



วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

**ISSN 2985-0150 (Online)**  
**2025**

**ปีที่ 8 ฉบับ 3 กันยายน - ธันวาคม 2568**  
**(Vol. 8 No.3 September - December 2025)**



**ศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index: TCI)**  
**กลุ่มที่ 1 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ**

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รับตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ประเภทบทความวิชาการ (Academic articles) และบทความวิจัย (Research articles) ซึ่งต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน หรืออยู่ระหว่างส่งตีพิมพ์ในวารสารอื่น ยกเว้นเป็นผลงานที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มีรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการ (Proceedings) วารสารนี้ มีคณะกรรมการพิชญพิจารณ์ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจากหลากหลายสถาบัน พิจารณาคุณภาพของบทความทุกเรื่องก่อนการตีพิมพ์ สำหรับบทความวิชาการ อย่างน้อย 2 ท่าน และบทความวิจัย อย่างน้อย 3 ท่าน แบบ Double blinded โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุลและหน่วยงานของทั้งผู้เขียนและผู้ประเมินบทความ ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของกองบรรณาธิการ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการในการแลกเปลี่ยนความรู้ทางด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และในการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง

### สำนักงานวารสาร

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี  
เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนคีรีรัฐยา ตำบลธงชัย  
อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000  
โทรศัพท์ 0-32427049 – 50 ต่อ 115  
จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ที่ [journal@pckpb.ac.th](mailto:journal@pckpb.ac.th)

หมายเหตุ: บทความในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน  
มิใช่ของกองบรรณาธิการ และมีข้อความรับผิดชอบต่อวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

**ที่ปรึกษา**

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์กำแหง จาตุรจินดา  
ศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร  
ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวงนิษา ชื่นกองแก้ว

**บรรณาธิการ**

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรัสรัตน์ ดวงจันทร์

**กองจัดการ**

อาจารย์ทิพวัลย์ มีทรัพย์  
นางโสภิษฐ์ มิตรดี

**เจ้าของ**

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี  
คณะพยาบาลศาสตร์  
สถาบันพระบรมราชชนก  
กระทรวงสาธารณสุข

**กำหนดเผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์****ปีละ 3 ฉบับ**

ฉบับที่ 1 เดือนเมษายน  
ฉบับที่ 2 เดือนสิงหาคม  
ฉบับที่ 3 เดือนธันวาคม

วารสารอิเล็กทรอนิกส์ (online journal) ISSN  
2985-0150 (Online)

ได้รับการรับรองจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสาร  
ไทย (Thai Journal Citation Index: TCI) กลุ่มที่  
1 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (พ.ศ. 2568-2572)

**กองบรรณาธิการ**

ศาสตราจารย์เกียรติคุณพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
ศาสตราจารย์เกียรติคุณบุญทิพย์ สิริธรรังศรี  
สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
ศาสตราจารย์รัตน์ศิริ ทาโต  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์สายสมร เฉลยกิตติ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
รองศาสตราจารย์สุดาภรณ์ พัยคมเรือง  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
รองศาสตราจารย์ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
รองศาสตราจารย์สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล  
สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
รองศาสตราจารย์วัลย์พร นันทศุภวัฒน์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต  
รองศาสตราจารย์ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์  
รองศาสตราจารย์วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
รองศาสตราจารย์อดิฏาณ์ ศรเกษตรริน  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา  
รองศาสตราจารย์มนพรชาติชำนาญ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต  
รองศาสตราจารย์อรัญญา เขาวลิต  
สถาบันพระบรมราชชนก  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศุภกรใจ เจริญสุข  
สถาบันพระบรมราชชนก  
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์เยาวลักษณ์ มีบุญมาก  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์รพีพรรณ นาคบุบผา  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์

## บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับการรับรองคุณภาพ จากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index: TCI) กลุ่มที่ 1 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2568-2572 กองบรรณาธิการวารสาร จึงคงไว้ซึ่งมาตรฐานสำหรับบทความที่ลงตีพิมพ์ทุกเรื่อง ต้องได้รับการพิจารณาถ่วงดุล (peer-review) จากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 ท่านต่อ 1 บทความวิจัย และอย่างน้อย 2 ท่านต่อ 1 บทความวิชาการ แบบ double blinded โดยจัดทำเป็นวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (online journal) ISSN 2985-0150 (Online)

สำหรับปีที่ 8 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2568 นี้ มีบทความวิจัย (research article) จำนวน 10 เรื่อง ซึ่งครอบคลุมการดูแลบุคคลตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ทั้งเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ และในภาวะเจ็บป่วย รวมทั้ง การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต

กองบรรณาธิการวารสาร ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองบทความ (peer-review) สำหรับข้อเสนอแนะ เพื่อให้บทความมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้ง กองจัดการวารสารทุกท่าน ที่สนับสนุนการดำเนินงานของวารสาร ผู้เขียนที่มีความประสงค์จะส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ สามารถนำส่งบทความตามลิงค์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck> ทั้งนี้ วารสารกำหนดจำนวนเรื่องในการตีพิมพ์เผยแพร่ ฉบับละประมาณ 10 เรื่อง ประกอบด้วยบทความวิชาการ 1-2 เรื่อง และบทความวิจัยประมาณ 8-9 เรื่อง และเพื่อให้สอดคล้องกับประกาศ ก.พ.อ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2568 ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2568 ทางวารสารขอปรับอัตราค่าธรรมเนียมในตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัย กรณีที่มีผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองบทความ จำนวน 3 ท่าน บทความละ 5,000 บาท กรณี 2 ท่าน บทความละ 4,000 บาท และบทความวิชาการ บทความละ 4,000 บาท

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุไรรัตน์ ดวงจันทร์

บรรณาธิการ

## สารบัญ

## □ บทความวิจัย

- การสนับสนุนของบุคลากรทางสุขภาพกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง  
ระยะสุดท้าย: การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา 1
- Healthcare Provider Support Contributing to Resilience among Caregivers  
of Advanced Cancer Patients: A Phenomenological Study  
สรารวุฒิ สีสถาน\*, ขวัญชนก ยศคำลือ  
Sarawut Sritan\*, Kwanchanok Yotkhamlue
- ผลของการฟอนเจิงประยุกต์ต่อการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ  
และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จังหวัดลำปาง 17
- The Effect of an Applied Fon Jerng Exercise Program on Physical Balance,  
Muscle Strength, and Activities of Daily Living (ADLs) among the Social Bound  
Elderly in Lampang Province  
เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์, พวงเพชร มีศิริ\*, นิตยา วรณโสภา  
Pensri Phongprapapan, Puangpet Meesiri\*, Nittaya Wannasopa
- การประเมินความต้องการจำเป็นทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกของผู้ปกครองนักเรียน  
ระดับชั้นประถมศึกษา โรงเรียนเอกชน: การวิจัยการประเมินความต้องการจำเป็นแบบสมบูรณ  
A Needs Assessment of Positive Parenting Skills among Parents of Primary School  
Students in Private Schools: Comprehensive Needs Assessment Research 33
- กษิติศ ครุฑทางคะ\*, วรรัตน์ ปทุมเจริญวัฒนา, กชวร จุยมณี  
Kasidis Kruthangka\*, Worarat Pathumcharoenwattana, Kotchaworn Chuymanee
- ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี  
ในเขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี โดยการมีส่วนร่วมของครูและผู้ปกครอง 53
- The Effects of a Behavioral Modification Program on Attention Deficit Hyperactivity  
Disorder Behaviors in Children Aged 6–12 Years through Teacher and Parent  
Participation in Makham District, Chanthaburi Province  
สุปรียา ศรีทอง, วรกรอง เนลสัน\*  
Supreeya Srithong, Warongrong Nelson\*

## สารบัญ (ต่อ)

## □ บทความวิจัย (ต่อ)

- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ของนักศึกษาในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 70
- The Predictive Factors of 3E2S Health Behaviors among Health Science  
Students at Ubon Ratchathani University  
ปิ่นแก้ว บุญอยู่, พรชนิตา ฉลุธรัมย์, พรานภา บัวเขียว, พัฒนาดี คำสงค์, สุภัตสร เลาะพะนะ\*  
Phinkaew Bunyu, Phonchanita Chaloram, Prawnapa Buakheaw,  
Phattanawadee Khamsong, Supasson Lorhhana\*
- อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังการผ่าตัด  
แบบไม่ฉุกเฉิน 86
- Incidence and Risk Factors of Postoperative Delirium in Patients Undergoing  
Non-Emergency Surgery  
นพัตถร พกษาอนันตกาล, ดวงรัตน์ กวีนันทชัย\*, พิรุณภา เบญพาต,  
ชัยพร วิศิษฐ์พงศ์อารีย์, วิทยากร ยะถาคาร  
Naphatthorn Prueksaanantakal, Duangrat Kaveenuntachai\*, Pirunnapa Benyapad,  
Chaiyaporn Wisitpongaree, Wittayakorn Yata Khan
- ประสิทธิผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมี  
ในงานเกษตร ของเกษตรกรผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม 103
- Effectiveness of Self-modifying Program on Pesticide Prevention Behavior among  
Agricultural Chemicals of Older Farmers in Nakhon Pathom Province  
พนิตนันท์ แซ่ลิ้ม, อนัญญา โสภณนาค\*, วันเพ็ญ แวววีระคุปต์, กรวรรณ สุวรรณสาร  
Panittanan Sealim, Anunya Soponnark\*, Wanpen Waelveerakup, Korawan Suwannasan
- ผลของโปรแกรมการสื่อสารตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน  
ต่อคุณภาพการสื่อสารการส่งต่อของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง 116
- Effects of a Communication Program Based on the SMCR Model  
via the LINE Application on the Quality of Referral Communication  
among Nurses in a Private Hospital  
ยุภาพร เหมือนแสง, กรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร\*, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย  
Yupaporn Muensawang, Kannikar Chatdokmaiprai\*, Phechnoy Singchangchai

## สารบัญ (ต่อ)

 บทความวิจัย (ต่อ)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 ในบริบทหลังการระบาดของโควิด 19: 131  
การศึกษาภาคตัดขวาง

Quality of Life of Diabetes Patients in Health Region 5 in the Post-COVID-19  
Pandemic Context: A Cross-Sectional Study

กัณฑ์ณ เชื้อฮ้อ, วรินทร์ รักษมล\*, กมลพร แพทย์ชีพ, กมล สนิทธรรม

Kantaphon Chueahor, Warin Rakkamon\*, Kamonporn Patcheep, Kamon Sanittham

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 146  
ในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โรงพยาบาลราชบุรี

Effects of the Empowerment Program on Preterm Birth Prevention Behaviors  
among High-Risk Pregnant Women at Ratchaburi Hospital

สุภาวดี เงินย้ง, จิราภรณ์ อนุชา\*, ปาริฉัตร อารยะจารุ

Supawadee Ngoenyng, Chiraporn Anucha\*, Parichat Arayajaru

 คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

151



## บทความวิจัย (Research article)

การสนับสนุนของบุคลากรทางสุขภาพกับความเข้มแข็งทางใจ  
ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา  
Healthcare Provider Support Contributing to Resilience among  
Caregivers of Advanced Cancer Patients: A Phenomenological Study

สรารุณี สีถาน<sup>1\*</sup>, ขวัญชนก ยศคำลือ<sup>1</sup>

Sarawut Sritan<sup>1\*</sup>, Kwanchanok Yotkhamlue<sup>1</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sarawut@bcnpb.ac.th)

(Received: April 20, 2025; Revised: November 8, 2025; Accepted: November 9, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ การสนับสนุนของบุคลากรทางสุขภาพกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 20 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตพฤติกรรม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงประเด็น

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับการ สนับสนุนของบุคลากรทางสุขภาพที่มีส่วนช่วยสร้างความเข้มแข็งทางใจ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การดูแล เพื่อบรรเทาความทุกข์ 2) การให้ข้อมูลและการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ดูแล 3) การสนับสนุน ด้านการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพ และ 4) การสนับสนุนด้าน ทรัพยากรและระบบบริการเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล

จากผลการวิจัยแสดงถึงบทบาทเชิงรุกของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางสุขภาพในการ เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการสนับสนุนด้านจิตใจและ ความรู้ เพื่อเสริมพลังผู้ดูแล และด้านโครงสร้างและระบบบริการ เพื่อความต่อเนื่องของการดูแล ซึ่งสามารถ นำไปใช้ในการออกแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ครอบคลุมแบบองค์รวมต่อไป

**คำสำคัญ:** การสนับสนุนของบุคลากรทางสุขภาพ, ความเข้มแข็งทางใจ, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

<sup>1</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
Instructor, Boromarajonani College of Nursing Phraputtabat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,  
Ministry of Public Health



## Abstract

This qualitative study, employing a phenomenological approach, aimed to explore the experiences of health care professionals' support and its influence on the psychological resilience of caregivers of advanced cancer patients. Twenty caregivers of advanced cancer patients were purposively selected according to the inclusion criteria. Data were collected through in-depth interviews and behavioral observations and analyzed using the thematic analysis method.

The results revealed that caregivers articulated profound experiences of supportive interactions with health care professionals that enhanced their resilience. Four overarching themes emerged: 1) providing care to relieve suffering; 2) offering information and communication to facilitate caregivers' decision-making; 3) supporting caregivers' learning and capacity development through professional guidance; and 4) providing resources and service systems that ensure continuity of care.

These findings underscore the proactive roles of professional nurses and other health care providers in fostering the psychological resilience of caregivers of advanced cancer patients. Emotional and informational support were provided to empower caregivers, while structural and system-level support promoted continuity and comprehensiveness of care. The insights derived from this study can contribute to the development of holistic, evidence-based guidelines for end-of-life cancer care.

**Keywords:** Healthcare provider support, Resilience, Caregivers, Advanced cancer patients

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เป็นสาเหตุที่ทำให้ประชากรเสียชีวิตถึง 41 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 74 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากเป็นลำดับที่ 2 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือด คือ โรคมะเร็ง ซึ่งมีจำนวนผู้เสียชีวิตได้ถึง 9.3 ล้านคนต่อปี และจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี (World Health Organization: WHO, 2023) รวมทั้ง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายร้อยละ 7 (Harvard Institute of Politics and Global Health Institute, 2023) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่รายงานว่า ประมาณร้อยละ 8 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (National Cancer Institute Department of Thailand: NCIDT, 2022) โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเหล่านี้จะได้รับการพิจารณาให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ในระยะของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต้องเผชิญกับความท้าทายที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (quality of life) แต่รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วย (caregivers) ได้แก่ ความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีอาการทรุดลง และเสียชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Bevans & Sternberg, 2012) ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในระดับสูง และมีความรู้สึกขัดแย้งในใจเกิดขึ้นระหว่างที่ให้การดูแล ซึ่งส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง (Lim et al., 2021) หรืออาจกล่าวได้ว่า แม้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการที่ไม่พึงประสงค์และต่อสู้กับโรคมะเร็ง แต่บทบาทดังกล่าวก็ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเสื่อมถอยของสุขภาพกายและสุขภาพจิต เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่สำหรับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ทั้งการดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวด การประเมินสภาพจิตใจ และให้การสนับสนุนตามความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง และกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (Santo & Calderon, 2023)

ความเข้มแข็งทางใจ (resilience quotient: RQ) เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวภายหลังพบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรค และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ (Waugh & Sali, 2023) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยพัฒนาความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Røen et al., 2018) ระดับความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะเพิ่มสูงขึ้น เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้น (Salim et al., 2019) โดยเฉพาะจากบุคลากรทางสุขภาพ (Kahrirman & Zaybak, 2015) เนื่องจากเป็นบุคคลสำคัญที่คอยช่วยเหลือ ให้ข้อมูล และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Opsomer et al., 2022) แม้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพมีความสำคัญต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แต่พบว่า มีจำนวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยค่อนข้างจำกัด และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ จึงขาดการเจาะลึกถึงประสบการณ์ส่วนบุคคลของผู้ดูแลในเชิงคุณภาพ ซึ่งอาจไม่สะท้อนรายละเอียดเชิงลึกเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิด และความหมายของการได้รับการสนับสนุนได้อย่างครอบคลุม การศึกษานี้ จึงช่วยเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ดังกล่าว และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกของความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เกิดขึ้นจากบทบาทของบุคลากรทางสุขภาพในบริบทของประเทศไทย ซึ่งสามารถนำไปพัฒนานโยบาย หรือแนวปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การสนับสนุนของบุคลากรทางสุขภาพกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบการวิเคราะห์ปรากฏการณ์เชิงตีความ (Interpretative phenomenology analysis) (Heidegger, 1962) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก** คือ สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 20 คน ที่ทำหน้าที่ดูแลด้านร่างกาย เผื่อระวังพร้อมทั้งจัดการอาการที่ไม่พึงประสงค์ และให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และพาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมารับบริการในคลินิกการดูแลรักษาแบบประคับประคองของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตภาคกลางของประเทศไทย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้า คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน และ 3) มีคะแนนความเข้มแข็งทางใจ (resilience quotient score) ในระดับปกติ (มากกว่าหรือเท่ากับ 55 คะแนน) (Department of Mental Health, 2018) และ 4) ยินดีให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และมีเกณฑ์คัดออก คือ 1) ขอลอนตัวออกจากกรวิจัย และ 2) ไม่ยินดีให้นำข้อมูลไปใช้ในการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง คือ แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (resilience quotient: RQ) ของกรมสุขภาพจิต เป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ จำแนกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความอดทน (tolerance) จำนวน 10 ข้อ การคิดแก้ปัญหา (resolving) จำนวน 5 ข้อ และการต่อสู้ (fighting) จำนวน 5 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 20 – 80 คะแนน จำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่า 55 คะแนน) ระดับปกติ (55 – 69 คะแนน) และระดับสูง (มากกว่า 69 คะแนน) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .78 (Department of Mental Health, 2018)

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 ผู้วิจัย (researcher) ซึ่งทั้งผู้วิจัยหลักและผู้วิจัยร่วม ผ่านการศึกษาเกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ และมีประสบการณ์การทำงานวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับทีมผู้วิจัยในประเทศ

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (demographic characteristics) จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว บทบาทในครอบครัว อาชีพ ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยต่อสัปดาห์ ระยะเวลาที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และศาสนาที่นับถือ

2.3 แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (interviewed guide) ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และประสบการณ์ในการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีคำถามหลัก ดังนี้ 1) ผู้ป่วยเป็นอย่างไรบ้าง 2) เป็นอย่างไรบ้างเมื่อคุณต้องมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 3) ช่วยบอกเกี่ยวกับประสบการณ์ คำแนะนำ หรือสิ่งต่าง ๆ ที่คุณได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ 4) บุคลากรทางสุขภาพจะสามารถช่วยเหลือคุณได้ดีที่สุดได้อย่างไร

5) คุณจำช่วงเวลาที่ยากลำบากเป็นพิเศษสำหรับคุณและครอบครัวในฐานะผู้ดูแลได้หรือไม่ อย่างไร  
 6) สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ และคนใกล้ชิดต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง 7) บุคลากรทางสุขภาพจะสามารถช่วยเหลือคนในครอบครัวคุณได้ดีที่สุดได้อย่างไร 8) อะไรที่อาจส่งเสริมหรือขัดขวางการสนับสนุนของบุคลากรทางสุขภาพที่มีต่อคุณและครอบครัวของคุณ และ 9) อะไรที่ทำให้คุณมีแรงบันดาลใจหรือเข้มแข็งในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และมีคำถามย่อย ดังตัวอย่าง 1) ช่วยอธิบายเพิ่มเติมได้หรือไม่ว่าคุณหมายถึงอะไร 2) ช่วยยกตัวอย่างเกี่ยวกับสิ่งที่คุณหมายถึงได้หรือไม่ 3) คุณต้องการความช่วยเหลือหรือการเตรียมความพร้อมเพิ่มเติมจากบุคลากรทางสุขภาพอย่างไร 4) คุณและคนในครอบครัวมีความต้องการความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ เพิ่มเติมหรือไม่ อย่างไร 5) มีอะไรเพิ่มเติมอีกหรือไม่ และ 6) มีอะไรอื่น ๆ อีกหรือไม่ ที่เราอาจจะยังไม่ได้คุยกัน หรือที่คุณต้องการเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการช่วยเหลือของทีมสุขภาพต่อผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายคนอื่น ๆ ที่ทำหน้าที่คล้ายคุณ

2.4 แบบบันทึกภาคสนาม (fieldnote) และเครื่องบันทึกเสียงในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล (recorder) ในการวิจัยนี้ ใช้เป็นโทรศัพท์มือถือที่สามารถบันทึกเสียงได้

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวทางคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบบันทึกภาคสนาม ผ่านการตรวจความตรงเชิงโครงสร้างจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์ที่มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในข้อคำถาม

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกระหว่างเดือนเมษายน - กันยายน พ.ศ. 2567 ณ คลินิกการดูแลรักษาแบบประคับประคอง โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ในเขตภาคกลางของประเทศไทย ซึ่งเป็นวันที่ผู้ดูแลพาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด ผู้วิจัยแนะนำตัว และชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจเพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก จากนั้นให้ลงนามแสดงความยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร

ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกในห้องประชุมขนาดกลางที่มีความเป็นส่วนตัว มีประตูปิดมิดชิดและมีทางเข้าออกทางเดียว ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนาก่อนเริ่มสัมภาษณ์ โดยใช้เวลา 30 – 45 นาที และทำการบันทึกภาคสนาม ได้แก่ สีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง และอารมณ์ที่แสดงออกขณะสนทนา เมื่อจบการสนทนาในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะดำเนินการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (transcribed verbatim) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและเตรียมการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อเนื่องจนไม่พบข้อมูลใหม่และข้อมูลอิ่มตัว (data saturation)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการตามแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของ Heidegger (1962) ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) และ 2) ข้อมูลการสัมภาษณ์ หลังจากดำเนินการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ และบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป NVivo 20 โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกอ่านหลาย ๆ รอบ กำหนดการให้รหัสข้อมูล (coding) โดยข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กันถูกจัดอยู่ในกลุ่มย่อยเดียวกันและกำหนดเป็นหัวข้อย่อย ๆ (categories/sub-themes) จนกระทั่งข้อมูลมีการอิมิตัว และข้อมูลในหัวข้อย่อยต่าง ๆ ถูกจัดกลุ่มเข้าเป็นหัวข้อหลัก (themes) ทั้งนี้ เพื่อป้องกันความลำเอียงของผู้วิจัยในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการสะท้อนตนเองอย่างต่อเนื่อง (research 's reflexivity) ตลอดกระบวนการให้รหัสข้อมูล (coding) โดยการจดบันทึกความคิดเห็นส่วนตัว ความรู้สึก และข้อสังเกตที่อาจมีอิทธิพลต่อการตีความข้อมูล (Creswell & Poth, 2018)

ดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ตามแนวทางของ Lincoln and Guba (1985) เพื่อสะท้อนคุณภาพของงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Holloway & Galvin, 2017) ประกอบด้วย 1) ความเชื่อถือได้ (credibility) ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล (member checking) ทั้งในระหว่างและหลังการเก็บข้อมูล โดยสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง และทวนสอบกับผู้ให้ข้อมูลทันที รวมทั้งเชิญผู้ให้ข้อมูลบางส่วนตรวจสอบความถูกต้องของประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลยืนยันว่าข้อมูลและการตีความสะท้อนประสบการณ์จริง และการใช้คำพูด (quotes) จากผู้ให้ข้อมูลมาสนับสนุนแต่ละหัวข้อหลัก 2) การพึ่งพากับกับเกณฑ์อื่น ๆ (dependability) ดำเนินการโดยวิธีการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ การบันทึกภาคสนาม และการตรวจสอบระหว่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม NVivo 20 ตามแนวทางของ Heidegger (2011) 3) การยืนยันผลการวิจัย (confirmability) ดำเนินการโดยผู้วิจัยแต่ละคนแยกวิเคราะห์ข้อมูลอย่างอิสระ จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาอภิปรายเพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน และ 4) การถ่ายโอนผลการวิจัย (transferability) ดำเนินการโดยผู้วิจัยให้ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและบริบทที่เกี่ยวข้อง นอกจากนั้นยังมีการใช้คำพูดโดยตรง (directed quotes) ของกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้ง มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกอย่างชัดเจน เพื่อสามารถนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทใกล้เคียงได้

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท เอกสารเลขที่ COA No. BCNPB001/2567 ลงวันที่ 19 มกราคม 2567 ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูล หลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยเริ่มจากการอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ว่า ช่วยให้ทราบถึงข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการสนับสนุนของบุคลากรทางสุขภาพที่มีส่วนช่วยสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาวิธีการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลต่อไป จากนั้นสอบถามความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเริ่มสัมภาษณ์ โดยแจ้งผู้ให้ข้อมูลว่าสามารถตอบคำถามได้อย่างอิสระ สามารถถอนตัวจากการวิจัย

และขอข้อมูลการสัมภาษณ์คืนได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรักษาข้อมูลไว้ในรูปแบบไฟล์เสียงและข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในคอมพิวเตอร์ที่ต้องใช้รหัสก่อนเข้าถึงข้อมูล นำเสนอผลการวิจัยเฉพาะข้อเท็จจริงที่ผ่านการตรวจสอบและยืนยันข้อมูลแล้วเท่านั้น โดยไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มตัวอย่างได้ ข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ถูกทำลายทิ้งทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

## ผลการวิจัย

1. ผู้ให้ข้อมูลหลักมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 38.89 ปี ( $SD = 7.13$ ,  $Min = 22$ ,  $Max = 63$ ) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 ( $n = 15$ ) มีเชื้อชาติไทย ร้อยละ 100 ( $n = 20$ ) และสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 85 ( $n = 17$ ) มีรายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,000 ถึง 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 65 ( $n = 13$ ) มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 60 ( $n = 12$ ) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 5 คน ร้อยละ 75 ( $n = 15$ ) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกครอบครัว ร้อยละ 65 ( $n = 13$ ) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 80 ( $n = 16$ ) และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ( $n = 20$ ) มีระยะเวลาเฉลี่ยในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย 4.28 เดือน ( $SD = 5.54$  ต่ำสุด 2 เดือน และสูงสุด 8 เดือน) ขณะที่ทุกคนอาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคกลางของประเทศไทย ทั้งในเขตเมืองและชนบท ซึ่งมีความหลากหลายของการเข้าถึงบริการสุขภาพและมีความแตกต่างกันในด้านการสนับสนุนจากระบบบริการสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมดังกล่าว จึงอาจส่งผลกระทบต่อประสบการณ์การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. ประสบการณ์การสนับสนุนของบุคลากรทางสุขภาพกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก สามารถจำแนกข้อมูลออกเป็น 14 รหัสข้อมูล (coding) จัดกลุ่มได้เป็น 9 หัวข้อย่อย (sub-theme) และสรุปเป็น 4 หัวข้อหลัก (theme) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล รหัสข้อมูล หัวข้อย่อย และหัวข้อหลัก

หัวข้อหลัก (themes)	หัวข้อย่อย (sub-themes)	รหัสข้อมูล (coding)	ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล (example of participant quotes)
1. การดูแลเพื่อ บรรเทาความ ทุกข์	- ช่วยบรรเทา อาการปวดผู้ป่วย - ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ ทุกข์ทรมาน	- เวลาผู้ป่วยมีอาการปวด มากจะพามาโรงพยาบาล - บุคลากรทางสุขภาพจะ ให้ยาแก้ปวดเสมอ - หลังให้ยาอาการปวด ของผู้ป่วยดีขึ้น ไม่ทุกข์ ทรมาน	“อยากให้ช่วยรักษา โดยเฉพาะเวลาที่แม่มีอาการ ปวดมากจะพามาโรงพยาบาลตลอด และหมอก็จะ ให้ยาแก้ปวด” “เวลาแม่มีอาการปวดท้องมาก ๆ ก็จะไป หาหมอที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หมอก็จะฉีดยาแก้ ปวดและให้ยาแก้ปวด” “ถ้าพ่อมีอาการปวด ก็จะไปหาหมอที่ โรงพยาบาล หมอและพยาบาลก็จะให้ยาแก้ปวด พ่อก็จะไม่ทรมาน ไม่เจ็บไม่ปวด”

