุม	1.7240	.22457		

* $p < .05$

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจมาโรงพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าคะแนนไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมี

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจมาโรงพยาบาลดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความพึงพอใจหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (n = 50)

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจด้านแอปพลิเคชัน			
1. สะดวกเข้าถึงข้อมูลง่าย	4.88	.328	มากที่สุด
2. อ่านแล้วเข้าใจเนื้อหา	4.82	.388	มากที่สุด
3. สืบค้นข้อมูลเนื้อหา น่าอ่าน น่าฟัง	4.80	.452	มากที่สุด
ความพึงพอใจด้านเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ			
4. ให้คำปรึกษา/แนะนำ ได้ละเอียดครบถ้วน	4.88	.328	มากที่สุด
5. ตอบคำถามตรงทุกคำถาม	4.82	.388	มากที่สุด
6. ตอบคำถามทันท่วงที ที่ท่านอยากทราบข้อมูล	4.80	.452	มากที่สุด

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านแอปพลิเคชัน ด้านเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองมี

ความพึงพอใจด้านแอปพลิเคชัน และด้านเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำอยู่ในระดับมากที่สุด

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการใกล้คลอดก่อนและหลังทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 100)

กลุ่มตัวอย่าง	M	S.D.	t	p
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	3.5750	.58739	.690	.492
กลุ่มควบคุม	3.4950	.57252		
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	4.8000	.28121	13.417	.000*
กลุ่มควบคุม	3.6500	.53690		

* $p < .05$

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการใกล้คลอดระหว่างก่อนและหลังทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีระดับความวิตกกังวล

ไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าร้อยละของคะแนนแรกคลอดของทารก ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในนาที่ที่ 1 นาที่ที่ 5 และนาที่ที่ 10 (n = 100)

APGAR Score (คะแนน)	กลุ่มตัวอย่าง					
	นาที่ที่ 1		นาที่ที่ 5		นาที่ที่ 10	
	กลุ่มทดลอง (คน/ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (คน/ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (คน/ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (คน/ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (คน/ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (คน/ร้อยละ)
7 – 8	2 (4.00)	12 (24.00)	-	24 (48.00)	-	14 (28.00)
9 – 10	48 (96.00)	38 (76.00)	50 (100)	26 (52.00)	50 (100)	36 (72.00)

จากตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าร้อยละของคะแนนแรกคลอดของทารก (APGAR Score) ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในนาที่ที่ 1 นาที่ที่ 5 และนาที่ที่ 10 พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนแรกคลอดของทารก 9-10 คะแนน ในนาที่ที่ 1 จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 96 นาที่ที่ 5 จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และนาที่ที่ 10 จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 100 แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน

การอภิปรายผล

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจมาโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้แอปพลิเคชัน Preg-PLAM 4 Warning Signs กับกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์ จำนวน 50 คน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในกลุ่มทดลองหลังการใช้งานแอปพลิเคชันมีความแตกต่างที่ดีขึ้นจากก่อนเข้าร่วมการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากผู้วิจัยได้สร้างแอปพลิเคชัน Preg-PLAM 4 Warning Signs ที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เพื่อให้ความรู้และช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ที่อาจจะเกิด 4 สัญญาณเตือนอาการน้ำเดิน เจ็บครรภ์ เลือดออก และการนับ

ลูกด้น สามารถตัดสินใจในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล อย่างถูกต้อง จากการศึกษางานวิจัยมีการนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการดูแลตนเอง กล่าวถึงการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล สมจิต หนูเจริญกุล (2540) และปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง (2562) กล่าวถึงหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอดที่เข้าสู่ไตรมาส 3 เป็นระยะที่สำคัญ ทารกในครรภ์เจริญเติบโตพร้อมที่จะคลอด อาการแสดงของหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอดมีอาการน้ำเดิน เจ็บครรภ์ เลือดออก และลูกด้น เมื่อร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงมากส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอดมีความวิตกกังวล ซึ่งตรงกับทฤษฎีความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) สมจิต หนูเจริญกุล (2540) กล่าวถึงความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะต้องกระทำในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลที่จำเป็นของตนในสถานการณ์หนึ่ง ๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับอรรถวรรณ พิงประสพ และสุกฤดา ตะการีย์ (2567) ศึกษาผลลัพธ์การใช้นวัตกรรม “คู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal” กับกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 24-36 สัปดาห์ จำนวน 30 คน ผลการวิจัย



พบว่า หลังการใช้วัตรกรรมนี้หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังไม่พบกรณีหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกลับเข้ารับรักษาในห้องคลอด

2. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้อแอปพลิเคชัน Preg-PLAM 4 Warning Signs

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการเข้าร่วมก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน ด้านแอปพลิเคชัน ด้านเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ ด้านความรู้ความเข้าใจการใช้แอปพลิเคชัน พบว่า หลังจากการทดลองมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกด้าน เนื่องจากแอปพลิเคชันสะดวกเข้าถึงได้ง่าย อ่านแล้วเข้าใจเนื้อหา สีสันข้อมูล เนื้อหา น่าอ่าน น่าฟัง อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับมาลินี นาคใหญ่ และอมรเทพ แสนคำ (2563) ศึกษาการพัฒนาแอปพลิเคชันส่งเสริมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 30 คน แผนกแม่และเด็กโรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม เป็นการพัฒนาแอปพลิเคชันที่ใช้งานบนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ส่งเสริมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ พบว่าแอปพลิเคชันส่งเสริมการดูแลหญิงตั้งครรภ์มีคุณภาพและมีระดับความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์มากและศิริวรรณ สงจันทร์ และคณะ (2565) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้อแอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” พบว่าหญิงตั้งครรภ์อายุ 20–35 ปี มีพฤติกรรมการอ่านเนื้อหาความรู้ที่อยู่ในระดับน้อยมากรวมถึงการอ่านทบทวนความรู้ที่อยู่ในระดับน้อยมาก การตอบคำถามอยู่ระดับ ปานกลาง และความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด และด้านเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ หลังทดลองการให้คำปรึกษา/แนะนำ มีการให้รายละเอียดได้ครบถ้วนตอบคำถามตรงทุกคำถาม เจ้าหน้าที่ที่ตอบคำถามทันท่วงทีที่หญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอดอยากทราบข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับ ปิยอร ยกทวน และรจนา มาศ แสงศรี (2564) ที่ได้ศึกษาความต้องการความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์เมื่อเข้าสู่ระยะใกล้คลอด มีอาการผิดปกติเป็นสัญญาณเตือนที่ต้องรีบมารับการ

รักษาที่โรงพยาบาล ในการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญอย่างมาก หลังการให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่งผลให้ลดอันตรายต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งเป็นไปตามนโยบาย “ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย” และสอดคล้องกับจรรยาบรรณ อุดมคติมาพันธุ์ และคณะ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันสำหรับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ จากการได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์พบว่าโมบายแอปพลิเคชันสำหรับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ต่อไป และฉัตรพร สุวรรณอำภา และทัศนีย์วรรณ พฤกษาเมธานันท์ (2566) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ช่วยเพิ่มการเข้าถึง เข้าใจ การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ ผลการวิจัย ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

3. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการใกล้คลอดกลุ่มทดลองที่ใช้แอปพลิเคชัน Preg-PLAM 4 Warning Signs

เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการใกล้คลอดระหว่างก่อนและหลังทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลองมีระดับความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากแอปพลิเคชัน Preg-PLAM 4 Warning Signs เป็นสื่อที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอด ด้วยการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เน้นให้ความรู้เกี่ยวกับ 4 สัญญาณเตือนสำคัญ ได้แก่ น้ำเดิน เจ็บครรภ์เล็ดออก และการนับลูกดิ้น อีกทั้งจะมีแอดมินที่คอยติดตามอาการ ตอบคำถามตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีมากในช่วงใกล้คลอด และยังช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถประเมิน



อาการและตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องและทันที่สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์ และคณะ (2562) กล่าวถึงการวางแผนปรับตัวเพื่อเตรียมคลอด การพูดคุยกันระหว่างสามีและภรรยาจะช่วยปรับความเข้าใจ สามารถช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นได้ และในการให้การพยาบาล การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนให้กำลังใจ และการปรับสิ่งแวดล้อม การกระทำเหล่านี้พยาบาลกระทำร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งช่วยเหลือให้การดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและอยู่ได้อย่างปกติสุข อัจฉริญา จิระมณี และคณะ (2564) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความวิตกกังวล ประสบการณ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ สมรรถนะแห่งตนในการคลอดเป็นสิ่งที่บ่งชี้ที่สำคัญของความสามารถของหญิงตั้งครรภ์ในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์ และความวิตกกังวล พบว่าหญิงครรภ์หลังที่มีประสบการณ์และความรู้จะมีความวิตกกังวลในการคลอดน้อยกว่ามารดาตั้งครรภ์แรกที่ไม่มีความรู้และประสบการณ์

4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนน APGAR Score ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนแรกคลอดของทารกแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างชัดเจนหลังการใช้แอปพลิเคชัน Preg-PLAM 4 Warning Signs ซึ่งการประเมินสภาวะทารกแรกเกิดมีวัตถุประสงค์ประเมินความปกติหรือผิดปกติของทารก เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือทารกได้ถูกต้อง เหมาะสมและทันเวลา จะประเมินในนาที่ที่ 1 5 และ 10 หลังคลอด และในกรณีที่ทารกมีคะแนนรวมในนาที่ที่ 5 เท่ากับ 7 คะแนน แสดงถึงสภาวะทารกขาดออกซิเจนต้องการความช่วยเหลือ หากคะแนน 8-10 แสดงถึงทารกมีสุขภาพปกติ สามารถปรับตัวได้ ต้องการการดูแลตามปกติ (ฉวี เบาทรวง และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2562) เนื่องจากแอปพลิเคชัน Preg-PLAM 4 Warning Signs เป็นแหล่งให้ความรู้ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอดตัดสินใจในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลอย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ว่า “เพื่อให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย”

และการพยาบาลผดุงครรภ์ ต้องสามารถดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย (ภัทรพร อรัณยภาค, 2559)

ข้อเสนอแนะ

1. แอปพลิเคชันควรมีความหลากหลายทางภาษา เพื่อให้เข้าถึงหญิงตั้งครรภ์ทุกสัญชาติ
2. ควรให้ความรู้ครอบคลุมทุกไตรมาสของการตั้งครรภ์
3. ควรปรับเพิ่มปุ่มกดให้มีเสียงการให้คำแนะนำในแต่ละส่วนของแอปพลิเคชัน

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้ได้รับความกรุณาจากทุนส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑลารพ กมลาคน์ ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ประจำปี 2567 และวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามพราน และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสามพราน ที่ให้ความกรุณาอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยกราบขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ที่อนุญาตให้คณะวิจัยได้เข้าทำวิจัย รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอดทุกท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

- กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *อัตราเกิดไร้ชีพ*.
https://cmi.moph.go.th/isp/sp_obs/index?menu_id=3
- จิรวรรณ อุดคกิมพานธุ์ สุภาพร ปราบมภ์ รุจา แก้วเมืองฝาง ภัทรพร คูวุฒยารก วิชญา วงศ์บุญยั้ง และกฤษมล แสนบุญมา. (2562). *การพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันสำหรับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์*.
<https://research.kpru.ac.th/research2/pages/figure/1679148757.pdf>