ตาราง 1 (ต่อ)

หัวข้อหลัก (themes)	หัวข้อย่อย (sub-themes)	รหัสข้อมูล (coding)	ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล (example of participant quotes)
2. การให้ข้อมูลและการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ดูแล	- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษา - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลรักษา และเปิดโอกาสให้ตัดสินใจ	- บอกข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาเป็นระยะ - บอกวิธีการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็น - มีช่องทางให้คำปรึกษาและติดต่อกรณีฉุกเฉิน - บอกข้อมูล ทางเลือก และเปิดโอกาสให้ตัดสินใจ	“ตัวป่าเองก็อยากรู้ว่าลุงจะอยู่ได้อีกนานไหม หมอและพยาบาลก็จะพูดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยให้ฟังตลอด และก็บอกให้เราควรพาคนไข้มาหาหมอตามนัด” “ช่วงแรกก็รู้ว่าคนไข้เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายก็เครียด แต่พอหมอและพยาบาลได้เล่าให้ฟัง ก็เข้าใจและเครียดลดลง บอกว่ามีอะไรก็ถามได้เลย ไม่ต้องเกรงใจ คิดว่าเค้าก็จะพยายามช่วยเราเต็มที่” “พยาบาลก็จะคอยให้ความรู้ เกี่ยวกับวิธีการดูแลคนไข้ เช่น การทำแผล การให้ออกซิเจน และแนะนำช่องทางที่ค้นหาความรู้เพิ่มเติมได้” “รู้สึกว่างสบายใจในการดูแลแม่มากขึ้น หลังจากที่ได้รู้จักทางทีมหมอ พยาบาล ที่อยู่ในคลินิกสบายใจ และมีเบอร์โทรติดต่อฉุกเฉิน เวลาจะมีอะไรก็จะได้โทรปรึกษา” “มีอยู่วันหนึ่ง ลุงมีอาการปวดท้องมาก จึงขอให้คุณหมอดูตรวจเพิ่มเติม หมอบอกถ้าอยากรู้ก็จะต้องส่องกล้อง พยาบาลจึงแนะนำว่า คุณลุงเข้าสู่ระยะสุดท้ายแล้ว การส่องกล้องจะทำให้คุณลุงทรมานกว่าเดิมหรือไม่ หรืออาการอาจจะทุเลาลง และก็ให้ป่าลองคิดและตัดสินใจอีกครั้ง”
3. การสนับสนุนด้านการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพ	- ประเมินความรับรู้ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย - สอน แนะนำ และเป็นพี่เลี้ยงระหว่างที่ดูแลผู้ป่วย - กำกับ ติดตาม และประเมินผล การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ	- มีการสอบถามถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เป็นระยะ - มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย - มีการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแล สาธิตวิธีการดูแลผู้ป่วย - มีการกำกับติดตาม และประเมินผล การดูแลผู้ป่วย	“แต่ละเดือนก็จะมีทีมหมอ พยาบาล และหมออนามัย ออกมาเยี่ยมพ่ที่บ้าน มาสอบถามถึงวิธีการดูแลพ่ ว่าเป็นยังไงบ้าง มีปัญหาในการดูแลอะไรหรือไม่ อยากให้ช่วยแนะนำการดูแลเรื่องอะไรเพิ่มเติมก็บอกได้เลย” “เวลาที่หมอมาเยี่ยมบ้าน แล้วหนูบอกว่าไม่กล้าทำแผลให้พ่ ที่พยาบาล ก็พาให้ลองทำอีกรอบหนึ่ง จนเกิดความมั่นใจ หนูก็รู้สึกมั่นใจมากขึ้น” “ในบางเดือนที่ทีมหมอไม่ได้มาเยี่ยมที่บ้าน ก็จะมีการโทรมาสอบถาม ถึงการดูแลผู้ป่วยว่าเป็นยังไงบ้าง มีปัญหาอะไรหรือเปล่า ต้องการให้แนะนำอะไรเพิ่มเติมหรือไม่”

## ตาราง 1 (ต่อ)

หัวข้อหลัก (themes)	หัวข้อย่อย (sub-themes)	รหัสข้อมูล (coding)	ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล (example of participant quotes)
4. การสนับสนุน ด้านทรัพยากร และระบบบริการ เพื่อความ ต่อเนื่องของการ ดูแล	- คอยจัดหา อุปกรณ์ ที่จำเป็น ในการดูแล ผู้ป่วย - คอย ประสานงานกับ เครือข่ายการดูแล ผู้ป่วย	- มีการจัดหาอุปกรณ์ที่ จำเป็นสำหรับการดูแล ผู้ป่วยเมื่อร้องขอ - มีการประสานงานใน รูปแบบเครือข่ายการดูแล - ควรมีการสนับสนุน ค่าใช้จ่ายพื้นฐานที่จำเป็น	“มีอยู่วันหนึ่ง ไปขอถึงออกซิเจนที่สถานีอนามัย หมอละพยาบาลก็ดีมากเลย พวกเค้าก็ติดต่อหา มาให้ตามที่เราไปขอ” “บางครั้งก็โทรไปตามเบอร์โทรที่โรงพยาบาลให้ไว้ เพื่อ ขอการสนับสนุนของใช้จำเป็น เช่น ออกซิเจน เตียง หรือของใช้จำเป็นอื่น ๆ นั้น ทางโรงพยาบาลก็รับเรื่อง ไว้แล้วประสานงานมายังอนามัย เพื่อเอาของมาให้ ตามที่ขอ ทำให้เรารู้สึกว่าเค้าใส่ใจความต้องการเรา” “บางทีทางสถานีอนามัย ก็บอกให้ อสม. ออกมา คอยสอบถามอาการของแม่ เช่น อาการปวด การ กินข้าว และก็ถามว่าต้องการความช่วยเหลืออะไร หรือไม่ ถ้ามีก็ขอให้บอก เดี่ยวจะได้แจ้งทางสถานี อนามัยจัดหามาให้” “บางครั้งถ้าแพนมีอาการปวดมาก ๆ คิดอะไรไม่ ออกก็จะโทรหา อสม. เพื่อให้ติดต่อหมออนามัยให้ หน่อย และถ้าทางสถานีอนามัยประเมินแล้วมันไม่ ไหวจริงๆ ก็จะส่งต่อคนไข้ไปโรงพยาบาลต่อให้” “ทุกเดือนก็จะมีทีมหมออนามัยออกมาเยี่ยมบ้าน เพื่อ สอบถามว่าต้องการให้ช่วยเหลืออะไรหรือไม่ บางทีก็มี อาหารสำเร็จรูป ผ้าอ้อม หรือนม มาให้ด้วย” “ถ้า เป็นไปได้ก็อยากให้ทางหมอ พยาบาล หรือ โรงพยาบาลช่วยเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ หรือนัก สังคมสงเคราะห์ เนื่องจากเวลาเดินทางพาคนไข้ ไปโรงพยาบาลก็จะมีค่าใช้จ่าย และส่วนใหญ่คน ดูแลก็ไม่มีรายได้ ทำให้บางครั้งไม่มีเงินที่จะพาคน ป่วยไปโรงพยาบาล”

## 1. การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์

บุคลากรทางสุขภาพช่วยสนับสนุนความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
สุดท้าย โดยการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์

## 1.1 การช่วยบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วย ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“อยากให้ช่วยรักษา โดยเฉพาะเวลาที่แม่มีอาการปวดมากจะพามาโรงพยาบาลตลอด และหมอก็จะ  
ให้ยาแก้ปวด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, เพศหญิง, อายุ 45 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก)



“เวลาแม่มีอาการปวดท้องมาก ๆ ก็พาแม่ไปหาหมอที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หมอก็จะฉีดยาแก้ปวด และให้ยาหลับมากิน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, เพศหญิง, อายุ 45 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

1.2 ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ถ้าพ่อมีอาการปวด ก็พาพ่อกับแม่มาหาหมอที่โรงพยาบาล หมอและพยาบาลก็จะให้ยาแก้ปวด พ่อก็จะไม่ทรมาน ไม่เจ็บไม่ปวด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, เพศหญิง, อายุ 50 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก)

## 2. การให้ข้อมูลและการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ดูแล

บุคลากรทางสุขภาพช่วยสนับสนุนความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการให้ข้อมูลและการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ดูแล

2.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแล และการรักษา ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ตัวป่าเองก็อยากรู้ว่าลุงจะอยู่ได้อีกนานไหม หมอและพยาบาลก็จะพูดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยให้ฟังตลอด และก็บอกให้เราควรพาคนไข้มาหาหมอตตามนัด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8, เพศหญิง, อายุ 39 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“ช่วงแรกที่รู้ว่าคนไข้เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายก็เครียด แต่พอมหาหมอและพยาบาลได้เล่าให้ฟัง ก็เข้าใจและเครียดลดลง หมอและพยาบาลบอกว่ามีอะไรก็ถามได้เลย ไม่ต้องเกรงใจ คิดว่าเค้าก็จะพยายามช่วยเราเต็มที่” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 20, เพศชาย, อายุ 42 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก)

“พยาบาลก็จะคอยให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลคนไข้ เช่น การทำแผล การให้ออกซิเจน และแนะนำช่องทางที่สามารถค้นหาความรู้เพิ่มเติมได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, เพศหญิง, อายุ 35 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก)

“รู้สึกว่ายสบายใจในการดูแลแม่มากขึ้น หลังจากที่ได้อัปเดตจากทีมหมอ พยาบาล ที่อยู่ในคลินิกสบายใจ และมีเบอร์โทรติดต่อฉุกเฉิน เวลาเมื่อไหร่ก็ได้โทรปรึกษา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14, เพศหญิง, อายุ 44 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ)

2.2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลรักษา และเปิดโอกาสให้ตัดสินใจ ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“มีอยู่วันหนึ่ง ลุงมีอาการปวดท้องมาก จึงขอให้คุณหมอตตรวจเพิ่มเติม หมอบอกถ้าอยากสู้ก็คงต้องส่องกล้อง พยาบาลจึงแนะนำว่า คุณลุงเข้าสู่ระยะสุดท้ายแล้ว การส่องกล้องจะทำให้คุณลุงทรมานกว่าเดิมหรือไม่ หรืออาการอาจจะทรุดลง และก็ให้ป่าลองคิดและตัดสินใจอีกครั้ง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 18, เพศหญิง, อายุ 49 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก)

## 3. การสนับสนุนด้านการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพ

บุคลากรทางสุขภาพช่วยสนับสนุนความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการสนับสนุนด้านการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพ

3.1 การประเมินความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“แต่ละเดือนก็มีทีมหมอ พยาบาล และหมออนามัย ออกมาเยี่ยมพ่อที่บ้าน มาสอบถามถึงวิธีการดูแลพ่อ ว่าเป็นยังไงบ้าง มีปัญหาในการดูแลอะไรหรือไม่ อยากให้ช่วยแนะนำการดูแลเรื่องอะไรเพิ่มเติมก็บอกได้เลย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, เพศชาย, อายุ 46 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด)

3.2 การสอน แนะนำ และเป็นพี่เลี้ยงระหว่างที่ดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เวลาที่หมอมายเยี่ยมบ้าน แล้วหนูบอกว่าไม่กล้าทำแผลให้พ่อ พี่พยาบาลก็จะพาให้หนูลองทำอีกรอบหนึ่ง เพื่อให้เกิดความมั่นใจ หนูก็รู้สึกมั่นใจมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14, เพศหญิง, อายุ 34 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง) (น้ำดี)

3.3 การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ในบางเดือนที่ทีมหมอไม่ได้มาเยี่ยมที่บ้าน ก็จะมีการโทรมาสอบถามถึงการดูแลผู้ป่วยว่าเป็นยังไงบ้าง มีปัญหาอะไรหรือเปล่า ต้องการให้แนะนำอะไรเพิ่มเติมหรือไม่” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, เพศหญิง, อายุ 39 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง) (ตบ)

#### 4. การสนับสนุนด้านทรัพยากรและระบบบริการเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล

บุคลากรทางสุขภาพช่วยสนับสนุนความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการสนับสนุนด้านทรัพยากรและระบบบริการเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล

##### 4.1 การจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“มีอยู่วันหนึ่ง ไปขอถังออกซิเจนที่สถานีอนามัย หมอและพยาบาลก็ดีมากเลย พวกเค้าก็ติดต่อหามาให้ตามที่เราไปขอ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, เพศหญิง, อายุ 29 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่)

“บางครั้งก็โทรไปตามเบอร์โทรที่โรงพยาบาลให้ไว้ เพื่อขอการสนับสนุนของใช้จำเป็น เช่น ออกซิเจน เตียง หรือของใช้จำเป็นอื่น ๆ ทางโรงพยาบาลก็รับเรื่องไว้แล้วประสานงานมายังอนามัย เพื่อเอาของมาให้ตามที่ขอ ทำให้เรารู้สึกว่าเค้าใส่ใจความต้องการเรา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, เพศหญิง, อายุ 47 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่)

##### 4.2 การประสานงานกับเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“บางทีทางสถานีอนามัย ก็บอกให้ อสม. ออกมาคอยสอบถามอาการของแม่ เช่น อาการปวด การกินข้าว และก็ถามว่าต้องการความช่วยเหลืออะไรหรือไม่ ถ้ามีก็ขอให้บอก เดี่ยวจะได้แจ้งทางสถานีอนามัยจัดหาให้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, เพศหญิง, อายุ 39 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

“บางครั้งถ้าแฟนมีอาการปวดมาก ๆ คิดอะไรไม่ออกก็จะโทรหา อสม. เพื่อให้ติดต่อหมออนามัยให้หน่อย และถ้าทางสถานีอนามัยประเมินแล้วมันไม่ไหวจริงๆ ก็จะส่งต่อคนไข้ไปโรงพยาบาลต่อให้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13, เพศหญิง, อายุ 43 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก)

“ทุกเดือนก็จะมีทีมหมออนามัยออกมาเยี่ยมบ้าน เพื่อสอบถามว่าต้องการให้ช่วยเหลืออะไรหรือไม่ บางทีก็มีอาหารสำเร็จรูป ผักอ่อม หรือนม มาให้ด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 18, เพศหญิง, อายุ 39 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ)

“ถ้าเป็นไปได้ก็อยากให้ทางหมอ พยาบาล หรือโรงพยาบาลช่วยเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ หรือนักสังคมสงเคราะห์ เนื่องจากเวลาเดินทางพาคนไข้ไปโรงพยาบาลก็จะมีค่าใช้จ่าย และส่วนใหญ่คนดูแลก็ไม่มีรายได้ ทำให้บางครั้งไม่มีเงินที่จะพาคนป่วยไปโรงพยาบาล” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8, เพศหญิง, อายุ 39 ปี, ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด)

#### การอภิปรายผล

บุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทสำคัญหลากหลายด้านที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ 1) การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ 2) การให้ข้อมูลและการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ดูแล 3) การสนับสนุนด้านการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลโดย

บุคลากรทางสุขภาพ และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากรและระบบบริการเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล ผลการวิจัยครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่า การสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพมิได้จำกัดอยู่เพียงแค่การดูแลผู้ป่วย แต่ยังเป็นผู้ร่วมเดินทางที่มีอิทธิพลอย่างลึกซึ้งต่อสถานะทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) และ ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment theory) ที่เน้นการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Wittenberg et al., 2017; Grové et al., 2020) สามารถอธิบาย ในแต่ละประเด็นหลัก ดังต่อไปนี้

1. การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ ผลการวิจัย พบว่า บุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทโดยตรงในการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การจัดการอาการเจ็บปวด อาการซึมเศร้า หรือความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการดูแลที่มุ่งลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยไม่ได้ส่งผลเพียงต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลด้วย เพราะเมื่อผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ก็สามารถลดความกังวลและความทุกข์ทางอารมณ์ของตนได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Tedeschi and Calhoun ที่กล่าวถึงว่า การรับรู้ว่าการควบคุมหรือลดความทุกข์ทรมานช่วยให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกทางจิตใจ และเพิ่มความเข้มแข็งทางใจ (Tedeschi & Calhoun, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า แนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของบุคลากรทางสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อกระบวนการสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแล (dos Santos et al., 2019) แต่ในบางการศึกษา พบว่า แม้การดูแลผู้ป่วยจะดีขึ้น แต่ไม่ได้ส่งผลทันทีต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลในทุกกรณี ซึ่งเป็นข้อสังเกตได้ว่าการบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอถ้าผู้ดูแลไม่ได้รับการสนับสนุนเชิงโครงสร้างหรือเชิงจิตใจควบคู่ไปด้วยกัน (Sun et al., 2024)

2. การให้ข้อมูลและการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ดูแล ผลการวิจัย พบว่า บุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลและสื่อสารกับผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่า การสื่อสารที่ชัดเจนและการให้ข้อมูลที่ทันเวลา ช่วยเพิ่มความรู้สึกมั่นใจและลดความเสี่ยงของความไม่แน่นอนในผู้ดูแล จึงส่งผลต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลได้อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการตระหนักรู้ในตนเองของ Bandura ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลและรู้สึกว่ามีความสามารถในการจัดการสถานการณ์ ก็จะมีความเข้มแข็งทางใจ และพัฒนาตนเองได้ดียิ่งขึ้น (Bandura, 1995) และผลการศึกษาของ Sari et al. (2025) พบว่าการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับโรคมะเร็งแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญลำดับแรก ๆ ที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น อีกทั้ง สามารถแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและตัดสินใจได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Zahedi et al. (2025) พบว่า แม้ว่าจะมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่เพียงพอ แต่หากบุคลากรทางสุขภาพยังมีการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลไม่เพียงพอ อาจส่งผลให้ผู้ดูแลไม่มีความเข้มแข็งทางใจที่มากพอในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการให้ข้อมูลอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ แต่ต้องควบคู่กับการเสริมศักยภาพของผู้ดูแลไปพร้อม ๆ กัน

3. การสนับสนุนด้านการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า บุคลากรทางสุขภาพได้สนับสนุนผู้ดูแลผ่านการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ให้คำแนะนำ ผูกอบรม หรือแนะนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เพราะผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่าและสามารถมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Super เกี่ยวกับพัฒนาการบทบาท ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลได้รับการเรียนรู้และพัฒนารอบด้านที่รับผิดชอบอย่างมีความหมาย จะทำให้เกิดความภูมิใจในบทบาทและความเข้มแข็งทางใจ (Super, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ dos Santos et al. (2019) ที่ระบุว่า การสนับสนุนด้านการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลตามแนวทางของบุคลากรสุขภาพมีความสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและความเข้มแข็งทางใจให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากรและระบบบริการเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล ผลการวิจัย พบว่า บุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทในการจัดระบบบริการและสนับสนุนทรัพยากรที่เอื้อต่อการดูแลที่ต่อเนื่อง เช่น การทำงานในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ การประสานงานกับชุมชน การจัดส่งอุปกรณ์ช่วยเหลือ และการให้บริการติดตามผลการดูแล แสดงให้เห็นว่า ความต่อเนื่องของบริการและความพร้อมของทรัพยากร ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลในระยะยาว สอดคล้องกับแนวคิดของ Walsh เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแล ที่กล่าวว่า การมีทรัพยากรทางสังคมและระบบสนับสนุนที่ดี เป็นหนึ่งในปัจจัยเสริมให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและก้าวผ่านวิกฤตได้ (Walsh, 2016) รวมทั้งการศึกษาของ Cui et al. (2024) พบว่า การสนับสนุนทรัพยากรทางสังคมและเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ทรัพยากรและระบบบริการมีบทบาทในการลดผลกระทบทางลบต่อผู้ดูแลผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาของ Pikulthong and Lueboonthavatchai (2021) พบว่า แม้การสนับสนุนทรัพยากรทางสังคมจะสูง แต่ไม่ได้หมายความว่าความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลจะอยู่ในระดับสูงเสมอไป แต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ดูแล แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องและทรัพยากรต้องสนับสนุนควบคู่ไปกับปัจจัยด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแล

ผลการศึกษาครั้งนี้ สะท้อนถึงความหลากหลายและความแตกต่างของบริบทด้านระบบบริการสุขภาพของทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ บุคลากรทางสุขภาพจึงควรเน้นย้ำถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนความเข้มแข็งทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวมที่มีความยืดหยุ่นและคำนึงถึงบริบทเชิงพื้นที่และระบบบริการสุขภาพ

### ข้อจำกัดของการวิจัย

ผลการศึกษาในครั้งนี้ ได้มาจากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในบริบทเฉพาะของพื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลางของประเทศไทย ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นที่มีความแตกต่างทางด้านสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำไปใช้ในการออกแบบแนวปฏิบัติ เน้นบทบาทการดูแลเชิงรุกเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความเข้มแข็งทางใจ ได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างสมดุล

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเน้นบทบาทเชิงรุกของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางสุขภาพ และศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมครอบคลุมตัวแปรการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ การให้ข้อมูลและการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ การสนับสนุนด้านการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล และการสนับสนุนด้านทรัพยากรและระบบบริการที่ต่อเนื่อง

## เอกสารอ้างอิง

- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (1-45). Cambridge University Press.
- Bevans M. F., & Sternberg E. M. (2012). Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *Journal of the American Medical Association, 307*(4), 398–403. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.29>.
- Creswell, J. & Poth, C. (2018). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (4<sup>th</sup> Ed.). SAGE.
- Cui, P., Yang, M., Hu, H., Cheng, C., Chen, X., Shi, J., ... Zhang, H. (2024). The impact of caregiver burden on quality of life in family caregivers of patients with advanced cancer: A moderated mediation analysis of the role of family resilience. *BMC Public Health, 24*, Article 817. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18321-3>
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. (2018). *Resilience quotient*. <https://mhc5.dmh.go.th/appcenter/rq/>
- dos Santos, L. A., de Oliveira, P. P., de Araújo da Silveira, E. A., Gesteira, E. C. R., da Fonseca, D. F., & Rodrigues, A. B. (2019). The resilience process in family caregivers of people with malignant neoplasia. *Esc Anna Nery, 23*(3), e20190023. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0023>
- Grové, C., Reupert, A., & Maybery, D. (2020). Supporting children and families where a parent has a mental illness: A review of interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(19), 7228. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197228>

- Harvard Institute of Politics and Global Health Institute. (2023, October 21). *Cancer profiles*.  
[https://globalhealth.harvard.edu/wp-content/uploads/2024/11/2024-HGHI-Annual-Report\\_Final\\_DIGITAL.pdf](https://globalhealth.harvard.edu/wp-content/uploads/2024/11/2024-HGHI-Annual-Report_Final_DIGITAL.pdf)
- Heidegger, M. (1962). Being and time. In J. Macquarrie & E. Robinson, *Being and time (Trans.)*. Harper & Row.
- Holloway, I., & Galvin, K. (2017). *Qualitative research in nursing and healthcare* (4<sup>th</sup> Ed.). John Wiley & Sons.
- Kahriman, F., & Zaybak, A. (2015). Caregiver burden and perceived social support among caregivers of patients with cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16, 3313-3317. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.8.3313>
- Lim, J. Cho, H., Bunds, K. S., & Lee, C. (2021). Cancer family caregivers' quality of life and the meaning of leisure. *Health Care for Women International*, 42(7), 1144-1164. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1752214>
- National Cancer Institute Department of Thailand: NCIDT. (2022, August 5). *Hospital-based cancer registry: 2022*. [https://www.nci.go.th/th/cancer\\_record/download/Hosbased-2022-1.pdf](https://www.nci.go.th/th/cancer_record/download/Hosbased-2022-1.pdf)
- Opsomer, S., Lauwerier, E., Lepeleire, J. D., & Pype, P. (2022). Resilience in advanced cancer caregiving: A systematic review and meta-synthesis. *Palliative Medicine*, 36(1), 44-58. <https://doi.org/10.1177/02692163211057749>
- Pikulthong, K., & Lueboonthavatchai, P. (2021). Resilience and associated factors of family caregivers of the terminal illness patients at Cheewabhibaln Center, King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chulalongkorn Medical Journal*, 65(3), 319-326. <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/CMJ/article/view/151/139>
- Røen, I., Stifoss-Hanssen, H., Grande, G., Brenne, A., Kaasa, S., Sand, K., & Knudsen, A. K. (2018). Resilience for family carers of advanced cancer patients-how can health care providers contribute? A qualitative interview study with carers. *Palliative Medicine*, 32(8), 1410-1418. <https://doi.org/10.1177/0269216318777656>
- Salim, N. F., Borhani, F., Pour, M. B., & Khabazkhoob, M. (2019). Correlation between perceived social support and resilience in the family of patients with cancer. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 7(1), 158-162.
- Santo, E. V. M., & Calderón, V. P. H. (2023). Coping strategies and quality of life in primary caregivers of cancer patients. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*, 4(SI1), 23035. <https://doi.org/10.51798/sijis.v4iSI1.661>

- 
- Sari, N. P. W. P., Mazenda, A., Duong, M. P. T., Putra, M. M., Yudamuckti, P. M. A., Nguyen, M. H., & Vuong, Q. H. (2025). Assessing the needs of healthcare information for assisting family caregivers in cancer fear management: A mindsponge-based approach. *Discover Social Science and Health*, 5(1), 88. <https://doi.org/10.1007/s44155-025-00234-0>
- Sun, H., Wacharasin, C., & Hengudomsub, P. (2024). Change in resilience among spousal caregivers of patients with newly-diagnosed advanced cancer over the first six months posttreatment in China. *Journal of Psychosomatic Research*, 183, 111538. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111538>
- Super, D. E. (1992). Toward a comprehensive theory of career development. In D. H. Montross & C. J. Shinkman (Eds.), *Career development: Theory and practice* (pp. 35–64). Charles C Thomas.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Walsh, F. (2016). *Strengthening family resilience* (3<sup>rd</sup> ed.). Guilford Press.
- Waugh, C. E., & Sali, A. W. (2023). Resilience as the ability to maintain well-being: An allostatic active inference model. *Journal of Intelligence*, 11(8), 158-168. <https://doi.org/10.3390/jintelligence11080158>
- Wittenberg, E., Ferrell, B., & Goldsmith, J. (2017). *Textbook of palliative care communication*. Oxford University Press.
- World Health Organization: WHO. (2024, December 23). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Zahedi, H., Sahebihagh, M. H., Mirghafourvand, M., & Hosseinzadeh, M. (2025). A qualitative study of family caregivers' experiences in caring for breast cancer patients. *Scientific Reports*, 15(1), Article 24287. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-09198-2>

## บทความวิจัย (Research article)

ผลของการฟอนเจิงประยุกต์ต่อการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และ  
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จังหวัดลำปาง  
The Effect of an Applied Fon Jerng Exercise Program on Physical  
Balance, Muscle Strength, and Activities of Daily Living (ADLs) among the  
Social Bound Elderly in Lampang Province

เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธุ์<sup>1</sup>, พวงเพชร มีศิริ<sup>2\*</sup>, นิตยา วรรณโสภ<sup>3</sup>

Pensri Phongprapan<sup>1</sup>, Puangpet Meesiri<sup>2\*</sup>, Nittaya Wannasopa<sup>3</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: puangpet.j@mail.bcnlp.ac.th)

(Received: May 28, 2025; Revised: November 15, 2025; Accepted: November 15, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเวลาการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ แลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดสังคมในจังหวัดลำปาง จำนวน 66 คน ได้มาจากการสุ่มแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 33 คน และกลุ่มทดลอง 33 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการออกกำลังกายแบบฟอนเจิงประยุกต์แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ แบบวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาโดยการลุกขึ้นยืน 5 ครั้ง และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบวิลคอกซัน และแมน-วิทนีย ยู

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุติดสังคมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเวลาการทรงตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ( $Z = 5.13, 3.27; p < .01$  ตามลำดับ) และลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ( $Z = 3.46, 3.46, p < .01$  ตามลำดับ) แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ( $Z = .58, p = .56$ ) และไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ( $Z = 1.02, p = .30$ )

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Nation University

<sup>2</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

<sup>3</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นธงชัย จังหวัดลำปาง

Register Nurse (Professional Level), Ban Ton Thong Chai Sub-District Health Promoting Hospital, Lampang Province



พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขควรนำรูปแบบการออกกำลังกายนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพการทรงตัวและความแข็งแรงของผู้สูงอายุในชุมชน

**คำสำคัญ:** การฟ้อนเจิงประยุกต์, ผู้สูงอายุ, การทรงตัว, ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ, การทำกิจวัตรประจำวัน

## Abstract

This quasi-experimental study, employing a two-group pretest–posttest design, aimed to compare mean balance time, lower-extremity muscle strength, and activities of daily living (ADL) ability among socially engaged older adults in Lampang Province. Sixty-six participants were recruited using simple random sampling and allocated to either the control group (n = 33) or the experimental group (n = 33). Research instruments included the adapted Fon Joeng exercise program, a general information form, the Time Up and Go Test, the Five Times Sit-to-Stand Test, and the Basic Activities of Daily Living Assessment. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the Mann–Whitney U test.