- ฉวี เบาทรวง และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2562). การพยาบาลทารกแรกเกิด. ใน *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีในระยะคลอดและหลังคลอด*. สมาร์ทโคตรตั้ง แอนด์เซอร์วิส.
- ฉติพร สุวรรณอำภา และทัศนีย์วรรณ พุกษาเมธานันท์. (2566). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อความรอบรู้ด้านความรู้ของสตรีตั้งครรภ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 38(1), 98–111.
- ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง. (2562). *การพยาบาลสตรีระยะตั้งครรภ์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). พีริ-วัน 50.
- ปิยอร ยกทวน และรจนา มาศ แสงศรี. (2564). ความต้องการความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. https://nrh.nopparat.go.th/research/public/view/pdf/65_12.pdf
- ภัทรพร อรัณยภาค. (2559). *การพยาบาลระยะคลอด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สถาบันวิศวกรรมการพิมพ์ มหาวิทยาลัยสยาม.
- มาลินี นาคใหญ่ และอมรเทพ แสนคำ. (2563). การพัฒนาแอปพลิเคชันส่งเสริมการดูแลหญิงตั้งครรภ์. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 12 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม*. https://rdi.npru.ac.th/conference12/abstract/view.php?id_sub=0430
- รายงานสถิติจากห้องคลอด โรงพยาบาลสามพราน. (2567) [ข้อมูลที่ไม่ได้ตีพิมพ์].
- วรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์ และคณะ. (2562). *การตั้งครรภ์* (พิมพ์ครั้งที่ 12). ธนาเพลส.
- ศิริวรรณ สงจันทร์ เขียวลักษณ์ นามโสรส ชลรดาร์ก พันธุ์ชิน ทิววรรณ เทพา และอรอุมา แก้วเกิด. (2565). พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ "9 อย่างเพื่อสร้างลูก" ในหญิงตั้งครรภ์ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7*, 15(1), 79–91.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). วี.เจ. พรินติ้ง.
- สุบิน ยุระรัช. (2565). ทำไมต้องลิเคิร์ต. *วารสารนวัตกรรมและการจัดการ*, 7(1), 152–165.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2567). *รายงานความก้าวหน้าสร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับคนในทุกช่วงวัย*. <https://citly.me/hlkqr>
- อนามัยแม่และเด็ก. (2565). *ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ*. <https://citly.me/LS9rA>
- อัจฉรีญา จิระมณี ฉวี เบาทรวง และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2564). ความวิตกกังวล ประสบการณ์การคลอด และสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของหญิงตั้งครรภ์. *พยาบาลสาร*, 48(1), 245–256.
- อรวรรณ พิงประสพ และสุกฤตา ตะการีย์. (2567). ผลลัพธ์การใช้นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal ห้องคลอด โรงพยาบาลสามพราน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 25(48), 69–79.
- Du Toit, M. (Ed.). (2003). *IRT from SSI: Bilog-MG, Multilog, Parscale, Testfact*. Scientific Software International.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). Mosby.



ความสัมพันธ์ระหว่างการปฐมนิเทศกับความต้องการพัฒนาตนเองของอาจารย์พยาบาลใน มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร

Received: September 28, 2025

Revised: November 16, 2025

Accepted: December 20, 2025

ศิริวรรณ ตรงค์เรือง (พย.ม)¹

ละเอียด แจ่มจันทร์ (ศษ.ด.)^{1*}

พรภัส ภูวดลไพศาล²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การปฐมนิเทศ ความต้องการพัฒนาตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์การปฐมนิเทศกับความต้องการพัฒนาตนเอง และเปรียบเทียบตามประสบการณ์การสอนของอาจารย์พยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านการปฐมนิเทศจำนวน 32 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ชุด ($\alpha = 0.968$ และ 0.975) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และ *one-way ANOVA* ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์การปฐมนิเทศโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.35, SD = 0.57$) โดยด้านทัศนคติมีค่าสูงสุด ($M = 4.46$) ความต้องการพัฒนาตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.18, SD = 0.75$) โดยด้านการสอนมีค่าสูงสุด ($M = 4.42$) พบ ความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงระหว่างผลลัพธ์การปฐมนิเทศกับความต้องการพัฒนาตนเอง ($r = .748, p < .01$) และพบความแตกต่างของตัวแปรทั้งสองเมื่อจำแนกตามประสบการณ์การสอนอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) โดยอาจารย์ที่มีประสบการณ์มากกว่า 7 ปีมีผลลัพธ์การปฐมนิเทศสูงสุด และอาจารย์ที่มีประสบการณ์ 1-3 ปีมีความต้องการพัฒนาตนเองสูงสุด ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการปฐมนิเทศมีความสัมพันธ์กับความพร้อมและแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองของอาจารย์พยาบาล สถาบันการศึกษาควรพัฒนาโปรแกรมปฐมนิเทศให้สอดคล้องกับประสบการณ์การสอน และจัดกิจกรรมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การปฐมนิเทศ อาจารย์พยาบาล ความต้องการพัฒนาตนเอง ประสบการณ์การสอน

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ, Thailand

² นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ, Thailand

*Corresponding author: laiadjamjan@hotmail.com



The Relationship Between Orientation and Self-Development Needs Among Nursing Instructors at a Private University in the Bangkok Metropolitan Area

Siriwan Turongruang¹ (M.N.S)

Laaid Jamjan (D.Ed.)^{1*}

Pornraphat Phuwadolphaisarn²

Abstract

This study investigated orientation outcomes, self-development needs, the relationship between orientation outcomes and self-development needs, and comparisons by teaching experience among nursing faculty. A correlational survey was conducted with 32 nursing instructors at a private university in the Bangkok Metropolitan Area who completed the orientation program. Data were collected using two questionnaires with reliability coefficients of 0.968 and 0.975. Descriptive statistics, Pearson's correlation, and one-way ANOVA were employed for data analysis. Results showed that overall orientation outcomes were at a high level ($M = 4.35$, $SD = 0.57$), with attitudes scoring highest ($M = 4.46$). Overall self-development needs were high ($M = 4.18$, $SD = 0.75$), with teaching needs scoring highest ($M = 4.42$). A strong positive correlation was found between orientation outcomes and self-development needs ($r = .748$, $p < .01$). Significant differences were found in both variables when classified by teaching experience ($p < .05$), with faculty having more than 7 years of experience showing the highest orientation outcomes, and those with 1–3 years of experience demonstrating the highest self-development needs. The findings indicate that effective orientation is related to readiness and stimulates self-development needs among nursing faculty. Institutions should develop orientation programs aligned with teaching experience and provide continuous development activities.

Keywords: Orientation, Nursing instructors, Self-development needs, Teaching experience

¹ Instructor, Faculty of Nursing, North Bangkok University, Thailand

² 4th Year Student, Bachelor of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, North Bangkok University, Thailand

*Corresponding author: laiadjamjan@hotmail.com



ความเป็นมาและความสำคัญ

การพัฒนาคุณภาพการศึกษาพยาบาลศาสตร์ เป็นภารกิจสำคัญที่ต้องอาศัยบุคลากรที่มีความพร้อม ในการจัดการเรียนการสอน อาจารย์พยาบาลเป็นกำลัง สำคัญในการผลิตพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพเพื่อ ตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพที่ เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยี ทางการแพทย์และการพยาบาลมีความก้าวหน้าอย่าง ต่อเนื่อง อาจารย์พยาบาลจึงต้องมีความสามารถในการ ถ่ายทอดความรู้ที่ทันสมัยและปรับปรุงวิธีการสอนให้ สอดคล้องกับมาตรฐานการศึกษาระดับสากล (World Health Organization, 2021) อย่างไรก็ตาม อาจารย์ พยาบาลทั้งที่เป็นอาจารย์ใหม่และอาจารย์ที่มี ประสบการณ์หลายคนเผชิญกับความท้าทายในการ ปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นนักการศึกษา โดยเฉพาะ เมื่อต้องรับผิดชอบงานที่หลากหลายทั้งการสอน การ วิจัย และการบริการวิชาการ ซึ่งแตกต่างอย่างมากจาก บทบาทเดิมที่เคยปฏิบัติงานในสถานพยาบาล การ เปลี่ยนแปลงจากการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลสู่การ เป็นผู้สอนนั้นต้องการทักษะใหม่ ๆ มากมาย เช่น ทักษะการสื่อสาร การออกแบบหลักสูตร การ ประเมินผลการเรียนรู้ และการใช้เทคโนโลยีในการ เรียนการสอน (Schoening, 2013) นอกจากนี้ อาจารย์ยังต้องเรียนรู้วัฒนธรรมองค์กรของ สถาบันการศึกษา ระบบการทำงาน และสร้าง ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและนักศึกษา

การปฐมนิเทศอาจารย์จึงเป็นกระบวนการ สำคัญที่ช่วยให้อาจารย์เข้าใจบทบาท ความรับผิดชอบ วัฒนธรรมองค์กรและนโยบายต่างๆ ของ สถาบันการศึกษา การปฐมนิเทศที่มีประสิทธิภาพไม่ เพียงแต่ช่วยเพิ่มความมั่นใจและลดความวิตกกังวลใน การเริ่มต้นงาน แต่ยังส่งผลต่อความพร้อมในการ ปฏิบัติงาน ความพึงพอใจในการทำงาน และแรงจูงใจ ในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (Penn et al., 2008) การปฐมนิเทศที่ครอบคลุมและเป็นระบบจะ ช่วยให้อาจารย์สามารถปรับตัวเข้าสู่สภาพแวดล้อม การทำงานใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลด ระยะเวลาในการเรียนรู้งาน นอกจากนี้ การปฐมนิเทศ

ที่มีคุณภาพ ยังช่วยสร้างความผูกพันต่อองค์กร เพิ่ม ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และลดอัตราการลาออก ของอาจารย์ได้อีกด้วย ตามแนวคิดของ Kirkpatrick และ Kirkpatrick (2021) การปฐมนิเทศที่มี ประสิทธิภาพจะส่งผลต่อการเรียนรู้ใน 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ หมายถึงการเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหา กฎเกณฑ์ และข้อมูลที่จำเป็น ทักษะ ซึ่งเป็นความสามารถในการ ปฏิบัติงานและการประยุกต์ใช้ความรู้ในสถานการณ์ จริง และทัศนคติ ซึ่งเป็นความรู้สึก ความเชื่อ และ มุมมองที่มีต่อการทำงานและองค์กร องค์ประกอบทั้ง 3 ด้านนี้เป็นรากฐานสำคัญในการปฏิบัติงานของ อาจารย์และมีผลต่อประสิทธิภาพในการสอนและการ พัฒนาการวิชาชีพในระยะยาว ความต้องการพัฒนาตนเอง ของอาจารย์พยาบาลเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การ เติบโตทางวิชาชีพและการพัฒนาคุณภาพการเรียน การสอน ในยุคของการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วทางด้าน การแพทย์และเทคโนโลยี อาจารย์พยาบาลต้องมีการ พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันต่อความก้าวหน้า และสามารถถ่ายทอดความรู้ที่ทันสมัยให้กับนักศึกษา อาจารย์ที่มีความต้องการพัฒนาตนเองสูงมักแสวงหา โอกาสในการเรียนรู้สิ่งใหม่ พัฒนาทักษะการสอน เพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการ และสร้างผลงานวิจัยเพื่ อยกระดับความเชี่ยวชาญในสาขาวิชา (National League for Nursing; NLN, 2018) การพัฒนาตนเอง นี้ครอบคลุมทั้งด้านการสอน ด้านการวิจัย และด้าน การบริการวิชาการซึ่งเป็นภารกิจหลักของอาจารย์ใน สถาบันอุดมศึกษา สอดคล้องกับแนวคิดของ Knowles et al. (2020) เกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ที่เสนอว่า ผู้เรียนที่เป็นผู้ใหญ่มีลักษณะเฉพาะคือ มีแรงจูงใจ ภายในที่จะเรียนรู้ มีประสบการณ์ชีวิตที่สามารถนำมา เป็นแหล่งเรียนรู้ มีความพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งที่เกี่ยวข้อง กับบทบาทและหน้าที่ของตน และมีความต้องการที่จะ พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อเห็นความ จำเป็นและประโยชน์ที่จะได้รับจากการพัฒนา หลักการนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการพัฒนา อาจารย์พยาบาลที่เป็นผู้เรียนผู้ใหญ่ที่มีประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญในสาขาการพยาบาล ความ



ต้องการพัฒนาตนเอง จึงเป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญในการยกระดับคุณภาพการศึกษาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานครที่เป็นสถานที่ทำการศึกษาคั้งนี้ มีอาจารย์พยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ กัน โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามประสบการณ์การสอน คือ กลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี กลุ่ม 1-3 ปี กลุ่ม 4-7 ปี และกลุ่มที่มากกว่า 7 ปี สถาบันมีระบบการปฐมนิเทศที่ออกแบบเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่จำเป็นสำหรับการเป็นอาจารย์พยาบาล โดยมุ่งเน้นให้อาจารย์สามารถปฏิบัติหน้าที่ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการเรียนการสอน การวิจัย และการบริการวิชาการให้แก่ชุมชน การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการปฐมนิเทศและความต้องการพัฒนาตนเองมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการปฐมนิเทศที่ดีอาจเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้อาจารย์เกิดความต้องการพัฒนาตนเองในระยะยาว งานวิจัยของ Cox et al. (2021) พบว่าโปรแกรมปฐมนิเทศอาจารย์พยาบาลยังไม่ครอบคลุมหรือมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร โดยเพียง 61% ของอาจารย์ได้รับการปฐมนิเทศในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง และมีเพียง 14% ที่มีผู้รับผิดชอบการปฐมนิเทศอย่างชัดเจน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการปฐมนิเทศที่เป็นทางการและครอบคลุมมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การประเมินผลลัพธ์การปฐมนิเทศอย่างเป็นระบบนั้นเพียงครั้งเดียวหลังเข้ารับการปฐมนิเทศ ไม่มีการติดตามระยะยาว และไม่มีการศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างผลลัพธ์การปฐมนิเทศกับความต้องการพัฒนาตนเองของอาจารย์พยาบาลในแต่ละกลุ่มประสบการณ์ นอกจากนี้ ประสบการณ์การสอนของอาจารย์ยังเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการรับรู้ผลลัพธ์การปฐมนิเทศและความต้องการพัฒนาตนเอง เนื่องจากอาจารย์ในแต่ละช่วงประสบการณ์จะมีความต้องการและมุมมองที่แตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการปฐมนิเทศและการพัฒนาอาจารย์ในหลากหลายบริบท แต่ยังมีช่องว่างของความรู้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์การปฐมนิเทศกับความต้องการพัฒนาตนเองของ

อาจารย์พยาบาล (Weidman, 2006) โดยเฉพาะในบริบทของมหาวิทยาลัยเอกชนในประเทศไทยที่มีลักษณะทางวัฒนธรรมและระบบการศึกษาที่แตกต่างจากต่างประเทศ การศึกษาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นเพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมและความต้องการของอาจารย์พยาบาลไทยอย่างลึกซึ้ง นอกจากนี้ ยังขาดการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์การปฐมนิเทศและความต้องการพัฒนาตนเองระหว่างอาจารย์ที่มีประสบการณ์การสอนต่างกัน ซึ่งจะช่วยให้ทราบความแตกต่างของความ ต้องการในแต่ละช่วงประสบการณ์ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการออกแบบโปรแกรมการพัฒนาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ความรู้ในเรื่องดังกล่าวมีความสำคัญต่อการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมปฐมนิเทศที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการวางแผนกิจกรรมพัฒนาอาจารย์ที่ตรงกับความต้องการ การเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้ผู้บริหารสถาบันการศึกษาสามารถจัดสรรทรัพยากรและออกแบบกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่ยั่งยืน

ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลลัพธ์การปฐมนิเทศของอาจารย์พยาบาล ความต้องการพัฒนาตนเองของอาจารย์พยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์การปฐมนิเทศกับความ ต้องการพัฒนาตนเอง และการเปรียบเทียบทั้งสองตัวแปรตามประสบการณ์การสอน เพื่อเติมเต็มช่องว่างทางวิชาการดังกล่าว และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโปรแกรมปฐมนิเทศและ กิจกรรมพัฒนาอาจารย์ที่เหมาะสมกับบริบทของการศึกษาพยาบาลศาสตร์ไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การปฐมนิเทศของอาจารย์พยาบาล
2. เพื่อศึกษาความต้องการพัฒนาตนเองของอาจารย์พยาบาล



3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์การปฐมนิเทศกับความต้องการพัฒนาตนเองของอาจารย์พยาบาล
4. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การปฐมนิเทศและความต้องการพัฒนาตนเองตามประสบการณ์การสอนของอาจารย์พยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. ผลลัพธ์การปฐมนิเทศของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งอยู่ในระดับสูง
2. ความต้องการพัฒนาตนเองของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งอยู่ในระดับสูง
3. ผลลัพธ์การปฐมนิเทศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการพัฒนาตนเองของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง
4. ผลลัพธ์การปฐมนิเทศและความต้องการพัฒนาตนเองของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งแตกต่างกันตามประสบการณ์การสอน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการประเมินผลการฝึกอบรมของ Kirkpatrick และ Kirkpatrick (2021) ที่เสนอว่าการปฐมนิเทศที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลต่อการเรียนรู้ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ Knowles et al. (2020) จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรในการวิจัยซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ ผลลัพธ์การปฐมนิเทศ ซึ่งครอบคลุม 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ ด้านทักษะและด้านทัศนคติ ตัวแปรตาม ความต้องการพัฒนาตนเอง ซึ่งครอบคลุม 3 ด้าน คือ ด้านการสอน ด้านการวิจัย และด้านการบริการวิชาการ ตัวแปรที่ใช้เปรียบเทียบประสบการณ์การสอน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี กลุ่ม 1-3 ปี กลุ่ม 4-7 ปี และกลุ่มที่มากกว่า 7 ปีขึ้นไป การวิจัยมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์การปฐมนิเทศกับความต้องการพัฒนาตนเองของอาจารย์พยาบาล และเปรียบเทียบทั้งสองตัวแปรตามประสบการณ์การสอน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ประเภทการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) เพื่อศึกษาผลลัพธ์การปฐมนิเทศและความต้องการพัฒนาตนเองของอาจารย์พยาบาล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2568 ถึง กันยายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 35 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์พยาบาลที่ผ่านการปฐมนิเทศและมีประสบการณ์การสอนอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 32 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นอาจารย์พยาบาลประจำ ผ่านการปฐมนิเทศครบถ้วน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการปฐมนิเทศของมหาวิทยาลัยสำหรับอาจารย์ทุกคน ระยะเวลา 2 สัปดาห์ มีกิจกรรมหลัก 5 ส่วน ได้แก่

1. การบรรยายและแนะนำองค์กร (3 วัน) เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับปรัชญา วิสัยทัศน์ โครงสร้างนโยบาย และระบบการทำงาน หวังผลให้เกิดความรู้ด้านองค์กรและบทบาทหน้าที่
2. การฝึกปฏิบัติเชิงประสบการณ์ (4 วัน) ในการจัดการเรียนการสอน การใช้เทคโนโลยีการศึกษา ระบบ LMS (Learning Management System) และการประเมินผล หวังผลให้เกิดทักษะการสอนพื้นฐาน
3. การมอบหมายพี่เลี้ยง (Mentoring) เพื่อให้คำปรึกษาและสนับสนุนอย่างใกล้ชิด หวังผลให้เกิดความมั่นใจและความพร้อมในการปฏิบัติงาน
4. การสร้างเครือข่ายและความสัมพันธ์ (2 วัน) ผ่านกิจกรรมกลุ่มและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หวังผลให้เกิดทัศนคติเชิงบวกต่อองค์กรและเพื่อนร่วมงาน



5. การสะท้อนคิดและประเมินผล (1 วัน) เพื่อ ทบทวนการเรียนรู้และวางแผนพัฒนาตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา สาขาวิชาที่สำเร็จ การศึกษา ประสบการณ์การสอน ประสบการณ์ ทางคลินิก และจำนวนชั่วโมงสอนต่อสัปดาห์
2. แบบสอบถามผลลัพธ์การปฐมนิเทศ เป็น แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้าน ความรู้ 10 ข้อ ด้านทักษะ 10 ข้อ และด้าน ทักษะคิด 10 ข้อ โดยให้คะแนน 5 หมายถึง มาก ที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย และ 1 หมายถึง น้อยที่สุด แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.968
3. แบบสอบถามความต้องการพัฒนาตนเอง เป็น แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้าน การสอน 10 ข้อ ด้านการวิจัย 10 ข้อ และด้านการ บริการวิชาการ 10 ข้อ แบบสอบถามมีค่าความ เชื่อมั่นเท่ากับ 0.975 เกณฑ์การแปลความหมาย ค่าเฉลี่ย กำหนดดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง ระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity)

นำแบบสอบถามไปขอความอนุเคราะห์ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้าน การศึกษาพยาบาลศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์ และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิง

ปริมาณ โดยวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผล การวิเคราะห์พบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC เท่ากับ 1.00

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

เครื่องมือการวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความ เที่ยงตรงแล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่ม ตัวอย่างที่เป็นอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัยเอกชน อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน โดย วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความ เชื่อมั่นของแบบสอบถามผลลัพธ์การปฐมนิเทศเท่ากับ 0.968 และแบบสอบถามความต้องการพัฒนาตนเอง เท่ากับ 0.975

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการดั่งนี้ขออนุมัติการทำวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ มหาวิทยาลัยนอร์มัลกรุงเทพฯ และได้รับการอนุมัติให้ ดำเนินการวิจัยตามโครงการที่เสนอ

1. ประสานงานกับผู้บริหารสถาบัน ขออนุญาตเก็บ ข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ พร้อมชี้แจง วัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยโดยไม่กระทบต่อ การปฏิบัติงานปกติของอาจารย์
2. ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขอรายชื่อ อาจารย์พยาบาลจากฝ่ายทรัพยากรมนุษย์และฝ่าย วิชาการซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก
3. การติดต่อกลุ่มตัวอย่าง นัดหมายอาจารย์พยาบาล รายบุคคลเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย สิทธิใน การถอนตัว และหลักการรักษาความลับ ก่อนลง นามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. ระยะเวลาการเก็บข้อมูล ดำเนินการระหว่างเดือน มิย-กย 2568 ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาทีต่อคน โดยผู้วิจัยอยู่ใกล้ชิดเพื่อให้ คำแนะนำและตอบข้อสงสัย



5. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลทันทีหลังการเก็บ หากไม่สมบูรณ์จะติดต่อผู้ตอบแบบสอบถามภายใน 3 วัน
6. การจัดเก็บข้อมูล เก็บรักษาอย่างปลอดภัยและเป็นความลับ โดยแยกข้อมูลส่วนบุคคลออกจากข้อมูลวิจัยและกำหนดรหัสประจำตัวผู้ตอบแบบสอบถาม
7. การเตรียมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ ทำการตรวจสอบและทำความสะอาดข้อมูลก่อนนำเข้าสู่โปรแกรมทางสถิติสำหรับการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยแบ่งการวิเคราะห์เป็น 2 ส่วนหลัก

1. สถิติเชิงพรรณนาใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ส่วนผลลัพธ์การปฐมนิเทศและความต้องการพัฒนาตนเองใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแปลผลตามเกณฑ์มาตราส่วน 5 ระดับ
2. สถิติเชิงอนุมานใช้เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์การปฐมนิเทศกับความต้องการพัฒนาตนเอง โดยใช้เกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตาม Best (1977) ดังนี้ ค่า 0.00–0.20 หมายถึงมีความสัมพันธ์ต่ำมาก ค่า 0.21–0.40 หมายถึงมีความสัมพันธ์ต่ำ ค่า 0.41–0.60 หมายถึงมีความสัมพันธ์ปานกลาง ค่า 0.61–0.80 หมายถึงมีความสัมพันธ์สูง และค่า 0.81–1.00 หมายถึงมีความสัมพันธ์สูงมาก และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบตัวแปรตามประสบการณ์การสอน

เมื่อพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจะทำการทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe ก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบสมมติฐานพื้นฐานของสถิติด้วย Shapiro-Wilk test เพื่อทดสอบการแจกแจงแบบปกติ และ Levene's test เพื่อทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน เพื่อให้การวิเคราะห์มีความเหมาะสมและถูกต้อง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพเลขที่ NS 13/2568 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัดโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างชัดเจน ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ตอบแบบสอบถามถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.3 อายุ 40 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 40.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 36.8 ปี (SD = 8.2) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 65.6 ประสบการณ์การสอนเฉลี่ย 5.7 ปี (SD = 4.1) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การสอนมากกว่า 7 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.2 และอาจารย์ทั้งหมดมีประสบการณ์ทางคลินิก คิดเป็นร้อยละ 100 เนื่องจากเป็นข้อกำหนดในการรับเข้าศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ ดังแสดงในตารางที่ 1
2. ผลลัพธ์การปฐมนิเทศของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง จำแนกตามประสบการณ์การสอน ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 1 แสดงการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 32)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	18.7
หญิง	26	81.3
กลุ่มอายุ (ปี)		
25-29	8	25.0
30-34	6	18.8
35-39	5	15.6
40 ขึ้นไป	13	40.6
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาโท	21	65.6
ปริญญาเอก	11	34.4
ประสบการณ์การสอน (ปี)		
น้อยกว่า 1	6	18.8
1-3	8	25.0
4-7	8	25.0
มากกว่า 7	10	31.2
ประสบการณ์ทางคลินิก		
มี	32	100.0

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์การปฐมนิเทศของอาจารย์พยาบาล จำแนกรายด้านและตามประสบการณ์การสอน (n = 32)

ผลลัพธ์การปฐมนิเทศ	M	SD	ระดับการรับรู้
ด้านความรู้	4.29	0.61	มาก
ด้านทักษะ	4.30	0.59	มาก
ด้านทัศนคติ	4.46	0.62	มากที่สุด
ผลลัพธ์การปฐมนิเทศโดยรวม	4.35	0.57	มาก
จำแนกตามประสบการณ์			
< 1 ปี	3.88	0.44	มาก
1-3 ปี	4.54	0.29	มากที่สุด
4-7 ปี	4.22	0.47	มาก
> 7 ปี	4.68	0.51	มากที่สุด

จากตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์ การปฐมนิเทศของอาจารย์พยาบาล พบว่าในภาพรวม มีผลสัมฤทธิ์การปฐมนิเทศอยู่ในระดับมาก ($M = 4.35$, $SD = 0.57$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านทัศนคติ อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.46$, $SD = 0.62$) สำหรับ ด้านอื่นๆ อยู่ในระดับมากทั้งหมด โดยเรียงลำดับ ค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อยดังนี้ ด้านทักษะ ($M = 4.30$, $SD = 0.59$) และด้านความรู้ ($M = 4.29$, $SD = 0.61$)

เมื่อจำแนกตามประสบการณ์การสอน พบว่ากลุ่ม ที่มีประสบการณ์มากกว่า 7 ปีมีผลสัมฤทธิ์การปฐมนิเทศ สูงสุด ($M = 4.68$) รองลงมาคือกลุ่ม 1-3 ปี ($M = 4.54$) และกลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี มีค่าต่ำสุด ($\bar{x} = 3.88$)

3. ความต้องการพัฒนาตนเองของอาจารย์พยาบาล ในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง จำแนกตาม ประสบการณ์การสอน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความต้องการพัฒนาตนเองของอาจารย์พยาบาล จำแนกตามรายด้านและประสบการณ์การสอน ($n = 32$)

ความต้องการพัฒนาตนเอง	M	SD	ระดับความต้องการ
ด้านการสอน	4.42	0.71	มากที่สุด
ด้านการวิจัย	4.12	0.86	มาก
ด้านการบริการวิชาการ	4.00	1.12	มาก
ระดับความต้องการพัฒนาตนเองโดยรวม	4.18	0.75	มาก
จำแนกตามประสบการณ์			
< 1 ปี	3.32	0.38	ปานกลาง
1-3 ปี	4.73	0.35	มากที่สุด
4-7 ปี	3.94	0.56	มาก
> 7 ปี	4.48	0.65	มาก

จากตารางที่ 3 แสดงผลการศึกษาพบว่าระดับ ความต้องการพัฒนาตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.18$, $SD = 0.75$) เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่าด้านการสอนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.42$, $SD = 0.71$) อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือด้านการ วิจัย ($M = 4.12$, $SD = 0.86$) และด้านการบริการ วิชาการ ($M = 4.00$, $SD = 1.12$) ซึ่งทั้งสองด้านอยู่ใน ระดับมาก เมื่อจำแนกตามประสบการณ์การสอน พบว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์ 1-3 ปี มีความต้องการ พัฒนาตนเองสูงสุด ($M = 4.73$) รองลงมาคือกลุ่ม มากกว่า 7 ปี ($M = 4.48$) และกลุ่มที่มีประสบการณ์ น้อยกว่า 1 ปีมีความต้องการต่ำสุด ($M = 3.32$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างผลสัมฤทธิ์การปฐมนิเทศกับ ความต้องการพัฒนาตนเองของอาจารย์พยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 4

จากตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างผลสัมฤทธิ์การปฐมนิเทศกับความต้องการพัฒนา ตนเองของอาจารย์พยาบาล พบว่าผลสัมฤทธิ์ การปฐมนิเทศทุกด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความ ต้องการพัฒนาตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย ด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์สูงที่สุด ($r = .756$, $p < .01$) รองลงมาคือด้านทักษะ ($r = .725$, $p < .01$) และด้านความรู้ ($r = .681$, $p < .01$) ตามลำดับ ส่วน ผลสัมฤทธิ์การปฐมนิเทศโดยรวมมีความสัมพันธ์สูงกับ ความต้องการพัฒนาตนเอง ($r = .748$, $p < .01$)



ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์การปฐมนิเทศและความต้องการพัฒนาตนเอง (n = 32)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ด้านความรู้	1.00				
2. ด้านทักษะ	.85**	1.00			
3. ด้านทัศนคติ	.79**	.82**	1.00		
4. ผลลัพธ์การปฐมนิเทศโดยรวม	.93**	.95**	.91**	1.00	
5. ความต้องการพัฒนาตนเอง	.681**	.725**	.756**	.748**	1.00

** $p < .01$

5. การเปรียบเทียบผลลัพธ์การปฐมนิเทศและความต้องการพัฒนาตนเองตามประสบการณ์การสอน ของอาจารย์พยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การปฐมนิเทศและความต้องการพัฒนาตนเองตามประสบการณ์การสอน (n = 32)

ตัวแปร	กลุ่มประสบการณ์	n	M	SD	F	p
ผลลัพธ์การปฐมนิเทศ	น้อยกว่า 1 ปี	6	3.88	0.44	3.826	.021*
	1-3 ปี	8	4.54	0.29		
	4-7 ปี	8	4.22	0.47		
	มากกว่า 7 ปี	10	4.68	0.51		
ความต้องการพัฒนาตนเอง	น้อยกว่า 1 ปี	6	3.32	0.38	6.954	.001**
	1-3 ปี	8	4.73	0.35		
	4-7 ปี	8	3.94	0.56		
	มากกว่า 7 ปี	10	4.48	0.65		

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

จากตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การปฐมนิเทศและความต้องการพัฒนาตนเองตามประสบการณ์การสอน พบว่าทั้งสองตัวแปรแตกต่างกันตามประสบการณ์การสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์การปฐมนิเทศแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 3.826, p < .05$) โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า 7 ปีมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.68$) และความต้องการพัฒนาตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 6.954, p < .01$) โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์ 1-3 ปี มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.73$) เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Scheffe พบความแตกต่างอย่าง

มีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปีมีค่าต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ อย่างชัดเจน

อภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของอาจารย์พยาบาล

อาจารย์พยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 81.3 อายุ 40 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 40.6 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 65.6 และมีประสบการณ์ทางคลินิกทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับบริบททั่วไปของอาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์ต่าง ๆ ที่มีสัดส่วน

เพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ จากรายงานของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (2565) อาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์ทั้งภาครัฐและเอกชน มีสัดส่วนเพศหญิงมากถึงร้อยละ 85-90 ซึ่งสะท้อนลักษณะเฉพาะของวิชาชีพการพยาบาลที่ยังคงมีเพศหญิงเป็นกลุ่มหลักในการประกอบวิชาชีพ การที่อาจารย์ส่วนใหญ่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป สะท้อนถึงแนวโน้มการเข้าสู่วิชาชีพการศึกษาลงหลังจากมีประสบการณ์ทางคลินิกที่เพียงพอ โดยเฉลี่ยประมาณ 5-10 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ประกอบวิชาชีพมีความเชี่ยวชาญและพร้อมถ่ายทอดประสบการณ์สู่รุ่นต่อไป การที่อาจารย์ทั้งหมดมีประสบการณ์ทางคลินิกเป็นไปตามข้อกำหนดของแต่ละมหาวิทยาลัยที่กำหนดให้ผู้สมัครเข้าศึกษาระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลศาสตร์ต้องมีประสบการณ์การทำงานทางคลินิกไม่น้อยกว่า 2 ปี ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการสอนทักษะทางคลินิกให้กับนักศึกษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้มีข้อจำกัดสำคัญที่ควรพิจารณาในการตีความผลวิจัย เนื่องจากการวิจัยนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง มีกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อยและมาจากบริบทเอกชนเพียงอย่างเดียว อาจยังไม่สามารถสะท้อนในสถาบันอื่นที่มีลักษณะแตกต่างกันไป ดังนั้น การนำผลการวิจัยไปใช้ควรคำนึงถึงบริบทเฉพาะของแต่ละสถาบันด้วย