The results indicated that after participating in the program, older adults in the experimental group demonstrated statistically significant reductions in mean balance time and muscle strength time ( $Z = 5.13, 3.27; p < .01$ , respectively). These values were also significantly lower than those of the control group at level of .05 ( $Z = 3.46, 3.46; p < .01$ , respectively). However, no significant differences were observed in mean ADLs scores from baseline or when compared with the control group ( $Z = 0.58, p = .56; Z = 1.02, p = .30$ , respectively).

These findings suggest that nurses and public health personnel should incorporate this exercise program into community health promotion initiatives to enhance balance and muscle strength among community-dwelling older adults.

**Keywords:** Applied Fon Jerng, Older adults, Physical balance, Muscle strength, Activities of daily living

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก องค์การสหประชาชาติรายงานว่า ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และคาดว่าในปี ค.ศ. 2050 จะมีผู้สูงอายุถึง 1.5 พันล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรโลกทั้งหมด (National Statistical Office, 2024) ปรากฏการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความท้าทายต่อระบบสุขภาพ การดูแลระยะยาว

และนโยบายเพื่อรองรับการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20.7 ของประชากรทั้งประเทศ และกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในอนาคตอันใกล้ (Department of Older Persons, 2024) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กว่า 90% อยู่ในกลุ่มติดสังคม โดยยังสามารถดูแลตนเองและมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้ แต่หากขาดการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อาจนำไปสู่การเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย กลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียง ซึ่งเพิ่มภาระทั้งด้านสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศ

ในภาคเหนือของไทย โดยเฉพาะจังหวัดลำปาง ซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุดในประเทศ ร้อยละ 28.83 (Department of Older Persons, 2024) พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงด้านสุขภาพสูง เช่น การมองเห็น การเคลื่อนไหว และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Ministry of Public Health, 2025) ปัญหาสำคัญที่ตามมาคือ การพลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองรองจากอุบัติเหตุทางการขนส่ง โดยในเขตสุขภาพที่ 1 มีอัตราการหกล้มของผู้สูงอายุสูงที่สุด และจังหวัดลำปางมีอัตราสูงถึง 4,662.9 ต่อแสนประชากร (National Statistical Office, 2024) ภาวะหกล้มทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เพิ่มภาวะพึ่งพิง และลดคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ (Rodseeda, 2018) แนวทางสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง คือ การส่งเสริมกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกาย ลดความเสี่ยงต่อการล้ม และชะลอความเสื่อมของร่างกาย (Dissara et al., 2022) มีงานวิจัยพบว่า การออกกำลังกายที่เน้นความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว สามารถลดความเสี่ยงการหกล้มได้ถึง 34% (Sherrington et al., 2020) และมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Wang et al., 2020)

ในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะภาคเหนือ การบูรณาการกิจกรรมทางกายเข้ากับภูมิปัญญาท้องถิ่นถือเป็นแนวทางที่ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น “ฟ่อนเจิง” เป็นศิลปะการฟ้อนพื้นเมืองล้านนาที่มีการเคลื่อนไหวต่อเนื่อง ประกอบเสียงกลองและการควบคุมลมหายใจ จัดเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ระดับปานกลาง ช่วยเพิ่มความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และการทรงตัว (Nawai et al., 2020; Na Nakhon et al., 2022) ผลการศึกษาหลายฉบับชี้ว่า การประยุกต์ทำนาฏศิลป์พื้นบ้านให้เหมาะกับผู้สูงอายุสามารถเพิ่มแรงจูงใจในการออกกำลังกายและส่งเสริมสมรรถภาพทางกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Rittibul & Chaiyasung, 2023; Daungsupha et al., 2025) และ โปรแกรมฟ่อนเจิงประยุกต์ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ (3 วันต่อสัปดาห์) สามารถเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่น และความสมดุลของร่างกายได้มากกว่าการฝึกเพียง 4-6 สัปดาห์ (Nawai et al., 2020; Na Nakhon, 2021) อย่างไรก็ตามข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลของการฟ่อนเจิงประยุกต์ ยังมีจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ที่ยังสามารถทำกิจกรรมในชุมชนได้แต่มีความเสี่ยงต่อภาวะพึ่งพิงหากขาดการส่งเสริมสุขภาพที่ต่อเนื่อง และที่มีอยู่ยังไม่ได้ศึกษาครอบคลุมไปถึงปัจจัยที่เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลต่อความยั่งยืนของการออกกำลังกาย ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้นำการฟ่อนเจิงของวิเศษ ณ นคร และคณะมาปรับให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยออกแบบให้มีระยะเวลาฝึกที่เหมาะสม ลดจังหวะและความหนักให้อยู่ในระดับปานกลาง เน้นความปลอดภัย ความยืดหยุ่น และการมีส่วนร่วมในชุมชน (Na Nakhon et al., 2022)

และศึกษาผลของฟิสิกส์ประยุกต์ต่อการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในจังหวัดลำปาง ซึ่งจะเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเชิงวัฒนธรรมที่เหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเวลาการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จังหวัดลำปาง ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฟิสิกส์ประยุกต์
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเวลาการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จังหวัดลำปาง ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟิสิกส์ประยุกต์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการออกกำลังกายโดยอิสระตามกิจกรรมของชุมชน

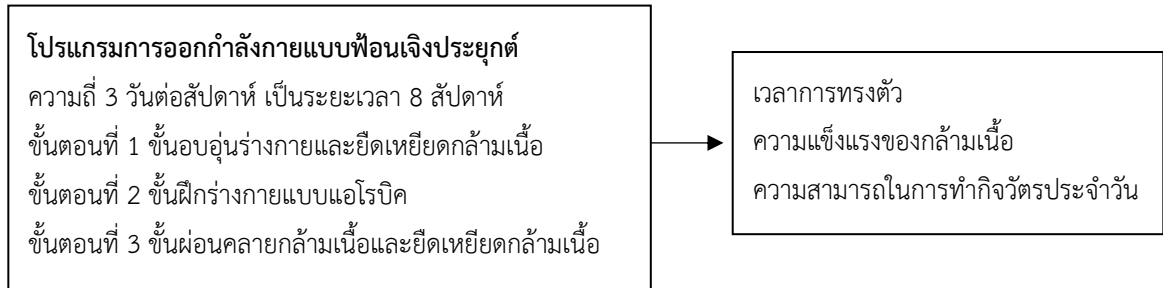
### สมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จังหวัดลำปาง กลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการฟิสิกส์ประยุกต์ มีค่าเฉลี่ยเวลาการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการออกกำลังกายโดยอิสระตามกิจกรรมของชุมชน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้มีพื้นฐานมาจากแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยเฉพาะ “ฟิสิกส์ประยุกต์” ซึ่งเป็นการปรับรูปแบบศิลปะการฟิสิกส์พื้นเมืองภาคเหนือให้มีลักษณะของการออกกำลังกายระดับปานกลาง ทั้งในแง่จังหวะ ท่าทาง และความหนักของการเคลื่อนไหว เพื่อให้เหมาะสมกับศักยภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ที่ยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนได้ แนวคิดหลักที่ใช้เป็นกรอบในการวิจัย คือ แนวคิดการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกายขั้นพื้นฐาน (functional fitness framework) ของ American College of Sports Medicine: ACSM (2021) ซึ่งระบุว่า กิจกรรมทางกายที่มีความต่อเนื่อง เหมาะสมกับวัย และปรับให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ จะส่งผลโดยตรงต่อองค์ประกอบทางกายที่สำคัญ ได้แก่ 1) ความสามารถในการทรงตัว (physical balance) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการหกล้ม และส่งผลต่อความมั่นใจในการเคลื่อนไหว 2) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (muscle strength) โดยเฉพาะกล้ามเนื้อขาและลำตัว ซึ่งเป็นพื้นฐานของการเคลื่อนไหวที่มั่นคง 3) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living: ADLs) เป็นตัวสะท้อนความสามารถในการพึ่งพาตนเอง และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การฟิสิกส์ประยุกต์ ได้นำการฟิสิกส์ของวิเศษ ญ นคร มาประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (Na Nakhon, 2021) โดยได้ออกแบบให้มีลักษณะเป็นกิจกรรมแอโรบิกแบบต่อเนื่อง ปานกลาง (Moderate-intensity aerobic activity) ซึ่งสามารถกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อหลายส่วนไปพร้อมกันกับการฝึกสมาธิและ

จังหวะการหายใจ ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 45 นาที ในการวิจัยนี้ กำหนดระยะเวลาในการฝึก 8 สัปดาห์ (3 ครั้ง/สัปดาห์) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเกิดการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ (El Hadouchi et al., 2022) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของการพั่นเจิงประยุกต์ต่อการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จังหวัดลำปาง

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลอง (quasi-experimental research: two groups pretest – posttest design) ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2568 - เมษายน 2568 รายละเอียด ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ กลุ่มผู้สูงอายุ ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลต้นธงชัย อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ในปี 2567 จำนวน 4,136 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลต้นธงชัย อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power version 3.1.9.2 เลือกลักษณะการทดสอบค่าเฉลี่ยสำหรับกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน การทดสอบทางเดียว กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 (Cohen, 1988) ความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 และอำนาจทดสอบเท่ากับ .90 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน คำนวณเพิ่มร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 คน รวมทั้งสิ้น 66 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม คะแนน ADL มากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป (Jitapunkul et al., 1994) 2) สามารถเดินได้เองโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ไม่มีโรคทางระบบประสาทหรือความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ส่งผลต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุ 3) ผลการประเมินความพร้อมในการมีกิจกรรมทางกาย โดยใช้แบบประเมิน (Physical Activity Readiness Questionnaires Plus: PAR-Q+) ผ่านทุกข้อ จากจำนวนข้อทั้งหมด 7 ข้อ (American College of Sports Medicine, 2021) 4) มีระดับความดันโลหิตขณะพักไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือมีความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่ามากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท (National Institute on Aging, 2017) 5) ผ่านการ

ทดสอบการทรงตัว (Time Up and Go test: TUGT) 6) ไม่มีโรคหรืออาการใด ๆ ที่เป็นข้อห้ามในการออกกำลังกาย เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคทางจิตประสาท เป็นต้น 7) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และ 8) ยินดีเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ และมีการลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร กำหนดเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้จนครบ 8 สัปดาห์ และ 2) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง หายใจลำบาก แน่นหน้าอก มีภาวะของน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป เป็นต้น

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์โดยการอาสาสมัคร ทำการจับคู่ (matched pair) ตามเพศ อายุ และระดับสุขภาพ และทำการคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบ 33 คู่

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการออกกำลังกาย แบบพอนเจิงประยุกต์ของ Na Nakhon et al. (2022) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายใช้หลักของการพอนเจิง นำมาประยุกต์เข้ากับการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องตามหลักการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นการคงท่าไว้ โดยเพิ่มเวลาให้นานขึ้น มีระยะเวลาทั้งหมด 45 นาที ประกอบด้วย ช่วงอบอุ่นร่างกาย ใช้เวลา 5 นาที มีทั้งหมด 4 ท่า ช่วงฝึกร่างกายแบบแอโรบิก เป็นการออกกำลังกายตามแบบกระบวนท่าพอนเจิงประยุกต์เพื่อสุขภาพทั้งหมด 11 ท่า ใช้เวลาทั้งหมด 35 นาที และ ช่วงผ่อนคลายและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ประกอบด้วย 4 ท่า ใช้เวลา 5 นาที โดยมีการออกกำลังกายจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 8 สัปดาห์ รวมตลอดการทดลองทั้งสิ้น 24 ครั้ง

1.2 สื่อวีดิโอการสอนการออกกำลังกายด้วยการพอนเจิงประยุกต์ โดยใช้ท่าซึ่งดัดแปลงโดยวิเศษ ฦ นคร (Na Nakhon et al., 2022)

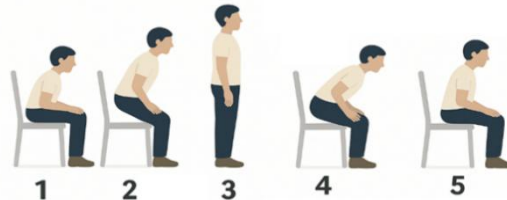
1.3 คู่มือการออกกำลังกายด้วยการพอนเจิงประยุกต์ ซึ่งผู้วิจัยจัดทำโดยการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการออกกำลังกายแบบพอนเจิงประยุกต์ของ Na Nakhon et al. (2022) มาใช้ในกิจกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ภายในเล่มคู่มือประกอบด้วย ความหมายและขั้นตอนการออกกำลังกายด้วยการพอนเจิงประยุกต์ รวมทั้ง ประโยชน์ของการออกกำลังกายด้วยการพอนเจิงประยุกต์ในแต่ละท่า

#### 2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ อายุ รายได้ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย ผลการประเมินภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ และประวัติการออกกำลังกาย

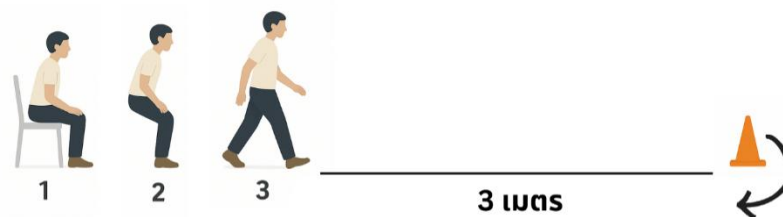
2.2 การทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาด้วยการลุกขึ้นยืน 5 ครั้ง (Five Times Sit to Stand Test: FTSST) การทดสอบให้ผู้ถูกทดสอบนั่งบนเก้าอี้ไม่มีที่พักแขน ในท่านั่งหลังตรงไม่พิงพนัก มือกอดอกและวางส้นเท้าอยู่หลังต่อข้อเท้าประมาณ 10 เซนติเมตร ข้อสะโพกอยู่ในท่าอ

ประมาณ 90 องศา ให้ผู้ถูกทดสอบลุกยืนให้เร็วที่สุดและปลอดภัย ต่อเนื่องกัน 5 ครั้งโดยไม่มีมือช่วย เริ่มจับเวลาตั้งแต่บอกคำว่าเริ่ม และหยุดเวลาเมื่อผู้ถูกทดสอบกลับนั่งลงในครั้งที่ 5 (ภาพ 2) ทำการทดสอบ 3 รอบ และมีระยะพักในแต่ละรอบ 3 นาที หรือจนกว่าจะหายเหนื่อย คิดคะแนนเฉลี่ยเวลาของการทดสอบทั้ง 3 รอบ หากใช้เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 10.02 วินาที หมายถึง เสี่ยงต่อการหกล้ม (Poncumhak et al., 2016)



ภาพ 2 การทดสอบ Five Times Sit to Stand Test: FTSST

2.3 การทดสอบความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ (Timed Up and Go Test: TUGT) การทดสอบให้ผู้ถูกทดสอบนั่งเก้าอี้ เชนวางบนที่พนักแขนของเก้าอี้ (หรือวางบนตัก) หลังติดพนักพิง เมื่อได้ยินสัญญาณ ให้ลุกขึ้นยืนและเดินตรงไปข้างหน้า เมื่อถึงเครื่องหมายที่ทำสัญลักษณ์ไว้ที่พื้น (ระยะทาง 3 เมตร) ให้หมุนตัวกลับและเดินมานั่งบนเก้าอี้ตัวเดิม จับเวลาตั้งแต่หลังของผู้ถูกทดสอบออกจากพนักพิง จนกระทั่งผู้ถูกทดสอบกลับมานั่งบนเก้าอี้หลังแตะกับพนักพิง (ภาพ 3) การแปลผลแบ่งเป็น 2 ช่วงอายุและค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการทดสอบ TUGT แสดงถึงความเสี่ยงของการหกล้มแตกต่างกัน ได้แก่ ช่วงอายุ 60 – 74 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยในการทดสอบตั้งแต่ 10.74 วินาทีขึ้นไปแสดงถึง ความเสี่ยงในการหกล้ม และช่วงอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ระยะเวลาเฉลี่ยในการทดสอบตั้งแต่ 14.58 วินาที ขึ้นไปแสดงถึงความเสี่ยงในการหกล้ม (Poncumhak et al., 2018)



ภาพ 3 การทดสอบ Timed Up and Go Test: TUGT

2.4 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel activities of daily living: ADL) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (Jitapunkul et al., 1994) จำนวน 10 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ ระหว่าง 0-4 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด ระหว่าง 5-8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่ ระหว่าง 9-11 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาบางส่วน และตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะพึ่งพาลึกน้อย

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยทำการหาคุณภาพของเครื่องมือโปรแกรมการออกกำลังกายแบบพอนเจิงประยุกต์ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านพลศึกษาและวิทยาศาสตร์การกีฬาจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของการพองเจิงประยุกต์ จากนั้นนำไปทดลองกับผู้สูงอายุ (pilot study) ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ให้บริการสุขภาพ ตำบลต้นธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 คน

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ระยะก่อนการทดลอง

1. เมื่อได้รับการอนุมัติจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยนั้นแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
2. ผู้วิจัยประชุมกับพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นธงชัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุตามคุณสมบัติที่กำหนด ขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย ขั้นตอนวิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pretest) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์

#### ระยะทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและเตรียมความพร้อมกลุ่มทดลอง ด้วยการอธิบายการใช้คู่มือการฝึก รวมถึงการเปิดวิดีโอการพองเจิงประยุกต์ จากนั้นผู้วิจัยสาธิตและให้กลุ่มทดลองฝึกการออกกำลังกายโดยการพองเจิงประยุกต์ แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย

- ขั้นตอนที่ 1 การอบอุ่นร่างกายและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ จำนวน 4 ท่า ใช้ระยะเวลา 5 นาที ได้แก่ ท่าที่ 1 เดินตัววี (V-step) เป็นการเดินเพื่อสร้างความเข้าใจจังหวะของการเดินเท้าในการออกกำลังกาย และเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนจะเข้าสู่ท่าอื่น ๆ ท่าที่ 2 เตรียมความพร้อมระบบหายใจ โดยการเดินและยกแขน เป็นการเคลื่อนไหวเบา ๆ เริ่มต้นเพื่อให้ร่างกายปรับสภาพเตรียมพร้อมต่อการเคลื่อนไหวอื่น ๆ ท่าที่ 3 เหยียดลำตัวด้านข้าง เหยียดลำตัวตรงและเคลื่อนไหวไปพร้อมกับการเหยียดลำตัวด้านข้าง ท่าที่ 4 ไหว้หลายระดับ ยืดเหยียด การยืดเหยียดแขนในมุมต่าง ๆ คล้ายลักษณะการไหว้ในหลายระดับ

- ขั้นตอนที่ 2 ออกกำลังกายโดยการพองเจิงประยุกต์ จำนวน 11 ท่า ใช้ระยะเวลา 35 นาที ทำท่าละ 10 ครั้ง ได้แก่ ท่าที่ 1 บิดบัวบานขึ้นลง ใช้ข้อมือเป็นจุดหมุน โดยใช้ข้อมือทั้งสองข้างประกบกันไว้และบิดข้อมือหมุนไปมาคล้ายดอกบัวบาน ท่าที่ 2 เสือลากหาง ใช้กวาดมือออกด้านข้างและวนกลับเข้ามาเป็นลักษณะเลขแปด ท่าที่ 3 ตบฝ่าผาบ การตบไปตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อให้เกิดเสียงดังคล้ายประทัด ท่าที่ 4 ตากดอกฝ้าย หงายมือและยกขึ้นคล้ายกับยกสิ่งของนั้น ท่าที่ 5 กาดากปีก

การจับมือเข้าหาตัว พร้อมเคลื่อนเข้าออกด้านข้าง คล้ายนกกาที่กำลังขยายปีกออก ท่าที่ 6 กางปีก  
 หันฝ่ามือออกด้านข้าง และเคลื่อนไหวเข้าออกด้านข้าง คล้ายนกกาที่กำลังกางปีกออก ท่าที่ 7 วางของเก็บ  
 ของ คล้ายกับการก้มตัวเพื่อเก็บของและนำสิ่งของไปวางบนที่สูง ท่าที่ 8 ตบฝ่ามือรอบตัว การตบไปยัง  
 ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อให้เกิดเสียงดังคล้ายประทัด ท่าที่ 9 พญาครุฑบิน ใช้มียอกขึ้นลงพร้อม ๆ กัน  
 ทั้งสองข้าง คล้ายการตั้งวงในการรำและการนำมือลงจะใช้การจับคว่ำลงข้างลำตัวขึ้นไปข้างหลัง ท่าที่ 10  
 นางละเวง การเคลื่อนไหวออกด้านข้าง ท่าที่ 11 พิสมัย การเคลื่อนไหวออกด้านข้าง

- ขั้นตอนที่ 3 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ซึ่งใช้ทำเดียวกัน  
 กับขั้นตอนที่ 1 ใช้ระยะเวลา 5 นาที

สัปดาห์ที่ 2-8 ฝึกการออกกำลังกายโดยการพ่อนึงประยุกต์ สัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 45 นาที  
 ในช่วงเช้า ซึ่งให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง โดยใช้สถานที่เป็นห้องประชุมของโรงพยาบาล  
 ส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นธงชัย ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดการปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกาย  
 สร้างเสริมพลัง มีการสลับกันเป็นแกนนำการออกกำลังกาย

สำหรับกลุ่มควบคุมทำการออกกำลังกายโดยอิสระตามกิจกรรมของชุมชน ซึ่งเก็บข้อมูล  
 กิจกรรมของกลุ่มควบคุมอย่างละเอียด โดยการบันทึกชนิด ความถี่ และระยะเวลาของกิจกรรมของชุมชน  
 ที่ได้รับ

#### ระยะหลังทดลอง

หลังการทดลองสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายใน 1 สัปดาห์  
 ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การทดสอบการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความสมดุลของร่างกาย  
 และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกชุด  
 จนได้ข้อมูลครบตามที่กำหนด เพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และเวลาของการทรงตัว ความแข็งแรงของ  
 กล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน  
 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation:  $SD$ ) และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด  
 และวิเคราะห์ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล โดยใช้การทดสอบ Shapiro-Wilk ผลการทดสอบ  
 พบว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ และทดสอบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยการ  
 ใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของเวลาการทรงตัว ความแข็งแรง  
 ของกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการเข้า  
 ร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของเวลาการทรงตัว ความแข็งแรง  
 ของกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ  
 Mann-Whitney U test



## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเนชั่น เอกสารรับรองเลขที่ มนช.จร.1 – 006/2567 รับรอง วันที่ 18 ธันวาคม 2567 ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บในไฟล์และถือเป็นการลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เก็บรักษาข้อมูลการวิจัยไว้ 1 ปี และทำลายโดยการลบไฟล์ทั้งแบบถาวรและไม่สามารถกู้คืนข้อมูลได้

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 68.09 ปี ( $SD = 6.53$ ) รายได้เฉลี่ย 6,789.29 บาท/เดือน ค่าเฉลี่ยความยาวเส้นรอบเอว 79.98 เซนติเมตร ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต 130/78 มิลลิเมตรปรอท และอัตราการเต้นหัวใจเฉลี่ย 77 ครั้ง/นาที ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 67.12 ปี ( $SD = 5.48$ ) รายได้เฉลี่ย 8,658.70 บาท/เดือน ค่าเฉลี่ยความยาวเส้นรอบเอว 81.07 เซนติเมตร เฉลี่ยความดันโลหิต 130/73 มิลลิเมตรปรอท และอัตราการเต้นหัวใจเฉลี่ย 77 ครั้ง/นาที ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการทดสอบที พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) มีเพียงค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างที่แตกต่างกัน ( $t = 2.453, p = .01$ ) ดังตาราง 1

และกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 72.7 มีโรคประจำตัวร้อยละ 51.5 โดยมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 68.75) ดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 48.5) ในขณะที่กลุ่มควบคุม เพศหญิงร้อยละ 72.70 BMI ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 42.4) มีโรคประจำตัวร้อยละ 69.70 โดยมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 69.57) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi square test และ Fisher's exact test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังตาราง 2

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และการเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

รายการ	กลุ่มควบคุม (n = 33)		กลุ่มทดลอง (n = 33)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
อายุ (ปี)	68.09	6.53	67.12	5.48	.653	.51
รายได้ต่อเดือน (บาท)	6,789.29	9287.48	8,658.70	11276.57	-.649	.52
ความยาวเส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	81.07	9.33	79.98	8.27	.502	.62
ความดันโลหิตตัวบน (มิลลิเมตรปรอท)	130.21	16.33	130.18	12.65	.008	.99
ความดันโลหิตตัวล่าง (มิลลิเมตรปรอท)	78.00	9.13	73.03	7.21	2.453**	.01
อัตราการเต้นของหัวใจ (ครั้งต่อนาที)	77.09	8.32	77.15	10.62	-.026	.98

\*\* $p < .01$

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

รายการ	กลุ่มควบคุม (n = 33)		กลุ่มทดลอง (n = 33)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>					.000 <sup>b</sup>	.60
หญิง	24	72.70	24	72.70		
ชาย	9	27.30	9	27.30		
<b>ดัชนีมวลกาย (BMI) (กิโลกรัม/ตารางเมตร)</b>					4.91 <sup>a</sup>	.17
< 18.0 (ผอมเกินไป)	1	3.00	6	18.20		
18.5–22.90 (ปกติ)	16	48.50	14	42.40		
23–24.90 (น้ำหนักเกิน)	9	27.30	5	15.20		
25–29.90 (โรคอ้วนระดับ1)	7	21.20	8	24.20		
<b>โรคประจำตัว</b>					3.07 <sup>b</sup>	.06
ไม่มีโรคประจำตัว	16	48.50	10	30.30		
มีโรคประจำตัว	17	51.50	23	69.70		
<b>ความถี่ของการออกกำลังกาย</b>					3.69 <sup>a</sup>	.45
ทุกวัน	10	30.30	4	12.10		
5–6 วัน/สัปดาห์	5	15.20	6	18.20		
3–4 วัน/สัปดาห์	9	27.30	13	39.40		
1–2 วัน/สัปดาห์	4	12.10	4	12.10		
ไม่ออกกำลังกาย	5	15.20	5	15.20		

a = Chi square test, b = Fisher's exact test

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยเวลาการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการออกกำลังกายโดยอิสระตามกิจกรรมของชุมชน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเวลาการทรงตัว ( $M = 10.93$ ,  $SD = 1.40$ ) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ( $M = 13.84$ ,  $SD = 1.42$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $Z = 6.23$ ,  $p < .01$ ) และค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของกลุ่มทดลอง ( $M = 12.02$ ,  $SD = 2.48$ ) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ( $M = 14.13$ ,  $SD = 2.44$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $Z = 3.213$ ,  $p < .01$ ) แต่คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างกัน ( $Z = 1.00$ ,  $p = .31$ ) ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเวลาการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 33)			กลุ่มควบคุม (n = 33)			Z	p-value
	M	SD	Med	M	SD	Med		
เวลาการทรงตัว	10.93	1.40	10.98	13.84	1.42	13.99	6.23**	<.01
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	12.02	2.48	11.65	14.13	2.44	14.23	3.21**	<.01
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	19.97	0.17	20.00	20.00	.00	20.00	1.00	.31

\*\* $p < .01$

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเวลาการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมการออกกำลังกายด้วยการฟ้อนเจิงประยุกต์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเวลาการทรงตัว ( $M = 10.93, SD = 1.40$ ) ลดลงกว่าก่อนการทดลอง ( $M = 13.73, SD = 2.52$ ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $Z = 5.13, p < .01$ ) และค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ( $M = 12.03, SD = 2.48$ ) ลดลงกว่าก่อนการทดลอง ( $M = 14.67, SD = 3.36$ ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $Z = 3.27, p < .01$ ) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $Z = 1.02, p = .30$ ) ดังตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเวลาการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test (n = 33)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			Z	p-value
	M	SD	Med	M	SD	Med		
เวลาการทรงตัว	13.73	2.52	13.60	10.93	1.40	10.98	5.13**	<.01
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	14.67	3.36	14.23	12.03	2.48	11.65	3.27**	<.01
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	19.94	.24	20.00	19.97	.17	20.00	1.02	.30

\*\* $p < .01$

### การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการออกกำลังกายด้วยการฟ้อนเจิงประยุกต์ มีค่าเฉลี่ยเวลาการทรงตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังการทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจากการฝึกออกกำลังกายด้วยการฟ้อนเจิงประยุกต์อย่างต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 3 วัน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งเป็นการ

ประยุกต์หลักการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เน้นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ แขน ขา และลำตัวในจังหวะเพลงช้าอย่างต่อเนื่อง 11 ท่า ระยะเวลา 45 นาที โดยไม่ลงน้ำหนักมากที่ข้อเข่า ช่วยกระจายแรงและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา หลัง และน่อง ส่งผลต่อการทรงตัวที่ดีขึ้น (Sribudta et al., 2023)

นอกจากนี้ การออกกำลังกายเป็นกลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนับสนุนกัน ในการแก้ไขอุปสรรคในการออกกำลังกาย รวมถึง การสลับบทบาทเป็นผู้นำกิจกรรม ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจ และความต่อเนื่องในการออกกำลังกาย ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวทางร่างกายและจิตใจในทางบวก สอดคล้องกับการศึกษาของ Cui et al. (2024) ที่พบว่า การฝึก Tai Chi ช่วยปรับปรุงการทรงตัวของผู้สูงอายุผ่านการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง และการรับรู้ตำแหน่งร่างกาย (proprioception) รวมถึง การศึกษาของ Smuntavekin et al. (2021) และ Roodsungnoen (2021) ที่รายงานว่า การออกกำลังกายต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และลดความกลัวการล้มได้ รวมทั้ง องค์ประกอบด้าน จังหวะดนตรีและลีลาในการฟ้อนเจิงประยุกต์ ช่วยกระตุ้นระบบหัวใจและหลอดเลือด เสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและลำตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Rodríguez & Paris-Garcia (2022) พบว่า การเต้นรำ ช่วยปรับปรุงการทรงตัวและสมรรถภาพร่างกายส่วนล่างในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การออกกำลังกายที่อิงบริบท วัฒนธรรมล้านนาและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุภาคเหนือ ช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความภาคภูมิใจ ในอัตลักษณ์ของชุมชน ส่งผลให้การออกกำลังกายมีความต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับ Palombi et al. (2025) ที่ระบุว่า การมีกิจกรรมทางกายร่วมกันช่วยสร้างความมั่นใจ ความปลอดภัยทางจิตใจ และเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ อีกทั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Thongsrikate et al. (2023) และ Meesiri et al. (2021) พบว่า กิจกรรมออกกำลังกายบนพื้นฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น สามารถส่งเสริมสุขภาพรอบด้านของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาการรำโนราห์ประยุกต์ช่วยพัฒนาความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Khuntong et al., 2016) ส่วนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพบว่า ทั้งก่อนการทดลอง ( $M = 19.94, SD = .24$ ) และหลังการทดลอง ( $M = 19.97, SD = 0.17$ ) ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดสังคมที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูงตั้งแต่ก่อนการทดลอง และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นประจำอยู่แล้ว จึงไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

การออกกำลังกายด้วยการฟ้อนเจิงประยุกต์ มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม ความภาคภูมิใจในวัฒนธรรม และแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง การบูรณาการศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่นเข้ากับการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมและยั่งยืนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุไทยในบริบทชุมชน

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรพิจารณารูปแบบการออกกำลังกายด้วยการฟ่อนเจิงประยุกต์ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานด้านวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อพัฒนาและดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายเชิงศิลปวัฒนธรรมให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนอย่างยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟ่อนเจิงประยุกต์ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพหรือความสามารถทางกายที่หลากหลาย โดยเน้นการออกแบบที่ยืดหยุ่นและปลอดภัย และมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว (follow-up) เพื่อประเมินความคงทนของผลลัพธ์ด้านสมรรถภาพทางกาย และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว

## รายการอ้างอิง

- American College of Sports Medicine. (2021). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription* (11<sup>th</sup> ed.). Wolters Kluwer.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). Lawrence Erlbaum.
- Cui, J., Hao, Z., Tian, H., Yang, Y., Wang, J., & Lin, X. (2024). The effects of Tai Chi on standing balance control in older adults may be attributed to the improvement of sensory reweighting and complexity rather than reduced sway velocity or amplitude. *Frontiers in Aging Neuroscience, 16*, 1330063. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2024.1330063>
- Daungsupha, K., Pansakun, N., Srisookkum, T., Manotham, M., Promma, N., Somjit, P., & Lidchiwong, P. (2025). Physical activity and associated factors among older adults with noncommunicable diseases in rural Northern Thailand. *Universal Journal of Public Health, 13*(1), 160–168. <https://doi.org/10.13189/ujph.2025.130116>
- Department of Older Persons. (2024). *Statistics on the elderly in Thailand 2024*. [https://www.dop.go.th/th/statistics\\_page?cat=3&id=2526](https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=3&id=2526) (in Thai)
- Dissara, W., Banchonhattakit, P., & Thongdee, J. (2022). Effects of exercise on balance of the elderly: A systematic review. *Journal of Health Research and Innovation, 5*(2), 1–13. (in Thai)

- El Hadouchi, M., Kiers, H., de Vries, R., Veenhof, C., & van Dieën, J. (2022). Effectiveness of power training compared to strength training in older adults: A systematic review and meta-analysis. *European Review of Aging and Physical Activity*, 19(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s11556-022-00297-x>
- Health data center. (2025) *Health data center of Lamphang Provincial Health Office*. [https://hdc.moph.go.th/lpg/public/standard-report\\_detail/aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151](https://hdc.moph.go.th/lpg/public/standard-report_detail/aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151)
- Khuntong, N., Tammattisthan, C., & Rombanloa, P. (2016). The training effect of 14 poses of applied Manora Dancing towards the elders balance. In *13<sup>th</sup> KU-KPS Conference: Following in the Royal Footsteps-Kasetsart Kamphaeng Saen Agriculture* (pp. 1520–1527). Kasetsart University. (in Thai)
- Meesiri, P., Sangwichitr, C., Chatmontree, J., & Khenkew, W. (2021). The effect of applying the dance posture to Lamphang on increasing muscle mass of the old women in Lamphang Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 8(2), 166-180. (in Thai)
- Na Nakhon, W., Onsiri, S., Amitpai, C., & Sukhomo, N. (2022). Effects of applied Fon-Jerng exercise dance program on physical fitness of elderly in the Sriwiang Village, Wiang Chai District, Chiang Rai Province. *Journal of Health, Physical Education and Recreation*, 48(1), 295-304. (in Thai)
- National Statistical Office. (2024). *The 2024 survey of the older persons in Thailand*. [https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey\\_detail/2025/20241209145003\\_27188.pdf](https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf) (in Thai)
- Nawai, A., Ampansirirat, A., Kosanpipat, P., Fujai, S., & Phongphanngam, S. (2020). Development of a Fon Jerng exercise model to promote physical fitness and psychological well-being among community-dwelling older adults with knee pain. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*, 5(10), 266–285. (in Thai)
- Palombi, T., Chirico, A., Cazzolli, B., Zacchilli, M., Alessandri, G., Filosa, L., Borghi, A., Fini, C., Antonucci, C., Pistella, J., Alivernini, F., Baiocco, R., & Lucidi, F. (2025). Motivation, psychological needs and physical activity in older adults: A qualitative review. *Age and Ageing*, 54, afaf180. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf180>
- Phutthipong, P., Winat, D., Arunrat, S., & Maithip, S. (2018). The optimal cut-off score of the dynamic balance test for predict risk of falls in community-dwelling older adults. *Srinagarind Medical Journal*, 33(4), 334-338. (in Thai)
- Rittibul, P., & Chaiyasung, P. (2023). Development of physical activity model using applied dance arts for the elderly. *Silpakorn University e-Journal*, 43(6), 91–105. (in Thai)

- Rodríguez, B., & Paris-Garcia, F. (2022). Influence of dance programmes on gait parameters and physical parameters of the lower body in older people: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1547. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031547>
- Rodseeda, P. (2018). Fall prevention among the elderly living in a community: The nursing role in home health care. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 11(2), 15-25. (in Thai)
- Rodsungnoen, J. (2021). Effects of exercise programs on balance and fear of falling among elderly in the community. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 15(38), 541-560. (in Thai)
- Sherrington, C., Fairhall, N., Wallbank, G., Tiedemann, A., Michaleff, Z. A., Howard, K., Clemson, L., Hopewell, S. & Lamb, S. (2020). Exercise for preventing falls in older people living in the community: An Abridged Cochrane Systematic Review. *British Journal of Sports Medicine*, 54(15), 885-891. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101512>
- Smuntavekin, S., Kittichotpanich, B., & Chawpreecha, O. (2021). Effects of a Tai Chi and aerobic training program on muscular strength, balance, and quality of life in elders. *Journal of The Police Nurses and Health Science*, 13(2), 345-356. (in Thai)
- Sribudta, N., Thojsampa, S., & Naewbood, S. (2023). Effects of the self-efficacy enhancement program with the applied Fon-Jerng dance on falls prevention behaviors and balance among elderly in Phrae Province. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 17(3), 26-38. (in Thai)
- Thongsrikate, A., Rugchat, J., & Srinorajan, S. (2023). Well-being development of the elderly base on Lanna Wisdom: Consumption, agricultural and ritual media. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 8(8), 560-578. (in Thai)
- Wang, D. X. M., Yao, J., Zirek, Y., Reijnierse, E. M., & Maier, A. B. (2020). Muscle mass, strength, and physical performance predicting activities of daily living: A meta-analysis. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 11(1), 3-25. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12502>



## บทความวิจัย (Research article)

การประเมินความต้องการจำเป็นทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวก  
ของผู้ปกครองนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา โรงเรียนเอกชน: การวิจัยการประเมิน  
ความต้องการจำเป็นแบบสมบูรณ์

A Needs Assessment of Positive Parenting Skills among Parents  
of Primary School Students in Private Schools:  
Comprehensive Needs Assessment Research

กษิติศ ครูทางคะ<sup>1\*</sup>, วรรัตน์ ปทุมเจริญวัฒนา<sup>2</sup>, กชวร จุยมณี<sup>3</sup>

Kasidis Kruthangka<sup>1\*</sup>, Worarat Pathumcharoenwattana<sup>2</sup>, Kotchaworn Chuymanee<sup>3</sup>

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

(Received: August 13, 2025; Revised: November 16, 2025; Accepted: November 17, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุความต้องการจำเป็น วิเคราะห์สาเหตุ และเสนอวิธีแก้ไขความต้องการจำเป็นของทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกของผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนเอกชน ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ระบุความต้องการจำเป็น กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครองของนักเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 217 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและดัชนี  $PNI_{Modified}$  เพื่อจัดลำดับความต้องการจำเป็น 2) วิเคราะห์สาเหตุของความต้องการจำเป็น โดยผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ผู้ปกครองของนักเรียนและผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้ปกครองศึกษา รวม 6 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับสาเหตุของการขาดทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ฟอลต์ทรี และ 3) เสนอวิธีแก้ไขปัญหาความต้องการจำเป็น โดยเทคนิคอรรถประโยชน์-พหุลักษณะ ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ปกครองมีความต้องการจำเป็นในการพัฒนาทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.73, SD = .55$ ) และด้านการดูแลตนเองของผู้ปกครองมีระดับความต้องการจำเป็นอยู่ในระดับเร่งด่วนมากที่สุด ( $PNI_{Modified} = .24$ )

<sup>1</sup> นิสิตหลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Graduated Student in Doctor of Philosophy Program, Faculty of Education, Chulalongkorn University

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Associate Professor, Faculty of Education, Chulalongkorn University

<sup>3</sup> อาจารย์ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Instructor, Faculty of Education, Chulalongkorn University



2. สาเหตุของความต้องการจำเป็น คือ ความไม่พร้อมของผู้ปกครอง และปัญหาจากสภาพครอบครัว
3. อรรถประโยชน์ของวิธีแก้ไขปัญห ได้แก่ ด้านเนื้อหาในการทำกิจกรรม รูปแบบการจัดกิจกรรม และทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม โดยทางเลือกที่มีอรรถประโยชน์สูงสุด 3 อันดับแรก คือ การอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้โรงเรียนเป็นฐานในการพัฒนาผู้ปกครอง และการจัดกิจกรรมแบบกลุ่มเล็กหรือครอบครัวเดี่ยว

ผลการวิจัยนี้ ให้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำคัญสำหรับการออกแบบและดำเนินโปรแกรมพัฒนาทักษะการเป็นพ่อแม่ที่เหมาะสมกับบริบทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** การประเมินความต้องการจำเป็น, ทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวก, ผู้ปกครอง

## Abstract

This survey research aimed to identify, analyze, and propose solutions to address the needs related to positive parenting skills among parents of elementary school students in private schools. The research was conducted in three phases. In the first phase, needs identification, 217 parents of private elementary school students completed a positive parenting skills questionnaire with a Cronbach's alpha coefficient of .98. Data were analyzed using descriptive statistics and the  $PNI_{Modified}$  index to identify and prioritize needs. In the second phase, needs analysis, semi-structured interviews with six key informants, including parents and experts in parent education. Data were analyzed using fault tree analysis (FTA) to determine the contributing factors to insufficient positive parenting skills. In the third phase, needs solutions, the multi-attribute utility technique (MAUT) was applied to prioritize the proposed intervention strategies. The results revealed that.

1. Parents demonstrated a very high overall level of need for developing positive parenting skills ( $M = 4.73, SD = .55$ ), with self-care of parents identified as the most urgent area ( $PNI_{Modified} = .24$ ).

2. The main causes of these needs were parental unpreparedness and problems from family conditions.

3. The key utility attributes for solutions included activity content, delivery formats, and available resources. The top three recommended interventions were practical training workshops, school-based parental development programs, and small-group or single-family activities.

The findings provide essential empirical evidence for designing and implementing contextually appropriate parenting development programs for families in private school settings.

**Keywords:** Needs assessment, Positive parenting skills, Parents

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปีเป็นช่วงที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญาเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด เด็กเริ่มมีความรับผิดชอบ วินัย การควบคุมอารมณ์ และทักษะทางสังคมที่ซับซ้อนขึ้น จึงต้องได้รับการเลี้ยงดูและสนับสนุนจากครอบครัวและโรงเรียนอย่างเหมาะสมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการที่สมดุล (Office of the Basic Education Commission, 2022; Lanjekar et al., 2022) อย่างไรก็ตาม บริบทประเทศไทยสมัยใหม่โดยเฉพาะครอบครัวที่บุตรศึกษาในโรงเรียนเอกชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นครอบครัวที่บิดามารดาทำงานทั้งคู่ มีรายได้ปานกลางถึงสูงแต่มีเวลาอย่างจำกัด ส่งผลให้การเลี้ยงดูเด็กมีความซับซ้อนและเกิดแรงกดดันด้านเวลาและทรัพยากร ผู้ปกครองจำเป็นต้องพัฒนาทักษะการเลี้ยงดูให้สอดคล้องกับความคาดหวังทางการศึกษาและสังคมที่เปลี่ยนแปลง (Namraksa & Kraiwanit, 2023; Limkangvanmongkol, 2025) จึงเกิดความจำเป็นเร่งด่วนในการประเมินความต้องการจำเป็นของผู้ปกครองเพื่อพัฒนาทักษะและสมรรถนะด้านการเลี้ยงดูให้เหมาะสมกับบริบทปัจจุบัน จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องประเมินความต้องการจำเป็นของผู้ปกครอง โดยเฉพาะที่มีบุตรเรียนในโรงเรียนเอกชน เพื่อพัฒนาทักษะและสมรรถนะด้านการเลี้ยงดูให้สอดคล้องกับสภาพสังคมสมัยใหม่

รายงานสถานการณ์ครอบครัวไทย ปี พ.ศ. 2565 ระบุว่าลักษณะครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน โดยครอบครัวเดี่ยวมีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 68.18) รองลงมาคือครอบครัวขยาย (ร้อยละ 29.88) และครอบครัวลักษณะพิเศษ (ร้อยละ 3.06) พร้อมทั้งพบว่าสัมพันธภาพภายในครอบครัวลดลงในทุกมิติ เมื่อเทียบกับปี 2564 (Department of Women's Affairs and Family Development, 2023) ขณะเดียวกัน ผู้ปกครอง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีบุตรเรียนในโรงเรียนเอกชน ต้องเผชิญข้อจำกัดด้านเวลา ส่งผลให้การสื่อสาร การติดตาม และการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อบุตรลดลง ซึ่งสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงของเด็ก (Office of the Basic Education Commission, 2022) นอกจากนี้ สถิติการลดลงของบทบาทครอบครัวจากร้อยละ 91.42 เหลือร้อยละ 90.59 สะท้อนถึงภาวะครอบครัวที่กำลังสูญเสียบทบาทพื้นฐานในการดูแลบุตร นำไปสู่ปัญหาเด็กและเยาวชน เช่น การตั้งครมในวัยรุ่น ความรุนแรง การถูกทอดทิ้ง และการใช้สารเสพติด (Sukadaecha, 2020) สถานการณ์ดังกล่าว ชี้ให้เห็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ครอบครัวต้องฟื้นฟูบทบาทการเลี้ยงดู โดยเฉพาะผ่านการพัฒนาทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อพัฒนาการทางอารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของเด็ก (UNICEF, 2021)

การเป็นพ่อแม่เชิงบวก (positive parenting) เป็นความสามารถในการส่งเสริมการเรียนรู้และการเติบโตของเด็กโดยใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก ที่มุ่งเน้นให้เด็กได้รับการส่งเสริม สนับสนุนพัฒนาการทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาของเด็กอย่างรอบด้าน ผ่านการสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างเด็กและผู้ปกครอง โดยหลีกเลี่ยงการลงโทษที่ใช้ความรุนแรง (Sanders, 2023) มี 8 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ การดูแลด้านสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก การใช้สันติวิธี การส่งเสริมการเรียนรู้ ความปลอดภัยและมั่นคง การสื่อสารเชิงบวก ทักษะทางสังคม และการดูแลตนเองของผู้ปกครอง (Centers for Disease Control and Prevention, 2014; Palomar, 2016) พฤติกรรม การเลี้ยงดูของพ่อแม่เชิงบวก เน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่อบอุ่น การให้ความรัก ความเข้าใจ การสอน

และให้ความรู้รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่ปลอดภัย การติดตามและให้การสนับสนุน การสื่อสารที่เคารพซึ่งกันและกัน (Lorence et al., 2025) เพื่อให้เด็กเติบโตเป็นบุคคลที่มีคุณภาพ สร้างสายสัมพันธ์ที่แข็งแกร่ง ลดปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงหรือความรุนแรงและสุขภาพจิต

การพัฒนาและส่งเสริมทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องเข้าใจบริบทครอบครัวในแต่ละชุมชนอย่างลึกซึ้ง งานศึกษาของ Ontario Agency for Health Protection and Promotion (2025) ระบุว่า การนำโปรแกรมการเลี้ยงดูไปใช้ต้องพิจารณาช่องว่างด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติของผู้ปกครอง รวมทั้งออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและได้รับการยอมรับจากชุมชน นอกจากนี้ การกำหนดมาตรฐานและตัวชี้วัดเพื่อติดตามและประเมินผลเป็นสิ่งสำคัญในการสะท้อนประสิทธิภาพของโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การประเมินความต้องการจำเป็นจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบท สังคม และวัฒนธรรมของครอบครัวเป้าหมายในแต่ละพื้นที่

ความต้องการจำเป็นเหล่านี้แตกต่างกันไปตามลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย ระดับความสำคัญ และบริบททางสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการศึกษาดังด้วยวิธีการทางวิชาการอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ปกครองของเด็กที่ศึกษาในโรงเรียนเอกชนซึ่งมีลักษณะเฉพาะด้านเวลา เศรษฐกิจ และความคาดหวังทางการศึกษา ซึ่งแนวคิดการประเมินความต้องการจำเป็น มีบทบาทสำคัญในกระบวนการพัฒนาเชิงนโยบายและการออกแบบโปรแกรม เนื่องจากเป็นกลไกที่ช่วยระบุ “ช่องว่าง” ระหว่างสภาพที่เป็นอยู่ (current condition) กับสภาพที่พึงประสงค์ (desired condition) เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาได้อย่างตรงเป้าหมาย (Wongwanich, 2015) การประเมินความต้องการจำเป็นไม่เพียงแต่ชี้ให้เห็นลำดับความสำคัญของปัญหาเท่านั้น แต่ยังช่วยให้การตัดสินใจเชิงกลยุทธ์เป็นไปอย่างมีหลักฐานรองรับ (evidence-based decision making) (Altschuld & Watkins, 2023) การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาการประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวก การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และการเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาความต้องการจำเป็น การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็นแบบสมบูรณ์ (comprehensive needs assessment research)

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อระบุความต้องการจำเป็นทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกของผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนเอกชน
2. เพื่อวิเคราะห์สาเหตุหลัก สาเหตุย่อย และน้ำหนักตามองค์ประกอบของความต้องการจำเป็นทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกของผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนเอกชน
3. เพื่อเสนอและจัดลำดับความสำคัญของวิธีแก้ไขความต้องการจำเป็นทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนเอกชน

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวก (positive parenting skills) มี 8 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ การดูแลด้านสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก การใช้สันติวิธี การส่งเสริมการเรียนรู้ ความปลอดภัยและมั่นคง การสื่อสารเชิงบวก ทักษะทางสังคม และการดูแลตนเองของผู้ปกครอง (National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention, 2014; Palomar, 2016) โดยใช้การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็นแบบสมบูรณ์ (comprehensive needs assessment research) ของ สุวิมล ว่องวานิช (Wongwanich, 2015) ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระบุความต้องการจำเป็น (needs identification) 2) วิเคราะห์สาเหตุของความต้องการจำเป็น (needs analysis) และ 3) เสนอวิธีแก้ไขความต้องการจำเป็น (needs solution)

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็นแบบสมบูรณ์ แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน รายละเอียด ดังนี้

### 1. การระบุความต้องการจำเป็น

เป็นการวิเคราะห์ช่องว่างระหว่างสภาพปัจจุบัน และสภาพที่พึงประสงค์ของทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกของผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนเอกชน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร จากข้อมูลกระทรวงศึกษาธิการในปีการศึกษา 2567 (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Education, Thailand, 2024) มีนักเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนเอกชนทั่วประเทศ จำนวน 1,028,438 คน โดยประมาณว่ามีผู้ปกครอง 1 คน ต่อนักเรียน 1 คน จึงมีประชากรประมาณ 1,028,438 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาโรงเรียนเอกชน ปีการศึกษา 2568 กำหนดขนาดของตัวอย่างที่เพียงพอในการประมาณสัดส่วนของประชากร โดยการเปิดตารางของ Israel (1992) กำหนดความแม่นยำ (precision) ค่าความคลาดเคลื่อนที่ร้อยละ 7 และกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ตามการศึกษาของ Pokhrel et al. (2024) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 204 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการตอบกลับของแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ (In et al., 2020) ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 240 คน

คัดเลือกตัวอย่างวิจัยโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) ขั้นตอนแรกทำการแบ่งออกเป็นภูมิภาค 5 ภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร นับเป็น 1 ภูมิภาค รวมเป็น 6 ภูมิภาค ทำการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อโรงเรียนเอกชน ภูมิภาคละ 4 โรงเรียน รวมเป็น 24 โรงเรียน ขั้นตอนที่ 2 ทำการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) จากบัญชีรายชื่อนักเรียนลำดับที่ 5 และ 9 ของทุกห้องเรียนและทุกระดับชั้น จนได้ตัวอย่างวิจัยครบโรงเรียนละ 10 คน กำหนดเกณฑ์คัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นพ่อแม่หรือผู้ปกครองของนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนเอกชน ปีการศึกษา 2568 2) อาศัยอยู่กับเด็ก

และมีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการเลี้ยงดู 3) สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ และ 4) มีความยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ สถานะของผู้ตอบแบบสอบถาม ระดับการศึกษา อายุ รายได้ ระยะเวลาที่ทำกิจกรรมกับบุตร จำนวนบุตรที่อยู่ในความดูแล ลักษณะครอบครัว ซึ่งเป็นลักษณะคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ

2. แบบสอบถามทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ จำนวน 44 ข้อ และเป็นแบบสอบถามแบบการตอบสนองคู่ (dual response) คือสภาพที่เป็นอยู่และสภาพที่ควรจำเป็น จำแนกเป็น 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 2) การดูแลด้านสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก จำนวน 5 ข้อ 3) การใช้สันติวิธี จำนวน 7 ข้อ 4) การส่งเสริมการเรียนรู้ จำนวน 7 ข้อ 5) ความปลอดภัยและมั่นคง จำนวน 5 ข้อ 6) การสื่อสารเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ 7) ทักษะทางสังคม จำนวน 5 ข้อ และ 8) การดูแลตนเองของผู้ปกครอง จำนวน 4 ข้อ เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระหว่าง 1.00-1.80 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด ระหว่าง 1.81-2.60 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย ระหว่าง 2.61-3.40 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง ระหว่าง 3.41-4.20 คะแนน หมายถึง ระดับมาก และ 4.20 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ระดับมากที่สุด

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

แบบสอบถามทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีความเชี่ยวชาญในด้านผู้ปกครองศึกษา 2 คน ด้านการเรียนรู้ตลอดชีวิต 2 คน และด้านการวัดและประเมินผล 1 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (item objective congruence: IOC) ในทุกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.80 - 1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ปกครองของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาโรงเรียนเอกชนที่ไม่ใช่ตัวอย่างวิจัย จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .98

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยนำส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยประสานกับโรงเรียนเอกชนที่เป็นตัวอย่างวิจัยทางไปรษณีย์ จำนวน 24 โรงเรียน โรงเรียนละ 10 ฉบับ รวม 240 ฉบับ โดยชี้แจงเป็นเอกสารเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของงานวิจัย สิทธิในการให้ข้อมูล การเก็บรักษาความลับของข้อมูล พร้อมทั้งให้เซ็นใบยินยอมให้ข้อมูลเพื่อการวิจัย และให้แต่ละโรงเรียนส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ กลับมายังผู้วิจัย ได้รับแบบสอบถามกลับมาทั้งสิ้น 217 ฉบับ มีอัตราการตอบกลับเท่ากับ ร้อยละ 90.42

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ระดับความต้องการจำเป็นโดยใช้ดัชนีความต้องการจำเป็น (PNI<sub>Modified</sub>) โดยกำหนดระดับความต้องการจำเป็น 3 ระดับ ดังนี้ น้อยกว่า .10 หมายถึง ระดับน้อย ระหว่าง .10-19 หมายถึง ระดับมาก และตั้งแต่ .20 เป็นต้นไป หมายถึง ระดับเร่งด่วน (Wongwanich, 2015)

ภายหลังจากเสร็จสิ้นระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้สารสนเทศเกี่ยวกับทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวก ที่ควรจะเป็น ทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และจัดระดับความต้องการจำเป็นของทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกในแต่ละด้าน เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของความต้องการจำเป็นในขั้นตอนถัดไป

## 2. การวิเคราะห์สาเหตุของความต้องการจำเป็น

เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้สารสนเทศเกี่ยวกับสาเหตุของความต้องการจำเป็นของทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวก โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