2. ผลลัพธ์การปฐมนิเทศของอาจารย์พยาบาล

ผลลัพธ์การปฐมนิเทศของอาจารย์พยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านทัศนคติมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านทักษะ และด้านความรู้ ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์การปฐมนิเทศในระดับมากทั้ง 3 ด้าน การที่ด้านทัศนคติมีคะแนนสูงสุดสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมปฐมนิเทศมีประสิทธิภาพในการสร้างความรู้สึกรับรู้ ความผูกพันต่อองค์กร และทัศนคติเชิงบวกต่อการทำงาน ทัศนคติเป็นองค์ประกอบหลักที่สามารถพัฒนาได้ในระยะเวลาสั้นผ่านการสร้างประสบการณ์เชิงบวกเปรียบเทียบกับความรู้และทักษะที่ต้องการเวลาและการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดของทศพรมะหะหมัด และคณะ (2564) ที่กล่าวว่าโครงการ

ปฐมนิเทศที่มีประสิทธิภาพโดยทั่วไปจะใช้เวลาานกว่ามาตรฐาน ให้เนื้อหาที่มีความสำคัญมากขึ้น ใช้เทคนิคการนำเสนอที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น และต้องการการมีส่วนร่วมมากขึ้นจากผู้บริหารและพนักงาน รวมถึงการรับรู้เข้าใจพนักงานใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้เกิดทัศนคติเชิงบวกต่อองค์กรและการทำงาน เมื่อพิจารณาตามกลุ่มประสบการณ์การสอน พบว่าอาจารย์ที่มีประสบการณ์มากกว่า 7 ปี มีผลลัพธ์การปฐมนิเทศสูงสุด รองลงมาคือกลุ่ม 1-3 ปี กลุ่ม 4-7 ปี และกลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปีมีค่าต่ำสุด จากผลการวิจัยอาจอธิบายได้ว่า อาจารย์ที่มีประสบการณ์มากกว่า 7 ปี มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สูงจึงสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการปฐมนิเทศไปประยุกต์ใช้และบูรณาการกับประสบการณ์เดิมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า อาจารย์ที่มีประสบการณ์น้อย ตามแนวคิดของ Benner (2020) เกี่ยวกับพัฒนาการของความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพ ที่เสนอว่าผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์มากจะมีความสามารถในการบูรณาการความรู้และทักษะได้ดีกว่า อาจารย์ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปีมีค่าต่ำสุด อาจอยู่ในช่วงปรับตัวและเผชิญกับความท้าทาย ยังไม่มีความมั่นใจเพียงพอ แม้ผลลัพธ์การปฐมนิเทศจะอยู่ในระดับที่ดี แต่ยังมีโอกาสในการพัฒนาเพิ่มเติม โดยเฉพาะในด้านความรู้และทักษะที่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านทัศนคติเล็กน้อย

3. ความต้องการพัฒนาตนเองของอาจารย์พยาบาล

ความต้องการพัฒนาตนเองของอาจารย์พยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านการสอนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านการวิจัย และด้านการบริการวิชาการ ตามลำดับ จากผลการวิจัย ด้านการสอนมีค่าเฉลี่ยสูงสุดจากการสอนเป็นภารกิจหลักของอาจารย์ โดยเฉพาะการสอนทักษะทางคลินิกที่ต้องอาศัยทั้งความรู้เชิงทฤษฎีและประสบการณ์ปฏิบัติจริงสอดคล้องกับการศึกษาของประภัสสร พลาบตีวัฒนและคณะ (2560) ที่ศึกษาปัญหาและความต้องการพัฒนาตนเองของบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา ที่พบว่าบุคลากรมีความต้องการในการพัฒนาตนเองในระดับสูง โดยความต้องการ



ด้านการศึกษาดูงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.28$, $SD = 0.16$) รองลงมาคือด้านการฝึกอบรม ($M = 3.84$, $SD = 0.23$) และด้านการศึกษาต่อ ($M = 3.23$, $SD = 0.11$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรพยาบาลมีความต้องการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผ่านการศึกษาดูงานที่ช่วยให้ได้เห็นแนวปฏิบัติที่ดีและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการสอนและการปฏิบัติงานได้

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มประสบการณ์การสอนพบว่าอาจารย์ที่มีประสบการณ์ 1-3 ปีมีความต้องการพัฒนาตนเองสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มมากกว่า 7 ปี กลุ่ม 4-7 ปี และกลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี มีความต้องการต่ำสุด การที่อาจารย์ที่มีประสบการณ์ 1-3 ปี มีความต้องการพัฒนาตนเองสูงที่สุดนั้นสะท้อนให้เห็นว่าอาจารย์กลุ่มนี้ผ่านพ้นช่วงการปรับตัวในปีแรกแล้ว เริ่มมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานขั้นพื้นฐานและพร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาทักษะตนเองเพื่อยกระดับความเชี่ยวชาญ นอกจากนี้ อาจารย์ในช่วงนี้มักมีความกระตือรือร้นและต้องการสร้างความก้าวหน้าในอาชีพ จึงแสวงหาโอกาสในการพัฒนาอย่างจริงจัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภัสสร พลานติวัฒน์ และคณะ (2560) ที่พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 99.2) เคยเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาบุคลากร โดยประเภทกิจกรรมที่เข้าร่วมมากที่สุดคือการสัมมนา (ร้อยละ 87.4) และการประชุม (ร้อยละ 86.6) แสดงให้เห็นว่าบุคลากรมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม จากการศึกษายังพบว่าปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาบุคลากรที่สำคัญคือ งบประมาณในการพัฒนาบุคลากรไม่เพียงพอ ($M = 3.03$, $SD = 1.35$) และไม่มีผู้ปฏิบัติหน้าที่แทนในช่วงที่เข้ารับการพัฒนา ($M = 2.93$, $SD = 1.37$) ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ผู้บริหารควรให้ความสำคัญและหาแนวทางแก้ไข

การที่อาจารย์ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี มีความต้องการพัฒนาตนเองต่ำสุดนั้น อาจเพราะอาจารย์กลุ่มนี้ยังอยู่ในช่วงปรับตัวและเผชิญกับความท้าทายมากมาย ยังไม่มีความพร้อมหรือมั่นใจเพียงพอที่จะมองเห็นความต้องการพัฒนาในระยะยาวของ

ตนเอง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีช็อกความเป็นจริง (Reality Shock Theory) ของ Kramer (1974) ที่อธิบายว่าพยาบาลหรืออาจารย์ใหม่มักประสบกับความตกใจและความไม่สอดคล้องระหว่างความคาดหวังกับความเป็นจริงในช่วงแรกของการทำงาน ทำให้ต้องใช้พลังงานส่วนใหญ่ในการปรับตัว จึงยังไม่สามารถมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาตนเองในระยะยาวได้ การที่ความต้องการพัฒนาด้านการวิจัยและการบริการวิชาการมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านการสอนอาจเป็นเพราะอาจารย์บางท่านยังขาดความมั่นใจในทักษะการทำวิจัยหรือมีภาระงานสอนที่หนักจนมีเวลาจำกัดสำหรับกิจกรรมเหล่านี้ ตามการศึกษาของ NLN (2018) ที่พบว่าอาจารย์พยาบาลหลายคนต้องการการสนับสนุนในการพัฒนาทักษะการวิจัยและการเขียนบทความวิชาการ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์การปฐมนิเทศกับความ ต้องการพัฒนาตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์การปฐมนิเทศกับความ ต้องการพัฒนาตนเองอยู่ในระดับสูง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการปฐมนิเทศที่มีคุณภาพไม่เพียงช่วยเตรียมความพร้อมให้อาจารย์ใหม่เท่านั้น แต่ยังสามารถกระตุ้นให้อาจารย์เกิดความ ต้องการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องอีกด้วย ซึ่งอธิบายได้ว่าโปรแกรมการปฐมนิเทศมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติอย่างเป็นระบบ ช่วยให้อาจารย์ใหม่ มีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ รู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติงาน และมีทัศนคติเชิงบวกต่อองค์กร ก็จะเกิดแรงจูงใจภายในที่จะพัฒนาตนเองให้มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น โดยเฉพาะการที่โปรแกรมมีกิจกรรมการมอบหมายที่เล็งและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้อาจารย์เห็นแบบอย่างและโอกาสในการพัฒนาตนเองอย่างชัดเจนสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการทำงานของ Herzberg (2017) ที่เสนอว่าปัจจัยจูงใจ เช่น ความสำเร็จในการทำงาน การได้รับการยอมรับ และโอกาสในการเติบโต เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคลากรมีความ ต้องการพัฒนาตนเอง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของทศพร มะหะหมัด และคณะ (2564) ที่กล่าวว่าโครงการปฐมนิเทศที่มีประสิทธิภาพโดยทั่วไป จะใช้เวลานานกว่ามาตรฐาน ให้เนื้อหาที่มีความสำคัญ

มากขึ้น ใช้เทคนิคการนำเสนอที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น และต้องการการมีส่วนร่วมมากขึ้นจากผู้บริหารและพนักงาน รวมถึงการรับรู้เข้าใจพนักงานใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้เกิดทัศนคติเชิงบวกต่อองค์กรและการทำงาน และการศึกษาของ Cox et al. (2021) ที่พบว่าโปรแกรมปฐมนิเทศอาจารย์พยาบาลยังไม่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพียงพอ โดยเพียง 61% ของอาจารย์ได้รับการปฐมนิเทศ และมีเพียง 14% ที่มีผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน

5. การเปรียบเทียบผลลัพธ์การปฐมนิเทศและความต้องการพัฒนาตนเองตามประสบการณ์การสอน

การเปรียบเทียบผลลัพธ์การปฐมนิเทศและความต้องการพัฒนาตนเองแตกต่างกันตามประสบการณ์การสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผลลัพธ์การปฐมนิเทศ อาจารย์ที่มีประสบการณ์มากกว่า 7 ปีมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ขณะที่ความต้องการพัฒนาตนเอง อาจารย์ที่มีประสบการณ์ 1-3 ปีมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ผลการวิจัยนี้สะท้อนถึงลักษณะที่แตกต่างกันของอาจารย์ในแต่ละช่วงประสบการณ์ การที่อาจารย์ที่มีประสบการณ์มากกว่า 7 ปีมีผลลัพธ์การปฐมนิเทศสูงสุดอาจอธิบายได้ว่า อาจารย์กลุ่มนี้มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สูง จึงสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการปฐมนิเทศไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าอาจารย์ที่มีประสบการณ์น้อย ตามแนวคิดของ Benner (2020) เกี่ยวกับพัฒนาการของความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพ ที่เสนอว่าผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์มากจะมีความสามารถในการบูรณาการความรู้และทักษะได้ดีกว่า ในทางกลับกันการที่อาจารย์ที่มีประสบการณ์ 1-3 ปีมีความต้องการพัฒนาตนเองสูงสุดเป็นส่วนที่น่าสนใจ อาจสะท้อนให้เห็นว่าอาจารย์กลุ่มนี้ผ่านพ้นช่วงการปรับตัวในปีแรกแล้ว เริ่มมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานขั้นพื้นฐาน และพร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาทักษะใหม่ ๆ เพื่อยกระดับความเชี่ยวชาญของตนเอง ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาประภัสสร พลานดิวัฒน์และคณะ (2560) ที่พบว่าบุคลากรมีความต้องการในการพัฒนาตนเองในระดับสูง โดยความต้องการด้านการศึกษาดูงานมี