**ผู้ให้ข้อมูล** จำนวน 6 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ปกครองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาโรงเรียนเอกชน จำนวน 4 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ปกครองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนเอกชน 2) มีผลการประเมินทักษะความเป็นพ่อแม่เชิงบวกในระดับมากที่สุด 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง และ 2) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้ปกครองศึกษา จำนวน 2 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการสอนและการวิจัยด้านผู้ปกครองศึกษาอย่างน้อย 3 ปี 2) ผ่านการศึกษาหรือการอบรมด้านผู้ปกครองศึกษามาก่อนอย่างน้อย 2 หลักสูตร 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมในการเข้าร่วมกิจกรรม เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรมหรือขอถอนตัวจากการเข้าร่วมกิจกรรม

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับสาเหตุของความต้องการจำเป็นของทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกของผู้ปกครอง ตัวอย่างคำถามเช่น “ท่านคิดว่าอะไรคือสาเหตุที่ทำให้เกิดความต้องการจำเป็นของทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวก” “สาเหตุที่ระบุดังกล่าวเกิดขึ้นเพราะเหตุใด” จากคำตอบที่ได้ ผู้วิจัยใช้คำถามแบบชักเหตุผลเพื่อให้ได้สาเหตุระดับย่อยที่สุด ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง โดยผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน คือ ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้ปกครองศึกษา 2 คน และด้านวิธีวิทยาการวิจัย 1 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (item objective congruence: IOC) ตั้งแต่ .67 ขึ้นไปทุกข้อคำถาม ปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปทดลองใช้สัมภาษณ์กับผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในข้อคำถาม ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

### การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเองไปพร้อม ๆ กัน โดยเริ่มจากประสานงานกับโรงเรียนเอกชนที่เป็นสนามวิจัยเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย ปกษาผู้อำนวยการโรงเรียนและครูประจำชั้นเพื่อขอข้อมูลผู้ปกครองตามที่กำหนดไว้ในเกณฑ์คัดเลือก ทำหนังสือเชิญผู้ให้ข้อมูล

ในการเข้าร่วมงานวิจัยแบบเป็นทางการ พร้อมรายละเอียดของงานวิจัยพอสังเขป กำหนดวันเวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมวิจัยให้ชัดเจน โดยให้มีการตอบกลับในหนังสือเชิญและส่งกลับมาที่โรงเรียน ในวันดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล อธิบายรายละเอียดของงานวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ จากนั้นให้ลงนามในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ก่อนเริ่มทำการสัมภาษณ์แบบกลุ่มด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (focus group) ใช้เวลาทั้งสิ้น 2 ชั่วโมง โดยให้ผู้ให้ข้อมูลระดมความคิดเห็นผ่านการสนทนาและการเขียนลงบนกระดาษโพสต์อิท ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาแบบดั้งเดิม (conventional content analysis) ตามขั้นตอนของ Hsieh & Shannon (2005) เพื่อกำหนดคำ จัดกลุ่มรหัส และเชื่อมโยงรหัสรวมกลุ่มเป็นหมวดหมู่ และกำหนดเป็นสาเหตุย่อย และนำสาเหตุย่อยที่เกี่ยวข้องกันเชื่อมโยงเป็นสาเหตุหลัก และนำเสนอในรูปแบบการวิเคราะห์ฟอลต์ทรี (fault tree analysis: FTA) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการนำเสนอและสาเหตุหลักของการเกิดปรากฏการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และแตกแขนงไปสู่สาเหตุย่อยลดหลั่นตามลำดับจนกว่าจะถึงสาเหตุในระดับย่อยที่สุด และให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนดค่าความน่าจะเป็นของการเกิดเหตุการณ์ที่ไปสู่เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยกำหนดให้ในแต่ละระดับมีค่าความน่าจะเป็นรวมเท่ากับ 1 คะแนน และนำผลการประเมินเหล่านั้นมาวิเคราะห์เป็นน้ำหนักความสำคัญและความเป็นไปได้ของสาเหตุที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์นั้น ๆ (Wongwanich, 2015) จนได้แผนผัง FTA ที่สมบูรณ์ พร้อมสำหรับดำเนินการในขั้นตอนถัดไป

### 3. การเสนอวิธีแก้ไขความต้องการจำเป็น

เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพต่อจากการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 2 เพื่อให้ได้สารสนเทศเกี่ยวกับวิธีแก้ไขความต้องการจำเป็นของทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวก โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคคลเดียวกับขั้นตอนที่ 2 รายละเอียด ดังนี้

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับคุณลักษณะของวิธีแก้ไขและวิธีแก้ไขความต้องการจำเป็น ตัวอย่างคำถามเช่น “คุณลักษณะของวิธีแก้ไขปัญหาที่ดีควรเป็นอย่างไร” “วิธีแก้ไขความต้องการจำเป็นมีวิธีการใดบ้าง” เป็นต้น ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเช่นเดียวกับขั้นตอนที่ 2 ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (item objective congruence: IOC) ตั้งแต่ .67 ขึ้นไปทุกข้อคำถาม

#### การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลร่วมกันกำหนดคุณลักษณะของแนวทางแก้ไขและเสนอวิธีการแก้ไขปัญหา และทำการวิเคราะห์เนื้อหาแบบดั้งเดิมเช่นเดียวกับขั้นตอนที่ 2 ใช้เวลาทั้งสิ้น 1 ชั่วโมง โดยให้ผู้ให้ข้อมูลให้คะแนนอรรถประโยชน์-พหุลักษณะของแต่ละวิธีตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้ ด้วยวิธีการวิเคราะห์อรรถประโยชน์-พหุลักษณะ (multi-attribute-utility technique: MAUT) ในการกำหนดคุณลักษณะของแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม รวมถึงการจัดลำดับน้ำหนักและความสำคัญของคุณลักษณะต่าง ๆ

กำหนดให้มีค่าสูงสุด 100 คะแนน (ค่าน้ำหนัก: W) แบ่งการประเมินออกเป็น 2 ระดับ คือ 1) กำหนดค่าในแต่ละด้านต้องรวมกันได้ 100 คะแนน และ 2) กำหนดค่าภายในด้านนั้น ๆ ให้ครบ 100 คะแนน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเสนอวิธีแก้ไขในภาพรวม และพิจารณากำหนดค่าคะแนนของทางเลือกตามคุณลักษณะที่กำหนดขึ้น หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์อรรถประโยชน์ในแต่ละทางเลือก โดยมีค่าเต็ม 1.00 (ค่าความน่าจะเป็น: Prop) และนำผลรวมของผลคูณค่าน้ำหนักและความน่าจะเป็นของทุกคุณลักษณะในแต่ละวิธีแก้ไขเพื่อจัดลำดับการวิเคราะห์อรรถประโยชน์รวม (Wongwanich, 2015) จากนั้นทำการสรุปผลการประเมินอรรถประโยชน์ของแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อจัดลำดับความสำคัญของวิธีการที่เหมาะสม

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 2 สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใบรับรองโครงการวิจัยที่ COA No. 270/68 เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2568 ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไว้เป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยใช้รหัสประจำตัวแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล และไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ในรายงานหรือการเผยแพร่ผลการวิจัยทุกกรณี ข้อมูลทั้งหมดจะถูกจัดเก็บในอุปกรณ์ที่มีระบบป้องกันรหัสผ่าน และจำกัดสิทธิ์การเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลหลังการวิจัยเสร็จสิ้นไปแล้ว 1 ปี

### ผลการวิจัย

1. ความต้องการจำเป็นทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกของผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนเอกชน

1.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้ปกครองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนเอกชน จำนวน 217 คน ส่วนใหญ่เป็นพ่อแม่ (ร้อยละ 66.82) มีระดับการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 45.16) และปริญญาตรี (ร้อยละ 41.01) ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (ร้อยละ 32.26) และ 31-40 ปี (ร้อยละ 30.88) ตามลำดับ มีรายได้ 10,001- 20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 53.92) ส่วนใหญ่ใช้เวลากับบุตรหลานในช่วง 0-4 ชั่วโมงในแต่ละวัน (ร้อยละ 60.37) มีเด็กที่อยู่ภายใต้การดูแลจำนวน 1-2 คน (ร้อยละ 81.57) และลักษณะครอบครัวมีพ่อแม่อาศัยอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 67.74)

1.2 ทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกที่ควรจะเป็นในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.73$ ,  $SD = .55$ ) แต่ทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกที่เป็นอยู่ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.04$ ,  $SD = 1.02$ ) พิจารณาในแต่ละด้าน พบว่าผู้ปกครองมีทักษะที่เป็นอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ด้านความปลอดภัยและมั่นคง ( $M = 4.22$ ,  $SD = .94$ ) และด้านการสื่อสารเชิงบวก ( $M = 4.19$ ,  $SD = .95$ ) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินสิ่งที่ควรจะเป็นที่พบว่าเป็นด้านที่มีทักษะที่ควรจะเป็นสูงที่สุดเช่นกัน ได้แก่ ด้านการสื่อสารเชิงบวก ( $M = 4.78$ ,  $SD = .48$ ) และด้านความปลอดภัยและมั่นคง ( $M = 4.75$ ,  $SD = .53$ ) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาดัชนี  $PNI_{Modified}$  พบว่าผู้ปกครองมีระดับความต้องการจำเป็นในภาพรวมอยู่ใน



ระดับมาก ( $PNI_{Modified} = .14$ ) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการดูแลตนเองของผู้ปกครองมีระดับความต้องการจำเป็นอยู่ในระดับเร่งด่วน ( $PNI_{Modified} = .24$ ) สำหรับด้านที่เหลืออีก 7 ด้าน มีระดับความต้องการจำเป็นอยู่ในระดับมากและมีระดับความต้องการจำเป็นที่ใกล้เคียงกัน โดยมีค่า  $PNI_{Modified}$  อยู่ระหว่าง .13-.18 รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นของทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวก (n = 217)

ด้าน	จำนวน ข้อ	สิ่งที่เป็นอย่าง		สิ่งที่ควรจะเป็น		$PNI_{Modified}$	ระดับ	ลำดับ
		M	SD	M	SD			
การดูแลตนเองของผู้ปกครอง	4	3.83	1.05	4.73	.51	.24	เร่งด่วน	1
การส่งเสริมการเรียนรู้	7	3.99	1.04	4.69	.54	.18	มาก	2
ทักษะทางสังคม	5	3.98	1.05	4.68	.62	.18	มาก	2
การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ	6	4.03	1.05	4.68	.58	.16	มาก	3
การดูแลด้านสุขภาพและพัฒนาการเด็ก	5	4.04	0.99	4.69	.58	.16	มาก	3
การใช้สันติวิธี	7	4.13	1.02	4.75	.52	.15	มาก	4
การสื่อสารเชิงบวก	5	4.19	.95	4.78	.48	.14	มาก	5
ความปลอดภัยและมั่นคง	5	4.22	.94	4.75	.53	.13	มาก	6
<b>โดยรวม</b>	<b>44</b>	<b>4.04</b>	<b>1.02</b>	<b>4.73</b>	<b>.55</b>	<b>.14</b>	<b>มาก</b>	

2. การวิเคราะห์สาเหตุหลัก สาเหตุย่อย และน้ำหนักตามองค์ประกอบของความต้องการจำเป็นทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกของผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนเอกชน

ผลการวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ฟอลต์ทรี (FTA) ดังภาพ แสดงความน่าจะเป็นในการเกิดสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวก ประกอบด้วย 2 สาเหตุหลัก คือ ความไม่พร้อมของผู้ปกครอง และปัญหาจากสภาพครอบครัว โดยพบว่ามีโอกาสเกิดขึ้นเท่ากับ .64 และ .36 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุย่อยของความไม่พร้อมของผู้ปกครองประกอบด้วยสาเหตุย่อยระดับที่ 2 จำนวน 4 สาเหตุ โดยสาเหตุที่มีโอกาสเกิดสูงสุด คือ ลักษณะการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม (โอกาสเกิดเท่ากับ .36) และ วุฒิภาวะต่ำ (โอกาสเกิดเท่ากับ .31) ระดับความรู้ต่ำ (โอกาสเกิดเท่ากับ .19) และบริหารเวลาไม่เหมาะสม (โอกาสเกิดเท่ากับ .14) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสาเหตุย่อยระดับที่ 2 พบว่า (1) ลักษณะการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม มีสาเหตุย่อยมาจาก (1.1) ความไม่เท่าเทียมกันในการเลี้ยงดู ที่เกิดจากความไม่เข้าใจจิตวิทยาเด็ก (1.2) ความคาดหวังและกดดันสูง ที่เกิดจากการเสริมแรงทางลบและความเข้มงวด และ (1.3) การรับรู้ข้อมูลที่ไม่เป็นจริง โดยมีโอกาสเกิดเท่ากับ .42 .29 และ .29 ตามลำดับ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ผู้ปกครองบางคน แสดงออกถึงความรักลูกหลาน ไม่เท่ากัน ก็ยังมีอยู่ บางครอบครัวก็รักหลานชาย บางครอบครัวก็เอาใจลูกคนเล็ก เพราะว่าเป็นน้อง บางทีก็แสดงออกจนไม่เหมาะสม มันเป็นการสร้างปมให้กับเด็ก .... เป็นหลักจิตวิทยาเบื้องต้น บางคนก็ยังดี ยังดูด้วยถ้อยคำรุนแรง ซึ่งมันส่งผลร้ายมากกว่า” (ID2 สาเหตุย่อยระดับที่ 4: การไม่เข้าใจจิตวิทยาเด็ก)

“ปัญหาคือความคาดหวังของพ่อแม่ ผู้ปกครองต่อลูกจนเกินไป บางคนเอาความคาดหวัง ความฝัน หรือสิ่งที่ตัวเองทำผิดพลาดมากกดดันให้กับเด็ก เด็กก็เกิดความเครียด แล้วก็ใช้การเข้มนวดมากจนเกินไป แทนที่ได้ก็จะเติบโตอย่างเหมาะสม ก็กลายเป็นเด็กในขวดโหลที่โตตามที่พ่อแม่สั่ง” (ID3 สาเหตุย่อยระดับที่ 4: การเสริมแรงทางลบและเข้มนวด)

สาเหตุย่อยลำดับที่ 3 รับรู้ข้อมูลที่ไม่เป็นจริง ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ผู้ปกครองบางคน เชื่อทุกคนยกเว้นลูกหลานตัวเอง ทำให้ไปเชื่อหรือฟังข้อมูลจากคนอื่น ๆ แล้วก็ฝังใจเชื่อว่าลูกหลานเป็นอย่างนั้นจริง ๆ หรือการไปเอาข้อมูลผิด ๆ มาสั่งสอนหรือมาปฏิบัติ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อเด็ก” (ID6 สาเหตุย่อยระดับที่ 3: การรับรู้ข้อมูลที่ไม่เป็นจริง)

เมื่อพิจารณาสาเหตุย่อยของ (2) วุฒิภาวะต่ำ พบว่า เกิดมาจากสาเหตุย่อย 2 ประการ คือ (2.1) การจัดการอารมณ์ มีโอกาสเกิดเท่ากับ .72 โดยมีสาเหตุมาจาก การใช้สิ่งเสพติด การกดดันทางการเงิน การกดดันจากการทำงานและภาวะทางจิต และ (2.2) อายุน้อย ที่เกิดมาจากการไม่ได้เตรียมความพร้อมในการดูแลเด็ก โดยมีโอกาสเกิดเท่ากับ .28 ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ดังนี้

“มีวุฒิภาวะต่ำ เพราะบางคนเป็นพ่อแม่วัยใส อยู่ มัธยม ยังเป็นคอกของ ผ่านประสบการณ์มาน้อย ในการตัดสินใจหรือคิดไตร่ตรองก็น้อย การเลี้ยงดูเด็กก็ไม่สามารถตัดสินใจเรื่องสำคัญได้ ยังไม่ได้เตรียมพร้อม” (ID1 สาเหตุย่อยระดับที่ 4: การไม่ได้เตรียมความพร้อม)

“พ่อแม่เครียดจากการทำงานพอลกลับบ้านก็ไม่ได้สนใจลูก ขี้รำย บางคนก็ทำรำยร่างกาย หรือจิตใจลูก” (ID2 สาเหตุย่อยระดับที่ 4: ความกดดันจากการทำงาน)

“ภาวะที่เป็นหนี้สิน หรือเงินไม่พอใช้จ่ายในครอบครัวก็ทำให้เกิดความเครียดและทำให้เกิดการทะเลาะ อย่ว่าแต่ความรักให้กับลูกเลย แม้แต่ปัจจัย 4 ที่ครบก็ให้กับลูกไม่ได้ ส่งผลต่อเด็กแน่นอน” (ID4 สาเหตุย่อยระดับที่ 4: กดดันทางการเงิน)

“เนื่องจากสังคมที่กดดัน ทั้งการทำงาน หนี้สิน และภาวะรอบข้างทำให้เกิดความเครียด บางคนมีภาวะซึมเศร้า หรือเป็นโรคทางจิตเวช ที่ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม และยังไม่รู้ว่าตัวเองป่วย ก็เอาลงกับเด็ก” (ID1 สาเหตุย่อยระดับที่ 4: ภาวะทางจิต)

“พ่อแม่บางคนมีภาวะเสี่ยงจากการใช้สารเสพติด ทำให้ส่งผลต่อจิตใจ และร่างกายของทั้งตัวเองและต่อคุณภาพของเด็กที่มีคุณภาพชีวิตที่ตกต่ำลง” (ID5 สาเหตุย่อยระดับที่ 4: การใช้สารเสพติด)

สาเหตุต่อมาคือ (3) ระดับความรู้ต่ำ เกิดมาจาก (3.1) การไม่มีความรู้ในการเลี้ยงดู มีโอกาสเกิดเท่ากับ .70 โดยเกิดจากผู้ปกครองที่ไม่ได้เตรียมความพร้อมและช่องว่างระหว่างวัย และ (3.2) การมีระดับการศึกษาต่ำอันเนื่องมาจากการไม่ได้รับการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“เป็นพ่อแม่ตั้งแต่ยังไม่พร้อม ยังเรียนไม่จบ ก็ต้องออกมาเลี้ยงลูก ก็ตเลี้ยงตามมีตามเกิด ไม่ได้ดูแลจริงจัง” (ID2 สาเหตุย่อยระดับที่ 4: การไม่ได้รับการศึกษา)

“พ่อแม่บางคน ไม่ได้คุมกำเนิดอย่างถูกต้อง บางทีก็พลาด หรือไม่ได้ตั้งใจ เลยไม่ได้เตรียมตัวเองให้พร้อมมีลูก ไม่รู้ว่าต้องเลี้ยงดูกันยังไง” (ID3 สาเหตุย่อยระดับที่ 4: พ่อแม่ไม่ได้เตรียมความพร้อม)

“บางครอบครัว เด็กอยู่กับผู้ปกครองที่ไม่ใช่พ่อแม่ อยู่กับปู่ย่าตายาย เขา (ผู้ปกครอง) ตามไม่ทันกับสิ่งที่เด็กในวัยนี้เป็นอย่างใหม่มือถือ ผู้ปกครองก็ตามไม่ทัน เพราะมันคนละเจ (เจนเนอเรชั่น)” (ID1 สาเหตุย่อยระดับที่ 4: ช่องว่างระหว่างวัย)

เมื่อพิจารณาสาเหตุ (4) การบริหารเวลาไม่เหมาะสม ที่เกิดจาก (4.1) การทำงานนอกพื้นที่ ที่มีโอกาสเกิดเท่ากับ .65 ซึ่งเกิดมาจากปัญหาหนี้สินและความยากจนและการไม่มีงานในพื้นที่ และ (4.2) ลักษณะการทำงาน ที่มีโอกาสเกิดเท่ากับ .35 โดยเกิดจากการทำงานเกินเวลาและเวลางานไม่ตรงกับเวลาของบุตรหลาน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ดังนี้

“พ่อแม่บางคนต้องออกไปทำงานต่างจังหวัด ต่างพื้นที่ ไม่ได้อยู่ดูแลลูกหลายเพราะตัวเองต้องทำงาน หาเงิน เพราะในพื้นที่ที่อยู่ก็ไม่มีการทำ ต้องหาเงินมาจัดการหนี้สินของตัวเอง เลยต้องเสียสละโอกาสในการเลี้ยงดูเด็ก” (ID1 สาเหตุย่อยระดับที่ 4: ปัญหาหนี้สินและความยากจน)

“บางพื้นที่ก็ไม่มีการ เศรษฐกิจในพื้นที่โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทเศรษฐกิจไม่ได้โตมาก ทำให้ไม่มีความต้องการแรงงานในตลาด เลยทำให้พ่อแม่ส่วนหนึ่งต้องออกจากพื้นที่ไปทำงานทำในเมืองใหญ่ หรือต่างประเทศ ซึ่งไม่ได้เลี้ยงดูลูกเอง” (ID6 สาเหตุย่อยระดับที่ 4: การไม่มีงานในพื้นที่)

“การทำงานที่มีเวลาไม่แน่นอน ซึ่งนอกจากจะกระทบการใช้ชีวิตของคนทำงานแล้ว ยังกระทบต่อคุณภาพการเลี้ยงดูบุตรหลานของผู้ปกครองอีกด้วย” (ID2 สาเหตุย่อยระดับที่ 4: การทำงานเกินเวลา)

“พ่อแม่ ผู้ปกครองบางคนเลิกงานมา พอลูกกลับบ้านลูกก็หลับไปแล้ว พอลุกตื่นไปโรงเรียนผู้ปกครองก็พักผ่อน การใช้เวลาที่มีคุณภาพร่วมกันในการปรึกษากัน หรือการทำกิจกรรมร่วมกันก็เป็นไปได้บ้างแล้ว แล้วบางคนก็วันหยุดไม่ตรงกันอีก ย่อมกระทบต่อคุณภาพการเลี้ยงดู” (ID5 สาเหตุย่อยระดับที่ 4: เวลางานไม่ตรงกับเวลาของบุตรหลาน)

สำหรับสาเหตุที่มาจากสภาพครอบครัว พบว่า สาเหตุย่อยที่ทำให้เกิด 3 สาเหตุ ได้แก่ (1) สภาพครอบครัวแตกแยก มีโอกาสเกิดเท่ากับ .38 ที่เกิดมาจากการขาดความอบอุ่น (2) การมีภรรยาผู้อื่น ต้องดูแลในครอบครัว มีโอกาสเกิดเท่ากับ .33 ที่เกิดมาจากการมีปัญหาทางการเงิน และ (3) การไม่ได้รับการดูแลอย่างเต็มที่ และการไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ที่มีโอกาสเกิดเท่ากับ .28 โดยมีสาเหตุมาจากการไม่ได้รับความรัก การขาดแคลนทางการเงิน ต้องการหาเงิน และการทำงานนอกพื้นที่ เนื่องจากการไม่มีงานในพื้นที่ให้ทำ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ดังนี้

“สาเหตุที่พบอีกประการคือสภาพครอบครัวที่เป็นครอบครัวใหญ่ มีภาระต้องดูแลคนอื่นเยอะ ทั้งลูกหลานที่เป็นเด็ก บางครอบครัวมีผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ต้องดูแล เด็กจึงไม่ได้รับการดูแลอย่างเต็มที่เพราะผู้ปกครองก็ขาดศักยภาพในการบริหารจัดการ” (ID2 สาเหตุย่อยระดับที่ 3: การไม่ได้รับการดูแลเต็มที่)

“พบอย่างมากในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำหรือมีปัญหาทางการเงินในครอบครัว ซึ่งทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องประหยัดจนกระทบต่อคุณภาพการเลี้ยงดู แล้วถ้ายังมีปัญหาหนี้สินนอกระบบด้วยจะยิ่งทำให้สถานการณ์ในครอบครัวเลวร้ายยิ่งขึ้น” (ID1 สาเหตุย่อยระดับที่ 3: การมีปัญหาทางการเงิน)

“ครอบครัวที่พ่อแม่ไปทางแม่ไปทาง แล้วทิ้งให้ลูกอยู่กับปู่ย่าตายายหรือญาติคนอื่น แล้วก็คิดไปเองว่าเด็กไม่สามารถรับรู้ได้ แต่ที่เรพบผ่านมาพบว่า เด็กกลุ่มนี้ขาดความอบอุ่นจากคนที่รักและเข้าใจอย่างแท้จริง มันกระทบอย่างมาก โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ” (ID5 สาเหตุย่อยระดับที่ 3: การขาดความอบอุ่น)

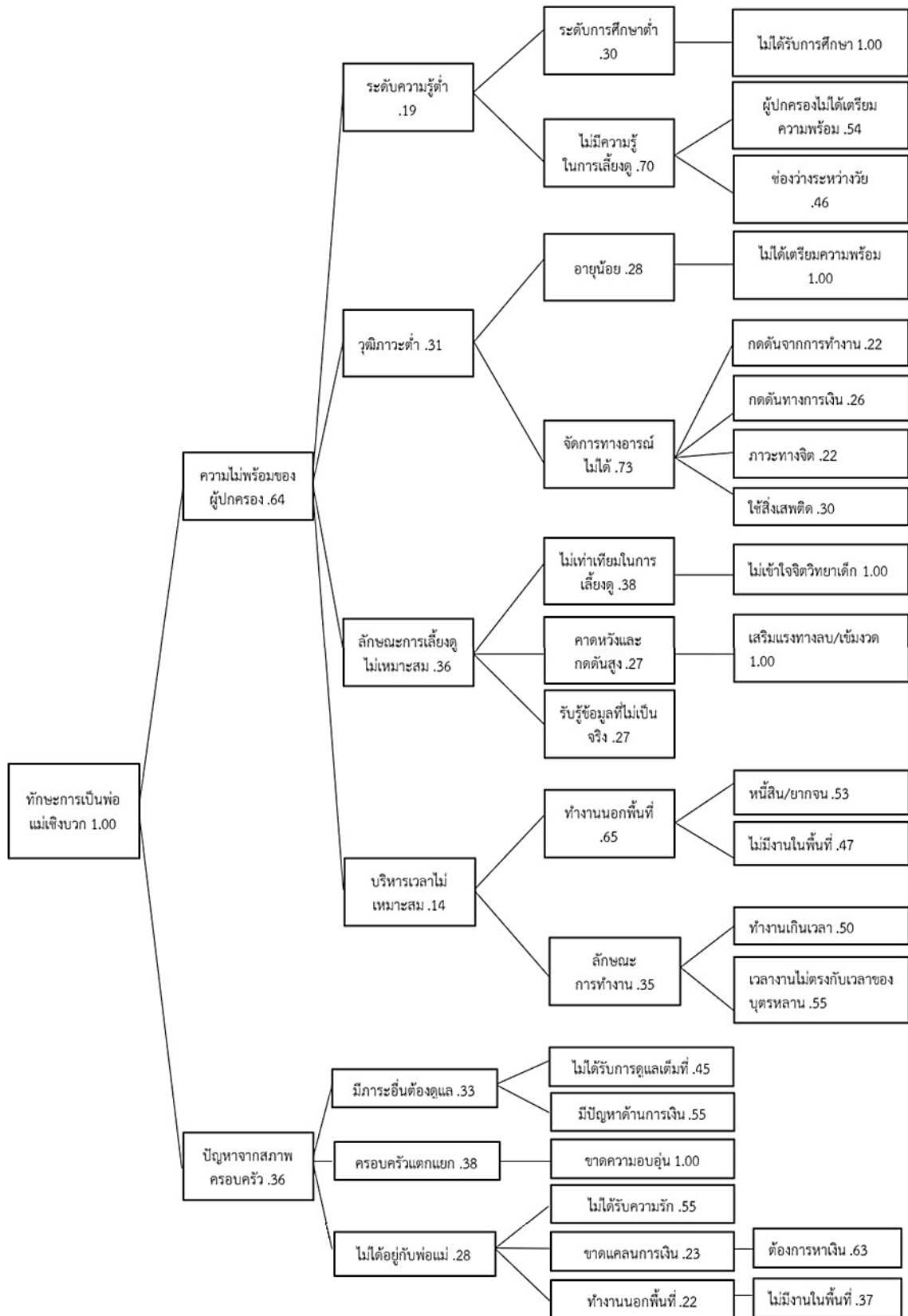
“ด้วยความจำเป็นต่าง ๆ เด็ก ๆ ที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ทำให้เขาไม่ได้รับความรัก ความอบอุ่น และความเอาใจใส่ อย่างที่ควรจะเป็น มันทำให้การเติบโตมีปัญหา เพราะเป็นการเติบโตที่ขาดรักจากความรัก” (ID4 สาเหตุย่อยระดับที่ 3: การไม่ได้รับความรัก)

“ปัญหาหลักที่พบนอกจากความรักความอบอุ่นในครอบครัว บางคนไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ เพราะพ่อแม่ต้องดิ้นรนหาเงิน ก็เป็นวงจรแบบวนซ้ำไปซ้ำมา เพราะต้องหาเงิน จึงต้องทิ้งลูก ลูกก็ยังขาดความอบอุ่น แล้วก็เกิดปัญหาตามมาในที่สุด” (ID2 สาเหตุย่อยระดับที่ 4: การต้องการหาเงิน)

“สภาพเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พ่อแม่ต้องทิ้งลูกไม่ได้ดูแลด้วยตัวเองเพราะเขามีปัญหาที่เกิดจากการตกงาน ทำให้ไม่มีเงินเพียงพอในการเลี้ยงดู จึงต้องย้ายที่อยู่ไปหาเงินเพื่อส่งกลับมาให้ลูกได้เรียน ได้ดูแลตัวเอง แต่ก็ไม่สามารถเอาลูกไปด้วยได้เพราะไม่อยากเอาไปเสี่ยงกับความไม่แน่นอนในชีวิต” (ID3 สาเหตุย่อยระดับที่ 4: การไม่มีงานในพื้นที่)

3. การจัดลำดับความสำคัญของวิธีแก้ไขความต้องการจำเป็นทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนเอกชน

จากผลการวิเคราะห์ต้นไม้แห่งคุณค่าที่มีมิติคุณลักษณะในการพิจารณาตัวแทรกแซงเพื่อส่งเสริมทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกโดยใช้เทคนิคอรรถประโยชน์-พหุลักษณะ (MAUT) จำแนกออกเป็น 3 คุณลักษณะ โดยเรียงลำดับจากคุณลักษณะที่มีน้ำหนักมากที่สุด คือ ด้านเนื้อหาในการทำกิจกรรม (น้ำหนัก = 43.33) ด้านรูปแบบการจัดกิจกรรม (น้ำหนัก = 35.00) และด้านทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม (น้ำหนัก = 21.67) ตามลำดับ ทั้งนี้ในแต่ละคุณลักษณะหลักจะมีคุณลักษณะรองที่เป็นรายละเอียดในการพิจารณา ประกอบด้วย 13 คุณลักษณะ ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้ได้รับการพิจารณาน้ำหนักความสำคัญแตกต่างกัน จากผลการวิจัย พบว่า คุณลักษณะรองที่มีน้ำหนักในการพิจารณามากที่สุดในแต่ละด้าน ประกอบด้วย ด้านทรัพยากร คือ การเรียนรู้ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ (น้ำหนัก = 34.17) ด้านเนื้อหา คือ ความสามารถแก้ปัญหาการเลี้ยงดูได้ (น้ำหนัก = 34.17) และ ด้านรูปแบบ คือ ความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต (น้ำหนัก = 31.67) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา พบว่ามีแนวทางในการส่งเสริม พัฒนา และแก้ไขทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวก ทั้งหมด 9 ทางเลือก โดยผลการวิเคราะห์อรรถประโยชน์ พบว่าทางเลือกที่มีอรรถประโยชน์รวมสูงสุด ได้แก่ การอบรมเชิงปฏิบัติการ การให้โรงเรียนเป็นฐานในการพัฒนาผู้ปกครอง และการจัดกิจกรรมแบบกลุ่มเล็กหรือครอบครัวเดียว โดยมีผลการวิเคราะห์อรรถประโยชน์รวมเท่ากับ 88.62 85.94 และ 83.57 ตามลำดับ รายละเอียด ดังตาราง 2



ภาพ ผลการวิเคราะห์สาเหตุของความต้องการจำเป็นโดยใช้เทคนิคฟอลต์ทรี (FTA)

ตาราง 2 ผลการเสนอแนวทางการแก้ไขความต้องการจำเป็น โดยใช้เทคนิคการประเมินโดยใช้เทคนิคการประเมิน-พหุลักษณะ (n = 6)

คุณลักษณะ	ด้านทรัพยากร (w = 21.67)											ด้านรูปแบบ (w = 35.00)					
	บุคลากร	วัสดุอุปกรณ์	สถานที่	งบประมาณ	ความรู้	ประสบการณ์	ความตั้งใจ	ความรับผิดชอบ	ความซื่อสัตย์	ความสามัคคี	ความยืดหยุ่น	ความอดทน	ความกล้าหาญ	ความละเอียด	ความรอบคอบ	ความรวดเร็ว	ความมีประสิทธิภาพ
น้ำหนัก (w)	22.50	22.50	24.17	20.83	20.83	20.83	28.33	34.17	16.67	31.67	20.83	19.17	15.83	12.50	4.38		
การอบรมออนไลน์	0.97	0.88	0.87	0.95	0.97	0.97	0.83	0.82	0.73	0.65	0.67	0.72	0.73	0.52		79.27	
กิจกรรมครอบครัวแบบกลุ่ม	4.71	4.31	6.42	4.29	8.73	10.23	12.09	5.30	7.20	4.86	4.86	4.81	4.06	2.26			
การอบรมให้ความรู้	0.75	0.53	0.83	0.85	0.80	0.95	0.88	0.82	0.90	0.93	0.93	0.75	0.73	0.82		83.57	
การอบรมเชิงปฏิบัติการ	3.66	2.6	6.17	3.84	7.22	11.66	13.08	5.9	9.98	6.81	6.81	5.03	4.06	3.57			
การสัมภาษณ์รายครอบครัว	0.72	0.63	0.9	0.75	0.87	0.8	0.8	0.72	0.75	0.65	0.65	0.6	0.58	0.7		74.67	
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้	3.49	3.09	6.66	3.39	7.82	9.82	11.84	5.18	8.31	4.74	4.74	4.03	3.23	3.06			
การสังเกตการณ์รายครอบครัว	0.87	0.77	0.88	0.9	0.9	0.93	0.95	0.88	0.93	0.93	0.9	0.82	0.73	0.82		88.62	
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้	4.23	3.74	6.54	4.06	8.12	11.46	14.06	6.38	10.34	6.56	6.56	5.48	4.06	3.57			
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้	0.77	0.62	0.73	0.72	0.77	0.77	0.8	0.83	0.78	0.75	0.75	0.62	0.63	0.83		75.05	
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้	3.74	3.01	5.43	3.24	6.92	9.41	11.84	6.02	8.68	5.47	5.47	4.14	3.51	3.65			
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้	0.68	0.75	0.73	0.65	0.7	0.73	0.77	0.78	0.83	0.82	0.82	0.72	0.62	0.53		73.43	
การให้สื่อเพื่อศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง	3.33	3.66	5.43	2.93	6.32	9	11.35	5.66	9.24	5.95	5.95	4.81	3.42	2.33			
การติดตามสนับสนุนโดยส่วนราชการ	0.67	0.73	0.67	0.78	0.83	0.72	0.67	0.72	0.63	0.57	0.57	0.58	0.67	0.48		67.54	
การให้โรงเรียนเป็นฐานในการพัฒนาผู้ปกครอง	3.25	3.58	4.94	3.54	7.52	8.8	9.87	5.18	7.02	4.13	4.13	3.91	3.69	2.11			
การให้โรงเรียนเป็นฐานในการพัฒนาผู้ปกครอง	0.78	0.78	0.92	0.88	0.77	0.85	0.85	0.8	0.8	0.65	0.65	0.67	0.85	0.82		80.49	
การให้โรงเรียนเป็นฐานในการพัฒนาผู้ปกครอง	3.82	3.82	6.79	3.99	6.92	10.44	12.58	5.78	8.87	4.74	4.74	4.47	4.71	3.57			
การให้โรงเรียนเป็นฐานในการพัฒนาผู้ปกครอง	0.8	0.68	0.9	0.87	0.9	0.85	0.9	0.87	0.92	0.88	0.88	0.78	0.78	0.87		85.94	
การให้โรงเรียนเป็นฐานในการพัฒนาผู้ปกครอง	3.9	3.33	6.66	3.91	8.12	10.44	13.32	6.26	10.16	6.44	6.44	5.25	4.34	3.79			

W = น้ำหนักจากการประเมินของผู้ให้ข้อมูล, Prop = ความน่าจะเป็นของโอกาสที่วิธีแก้ไขปัญหานั้นสอดคล้องกับคุณลักษณะที่กำหนด PW = W\*Prop

## การอภิปรายผล

1. ระดับความต้องการจำเป็น ผลการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองของผู้ปกครองมีระดับความต้องการจำเป็นอยู่ในระดับเร่งด่วน โดยเฉพาะในส่วนของ การออกกำลังกาย รับประทานอาหารถูกหลักโภชนาการ และพักผ่อนอย่างเพียงพอ และความสามารถในการจัดการกับอารมณ์เชิงลบ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านเวลาและภาระหน้าที่ของผู้ปกครองที่ต้องรับผิดชอบทั้งงานในบ้าน งานนอกบ้าน รวมถึงการเลี้ยงดูบุตร ส่งผลให้มีเวลาและแรงจูงใจไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในด้านการออกกำลังกาย การเตรียมอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และการพักผ่อนอย่างเพียงพอ การต้องตื่นเช้าและนอนดึกจากภาระงานที่ต่อเนื่อง ประกอบกับบทบาทหลายด้านที่ต้องจัดการทั้งครอบครัว เศรษฐกิจ และการดูแลบุตร อาจนำไปสู่ความเครียดสะสม และมีความรู้หรือทักษะในการจัดการอารมณ์เชิงลบที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Batool et al. (2022) ที่พบว่า สุขภาวะของผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็ก นอกจากนี้จากผลการวิจัยวิจัยข้อยังพบอีกว่า มีความต้องการจำเป็นในการได้รับการสนับสนุนด้านการเรียนรู้ ในส่วนของ การจัดหาสื่อการเรียนรู้/ของเล่น/อุปกรณ์เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมให้กับบุตรหลาน และการดู/สอนการบ้านหรือกิจกรรมของบุตรหลาน เนื่องจากผู้ปกครองมีเวลาในการอยู่ร่วมกับเด็กน้อยทำให้ไม่มีเวลาในการสอนหรือดูการบ้าน อีกทั้งภาระหน้าที่ของผู้ปกครองที่ต้องรับผิดชอบทั้งในบ้านและงานนอกบ้าน จึงทำให้ไม่มีเวลาในการสนับสนุนด้านการเรียนรู้ของบุตร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lanjekar et al. (2022) พบว่าการเลี้ยงดูและความสัมพันธ์ของผู้ปกครองและมีบทบาทสำคัญต่อการเติบโตโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ของเด็ก

2. สาเหตุของความต้องการจำเป็น จากผลการวิจัยพบว่า ความไม่พร้อมของผู้ปกครอง และปัญหาจากสภาพครอบครัวเป็นสาเหตุหลักของทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกในระดับต่ำ สำหรับสาเหตุของความไม่พร้อมของผู้ปกครอง อาจทำให้มีรูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครองไม่เหมาะสม อาทิ ความคาดหวังของผู้ปกครองที่สูงทำให้เกิดความกดดันในการเลี้ยงดู รวมถึงประสบการณ์การเลี้ยงดูในวัยเด็กของผู้ปกครองได้นำมาใช้ในการเลี้ยงดูบุตรในปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Greene et al. (2020) ในส่วนของวุฒิภาวะทางอารมณ์ของผู้ปกครอง โดยเฉพาะผู้ปกครองที่มีอายุน้อยหรือยังมีวุฒิภาวะด้านอารมณ์น้อย มักขาดการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ดังผลการศึกษาของ Zimmer-Gembeck et al. (2022) พบว่า ผู้ปกครองที่มีวุฒิภาวะด้านอารมณ์น้อย ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการอารมณ์และสถานการณ์ต่างๆ ได้ไม่ดี และเป็นการลดโอกาสการใช้ทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกในการเลี้ยงดู อีกทั้งระดับการศึกษาของผู้ปกครองต่ำมักมีผลต่อการเข้าถึงข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการเป็นพ่อแม่เชิงบวกและทักษะสนับสนุนการเรียนรู้ของเด็กน้อย และมีแนวโน้มการจัดการพฤติกรรมเด็กที่ไม่เหมาะสม สำหรับปัญหาสภาพครอบครัวที่เป็นสาเหตุหลักของทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกต่ำ ทั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่าลักษณะของครอบครัวที่บิดามารดาแยกทางหรือครอบครัวที่ต้องดูแลสมาชิกหลายคน ทำให้ผู้ปกครองมีภาระความรับผิดชอบมากขึ้น จนเกิดความเหนื่อยล้า ไม่มีเวลาในการเลี้ยงดูเด็กได้อย่างเต็มที่ ทำให้เด็กไม่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่เหมาะสม ภาระเหล่านี้อาจลดทอนความสามารถในการใช้ทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวก รวมถึงการตอบสนองตามความต้องการทางอารมณ์ของเด็ก ทำให้เกิดรูปแบบการเลี้ยงดูแบบละเลยมากขึ้น

ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านจิตใจและสังคมกับเด็กตามมาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Chavda and Nisarga (2023) ที่พบว่า สภาพครอบครัวและวุฒิภาวะของผู้ปกครอง ส่งผลต่อการเรียนรู้ ทักษะทางสังคม อารมณ์และจิตใจ และปัญหาทางด้านพฤติกรรมของเด็ก

3. การเสนอแนวทางการแก้ไขความต้องการจำเป็น จากผลการวิจัยพบว่า การอบรมเชิงปฏิบัติการ การให้โรงเรียนเป็นฐานในการพัฒนาผู้ปกครอง และการจัดกิจกรรมแบบกลุ่มเล็กหรือครอบครัวเดี่ยว เป็นวิธีที่มีอัตราประโยชน์สูงสุดในการแก้ปัญหาทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวก เนื่องจากการอบรมเชิงปฏิบัติการเน้นการฝึกปฏิบัติจริง ทำให้ผู้ปกครองได้ทดลองฝึกทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวก เช่น การสื่อสารเชิงบวก การดูแลด้านสุขภาพและพัฒนาการเด็ก การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ การใช้สันติวิธี เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจในการดูแลบุตรเพิ่มมากขึ้น สำหรับการให้โรงเรียนเป็นฐานในการพัฒนาผู้ปกครองช่วยในการเข้าถึงง่ายของผู้ปกครอง และเป็นสถานที่ที่เชื่อมโยงกับการเรียนรู้ของบุตรทำให้ครูสามารถสะท้อนพฤติกรรมและความต้องการของบุตรได้ตรงประเด็น และสำหรับการจัดกิจกรรมแบบกลุ่มเล็กหรือครอบครัวจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของทุกคนในครอบครัวและกิจกรรมที่ออกแบบนั้นสามารถปรับใช้เหมาะสมกับลักษณะการเลี้ยงดูบุตรของแต่ละครอบครัวได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย Zhang et al. (2021) ที่พบว่า รูปแบบการพัฒนาทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมแบบกลุ่ม การทำกิจกรรมเฉพาะของแต่ละครอบครัว การจัดกิจกรรมแบบผสมผสาน และการจัดกิจกรรมร่วมกับหน่วยงาน โดยบุคคลหรือองค์กรที่ดำเนินการ ประกอบด้วย อาสาสมัครในชุมชน บุคลากรทางสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐ ผู้นำชุมชน โรงพยาบาล สถานศึกษา และหน่วยงานประชาสังคม ซึ่งมีเป้าหมายในการพัฒนาผู้ปกครองให้มีทักษะในการเลี้ยงดูอย่างเหมาะสม

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ปกครองมีความต้องการจำเป็นด้านการดูแลตนเองในระดับเร่งด่วน โดยมีปัจจัยสาเหตุจากความไม่พร้อมและปัญหาครอบครัว จึงควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกที่เน้นการฝึกปฏิบัติจริง อาทิ ทักษะการสื่อสารเชิงบวก การควบคุมอารมณ์ การจัดการเวลา ควบคู่กับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพกายและใจของผู้ปกครอง เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลบุตรอย่างมีประสิทธิภาพ

2. สาเหตุหลักของความต้องการจำเป็นเกิดจากความไม่พร้อมของผู้ปกครองและปัญหาจากสภาพครอบครัว ดังนั้น ผู้บริหาร ครู หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาระบบกลไกการให้ความช่วยเหลือผู้ปกครอง โดยเฉพาะเริ่มจากกลุ่มครอบครัวที่มีความเปราะบาง เช่น การให้คำปรึกษาเชิงลึกเป็นรายครอบครัวจากผู้เชี่ยวชาญ การจัดตั้ง “โรงเรียนผู้ปกครอง” เป็นต้น

3. การวิเคราะห์อัตราประโยชน์พบว่า การอบรมเชิงปฏิบัติการ การให้โรงเรียนเป็นฐาน และกิจกรรมแบบกลุ่มขนาดเล็กหรือรายครอบครัวเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำข้อมูลไปใช้ออกแบบและพัฒนาหลักสูตรทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกทั้งในสถานศึกษาและชุมชน เพื่อยกระดับการเลี้ยงดูเด็กให้เหมาะสมยิ่งขึ้น



## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยเพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเพื่อพัฒนาทักษะการเป็นพ่อแม่เชิงบวกให้กับผู้ปกครองที่มีความเหมาะสมกับบริบทของครอบครัวและสอดคล้องกับสภาพจริงของครอบครัว

## เอกสารอ้างอิง

- Altschuld, J. W., & Watkins, R. (2023). Needs assessment: Trends and directions for the future. *Evaluation and Program Planning, 97*, 102181. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2023.102181>
- Batool, S. H., Safdar, M., & Eman, S. (2024). Relationship between parents' health literacy and child health: Systematic review. *Library Hi Tech, 42*(1), 131-148. <https://doi.org/10.1108/LHT-11-2021-0398>
- Chavda, K., & Nisarga, V. (2023). Single parenting: Impact on child's development. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health, 19*(1), 14-20. <https://doi.org/10.1177/09731342231179017>
- Department of Women's Affairs and Family Development. (2023). Thai family situation 2022. <https://www.dwf.go.th/contents/37552> (in Thai)
- Greene, C. A., Haisley, L., Wallace, C., & Ford, J. D. (2020). Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. *Clinical Psychology Review, 80*, 101891. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101891>
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research, 15*(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- In, J., Kang, H., Kim, J. H., Kim, T. K., Ahn, E. J., Lee, D. K., Lee, S., & Park, J. H. (2020). Tips for troublesome sample-size calculation. *Korean Journal of Anesthesiology, 73*(2), 114-120. <https://doi.org/10.4097/kja.19497>
- Israel, G. D. (1992). *Determining sample size (PEOD-6)*. University of Florida, Institute of Food and Agricultural Sciences (IFAS) Extension. <https://www.tarleton.edu/academicassessment/documents/Samplesize.pdf>
- Lanjekar, P. D., Joshi, S. H., Lanjekar, P. D., Wagh, V., & WAGH, V. (2022). The effect of parenting and the parent-child relationship on a child's cognitive development: A literature review. *Cureus, 14*(10), e30574. <https://doi.org/10.7759/cureus.30574>

- Limkangvanmongkol, V. (2025). Family, parenting, and kid influencers in Thailand: Balance among family values, cultures, and child development. *Social Media + Society*, 11(3), 1-5. <https://doi.org/10.1177/20563051251356166>
- Lorence, B., Hidalgo, V., Grasmeyer, A. J., & Jiménez, L. (2025). Parental competencies for positive parenting and their measurement: A systematic review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 56(3), 222-231. <https://doi.org/10.1037/pro0000608>
- Namraksa, S., & Kraivanit, T. (2023). Parental expectations for international schools in the digital age. *Universal Journal of Educational Research*, 2(1), 1-7. <https://www.ujer.org/vol2no1/article121>
- National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention. (2014). *Essentials for childhood: Steps to create safe, stable, and nurturing relationships and environments for all children*. <https://ncjtc-static.fvtc.edu/resources/RS02707235.pdf> (in Thai)
- Office of the Basic Education Commission. (2022). *Basic education development plan (2023-2027) of the Office of the Basic Education Commission, Thailand*. Office of the Basic Education Commission, Thailand. (in Thai)
- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Education, Thailand. (2024). *Educational statistics 2024*. Aksornthai Press. (in Thai)
- Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). (2025). *Parenting measurement tools and frameworks: A scoping review (1<sup>st</sup> revision)*. King's Printer for Ontario. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/P/25/parenting-measurements-tools-framework.pdf>
- Palomar, M. (2016, July 29). *Positive parenting: An ISPCAN global resource guide, international society for the prevention of child abuse and neglect*. Policy Commons. <https://coilink.org/20.500.12592/1w6669>
- Pokhrel, N., Mishra, T. A., Chhetry, R. T., & Gurung, A. (2024). Parental satisfaction with the management of newborns in selected neonatal units of hospitals. *Medical Journal of Pokhara Academy of Health Sciences*, 7(1), 6-11. <https://doi.org/10.70250/mjphs25>
- Sanders, M. R. (2023). The triple P system of evidence-based parenting support: Past, present, and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(4), 880-903. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00441-8>
- Sukadaecha, R. (2020). Child-rearing of Thai families: A systematic integrated literature reviews. *Journal of Nursing Science & Health*, 43(1), 1-9. (in Thai)

- 
- UNICEF. (2021, December). *What Makes Me? Core Capacities for Living and Learning*.  
<https://www.unicef.org/innocenti/media/5016/file/UNICEF-What-Makes-Me-Executive-Summary-2021.pdf>
- Wongwanich, S. (2015). *Needs assessment research* (3<sup>rd</sup> ed.). Chulalongkorn University Printing House. (in Thai)
- Zhang, L., Ssewanyana, D., Martin, M. C., Lye, S., Moran, G., Abubakar, A., Marfo, K., Marangu, J., Proulx, K., & Malti, T. (2021). Supporting child development through parenting interventions in low-to middle-income countries: An updated systematic review. *Frontiers in Public Health, 9*, 671988. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.671988>
- Zimmer-Gembeck, M. J., Rudolph, J., Kerin, J., & Bohadana-Brown, G. (2022). Parent emotional regulation: A meta-analytic review of its association with parenting and child adjustment. *International Journal of Behavioral Development, 46*(1), 63-82. <https://doi.org/10.1177/0165025421105108>

## บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี  
ในเขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี โดยการมีส่วนร่วมของครูและผู้ปกครอง  
The Effects of a Behavioral Modification Program on Attention Deficit  
Hyperactivity Disorder Behaviors in Children Aged 6–12 Years through  
Teacher and Parent Participation in Makham District, Chanthaburi Province

สุปรียา ศรีทอง<sup>1</sup>, วรกรอง เนลสัน<sup>2\*</sup>

Supreeya Srithong<sup>1</sup>, Warongrong Nelson<sup>2\*</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: warongrong.n@bcnon.ac.th)

(Received: June 30, 2025; Revised: November 29, 2025; Accepted: November 30, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี ในเขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมาธิสั้น จำนวน 26 คน ครูประจำชั้น จำนวน 9 คน และผู้ปกครอง จำนวน 26 คน เข้าร่วมโปรแกรมที่ได้รับการพัฒนาจากแนวคิดพฤติกรรมบำบัด ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบโอเปอเรนต์ของสกินเนอร์ และทฤษฎีการเรียนรู้โดยการสังเกตของแบนดูรา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมขาดสมาธิ พฤติกรรมอยู่นิ่งหรือหุนหันพลันแล่น และพฤติกรรมต่อต้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เด็กอายุ 6-12 ปี มีคะแนนพฤติกรรมสมาธิสั้นลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งจากการประเมินของผู้ปกครอง และครูประจำชั้น ในด้านพฤติกรรมขาดสมาธิ ( $t = 3.21, 2.31; p = .002, .021$ ) พฤติกรรมอยู่นิ่งหรือหุนหันพลันแล่น ( $t = 3.60, 3.77; p < .001$ ) และพฤติกรรมต่อต้าน ( $t = 2.84, 2.31; p = .005, .001$ )

โปรแกรมที่บูรณาการความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้เด็กสามารถควบคุมพฤติกรรมและปรับตัวได้ดีขึ้น หน่วยงานด้านสุขภาพและการศึกษา ควรส่งเสริมการนำโปรแกรมไปใช้ในสถานศึกษาระดับประถมศึกษา โดยการทำงานร่วมกับคลินิกสุขภาพจิตและจิตแพทย์เด็ก

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะขาม จังหวัดจันทบุรี

Registered Nurse (Professional Level), Makham Hospital, Chanthaburi Province

<sup>2</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

รวมทั้ง พัฒนาหลักสูตรการอบรมครูและผู้ปกครอง เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, สมาธิสั้น, เด็กวัยเรียน, การมีส่วนร่วมของครูและผู้ปกครอง

## Abstract

This quasi-experimental study utilized a one-group pretest-posttest design to examine the effects of a behavior modification program on attention-deficit behaviors in children aged 6–12 years in Makham District, Chanthaburi Province, Thailand. The participants included 26 children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), 9 homeroom teachers, and 26 parents. The 10-week intervention program was developed based on principles of behavior therapy, Skinner’s operant conditioning theory, and Bandura’s observational learning theory. Data were collected using a behavior assessment tool of inattention, hyperactivity, impulsivity, and oppositional defiant disorder. Statistical analysis was conducted using descriptive statistics and paired t-tests.

The findings revealed that, after participating in the Attention Deficit Hyperactivity Behavior Modification Program, children aged 6–12 years demonstrated a statistically significant reduction in ADHD-related behaviors at the .05 level, as assessed by both parents and classroom teachers. Significant improvements were observed in inattentive behavior ( $t = 3.21, 2.31; p = .002, .021$ ), hyperactive or impulsive behaviors ( $t = 3.60, 3.77; p < .001$ ), and oppositional behaviors ( $t = 2.84, 2.31; p = .005, .001$ ).

These outcomes underscore the effectiveness of an integrative, school-family collaborative approach in enhancing children’s self-regulation and adaptive behavioral functioning. It is recommended that the health and education sectors collaborate to promote the implementation of such programs in primary schools through collaboration with mental health clinics and child psychiatry teams. Furthermore, the development of training curricula for teachers and parents is encouraged to enhance their knowledge, understanding, and skills in providing effective long-term care for children with ADHD.