ค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.28$, $SD = 0.16$) รองลงมาคือด้านการฝึกอบรม ($M = 3.84$, $SD = 0.23$) และด้านการศึกษาต่อ ($M = 3.23$, $SD = 0.11$) เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่อาจารย์มีความกระตือรือร้นและต้องการสร้างความก้าวหน้าในอาชีพ

การที่อาจารย์ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปีมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดทั้งในผลลัพธ์การปฐมนิเทศและความต้องการพัฒนาตนเอง สะท้อนให้เห็นว่า อาจารย์กลุ่มนี้ยังอยู่ในช่วงปรับตัวและเผชิญกับความท้าทายมากมาย ยังไม่มีความพร้อมหรือมั่นใจเพียงพอที่จะมองเห็นความต้องการพัฒนาในระยะยาวของตนเอง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีช็อกความเป็นจริง (Reality Shock) ของ Kramer (1974) ที่อธิบายว่าบุคลากรใหม่มักประสบกับความยากลำบากในการปรับตัวจากการเป็นนักศึกษาไปสู่การเป็นผู้ปฏิบัติงานจริง ผลการวิจัยนี้มีความสำคัญต่อการวางแผนพัฒนาอาจารย์ของสถาบันการศึกษา โดยแสดงให้เห็นว่าอาจารย์ในแต่ละช่วงประสบการณ์มีความต้องการและความพร้อมในการพัฒนาที่แตกต่างกัน สถาบันการศึกษาควรออกแบบโปรแกรมพัฒนาที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม เช่น การให้การสนับสนุนเข้มข้นแก่อาจารย์ใหม่ในปีแรก การจัดกิจกรรมพัฒนาที่ท้าทายสำหรับอาจารย์ที่มีประสบการณ์ 1-3 ปี และการส่งเสริมให้อาจารย์อาวุโสเป็นที่ปรึกษาหรือผู้นำในการพัฒนาวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. สำหรับอาจารย์ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี สถาบันควรเพิ่มการปฐมนิเทศ มีระบบพี่เลี้ยงใกล้ชิด และติดตามอย่างสม่ำเสมอเพื่อช่วยให้ผ่านช่วงปรับตัวได้ดี
2. สำหรับอาจารย์ที่มีประสบการณ์ 1-3 ปี ควรจัดกิจกรรมพัฒนาด้านการสอน เช่น เทคนิคการสอน ทักษะคลินิก การใช้เทคโนโลยี และการออกแบบหลักสูตร
3. สำหรับอาจารย์ที่มีประสบการณ์มากกว่า 7 ปี ควรส่งเสริมให้เป็นที่ปรึกษาและผู้นำในการพัฒนาวิชาชีพ เพื่อถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์



- พัฒนาโปรแกรมปฐมนิเทศด้านทัศนคติ พร้อมเสริมด้านความรู้ และทักษะให้สูงขึ้นโดยเฉพาะทักษะการวิจัย และการบริการวิชาการ ที่ยิ่งต่ำกว่าด้านการสอน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการปฐมนิเทศที่แตกต่างกัน เพื่อยกระดับคะแนนของอาจารย์กลุ่มประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี
- ศึกษาตัวแปรแทรกซ้อน (Confounding Variables) เช่น บรรยากาศองค์กร การสนับสนุนผู้บริหาร เพื่อลด Common Method Bias และเพิ่มความน่าเชื่อถือ
- ทำวิจัยติดตามระยะยาว กับกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น และหลากหลายบริบท
- ศึกษาปัจจัยที่ทำให้อาจารย์กลุ่ม 4–7 ปีมีความต้องการพัฒนาตนเองลดลง เพื่อหาแนวทางป้องกัน

เอกสารอ้างอิง

ทศพร มะหะหมัด, ชูศักดิ์ เจริญประโคน, ประเสริฐ สุขศาสตร์ กวิน, และวิชญพงศ์ ศรีศุข. (2564). การให้ทัศนคติ ความเข้าใจการปฐมนิเทศเพื่อสร้างประโยชน์ต่อการทำงานในองค์กร. *วารสารเครือข่ายส่งเสริมการวิจัยทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 4(3), 129–138.

ประภัสสร พลาบดีวัฒน์, อภรณ์ ตีนาน, และนุจรี ไชยมงคล. (2560). ปัญหาและความต้องการพัฒนาตนเองของบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(4), 21–31.

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2565). *สถานการณ์กำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย*. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.

Benner, P. E. (2020). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (Commemorative ed.). Prentice Hall.

Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.

Cox, C., Jordan, E., Valiga, T., & Zhou, Q. (2021). New faculty orientation for nurse educators: Offerings and needs. *Journal of Nursing Education*, 60(5), 273–276.

Herzberg, F. (2017). *Motivation to work*. Routledge. (Original work published 1959) <https://doi.org/10.4324/9781315124827>

Kirkpatrick, J. D., & Kirkpatrick, W. K. (2021). *Kirkpatrick's four levels of training evaluation*. ATD Press.

Knowles, M. S., Holton III, E. F., & Swanson, R. A. (2020). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development* (9th ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429299612>

Kramer, M. (1974). Reality shock: Why nurses leave nursing. C. V. Mosby.

National League for Nursing. (2018). *NLN core competencies for nurse educators: A decade of influence*. National League for Nursing.

Penn, B. K., Wilson, L. D., & Rosseter, R. (2008). *Transitioning from nursing practice to a teaching role*. *Online Journal of Issues in Nursing*, 13(3), Manuscript 3.

Schoening, A. M. (2013). From bedside to classroom: The nurse educator transition model. *Nursing Education Perspectives*, 34(3), 167–172.

Weidman, J. C. (2006). Socialization of students in higher education: Organizational perspectives. In C. C. Conrad & R. C. Serlin (Eds.), *The SAGE handbook for research in education: Engaging ideas and enriching inquiry* (pp. 253–262). Sage Publications.

World Health Organization. (2021). *Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025*. World Health Organization.



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ทางสุขภาพ ในการป้องกันภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

Received: October 1, 2025

Revised: December 23, 2025

Accepted: December 27, 2025

พัฒนา เศรษฐวิชาวณิช¹ (วท.ม. พยาบาลสาธารณสุข)
วดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ^{2*} (พย.ม. การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะไตเสื่อมเกิดจากการขาดความรู้และความตระหนักในการป้องกัน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วิธีการดำเนินการวิจัย: การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 จำนวน 122 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค ค่าอัตราการกรองของไต (GFR) หรือ Urine microalbumin เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและความรอบรู้ทางสุขภาพ 6 ด้าน ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคระหว่าง .75-.95 และค่า KR-20 เท่ากับ .74 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย: ความรอบรู้ทางสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 58.20) โดยความรู้ความเข้าใจมีระดับต่ำสุด (ร้อยละ 56.56) รองลงมาคือความรู้เท่าทันสื่อ (ร้อยละ 63.11) ขณะที่การตัดสินใจอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 62.30) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ และการใช้อุปกรณ์ติดตามภาวะสุขภาพ

สรุปผล: การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับกลุ่มที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่ำ โดยเน้นพัฒนาทักษะการใช้อุปกรณ์ติดตามสุขภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพ โรคไตเรื้อรัง การป้องกันภาวะไตเสื่อม

อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร, Thailand

อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก, Thailand

Corresponding Author: E-mail: wadeerat@bcnnon.ac.th



The Relationship between Personal Factors and Health Literacy in Preventing Renal Function Decline among patients with Chronic Kidney Disease

Pattana Sattawatcharawanij¹ (M.Sc, Public Health Nursing)

Wadeerat Sriwongwan^{2*} (M.Sc, Community Health Nurse Practitioner)

Abstract

Introduction: Renal function deterioration is often caused by a lack of health knowledge and preventive awareness.

Objective: This correlational research aimed to examine the relationship between personal factors and health literacy for chronic kidney disease (CKD) prevention.

Methods: The study involved 122 patients with CKD stages 1–3, selected based on clinical diagnosis, glomerular filtration rate (GFR), or urine microalbumin levels. Research instruments included a personal information questionnaire and a 6-domain Health Literacy Scale. The tools were validated by experts, with Cronbach's alpha ranging from .75 to .95 and a KR-20 of .74. Data were analyzed using descriptive statistics and the Chi-square test.

Results: Overall health literacy was at a low level (58.20%). The functional literacy domain had the lowest score (56.56%), followed by media literacy (63.11%), while the decision-making domain was mostly at a high level (62.30%). Personal factors significantly related to overall health literacy ($p < .001$) included educational level, occupation, and the use of health monitoring devices.

Conclusion: Enhancing health literacy should prioritize patients with low educational and income levels. Interventions should focus on developing skills for using health monitoring devices to effectively delay the progression of kidney disease.

Keywords: Health literacy, Chronic kidney disease, Chronic kidney disease prevention/control

Lecturer, Faculty of Nursing, Shinawatra University Shinawatra University, Thailand

Lecturer, Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute, Thailand

Corresponding Author: E-mail: wadeerat@bcnon.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลกและในประเทศไทย จัดเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเป็นภาระทางเศรษฐกิจและสังคม (World Health Organization, 2021) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่ภาวะไตเสื่อมและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น (ระยะ 1-3) มักไม่แสดงอาการชัดเจน ทำให้ไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลตนเองซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease; ESRD) การป้องกันภาวะไตเสื่อมในระยะเริ่มต้นจึงมีความสำคัญยิ่ง สามารถชะลอหรือหยุดยั้งการดำเนินของโรคได้ การมีความรู้ทางสุขภาพและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมจะช่วยลดอัตราการเข้าสู่ ESRD และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวได้ ความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) เป็นกุญแจสำคัญในการป้องกันและชะลอการเสื่อมของไตทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสุขภาพของตนเองและดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความรู้ทางสุขภาพเป็นความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและนำข้อมูลสุขภาพมาใช้ในการตัดสินใจดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจภาวะของโรค ปัจจัยเสี่ยง และดูแลตนเองที่ถูกต้อง เช่น การควบคุมอาหาร การใช้ยาอย่างเหมาะสม และการมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการชะลอความเสื่อมของไต ความรู้ทางสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (Functional) เน้นการนำข้อมูล ไปใช้ดำรงชีวิต ระดับสื่อสาร/ปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive) เน้นการประยุกต์ใช้ข้อมูล และระดับวิจารณ์ญาณ (Critical) เน้นการวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Nutbeam, 2008) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้ทางสุขภาพต่ำมักมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคและการรักษา มีความร่วมมือในการรักษา น้อยกว่า และมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดีเมื่อเทียบกับ