**Keywords:** Behavioral modification program, ADHD, School-aged children, Teacher and parent participation

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (attention deficit hyperactivity disorder: ADHD) เป็นภาวะบกพร่องทางพฤติกรรมที่มีลักษณะสำคัญ ได้แก่ 1) การขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (inattention) 2) ภาวะซนมากกว่าปกติหรืออยู่นิ่ง (hyperactivity) และ 3) การขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (impulsivity) (Drechsler et al., 2020) การวินิจฉัยภาวะสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยและสถิติความผิดปกติทางจิต (diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5) ต้องอาศัยการสังเกตอาการที่เกิดขึ้นอย่างน้อยสองสถานการณ์ขึ้นไป เช่น ที่บ้านและที่โรงเรียน อาการเหล่านี้ต้องดำเนินต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของเด็ก โดยเฉพาะด้านการเรียนและการเข้าสังคม อาการของโรคสมาธิสั้นมักเริ่มปรากฏชัดตั้งแต่อายุยังน้อย โดยทั่วไปจะเริ่มแสดงอาการก่อนอายุ 12 ปี และต้องไม่สามารถอธิบายได้จากภาวะหรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ (American Psychiatric Association, 2013)

จากข้อมูลทางสถิติของ UNICEF (2020) พบเด็กอายุ 5-9 ปี ประมาณ 1 ใน 14 คน มีพัฒนาการล่าช้า โดยส่วนหนึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น มีปัญหาทางเขavnปัญญา และมีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ซึ่งส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตที่อาจดำเนินต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่น และในบางกรณีอาจนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรม เช่น การใช้สารเสพติด แนวโน้มนี้สอดคล้องกับ รายงานของโรงพยาบาลสวนปรุง ปี 2566 ซึ่งระบุว่า เด็กอายุ 6-12 ปี จำนวน 213 คน เข้ารับการรักษาโรคทางจิตเวช และในปี 2567 (ข้อมูลช่วง 9 เดือนแรก) พบว่ามีเด็กเข้ารับการรักษาแล้วเป็นจำนวน 164 คน ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียนทั้งนี้ โรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคสมาธิสั้น ความผิดปกติแบบไม่อยู่นิ่ง ภาวะซึมเศร้า ความบกพร่องทางการเรียนรู้ และภาวะวิตกกังวล (Thaineua et al., 2024) ร่วมกับสถานการณ์โรคจิตเวชเด็กไทย ปี พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 พบอัตราป่วยรายใหม่ของเด็กอายุ 6-15 ปี 11 เดือน 29 วัน โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 106.44 คนต่อประชากร 100,000 คน สะท้อนให้เห็นถึงความชุกของโรคสมาธิสั้นในระดับประเทศ เมื่อพิจารณาในระดับเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่ 1 มีอัตราป่วยรายใหม่สูงสุดที่ 205.32 คนต่อ 100,000 คน รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 10 และเขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งมีอัตราป่วยรายใหม่ 161.70 และ 141.69 คนต่อ 100,000 คน ตามลำดับ แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยรายใหม่โดยรวมจะมีแนวโน้มลดลงในช่วงที่ผ่านมา แต่พบว่ายอดผู้ป่วยเริ่มเพิ่มสูงขึ้นในช่วงเดือนพฤษภาคม โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่สูงขึ้นอย่างชัดเจน

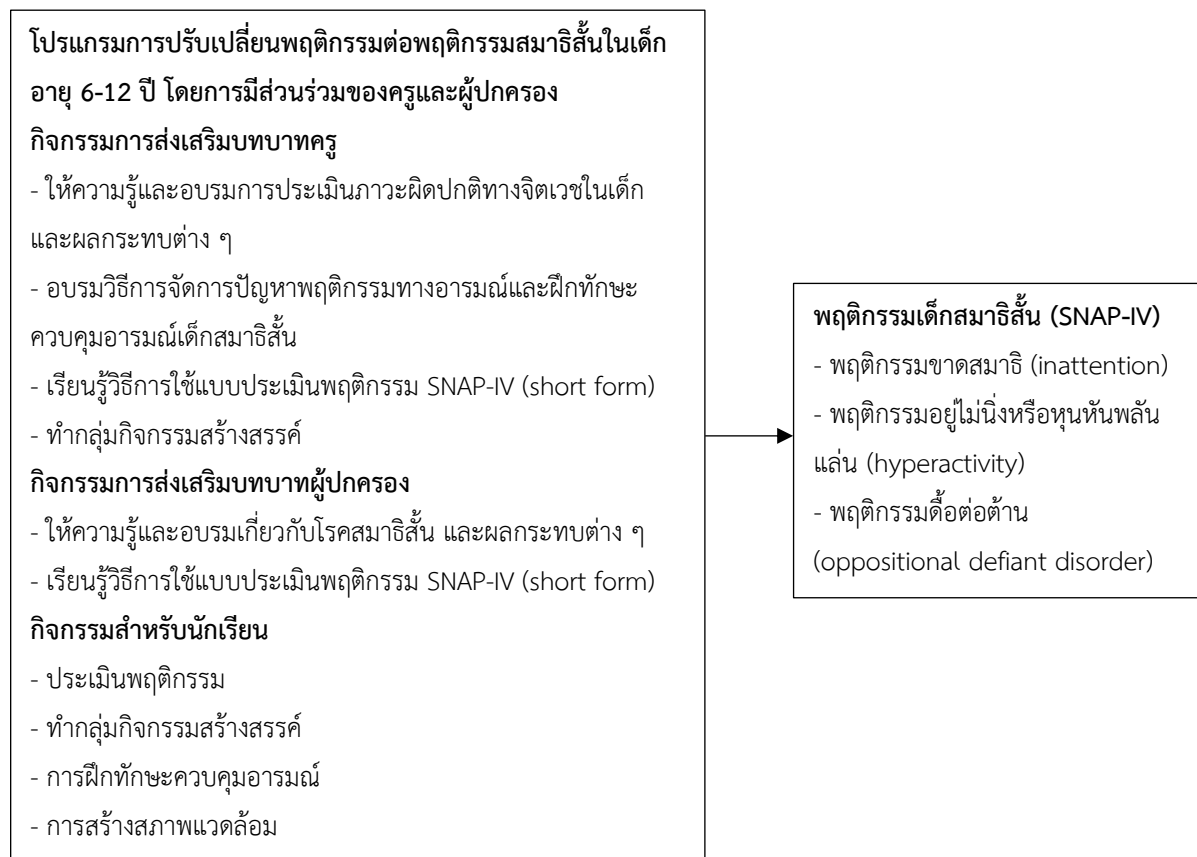
แม้ว่าแนวโน้มอัตราป่วยของโรคสมาธิสั้นในบางพื้นที่อาจลดลง แต่ในบางภูมิภาคยังมีแนวโน้มการป่วยที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (Jutha et al., 2023) สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังและให้การดูแลสุขภาพจิตเด็กตั้งแต่วัยเริ่มต้น เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ การเรียนรู้ และพฤติกรรมในระยะยาว นอกจากนี้ องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย ยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของการเสริมสร้างระบบสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคม สำหรับเด็กและวัยรุ่นในเอเชียตะวันออกเฉียงและแปซิฟิก รวมถึงประเทศไทย เพื่อลดผลกระทบของภาวะสมาธิสั้นและปัญหาพฤติกรรม ช่วยให้เด็กสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อปัญหาทางจิตเวชและพฤติกรรมเสี่ยงในอนาคต (UNICEF, 2022) จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น

แนวทางที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการจัดการปัญหาสมาธิสั้นคือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมีรากฐานมาจากแนวคิดพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) และทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบโอเปอเรนต์ของสกินเนอร์ (operant conditioning theory) โดยมุ่งเน้นให้เด็กเรียนรู้การควบคุมตนเองและการเสริมแรงเชิงบวก รวมถึงทฤษฎีการเรียนรู้โดยการสังเกตของแบนดูรา (observational learning theory) ที่เน้นให้เด็กเรียนรู้จากแบบอย่างที่ดี การประยุกต์แนวคิดเหล่านี้เข้ากับบริบทของโรงเรียนและครอบครัว จึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับเด็กไทย ดังงานวิจัยของ Drechsler et al. (2020) ศึกษาความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยเน้นการฝึกทักษะการสื่อสาร การสร้างวินัย และการปลูกฝังความรับผิดชอบ ผลการวิจัยพบว่า ส่งผลให้อาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กมีแนวโน้มลดลง โดยผลการศึกษาของ Chacko et al. (2024) พบว่า โปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองและการบำบัดในโรงเรียนโดยครูมีส่วนช่วยให้เด็กสามารถควบคุมอารมณ์และปรับตัวได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Panyaprateep and Tawatwattananun (2025) ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาเมทิลเฟนิเดต (methylphenidate) ในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง รวมถึงการศึกษาผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่บ้านพบว่า เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Pikunthong & Yoonyaphan, 2019) และงานวิจัยของ Singsathon and Permsirivanich (2019) ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นพบว่า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กลดลงเมื่อมีการเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก สะท้อนให้เห็นว่าการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมการฝึกทักษะและการให้ความรู้ มีบทบาทสำคัญในการช่วยลดปัญหาพฤติกรรมและอาการของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้ง การฝึกทักษะการสื่อสารและการสร้างวินัยในผู้ปกครอง สามารถช่วยลดอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กได้

จากการสำรวจข้อมูลเด็กอายุ 6-12 ปี ในเขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี จำนวน 600 คน พบว่ามีเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมาธิสั้น จำนวน 28 ราย คิดเป็น ร้อยละ 4.66 (Psychiatry and Substance Abuse Unit, Makhm Hospital, 2024) แม้ว่าสัดส่วนดังกล่าวจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในระดับประเทศและระดับโลก แต่หากเด็กกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลและแก้ไขพฤติกรรม อาจส่งผลให้พวกเขาเติบโตขึ้นเป็นวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ที่ประสบปัญหาในการดำเนินชีวิต รวมถึงมีปัญหาในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าวและความรุนแรงในอนาคตได้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี ในเขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี โดยเน้นให้ครูและผู้ปกครองมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในพฤติกรรมของเด็ก ส่งเสริมการควบคุมตนเอง และปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลในการช่วยลดพฤติกรรมขาดสมาธิ ความอยู่นิ่ง และพฤติกรรมต่อต้านของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นแนวทางต้นแบบในการพัฒนาและขยายผลไปยังสถานศึกษาอื่น ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของเด็กสมาธิสั้นในระดับชุมชนและประเทศต่อไป

## กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี เขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี ได้รับการพัฒนาภายใต้กรอบแนวคิดพฤติกรรมนิยม ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมสามารถเรียนรู้และปรับเปลี่ยนได้ผ่านสิ่งเร้า การตอบสนอง และผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Skinner, 1953) โดยทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบโอเปอเรนต์ที่เน้นการใช้แรงเสริมเชิงบวกเพื่อเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสม ควบคู่กับการลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อย่างเป็นระบบ (Skinner, 1953; Chinn, 2022) รวมทั้ง ทฤษฎีการเรียนรู้โดยการสังเกต (Bandura, 1977) ซึ่งช่วยให้เด็กเรียนรู้ผ่านแบบอย่างจากครู ผู้ปกครอง และเพื่อน โดยออกแบบกิจกรรมที่มีการสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง และการสะท้อนคิด เพื่อเสริมสร้างทักษะการควบคุมตนเองและการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เป็นส่วนสำคัญในการสร้างความต่อเนื่องของการปรับพฤติกรรมทั้งในโรงเรียนและที่บ้าน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กอย่างยั่งยืน ส่งผลให้เด็กสามารถพัฒนาสมาธิ ลดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น รวมทั้ง สามารถควบคุมอารมณ์และปฏิบัติตามกฎกติกาได้ดีขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี



## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาพฤติกรรมสมาธิสั้น ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและครูประจำชั้น ในเขตอำเภอมะขามโดยรวม จังหวัดจันทบุรี

## สมมติฐานการวิจัย

หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เด็กอายุ 6-12 ปี ในเขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสมาธิสั้นต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental research: one group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - มกราคม 2567 รายละเอียด ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี ครูประจำชั้น และผู้ปกครองของเด็ก ที่อาศัยในเขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. เด็กนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา เขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี ในปีการศึกษา 2566 และมีภาวะสมาธิสั้น โดยการคัดกรองจากแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV โดยให้ครูประจำชั้น และผู้ปกครอง เป็นผู้ประเมินร่วมกัน พบว่ามีคะแนนตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเฉลี่ย  $\geq 1.78$ ) ซึ่งถือว่าผิดปกติในเกณฑ์การคัดกรองภาวะสมาธิสั้น (Swanson et al., 1992) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*power (Faul et al., 2007) สำหรับการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียวแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 กำหนดการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 และค่าความคลาดเคลื่อน .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) เด็กต้องไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรมมาก่อน 2) เด็กสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง 3) เด็กไม่มีผลการเรียนตกต่ำจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวกับสมาธิสั้น 4) ไม่มีโรคทางกายที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมหรือการเข้าร่วมโปรแกรม และ 5) ผู้ปกครองลงนามยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ 1) เด็กที่มีโรคประจำตัวทางกาย เช่น โรคระบบประสาท หรือโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อพฤติกรรม 2) เด็กที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่สามารถเข้าร่วมครบระยะเวลา 10 สัปดาห์ 3) เด็กมีความเจ็บป่วยและต้องออกจากกรเข้าร่วมโปรแกรม ก่อนครบกำหนด และ 4) เด็กมีการย้ายโรงเรียนหรือย้ายที่อยู่ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

2. ผู้ปกครองเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น จำนวน 26 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นบิดา มารดา หรือผู้ดูแลหลักของเด็ก 2) สื่อสาร

ภาษาไทยได้ดี และ 3) ยินยอมให้ตนเองและเด็กเข้าร่วมโปรแกรมครบตามระยะเวลา และกำหนดเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ 1) มีภาวะเจ็บป่วยทั้งทางกายและจิต จนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ 2) ย้ายที่อยู่ และ 3) ไม่สามารถร่วมประเมินพฤติกรรมเด็กได้ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

3. ครูประจำชั้น จำนวน 9 คน ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นครูประจำชั้นของกลุ่มตัวอย่าง 2) มีประสบการณ์สอนเด็กกลุ่มตัวอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ภาคเรียน 3) ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมอย่างสมัครใจ และ 4) ได้รับการอบรมและให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตเด็กและเทคนิคการจัดการพฤติกรรม

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1.1 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียน ระยะเวลาในการใช้จอของเด็ก และประวัติการคลอดของเด็ก ส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส รายละเอียดของผู้ดูแล และรายได้ของครอบครัว

1.2 แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Swanson et al., 1992) ฉบับภาษาไทยของกรมสุขภาพจิต โดยใช้ประเมินพฤติกรรมเด็กอายุ 6–18 ปี สำหรับครูหรือผู้ปกครองเด็กที่รู้จักเด็กมากกว่า 6 เดือน หรือ 1 ปีการศึกษา จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ข้อ 1-9 เป็นการประเมินอาการขาดสมาธิ ข้อ 10-18 เป็นการประเมินอาการนอนไม่นิ่ง และข้อ 19-26 เป็นการประเมินอาการหุนหันพลันแล่น ข้อคำถามในแบบประเมินเป็นการอธิบายพฤติกรรมที่สังเกตได้จริง ยกตัวอย่างเช่น “มักไม่ละเอียดรอบคอบหรือสะเพร่าในการทำงานต่าง ๆ เช่น การบ้าน” “ทำอะไรนาน ๆ ไม่ได้” และ “นั่งไม่ติดที่ ชอบลุกจากที่นั่งในชั้นเรียนหรือจากที่ที่ควรจะนั่งเรียบร้อย” เป็นต้น ซึ่งไม่ใช้การถามความคิดเห็น แต่เป็นการสังเกตพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันของเด็ก เป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ ดังนี้ 1 คะแนน คือ ไม่มีเลย 2 คะแนน คือ มีเล็กน้อย 3 คะแนน คือ มีค่อนข้างมาก และ 4 คะแนน คือ มีมาก โดยแบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) เท่ากับ .93 (Tipyaratsethian et al., 2014) คะแนนในแบบประเมิน SNAP-IV (short form) จะถูกรวมและคำนวณเป็นคะแนนเฉลี่ยของแต่ละหมวด ซึ่งสะท้อนความถี่ของพฤติกรรมที่สังเกตได้จริงในชีวิตประจำวัน จากนั้นนำผลลัพธ์เกณฑ์ตัดสินคะแนนมาตรฐานคือ ค่าเฉลี่ย  $\geq 1.78$  ถือว่าเข้าข่ายสงสัยภาวะสมาธิสั้น (Swanson et al., 1992)

2. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเด็กอายุ 6-12 ปี ในเขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี เป็นกิจกรรมพฤติกรรมบำบัดร่วมกันกับครูและผู้ปกครอง ได้แก่ การประเมินพื้นฐานและพฤติกรรม การอบรมผู้ปกครอง ชี้แจงปัญหาและประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การสร้างสภาพแวดล้อมโดยจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะกับการเรียนรู้ การทำกลุ่มร่วมกับครูประจำชั้น เทคนิคการจัดการอารมณ์ และการฝึกทักษะควบคุมอารมณ์เด็ก ให้คำชมเชยและเสริมแรงส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างสรรค์ โดยมุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่ช่วยลดสิ่งเร้ารบกวน เสริมสร้างสมาธิ และกระตุ้น

พฤติกรรมที่ดีของเด็กสมาธิสั้น โปรแกรมมีระยะเวลาดำเนินการ 10 สัปดาห์ โดยมีการให้ความรู้และอบรมครูและผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและผลกระทบต่าง ๆ

3. คู่มือเทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นที่โรงเรียน อธิบายถึงการจัดระบบดูแลเด็กอย่างเป็นขั้นตอน โดยเน้นการประเมินพฤติกรรมเบื้องต้นด้วยแบบประเมิน SNAP-IV การจัดสภาพแวดล้อมในห้องเรียนเพื่อลดสิ่งรบกวน การใช้คำสั่งที่ชัดเจน และการเสริมแรงเชิงบวกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม ควบคู่กับการฝึกทักษะควบคุมอารมณ์ การสื่อสารที่เหมาะสม และกิจกรรมกลุ่มให้เด็กได้ฝึกปฏิบัติจริง รวมทั้งให้ครูและผู้ปกครองร่วมติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องในสถานการณ์จริง ทั้งในห้องเรียนและที่บ้าน เพื่อให้การปรับพฤติกรรมเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งประกอบด้วยรูปภาพ และตัวอักษร

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในเด็กอายุ 6-12 ปี และ 2) คู่มือเทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นที่โรงเรียน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมะขาม จังหวัดจันทบุรี ซึ่งสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และนักจิตวิทยา จำนวน 1 ท่าน เพื่อประเมินความเหมาะสมของเนื้อหา โครงสร้าง และภาษาที่ใช้ให้สามารถวัดพฤติกรรมสมาธิสั้นของกลุ่มตัวอย่างเด็ก และนำโปรแกรมและคู่มือไปทดลองใช้กับเด็ก ครูและผู้ปกครองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

##### ระยะก่อนการทดลอง

1. เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน โดยมีความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพจิตเด็ก สามารถสื่อสารได้เป็นอย่างดี และมีความเข้าใจการใช้แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short form) โดยผู้วิจัยทำการอธิบายขั้นตอน และวิธีการดำเนินการวิจัยการทำหน้าที่ประสานงานกับโรงเรียนประสานกับครอบครัวผู้ป่วยเพื่อนัดประชุมเข้าร่วมรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นในโรงเรียน

2. ประสานงานกับครูผู้ดูแลเด็กเพื่อรวบรวมปัญหาเบื้องต้นที่พบในการดูแลเด็กที่สงสัยมีภาวะสมาธิสั้นในโรงเรียน

3. เตรียมแหล่งสนับสนุนทางบุคลากรจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการติดต่อและเชิญบุคลากรจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้คำปรึกษาและสนับสนุนการดำเนินงานในทุกช่วงของโปรแกรม ทั้งในด้านการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การทำความเข้าใจลักษณะอาการตามวัย และการประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม

**ระยะทดลอง** การดำเนินการตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี เขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี รายละเอียดโดยสังเขป ดังตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี เขตอำเภอมะขาม  
จังหวัดจันทบุรี

สัปดาห์	ระยะเวลา	กิจกรรม
1	1 วัน	1. อบรมครูเกี่ยวกับการประเมินภาวะผิดปกติทางจิตเวชในเด็กปฐมวัย 2. อธิบายวิธีการใช้แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short form) ให้ครูและผู้ปกครอง
2	1 สัปดาห์	1. นำแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short form) ให้ครูประจำชั้นและผู้ปกครองในการประเมินภาวะสมาธิสั้นของเด็กกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ครูเป็นผู้อธิบายให้ผู้ปกครองทราบถึงวิธีการใช้แบบประเมิน 2. ผู้วิจัยประเมินผลแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short form)
3	1 วัน	1. อธิบายให้ผู้ปกครองทราบถึงความจำเป็นในอาการของเด็กและวิธีการแก้ไขเบื้องต้น 2. เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้ซักถามข้อสงสัยและเสนอความคิดเห็นในการดูแลเด็กร่วมกัน
4	1 สัปดาห์	1. จัดสภาพแวดล้อมในการเรียนในชั้นเรียนของเด็กร่วมกับครูประจำชั้น 2. จัดให้เด็กสมาธิสั้นนั่งเรียนด้านหน้าติดโต๊ะครู นั่งสลับกับเด็กปกติ และไม่นั่งติดหน้าต่างหรือประตูทางออก และการฝึกทักษะควบคุมอารมณ์
5	3 ชั่วโมง	1. ทำกลุ่มร่วมกับครูประจำชั้น 2. ครูทำแบบประเมินพฤติกรรมทางอารมณ์
6	3 ชั่วโมง	1. ให้ความรู้และอบรมการประเมินภาวะผิดปกติทางจิตเวชในเด็ก และผลกระทบต่าง ๆ และเทคนิควิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมทางอารมณ์และฝึกทักษะควบคุมอารมณ์เด็กสมาธิสั้น 2. ทำกลุ่มร่วมกับครูผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในเรื่องการจัดการพฤติกรรมทางอารมณ์และฝึกทักษะการควบคุมเด็กสมาธิสั้น โดยการทบทวนทบทวน 3. สรุปรายชื่อเสนอแนะและข้อปรับปรุงแก้ไขหลังจากการทำกลุ่ม
7	3 ชั่วโมง	1. ให้ความรู้กับครูผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นในเรื่องเทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสมสำหรับเด็กสมาธิสั้น 2. ทำกลุ่มร่วมกับครูผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในเรื่องการเทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสมสำหรับเด็กสมาธิสั้น โดยการทบทวนทบทวน 3. สรุปรายชื่อเสนอแนะและข้อปรับปรุงแก้ไขหลังจากการทำกลุ่ม
8	3 ชั่วโมง	1. ครูผู้ดูแลเด็กทำกิจกรรมกลุ่มสร้างสรรค์ร่วมกันกับเด็กสมาธิสั้น 2. ประเมินปัญหาและอุปสรรคร่วมกับครูผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
9	1 สัปดาห์	นำแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short form) ให้ครูประจำชั้นและผู้ปกครองประเมินหลังทำการทดลอง
10	1 เดือน	เด็กที่มีผลคะแนน SNAP-IV (short form) ผิดปกติได้รับการตรวจรักษาโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และคะแนนพฤติกรรมสมาธิสั้น ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation:  $SD$ )

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสมาธิสั้น ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) ซึ่งผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 โครงการวิจัยที่ 050/66 รหัสโครงการ COA no. 061/66 ลงวันที่รับรอง 25 สิงหาคม 2566 ก่อนเริ่มการวิจัย ได้มีการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยต่อผู้ปกครองของเด็กอย่างชัดเจน รวมถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์ ความเสี่ยง และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ โดยมีการจัดทำแบบฟอร์มการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และระบุตัวตนด้วยรหัสแทนชื่อจริงเพื่อป้องกันการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 26 คน เป็นเพศชาย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 57.7 เพศหญิง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 42.3 ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 10-12 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.85 ทุกคนผ่านการคลอดปกติและไม่พบภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการคลอด มีผลการเรียนเฉลี่ย 2.01-2.50 คิดเป็นร้อยละ 50 และกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการดูจอเฉลี่ยสูงสุด 2-4 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 92.31 โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นบิดาและมารดามีสถานะภาพการสมรสและอยู่ร่วมกัน มีรายได้เฉลี่ย 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 57.70 ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>นักเรียน (n = 26)</b>			<b>ผู้ปกครอง (n = 26)</b>		
<b>เพศ</b>			<b>เพศ</b>		
ชาย	15	57.7	ชาย	4	15.39
หญิง	11	42.3	หญิง	22	84.61
<b>อายุ</b>			<b>สถานภาพการสมรส</b>		
<10 ปี	12	46.15	โสด	2	7.70
10-12ปี	14	53.85	สมรสอยู่ร่วมกัน	19	73.07
<b>ผลการเรียน</b>			หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่		
<2.00	5	19.23	<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>		
2.01-2.5	13	50.00	5,000-10,000 บาท	15	57.70
2.51-3.00	8	30.77	10,001-20,000 บาท	8	30.80
<b>ระยะเวลาการดูจ้อ</b>			>20,000 บาท	3	11.50
2-4 ช.ม.	24	92.31	<b>ครูประจำชั้น (n = 9)</b>		
>4 ช.ม.	2	7.69	<b>เพศ</b>		
<b>ผู้ดูแล</b>			ชาย		
บิดา	1	3.80	หญิง		
มารดา	4	15.40	<b>สถานภาพสมรส</b>		
บิดาและมารดา	19	73.10	โสด		
อื่น ๆ	2	7.70	สมรสอยู่ร่วมกัน		
			<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>		
			5,000-10,000 บาท		
			10,001-20,000 บาท		
			>20,000 บาท		
			<b>ประสบการณ์ทำงาน</b>		
			<3 ปี		
			3-5 ปี		
			>5 ปี		

2. การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ปกครองประเมินว่าเด็กอายุ 6-12 ปี มีคะแนนพฤติกรรมขาดสมาธิ ( $M = 10.73, SD = 5.81$ ) คะแนนพฤติกรรมไม่นั่งหรือหันหลังเล่น ( $M = 9.23, SD = 6.13$ ) และพฤติกรรมดื้อต่อต้าน ( $M = 6.04, SD = 5.43$ ) ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาวะสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี ตามการประเมินของผู้ปกครอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ด้าน	จุดตัด	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		Mean difference	t	p-value
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
พฤติกรรมขาดสมาธิ	16	15.12	3.31	10.73	5.81	4.39	3.21**	.002
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งหรือหุนหันพลันแล่น	14	17.58	4.53	9.23	6.13	8.35	3.60**	<.001
พฤติกรรมดื้อต่อต้าน	12	11.54	2.99	6.04	5.43	5.50	2.84*	.005

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

3. การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครูประจำชั้น ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี ในเขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี เด็กอายุ 6-12 ปี มีคะแนนพฤติกรรมขาดสมาธิ ( $M = 10.73$ ,  $SD = 6.98$ ) พฤติกรรมไม่นิ่งหรือหุนหันพลันแล่น ( $M = 7.92$ ,  $SD = 7.63$ ) และพฤติกรรมดื้อต่อต้าน ( $M = 3.92$ ,  $SD = 5.69$ ) ลดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาวะสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี โดยการมีส่วนร่วมของครูประจำชั้น ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ด้าน	จุดตัด	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		Mean difference	t	p-value
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
พฤติกรรมขาดสมาธิ	18	19.65	3.29	10.73	6.98	8.90	2.31*	.021
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งหรือหุนหันพลันแล่น	11	15.07	4.82	7.92	7.63	7.15	3.77**	<.001
พฤติกรรมดื้อต่อต้าน	8	9.00	3.70	3.92	5.69	3.31	3.21**	.001

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

จากตาราง 3 และ 4 แสดงค่าจุดตัดคะแนนที่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากแบบประเมิน SNAP-IV (short form) กำหนดเกณฑ์คัดกรองตามผู้ประเมินที่ต่างบริบทกัน คือ ผู้ปกครองกับครูประจำชั้น ซึ่งมีมุมมองต่อพฤติกรรมเด็กไม่เหมือนกัน ครูประจำชั้นมักเห็นอาการสมาธิสั้นได้ชัดเจนกว่าในสถานการณ์ในห้องเรียน จึงใช้ค่า cut off ต่ำกว่าเพื่อเพิ่มความไวในการคัดกรอง ขณะที่ผู้ปกครองมักเห็นอาการสมาธิสั้นน้อยกว่า จึงใช้ค่า cut off ที่สูงกว่า (Swanson et al., 1992)

### การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า หลังจากเด็กอายุ 6-12 ปี เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ปกครองและครูประจำชั้น เด็กมีพฤติกรรมสมาธิสั้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในด้านพฤติกรรมขาดสมาธิ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งหรือหุนหันพลันแล่น และพฤติกรรมดื้อต่อต้าน เมื่อ

เปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครั้งนี้ใช้แนวคิดจากพฤติกรรมบำบัด การเสริมแรงเชิงบวก และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1977) ซึ่งเน้นให้เด็กเกิดการเรียนรู้ผ่านการสังเกต ผูกพัน และได้รับแรงเสริมที่เหมาะสม การศึกษาของ Daley et al. (2014) ระบุว่า การบำบัดพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองสามารถช่วยลดอาการสมาธิสั้นในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า เด็กที่ได้รับการฝึกผ่านโปรแกรมสามารถลดพฤติกรรมวอกแวก และสามารถทำให้เด็กมีสมาธิในการเรียนมากขึ้น การศึกษาของ Kunavuti et al. (2023) พบว่า การบำบัดพฤติกรรมโดยให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการกำกับและช่วยเหลือเด็ก สามารถช่วยให้เด็กเรียนรู้วิธีควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