ผู้ที่มีความรอบรู้เพียงพอ โดยมีแนวโน้มจะเข้าใจข้อมูลทางการแพทย์ที่ซับซ้อนได้ไม่เพียงพอ (Coughlin et al., 2020) ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องได้แก่ อายุ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีความรู้ทางสุขภาพจำกัดกว่าคนวัยหนุ่มสาวและการศึกษาสูงจะสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพที่สูงขึ้น เนื่องจากมีทักษะในการอ่านและตีความข้อมูลที่ซับซ้อนได้ดีกว่า สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม/รายได้ ผู้ที่มีรายได้น้อยหรือสถานะทางเศรษฐกิจต่ำมักมีความรอบรู้จำกัดกว่า (Gonçalves-Fernández & Pino-Juste, 2025) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิและรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรง แม้จะมีหลักฐานทางวิชาการยืนยันถึงความสำคัญของปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ การศึกษา และรายได้ที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพภาพรวม แต่ยังคงขาดการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงที่จะเชื่อมโยงปัจจัยเหล่านี้กับการป้องกันภาวะไตเสื่อมในบริบทของชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ศึกษา การขาดองค์ความรู้เฉพาะกลุ่มนี้ส่งผลให้มาตรการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในปัจจุบันอาจยังไม่สอดคล้องกับข้อจำกัดที่แท้จริงของผู้ป่วยในชุมชน ดังนั้น การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 ในสถานบริการปฐมภูมิ โดยศึกษาตามคุณลักษณะ 6 ประการ ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูล 3) การสื่อสารข้อมูล 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) การตัดสินใจ ข้อมูลที่ได้จะใช้เป็นแนวทางในการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพและวางแผนสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 ในชุมชน



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 ในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนนทบุรี ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568-ตุลาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา: คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 1-3 ซึ่งมารับบริการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Clinic) ในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี ในปี 2568

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้ **เกณฑ์คัดเข้า** ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ที่มีค่าอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate; GFR) อยู่ในช่วง 120 ถึง 30 ml/min/1.73 m² ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน หรือตรวจพบค่า Urine Microalbumin ≥ 1.7 mg/dL อย่างน้อย 2 ครั้ง ภายในระยะเวลา 1 ปี **เกณฑ์คัดออก** ผู้ที่มีปัญหาการสื่อสาร/สติปัญญา หรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในรอบ 6 เดือน เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือโรคหลอดเลือดสมอง **เกณฑ์ยุติการวิจัย** กลุ่มตัวอย่างประสงค์ถอนตัว หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพระหว่างการวิจัยซึ่งแพทย์พิจารณาแล้วว่าไม่เหมาะสมที่จะดำเนินการต่อ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการทดสอบ Chi-square, Effect Size = 0.3 (Medium Effect Size) (Cohen, 1988), $\alpha = 0.05$, power = 0.8, df = 3 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 122 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานความร่วมมือกับพยาบาลประจำคลินิกโรคไตเรื้อรัง ณ สถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี เพื่อประชาสัมพันธ์และคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ เมื่อผู้ป่วยสนใจเข้าร่วม ผู้วิจัยจะดำเนินการดังนี้ 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์

ขั้นตอนวิจัย และสิทธิในการคุ้มครองความลับโดยไม่ระบุตัวตน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ปฏิเสธการเข้าร่วมได้ 2) แจกแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัย 3) เก็บรวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเกิดโรค ค่าอัตราการกรองของไต (GFR) สิทธิการรักษา แหล่งการเข้าถึงข้อมูล และอุปกรณ์ติดตามภาวะสุขภาพ เช่น โทรศัพท์มือถือ อุปกรณ์วัดความดันโลหิต/น้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม ผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือจากนิชมิน หล้ารอด และคณะ (2566) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับบริบทการป้องกันภาวะไตเสื่อมและได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือแล้ว แบ่งเป็น 6 ด้าน รวม 42 ข้อ ดังนี้ 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ลักษณะข้อคำถามแบบถูก-ผิด 12 ข้อ 2) การเข้าถึงข้อมูล 6 ข้อ 3) การสื่อสารข้อมูล 6 ข้อ 4) การจัดการตนเอง 6 ข้อ 5) การรู้เท่าทันสื่อ 6 ข้อ 6) การตัดสินใจ 6 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล 1) ความรู้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน 2) ด้านทักษะ (ด้านที่ 2-6) ใช้มาตรวัดประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) 4 ระดับ (ปฏิบัติเป็นประจำ = 4 ถึง ไม่ได้ปฏิบัติ = 1) คะแนนรวมทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 30-132 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ร้อยละในการแปลผลภาพรวม ดังนี้ ระดับดี (มากกว่าร้อยละ 80) มีความรอบรู้เพียงพอ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-80) มีความรอบรู้เพียงพอบ้าง และ ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) มีความรอบรู้ไม่เพียงพอ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1) ความเที่ยงตรง (Validity) ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence; IOC) เท่ากับ 0.86 2) ความเที่ยง (Reliability) ทดลองใช้กับ



ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาครายด้านดังนี้ การเข้าถึงข้อมูล .75 การสื่อสาร .92 การตัดสินใจ .95 การจัดการตนเอง .82 และการรู้เท่าทันสื่อ .93 สำหรับแบบทดสอบความรู้พบค่า KR-20 เท่ากับ .74

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร เอกสารรับรองเลขที่ 2025/25 วันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว โรคประจำตัว ระยะเวลาการเกิดโรค ค่าอัตราการกรองของไต สิทธิการรักษา แหล่งการเข้าถึงข้อมูลและการใช้เครื่องมือติดตามภาวะ

สุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการศึกษา

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.9) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67.2) อายุเฉลี่ย 68.70 ปี จบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 82.0) และมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 72.1) เกือบทั้งหมดมีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน โดยร้อยละ 75.4 มีอัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อย (ระยะที่ 2) ส่วนใหญ่รับข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ (ร้อยละ 54.1) และมากกว่าครึ่งไม่ได้ใช้อุปกรณ์ติดตามภาวะสุขภาพ (ร้อยละ 57.4) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล (n = 122)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- หญิง	84	68.9
- ชาย	38	31.1
อายุ (Max = 88, Min = 48, Mean = 68.70, SD = 8.05)		
- น้อยกว่า 50 ปี	2	1.6
- 50-60 ปี	18	14.8
- 61-70 ปี	53	43.4
- 71 ปีขึ้นไป	49	40.2
ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	100	82.0
- มัธยมศึกษา/ปวช.	15	12.3
- อนุปริญญา/ปวส.	3	2.5
- ปริญญาตรี	4	3.3
อาชีพ		
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	82	67.2
- เกษตรกร	4	3.3
- กิจการส่วนตัว/ค้าขาย	5	4.9
- รับจ้าง	24	19.7
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	0.8
- อื่นๆ	5	4.1



ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
- โสด	5	4.1
- คู่	82	67.2
- หม้าย/หย่า/แยก	35	28.7
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน) (Max = 30,000, Min = 0, Mean = 4378.68, SD = 5690.45)		
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	88	72.1
- 5,001–10,000 บาท	21	17.2
- 10,001–15,000 บาท	7	5.7
- มากกว่า 15,000 บาท	6	5.0
โรคประจำตัว		
- ไม่มี	7	5.7
- มี	115	94.3
เบาหวาน	93	76.2
ความดันโลหิตสูง	97	79.5
ไขมันในเลือดสูง	89	73.0
ไต	4	3.3
ค่าอัตราการกรองของไต		
- ระยะที่ 1 (eGFR \geq 90)	27	22.1
- ระยะที่ 2 (eGFR 60–89)	92	75.4
- ระยะที่ 3 (eGFR 30–59)	3	2.5
แหล่งการเข้าถึงข้อมูล		
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (แพทย์, พยาบาล)	66	54.1
- สื่อสังคมออนไลน์ (Line, Facebook)	7	5.7
- แผ่นพับ/โปสเตอร์จากโรงพยาบาลหรือคลินิก	1	0.8
- สมาชิกในครอบครัว	48	39.3
เครื่องมือติดตามภาวะสุขภาพ		
- โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน	47	38.5
- คอมพิวเตอร์/แท็บเล็ต	2	1.6
- อุปกรณ์วัดสุขภาพแบบพกพา (เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดระดับน้ำตาล)	3	2.5
- ไม่ใช่เครื่องมือใด ๆ	70	57.4

2. ตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 58.19) เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูล การ

สื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ และความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 72.95, 70.49, 68.04, 63.11 และ 56.56 ตามลำดับ) แต่ด้านการตัดสินใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 62.29) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม (n = 122)

ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านความรู้ความเข้าใจ		
- ระดับต่ำ	69	56.56
- ระดับปานกลาง	44	36.07
- ระดับสูง	9	7.38
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูล		
- ระดับต่ำ	86	70.49
- ระดับปานกลาง	25	20.49
- ระดับสูง	11	9.02
3. ด้านการสื่อสารข้อมูล		
- ระดับต่ำ	83	68.03
- ระดับปานกลาง	21	17.21
- ระดับสูง	18	14.75
4. ด้านการจัดการตนเอง		
- ระดับต่ำ	89	72.95
- ระดับปานกลาง	27	22.13
- ระดับสูง	6	4.92
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ		
- ระดับต่ำ	77	63.11
- ระดับปานกลาง	24	19.67
- ระดับสูง	21	17.21
6. ด้านการตัดสินใจ		
- ระดับต่ำ	13	10.66
- ระดับปานกลาง	33	27.05
- ระดับสูง	76	62.30
7. ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม ภาพรวม		
- ระดับต่ำ	71	58.20
- ระดับปานกลาง	38	31.15
- ระดับสูง	13	10.66

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม คือ ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 28.910, p < .001$) อาชีพ ($\chi^2 = 34.562, p < .001$) และอุปกรณ์ติดตามภาวะสุขภาพ ($\chi^2 = 36.120, p < .001$) แต่เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้

ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมรายด้าน พบว่า อายุและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ความเข้าใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 17.239, p = 0.008; \chi^2 = 20.242, p = 0.003$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย และอุปกรณ์ติดตามภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 24.085, p = 0.001; \chi^2 = 47.687, p < .001; \chi^2 = 13.347, p = 0.038; \chi^2 = 22.867, p < .001$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และอุปกรณ์ติดตามภาวะ



สุขภาพมีความสัมพันธ์กับการสื่อสารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 21.048, p = 0.002$; $\chi^2 = 13.989, p = 0.007$; $\chi^2 = 22.012, p = 0.015$; $\chi^2 = 35.141, p < .001$) ตามลำดับ) อาชีพ และอุปกรณ์ติดตามภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 52.758, p < .001$; $\chi^2 = 24.722, p < .001$ ตามลำดับ) อาชีพ รายได้เฉลี่ย

และแหล่งข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 41.652, p < .001$; $\chi^2 = 18.042, p = 0.006$; $\chi^2 = 28.435, p < .001$ ตามลำดับ) รายได้เฉลี่ย และแหล่งข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 14.645, p = 0.023$; $\chi^2 = 24.470, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม (n = 122)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าสถิติ	ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม						รวม
		ความรู้ความเข้าใจ	การเข้าถึงข้อมูล	การสื่อสาร	การจัดการตนเอง	การรู้เท่าทันสื่อ	การตัดสินใจ	
1. เพศ	χ^2	1.221	0.088	3.069	0.101	1.726	0.475	1.335
	Sig.	0.543	0.957	0.126	0.951	0.422	0.789	0.508
2. อายุ	χ^2	17.239	3.821	7.639	11.499	7.640	10.378	8.306
	Sig.	0.008*	0.701	0.266	0.074	0.266	0.110	0.217
3. ระดับการศึกษา	χ^2	20.242	24.085	21.048	5.371	12.480	4.150	28.910
	Sig.	0.003*	0.001*	0.002*	0.497	0.520	0.656	0.000**
4. สถานภาพสมรส	χ^2	1.573	4.929	13.989	6.250	10.766	0.789	6.418
	Sig.	0.814	0.295	0.007*	0.181	0.029*	0.939	0.170
5. อาชีพ	χ^2	12.693	47.687	22.012	52.758	41.652	14.887	34.562
	Sig.	0.241	0.000**	0.015*	0.000**	0.000**	0.136	0.000**
6. รายได้เฉลี่ย	χ^2	5.160	13.347	10.033	3.273	18.042	14.645	3.600
	Sig.	0.523	0.038*	0.123	0.774	0.006*	0.023*	0.731
7. โรคประจำตัว	χ^2	4.275	1.053	3.489	0.738	4.340	1.228	1.031
	Sig.	0.118	0.591	0.175	0.692	0.114	0.541	0.597
8. แหล่งการเข้าถึงข้อมูล	χ^2	11.442	9.228	5.554	3.773	28.435	24.470	8.869
	Sig.	0.076	0.158	0.475	0.707	0.000**	0.000**	0.181
9. เครื่องมือติดตามภาวะสุขภาพ	χ^2	10.178	22.867	35.141	24.722	46.468	11.186	36.120
	Sig.	0.117	0.001*	0.000**	0.000**	0.000	0.083	0.000**

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

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 ในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 68.70 ปี และมีสถานภาพสมรสคู่ สะท้อนถึงการเข้าสู่สังคมสูงวัย

ของประเทศไทย และชี้ว่าผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญจากคู่สมรสและครอบครัวในการจัดการโรคเรื้อรัง ทั้งด้านจิตใจและข้อมูลข่าวสาร เช่น การกำกับติดตามการรับประทานยาและอาหารที่เหมาะสม สอดคล้องกับการวิจัยของปนัดดา สวัสดิ์ และคณะ (2565) ที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับสูง และการวิจัยของ จักรกฤษณ์ วัชรราชูร์ และคณะ

(2561) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ สดท้ายอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างเกือบ ทั้งหมดมีโรคประจำตัวร่วม โดยเฉพาะความดันโลหิต สูงและเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่นำไปสู่ ภาวะแทรกซ้อนของไต จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีอัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อย (ระยะ ที่ 2) ถึงร้อยละ 75.4 ซึ่งบ่งชี้ความเสี่ยงสูงในการดำเนิน ของโรคไปสู่ระยะรุนแรงหากการจัดการโรคไม่เข้มงวด เพียงพอ สำหรับแหล่งการเข้าถึงข้อมูลพบว่าพิงพา บุคลากรทางสุขภาพเป็นหลัก โดยมากกว่าครึ่งไม่ได้ ใช้อุปกรณ์ติดตามสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งสะท้อนถึง ข้อจำกัดจากระดับการศึกษาต่ำและอุปสรรคในการ เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล (Coughlin et al., 2020) การ ขาดการใช้อุปกรณ์ติดตามสุขภาพในชีวิตประจำวันถือเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนำข้อมูล มาใช้ตัดสินใจหรือปรับพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่าง ทันท่วงที ทำให้การจัดการโรคเรื้อรังไม่มีประสิทธิภาพ

2. ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ผล การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 58.20) ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Gonçalves-Fernández and Pino-Juste (2025) พบว่าระดับความรอบรู้ทาง สุขภาพที่ต่ำเป็นอุปสรรคสำคัญในการชะลอการเสื่อม ของไตระยะที่ 1-3 อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผล กระทบโดยตรงต่อความสามารถของผู้ป่วยในการดูแล ตนเองและจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ไม่เหมาะสม เมื่อ พิจารณารายด้านพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำยกเว้นด้านการตัดสินใจ (Decision Making) อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 62.30) ซึ่ง อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอาจมี ข้อจำกัดในการเข้าถึงและตีความข้อมูลสุขภาพที่ ซับซ้อน แต่การมีสถานภาพสมรสคู่และอาศัยร่วมกับ ครอบครัว ทำให้ได้รับการสนับสนุนในการตัดสินใจ ร่วมกัน นอกจากนี้ การตัดสินใจในระดับสูงอาจสะท้อน ถึงความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตามคำแนะนำของ บุคลากรทางการแพทย์มากกว่าการตัดสินใจบน ฐานความรู้ของตนเองเพียงอย่างเดียว

3. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับ ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า การศึกษา อาชีพ และการใช้ อุปกรณ์ติดตามภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความ รอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การอภิปรายผลดังนี้

3.1 ระดับการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ ทางสุขภาพในภาพรวม ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึง ข้อมูลและการสื่อสาร ($p < .005$) ผลการศึกษา สอดคล้องกับแนวคิดว่าระดับการศึกษาเป็นรากฐาน (Foundation) ของความรอบรู้ทางสุขภาพ เพราะ การศึกษาสูงขึ้นจะช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการอ่าน การประมวลผล และการทำความเข้าใจข้อมูล สุขภาพที่ซับซ้อนได้ดีขึ้น (Coughlin et al., 2020)

3.2 อาชีพ ผลการศึกษาพบว่า อาชีพมี ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกัน ภาวะไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูล การรู้เท่าทันสื่อ และ การจัดการตนเองจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุที่ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพหรือ เกษียณอายุแล้วและเป็นผู้ที่เคยประกอบอาชีพที่ต้อง อาศัยทักษะการสื่อสาร การบริหารจัดการ หรือเคย รับราชการ/พนักงานบริษัท มักจะมีต้นทุนทางสังคม และทักษะการสืบค้นข้อมูล ทำให้มีทักษะในการ เลือกรับสื่อ ความมั่นใจในการจัดการตนเองและ การต่อรองกับระบบสุขภาพได้ดีกว่ากลุ่มที่เคยประกอบ อาชีพเกษตรกรรมหรือรับจ้างทั่วไปที่อาจเข้าถึง แหล่งข้อมูลได้จำกัดกว่า

3.3 การใช้อุปกรณ์ติดตามภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การใช้เครื่องมือติดตามภาวะ สุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพใน การป้องกันภาวะไตเสื่อมในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$) จะเห็นได้ว่าการใช้อุปกรณ์ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดระดับน้ำตาล เป็น กลไกเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพราะการใช้อุปกรณ์ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเรียนรู้ที่จะตีความตัวเลขและลงมือ ปฏิบัติ ดังนั้นการขาดอุปกรณ์ติดตามภาวะสุขภาพใน



กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยขาดเครื่องมือที่จะช่วยในการเรียนรู้และกำกับติดตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวัน

3.4 อายุ ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ (Knowledge) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .008$) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในด้านอื่น ๆ และในภาพรวม ($p > .05$) จะเห็นได้ว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นความสามารถในการจดจำข้อมูลทางการแพทย์ที่ซับซ้อนหรือคำศัพท์เฉพาะทางเกี่ยวกับโรคไตลดน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Gonçalves-Fernández and Pino-Juste (2025) ที่ระบุว่าผู้สูงอายุมักเผชิญกับข้อจำกัดด้านการเรียนรู้ข้อมูลใหม่ ๆ และมีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ทางสุขภาพในเชิงความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Health Literacy) ต่ำกว่าคนในวัยหนุ่มสาว

3.5 สถานภาพสมรส ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในด้านการสื่อสาร ($p = .007$) และ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($p = .029$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลภายในครอบครัว สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) การสนับสนุนและสื่อสารกับบุคคลใกล้ชิด ช่วยให้ผู้บุคคลคัดกรองข้อมูลซับซ้อนได้ดีขึ้น นอกจากนี้ Gonçalves-Fernández and Pino-Juste (2025) ระบุว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพนั้นได้รับอิทธิพลจากบริบททางสังคม โดยการมีสถานภาพสมรสคู่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลและการประเมินความน่าเชื่อถือของสื่อผ่านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่เพิ่มขึ้น

3.6 รายได้เฉลี่ย ผลการศึกษาพบว่า รายได้เฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูล ($p = .038$) การรู้เท่าทันสื่อ ($p = .006$) และการตัดสินใจ ($p = .023$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่า รายได้มีผลต่อการจัดหาทรัพยากรทางสุขภาพโดยกลุ่มที่

มีรายได้สูงมีขีดความสามารถในการเข้าถึงอุปกรณ์ดิจิทัลและอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในการสืบค้นข้อมูล สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่ระบุว่าความมั่นคงทางรายได้และเศรษฐกิจเป็นสิ่งที่มีอำนาจในการพัฒนาความรู้ขั้นวิจารณ์ญาณ

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาช่องทางสื่อสารตามปัจจัยส่วนบุคคล สถานบริการปฐมภูมิควรจัดรูปแบบข้อมูลให้สอดคล้องกับอายุและระดับการศึกษา โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุควรใช้สื่ออินโฟกราฟิกที่เข้าใจง่ายเพื่อลดอุปสรรคในการตีความข้อมูลที่ซับซ้อน

2. ส่งเสริมทักษะผ่านแหล่งข้อมูลหลัก ควรใช้บุคลากรทางสุขภาพและครอบครัวซึ่งเป็นช่องทางหลักที่ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลมากที่สุด เป็นฐานในการฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ติดตามภาวะสุขภาพและเครื่องมือดิจิทัล เพื่อพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. วิจัยและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ เนื่องจากพบความรอบรู้ทางสุขภาพในภาพรวมระดับต่ำ (ร้อยละ 58.20) จึงควรวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ เน้นทักษะการใช้อุปกรณ์ติดตามสุขภาพที่บ้านเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในระยะยาว

2. การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อเข้าถึงปัจจัยเชิงลึก ควรสัมภาษณ์เชิงลึกหรือสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อเจาะลึกด้านความรอบรู้ทางสุขภาพที่เป็นช่องว่างทางความรู้ในชุมชน และนำมาปรับปรุงโปรแกรมให้มีความจำเพาะเจาะจงและมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อกลุ่มเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

- จักรกฤษณ์ วัชรราชภรณ์, กิตติพันธ์ ฤกษ์เกษม, สุวินัย แสงโย, ศศิณัฐ พงษ์ธรรม, และนิภาภรณ์ ปิ่นมาศ. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(4), 625–635.
- ณิขมน หล้ารอด, เอนกพงศ์ อ้อยคำ, วดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ, เสน่ห์ คล้ายบัว, และ ธนวัฒน์ รวมสุข. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอายุ 35 ปีขึ้นไปในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 16(2), 28–39.
- ปนัดดา สวัสดิ์, นัทธมน วุฑธานนท์, และ ประทุม สร้อยวงศ์. (2565). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(4), 151–162.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Coughlin, S. S., Vernon, M., Hatzigeorgiou, C., & George, V. (2020). Health literacy, social determinants of health, and disease prevention and control. *Journal of Environment and Health Sciences*, 6(1), 30–61.
- Gonçalves-Fernández, M. L., & Pino-Juste, M. (2025). Health literacy in healthy adults: A systematic review of recent evidence. *Atención Primaria*, 57(11), 103300. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103300>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- World Health Organization. (2021, September 16). Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