การลดพฤติกรรมขาดสมาธิก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เด็กจำนวนมากแสดงลักษณะของพฤติกรรมขาดสมาธิ เช่น ไม่สามารถตั้งใจฟังรายละเอียดหรือทำผิดพลาดโดยไม่ตั้งใจ วอกแวกง่าย ไม่สามารถจดจ่อกับกิจกรรมได้นาน ดูเหมือนฟังแต่ไม่สนใจสิ่งที่ ไม่สามารถทำงานหรือการบ้านจนเสร็จสิ้น หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าเด็ก สามารถจดจ่อกับกิจกรรมที่ทำได้นานขึ้น และสามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายได้จนสำเร็จ ซึ่งเป็นผลจากเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมการโฟกัสและการจัดระบบความคิด ได้แก่ 1) การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสมาธิ เช่น การลดสิ่งรบกวนระหว่างการทำงาน และการจัดพื้นที่เฉพาะสำหรับการเรียนรู้ 2) การใช้เครื่องมือช่วยจำ เช่น การใช้ To-Do List ตารางงาน และการตั้งเป้าหมายรายวัน เพื่อช่วยให้เด็กสามารถจัดการภารกิจได้ดีขึ้น และ 3) การฝึกกำกับตนเอง เช่น การให้เด็กตรวจสอบงานของตัวเองหลังทำเสร็จ และฝึกให้พวกเขาจำไว้ว่าพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งการลดพฤติกรรมนอนอยู่ไม่นิ่ง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เด็กที่มีพฤติกรรมนอนอยู่ไม่นิ่ง มักจะแสดงลักษณะดังต่อไปนี้ ขยับมือหรือเท้าตลอดเวลา หรืออยู่ไม่สุข ลุกออกจากที่นั่งบ่อยแม้ในสถานการณ์ที่ต้องนั่งนิ่ง ๆ วิ่งหรือปีนป่ายในสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม พุดมากเกินไปจนรบกวนผู้อื่น หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า เด็กสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ดีขึ้น และลดพฤติกรรมการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็นระหว่างการเรียนหรือทำกิจกรรม ซึ่งเป็นผลจากการใช้เทคนิคที่ช่วยส่งเสริมความสงบและลดการกระตุ้นพฤติกรรมที่ไม่จำเป็น ได้แก่ 1) การฝึกการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจลึก ๆ และการฝึกกำหนดลมหายใจ เพื่อช่วยลดความกระวนกระวาย 2) การใช้พฤติกรรมบำบัด เช่น การใช้แรงเสริมทางบวก เมื่อเด็กสามารถนั่งนิ่งและทำกิจกรรมได้โดยไม่ลุกออกจากที่นั่ง และ 3) การจัดกิจกรรมที่ช่วยลดพลังงานส่วนเกิน เช่น การให้เด็กได้เคลื่อนไหวในช่วงเวลาที่เหมาะสม หรือการใช้กิจกรรมกลางแจ้งเพื่อลดพฤติกรรมนอนอยู่ไม่นิ่งในช่วงที่ต้องตั้งใจเรียน (Singh et al., 2015)

สำหรับการลดพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นและพฤติกรรมต่อต้าน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เด็กที่มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นมักจะแสดงลักษณะดังต่อไปนี้ พุดโพล่งหรือตอบก่อนที่คำถามจะจบ ชัดแจ้งหะการสนทนา หรือพูดแทรกผู้อื่นบ่อย ๆ รอคอยไม่เป็น และแสดงอาการหงุดหงิดเมื่อต้องรอ มักทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าเด็กสามารถ รอคอยและคิดก่อนลงมือทำได้ดีขึ้น ลดการพูดแทรก และสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองในสถานการณ์ที่ต้องรอหรือปฏิบัติตามกฎกติกา ซึ่งเป็นผลจากการใช้เทคนิคที่ช่วยเสริมสร้างการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ได้แก่ 1) การฝึกทักษะ



ทางสังคม เช่น การสอนให้เด็กเข้าใจมารยาททางสังคม ฝึกการรอคอย และการฝึกปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสม 2) การฝึกการควบคุมอารมณ์ และ 3) การใช้เทคนิคหยุดคิดก่อนทำ เพื่อให้เด็กเรียนรู้ที่จะคิดก่อนลงมือทำ และสามารถไตร่ตรองถึงผลที่ตามมาของพฤติกรรมของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการฝึกการควบคุมอารมณ์ของเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chacko et al. (2024) สนับสนุนว่า การฝึกอบรมผู้ปกครองด้านพฤติกรรม (behavioral parent training: BPT) ถือเป็น การฝึกทางจิตสังคม ส่งผลดีต่อเด็กเล็กที่มีภาวะสมาธิสั้น รวมไปถึงการให้ครูประจำชั้นเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เช่นกัน (Hamed Abd Elaleem et al., 2023)

ความโดดเด่นของโปรแกรมนี้คือ เทคนิคการจัดการพฤติกรรมอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องทั้งที่บ้าน และในโรงเรียน ทำให้เด็กสามารถปรับตัวและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างรอบด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การมีส่วนร่วมของครูประจำชั้น มีบทบาทสำคัญในการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อลดสิ่งเร้ารบกวน การใช้คำสั่งที่ชัดเจน การเสริมแรงทางบวก และการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมที่เหมาะสม ขณะที่ผู้ปกครองมีบทบาท ในด้านการสร้างวินัยเชิงบวก การใช้ตารางกิจกรรม การฝึกควบคุมอารมณ์ และการใช้สื่อช่วยเตือน ความจำ การประสานงานระหว่างครูและผู้ปกครองในลักษณะนี้มีส่วนช่วยให้เกิดความต่อเนื่องของการ เรียนรู้และการปรับพฤติกรรมของเด็ก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hosseinnia et al. (2024) ที่พบว่า โปรแกรมการอบรมครูและผู้ปกครองร่วมกันช่วยลดอาการสมาธิสั้นและเพิ่มความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การเลี้ยงดูเชิงบวกได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hornstra et al. (2023) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการฝึกอบรมผู้ปกครองและครูที่เน้นเทคนิคการให้แรงเสริมเชิงบวกและการใช้ผลลัพธ์ทาง พฤติกรรม (behavioral consequences) เป็นองค์ประกอบหลักที่ทำให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยเฉพาะเมื่อใช้ในรูปแบบการฝึกเฉพาะรายบุคคลหรือในบริบทของโรงเรียนในสถานการณ์จริง รวมทั้ง การประเมินพฤติกรรมโดยใช้เครื่องมือ SNAP-IV (short form) เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dvorsky et al. (2020) ที่ระบุว่า การติดตามของผู้ปกครองระหว่างการเข้าร่วม โปรแกรม ส่งผลอย่างยิ่งต่อการคงอยู่ของผลการปรับพฤติกรรมในระยะยาว

โปรแกรมที่ครอบคลุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้นทั้งด้านขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง หุนหัน พลันแล่น และพฤติกรรมดื้อต่อต้าน ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างครบถ้วน จึงสามารถใช้เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและมีจุดแข็งในด้านการบูรณาการหลายภาคส่วน การติดตาม ประเมินผลอย่างเป็นระบบ และการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับพฤติกรรมจริงของเด็ก ช่วยเสริมสร้างทั้ง ทักษะการควบคุมตนเองของเด็กและศักยภาพการดูแลของผู้ปกครองและครูอย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นปัจจัย สำคัญที่นำไปสู่การลดพฤติกรรมสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจาก ข้อจำกัดของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้ง ยังไม่มีการศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาวหรือความยั่งยืนของ พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากเข้าร่วมโปรแกรม

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมให้ครูประจำชั้นหรือครูแนะแนวได้รับการอบรมตามกิจกรรมของโปรแกรมการดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น เพื่อเพิ่มทักษะในการจัดการพฤติกรรมเด็กในห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ
2. หน่วยงานด้านสุขภาพหรือสถานศึกษาในชุมชน นำกิจกรรมไปใช้ในการเสริมความรอบรู้ด้านพฤติกรรมเด็กให้แก่ผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถนำเทคนิคไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน รวมทั้ง การพัฒนาแผ่นพับ คู่มือ หรือสื่อออนไลน์ที่เข้าถึงได้ง่าย

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับเด็กในกลุ่มจิตเวชที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น เด็กที่มีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ รวมทั้ง การติดตามผลระยะยาวหลังจากการได้เข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินการพัฒนาทักษะทางสังคม และความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

## รายการอ้างอิง

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5<sup>th</sup> ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- Chacko, A., Merrill, B. M., Kofler, M. J., & Fabiano, G. A. (2024). Improving the efficacy and effectiveness of evidence-based psychosocial interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Translational Psychiatry*, 14(1), 244. <https://doi.org/10.1038/s41398-024-02890-3>
- Chinn, P. L., Kramer, M. K., & Sitzman, K. (2022). *Knowledge development in nursing: Theory and process* (11<sup>th</sup> ed.). Elsevier.
- Daley, D., van der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S., Sonuga-Barke, E. J., & European ADHD Guidelines Group (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(8), 835–847. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.05.013>
- Drechsler, R., Brem, S., Brandeis, D., Grünblatt, E., Berger, G., & Walitza, S. (2020). ADHD: Current concepts and treatments in children and adolescents. *Neuropediatrics*, 51(5), 315–335. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701658>

- Dvorsky, M., Friedman, L., Spiess, M., & Pfiffner, L. (2020). Patterns of parental adherence and the association to child and parenting outcomes following a multicomponent school-home intervention for youth with ADHD. *Behavior Therapy, 52*(3), 745-760. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.09.007>
- 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>
- Hamed Abd Elaleem, A. E. D. M., Halim Osman, Z. A. E., & El-Fatah, W. O. A. (2023). The effect of behavioral training program for parents on disruptive behavior among children with attention deficit hyperactivity disorder. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery, 59*(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s41983-023-00738-z>
- Hornstra, R., Groenman, A. P., van der Oord, S., Luman, M., Dekkers, T. J., van der Veen-Mulders, L., Hoekstra, P. J., & van den Hoofdakker, B. J. (2023). Review: Which components of behavioral parent and teacher training work for children with ADHD? - A metaregression analysis on child behavioral outcomes. *Child and Adolescent Mental Health, 28*(2), 258–268. <https://doi.org/10.1111/camh.12561>
- Hosseinnia, M., Mazaheri, M., & Heydari, Z. (2024). Educational intervention of parents and teachers for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Education and Health Promotion, 13*(1), 53. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_1816\\_22](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1816_22)
- Jutha, V., Jayana, R., Srirueangrat, D., & Makklai, K. (2023). *The situation of child psychiatric disorders in Thailand, 2022–May 2023: Surveillance of psychiatric disorders and mental health problems from the Health Data Center (HDC)*. Mental Health Knowledge Hub, Department of Mental Health. (in Thai)
- Kunavuti, L., Konsila, W., Singjam, C., & Sukhawaha, S. (2023). Effectiveness of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) parents for behavior modification and stress management program. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong, 7*(2), 44-61. (in Thai)
- Panyaprateep, Y., & Tawatwattananun, A. (2025). Effectiveness of a methylphenidate adherence promotion program for caregivers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) at Krathum Baen Hospital, Samut Sakhon. *Phaholpolpayuhasena Hospital Journal, 13*(1), 70-83. (in Thai)

- Pikunthong, K., & Yoonyaphan, J. (2019). Effects of aggressive behavior management program in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 46(3), 522-535. (in Thai)
- Psychiatry and Substance Abuse Unit, Makham Hospital. (2024). *Annual report on attention deficit development assessment at Makham Hospital for the year 2024*. (in Thai)
- Singh, A., Yeh, C. J., Verma, N., & Das, A. K. (2015). Overview of attention deficit hyperactivity disorder in young children. *Health Psychology Research*, 3(2), 2115. <https://doi.org/10.4081/hpr.2015.2115>
- Singsathon, D., & Permsirivanich, W. (2019). Effects of promoting development in ADHD children with a group activities program at the Queen Savang Vadhana Memorial Hospital in Chonburi, Thailand. *Burapha Journal of Medicine*, 5(2), 70-86. (in Thai)
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.
- Swanson, J. M., Nolan, W., & Pelham, W. E. (1992). *The SNAP-IV Teacher and Parent Rating Scale*. University of California, Irvine.
- Thaineua, V., Sirithongthaworn, S., Kanshana, S., Isaranurak, S., Karnkawinpong, O., Benjaponpitak, A., Wattanayingcharoen, S., Piensrivachara, E., Srikummoon, P., Thumronglaohapun, S., Nakharutai, N., Traisathit, P., & Tangviriyapaiboon, D. (2024). A 9-year retrospective cohort study of the monitoring and screening of childhood developmental delay in Thailand. *Child: Care, Health and Development*, 50(2), e13233. <https://doi.org/10.1111/cch.13233>
- Tipyaratsethian, N., Booranasuksakul, T., Jungsirakulwit, D., & Benyakorn, S. (2014). *Psychometric properties of the Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and the Strengths and Difficulties Questionnaire hyperactivity/inattention subscale (SDQ-ADHD) Thai version*. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 59(2), 97-110. (in Thai)
- UNICEF, Institute for Population and Social Research, & Burnet Institute. (2022). *Strengthening mental health and psychosocial support systems and services for children and adolescents in East Asia and the Pacific: Thailand*. UNICEF Bangkok. <https://www.unicef.org/thailand/th/reports/>



## บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส

ของนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

The Predictive Factors of 3E2S Health Behaviors

among Health Science Students at Ubon Ratchathani University

ปิ่นแก้ว บุญอยู่<sup>1</sup>, พรชนิตา ฉลุ่มรัมย์<sup>1</sup>, พรานภา บัวเขียว<sup>1</sup>,

พัฒน์นาดี คำสงค์<sup>1</sup>, สุภัตสร เละหะนะ<sup>2\*</sup>

Phinkaew Bunyu<sup>1</sup>, Phonchanita Chaluram<sup>1</sup>, Prawnapa Buakheaw<sup>1</sup>

Phattanawadee Khamsong<sup>1</sup>, Supasson Lorhhana<sup>2\*</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Supasson.l@ubu.ac.th)

(Received: June 17, 2025; Revised: December 6, 2025; Accepted: December 7, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส และปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ของนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จำนวน 169 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบกำหนดโควตาตามสัดส่วนนักศึกษาแต่ละสาขาวิชา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95, .84, .93 และ .89 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ของนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ อยู่ในระดับมาก ( $M = 3.98$ ,  $SD = .68$ ) ปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ( $Beta = .331$ ,  $p < .01$ ) การสนับสนุนทางสังคม ( $Beta = .328$ ,  $p < .01$ ) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ( $Beta = .037$ ,  $p < .05$ ) และการเข้าถึงข้อมูลและแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ ( $Beta = -.185$ ,  $p < .05$ ) สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ได้ร้อยละ 53.20 ( $R^2_{adj} = .532$ ,  $p < .05$ )

ผู้บริหารสถานศึกษาควรส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ในกลุ่มนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยมุ่งเน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ปลูกฝังความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง และสร้างสภาพแวดล้อมในสถานศึกษาที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เพื่อส่งเสริมนักศึกษาให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน

<sup>1</sup> นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Student Nurse, Faculty of nursing, Ubon Ratchathani University

<sup>2</sup> อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Instructor, Faculty of nursing, Ubon Ratchathani University

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ 3E2S, นักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ

## Abstract

This descriptive study aimed to examine 3E2S health behaviors and their predictive factors among health science students at Ubon Ratchathani University. The sample comprised 169 undergraduate students selected through quota sampling proportional to each health science discipline. Research instruments included questionnaires on personal information, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and 3E2S health behaviors, with Cronbach's alpha coefficients of .95, .84, .93, and .89, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression.

The results showed that students' 3E2S health behaviors were at a high level ( $M = 3.98$ ,  $SD = .68$ ). Significant predictors included health responsibility ( $Beta = .331$ ,  $p < .01$ ), social support ( $Beta = .328$ ,  $p < .01$ ), health literacy ( $Beta = .037$ ,  $p < .05$ ), and access to health information and resources ( $Beta = -.185$ ,  $p < .05$ ). Together, these variables explained 53.20% of the variance in 3E2S health behaviors ( $R^2_{adj} = .532$ ,  $p < .05$ ).

These findings suggest that educational administrators should prioritize enhancing health literacy, promoting personal health responsibility, and fostering a supportive learning environment to encourage appropriate and sustainable health behaviors among health science students.

**Keywords:** Health literacy, Health responsibility, 3E2S health behavior, Health science students

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยเผชิญกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้คนไทยเสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่ง ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี 2566-2568 พบอัตราผู้ป่วยกลุ่มโรค NCDs มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 15.68, 16.40 และ 16.79 โรคเบาหวานร้อยละ 7.71, 8.12 และ 8.56 และโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 0.78, 0.80 และ 0.81 ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2025) โดยมีสาเหตุจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมสะสมตั้งแต่วัยเด็ก จากข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปี พ.ศ. 2564 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 44.6 สูบบุหรี่ ร้อยละ 18.7 รับประทานเกลือโซเดียมสูงกว่าปริมาณที่องค์การอนามัยโลกแนะนำที่ 2 กรัมต่อวันถึง 2 เท่า ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลเฉลี่ย 3 แก้ว (519.3 มิลลิลิตร) ต่อวัน มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 30.9 และรับประทานผัก และผลไม้เพียงพอ

ร้อยละ 21.2 ร่วมกับสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตที่คนไทยต้องเผชิญในปัจจุบัน ส่งผลต่อวิถีชีวิตและสุขภาพ (National Statistical Office, 2021)

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มุ่งเน้นการจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ คือ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ตามประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา เพื่อให้ประชาชนทุกช่วงวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันโรคเรื้อรัง และโรคอุบัติใหม่ (Health Education Division, 2018) โดยเฉพาะในกลุ่มวัยเรียน ดังผลการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2564 พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยเรียนในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีศักยภาพอยู่ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 49.65 ซึ่งไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนและนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไปได้นอกจากนี้ยังพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในระดับควรปรับปรุง ได้แก่ พฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารโดยคำนึงคุณค่าทางโภชนาการเพียงร้อยละ 8.1 ส่วนใหญ่รับประทานอาหารตามความชอบ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 18.8 (National Statistical Office, 2021)

นักศึกษาในระดับปริญญาตรีกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 18-23 ปี เป็นวัยกำลังเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นสู่วัยผู้ใหญ่ มีลักษณะเฉพาะที่สำคัญคือ มีความรู้สึกกำลังระหว่างความอิสระและความต้องการพึ่งพาจากผู้ปกครอง มีความต้องการเป็นอิสระในการเลือกแสดงพฤติกรรมและการเลือกสิ่งของตนเองต้องการและปรารถนา โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะกลายเป็นวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพในอนาคต เช่น การเลือกรับประทานอาหารตามชอบ มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ (Daw et al, 2017) นักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพมีบทบาทสำคัญในการเป็นต้นแบบของพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในอนาคต แต่ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส อยู่ระดับพอใช้ถึงปานกลาง ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารไม่ครบหมู่ การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการมีภาวะเครียดสูง ตลอดจนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (Niyakul & Nammontri, 2024; Pongkaew & Pholputta, 2024) และพบกลุ่มวัยรุ่นเริ่มดื่มแอลกอฮอล์อายุเฉลี่ย 13 ปี เริ่มสูบบุหรี่อายุเฉลี่ย 16 ปี และมีอัตราการสูบบุหรี่สูงในกลุ่มอายุ 19-24 ปี (Sirirungsri & Pankrajang, 2018) ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่กำลังศึกษาในระดับอุดมศึกษา

พฤติกรรมสุขภาพเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรม และเกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม เช่น อายุ เพศ รายได้ และสถานภาพบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสำคัญของสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรค เช่น อุปสรรคด้านเวลา ค่าใช้จ่าย หรือความไม่สะดวก ส่งผลให้นักศึกษาตัดสินใจในการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Chomchuen et al., 2023) แรงจูงใจและทัศนคติต่อสุขภาพ ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Panpoklang et al., 2018) ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยที่เกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวก และการเข้าถึงแหล่งบริการหรือสถานที่ด้านสุขภาพ พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการ และการรับรู้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยเสริมที่ช่วยสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

เพื่อน หรืออาจารย์ (Chamnankit et al., 2022) ตั้งแบบจำลอง PRECEDE ซึ่งวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลว่ามีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอก (Green & Kreuter, 2005) การจะดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องมีการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมนั้นก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส ของนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE Model เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เป็นกำลังสำคัญของระบบสาธารณสุขในอนาคต และใช้ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสร้างสุขภาวะที่ยั่งยืนในกลุ่มเยาวชนในระยะยาว

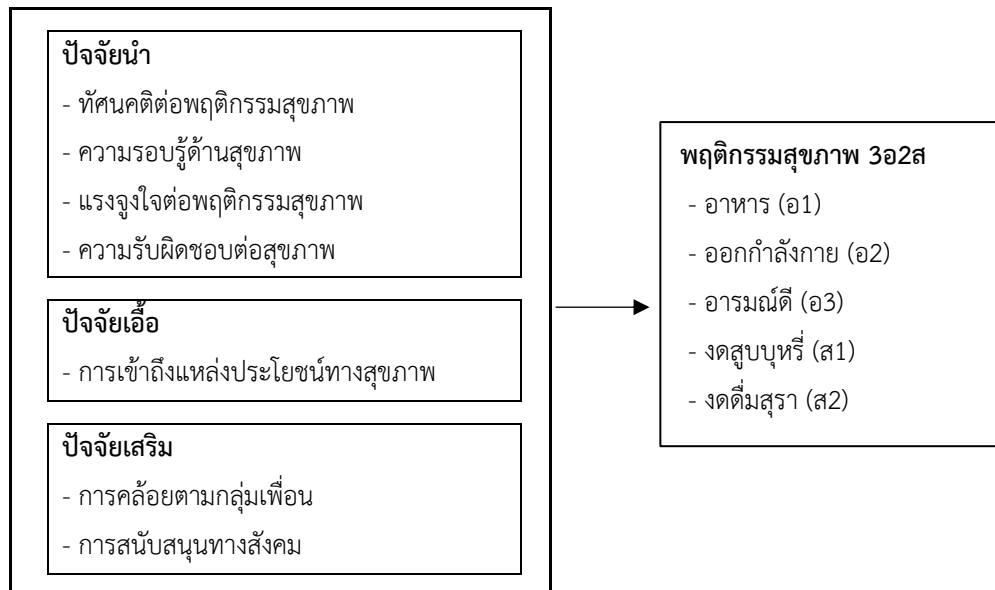
### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส ของนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส ของนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ คัดเลือกปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส ของนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ตามแนวคิด PRECEDE Model (Green & Kreuter, 2005) คือ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ได้แก่ ทักษะคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Panpoklang et al., 2018; Chomchuen et al., 2023) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพ และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ได้แก่ การคล้อยตามกลุ่มเพื่อน และการสนับสนุนทางสังคม (Chamnankit et al., 2022) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้น ได้รับการสนับสนุนที่มาจากบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในเรื่องนั้น โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ





**ภาพ** กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3Q2S ของนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2568 รายละเอียด ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2567 จากวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข คณะเภสัชศาสตร์ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จำนวนทั้งสิ้น 1,760 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2567 จากวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข คณะเภสัชศาสตร์ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ G\*power 3.1 สำหรับสถิติ linear multiple regression, fixed model ( $R^2$  deviation from zero) (Sanitlou et al., 2019) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดปานกลาง เท่ากับ .15 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 กำลังการทดสอบ .95 และจำนวนตัวแปรทำนาย 7 ตัว ได้ขนาดตัวอย่าง 153 คน และเพิ่มอัตราการสูญหาย (dropout rate) จากการตอบแบบสอบถามผ่านออนไลน์ไม่สมบูรณ์ ร้อยละ 10 รวมจำนวนทั้งสิ้น 169 คน กำหนดจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนนักศึกษาแต่ละกลุ่มวิชา ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของนักศึกษาในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำแนกตามกลุ่มวิชา

กลุ่มวิชา	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน/ร้อยละ)
แพทยศาสตร์	276	27/ 15.69
สาธารณสุขศาสตร์	552	53/ 31.36
เภสัชศาสตร์	492	47/ 27.95
พยาบาลศาสตร์	440	42/ 25.00
รวม	1,760	169/ 100.00

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบกำหนดโควตา (quota selection) นักศึกษาแต่ละกลุ่มวิชาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีแบบเวลามากติ 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 3) มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) ดังนี้ 1) นักศึกษาตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ 2) ลาออกหรือพักการเรียนระหว่างการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถาม จำแนกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ คณะที่เรียน ชั้นปี รายได้ ลักษณะครอบครัว การทำงานเสริมนอกเวลา เพื่อนสนิทในกลุ่มที่ออกกำลังกาย เพื่อนสนิทในกลุ่มที่ใช้สารเสพติด และดัชนีมวลกาย ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ

2. แบบสอบถามปัจจัยนำ ประกอบด้วย ทศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ แรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 23 ข้อ ซึ่งประยุกต์ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health education division, 2018) เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด

3. แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงข้อมูลและแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และ เห็นด้วยมากที่สุด

4. แบบสอบถามปัจจัยเสริม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การคล้อยตามเพื่อน จำนวน 5 ข้อ และการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 7 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และ เห็นด้วยมากที่สุด

5. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนตามหลัก 3๐2ส ที่สร้างโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2561) จำนวน 23 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 8 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ การจัดการอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ การสูบบุหรี่ จำนวน 3 ข้อ และการดื่มสุรา

หรือเครื่องตีแมลงกอฮอลล์ จำนวน 3 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 5-6 วันต่อสัปดาห์ และปฏิบัติทุกวันต่อสัปดาห์

แบบสอบถามที่ 2-4 คัดคะแนนเฉลี่ย และจำแนกออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (Best, 1977)

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน การพยาบาลผู้ใหญ่ และการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity Index: CVI) ของแบบสอบถามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3๑2ส มีค่าเท่ากับ 1.00, .88, .93, .88 และ 1.00 ตามลำดับ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .95, .84, .93 และ .89 ตามลำดับ

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลต่อคณบดี จำนวน 3 คณะ พร้อมแนบเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ขนาดกลุ่มตัวอย่าง และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยต่อประธานสโมสรนักศึกษา แต่ละคณะ พร้อมขอความร่วมมือในการประสานประสานชั้นปีแต่ละกลุ่มวิชาในการสำรวจและขอความร่วมมือนักศึกษาในชั้นเรียนเข้าร่วมการวิจัย โดยการตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google form ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง แนะนำหัวข้อการวิจัย และวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมกับส่งลิงค์แบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ของประธานชั้นปี

2.2 การเข้าตอบแบบสอบถาม ในหน้าแรกเป็นเอกสารชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างอ่านแล้ว ตัดสินใจเลือกกด ยินยอมหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แทนการลงนามในเอกสาร หากกลุ่มตัวอย่างกดเลือกยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงสามารถเข้าถึงหน้าแบบสอบถามได้ แต่ถ้ากดเลือก ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะไม่สามารถเข้าถึงหน้าแบบสอบถามและถือว่าเป็นการสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คำนวณจากแบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่อสุขภาพ การคล้อยตามกลุ่มเพื่อน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation:  $SD$ )

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression) แบบ enter กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติ พบว่า ตัวแปรแต่ละตัวมีการแจกแจงข้อมูลปกติ (normality) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test มีค่า  $p$ -value > .05 ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน พิจารณาจากค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.94 ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก พิจารณาจาก correlation matrix (ตาราง 3) พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่าน้อยกว่า .80 (Hinkle et al., 1988)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลข UBU-REC-38/2568 ลงวันที่ 28 มกราคม 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วิธีการดำเนินวิจัย ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และลงนามแสดงเจตนาในการเข้าร่วมการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพและการเรียนการสอนหรือประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างที่พึงได้ตามปกติ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม จัดเก็บเป็นความลับ และทำลายข้อมูลการวิจัยหลังจากผลการวิจัยเผยแพร่แล้วภายใน 1 ปี

### ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีอายุเฉลี่ย 20.12 ปี ( $SD = 1.23$ ) โดยอายุต่ำสุด 18 ปี และสูงสุด 27 ปี มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 15 - 39  $kg/m^2$  ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.56 กำลังศึกษาชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 32.85 รองลงมาชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 29.68 พักอาศัยในครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 66.86 มีรายได้ส่วนใหญ่มาจากผู้ปกครองเฉลี่ย 7,500 บาทต่อเดือน ไม่ได้ทำงานเสริมนอกเวลาคิดเป็นร้อยละ 97.41 มีเพื่อนสนิทออกกำลังคิดเป็นร้อยละ 66.86 และส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิทที่ไม่ได้ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ ร้อยละ 79.54 รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลนักศึกษาในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ (n = 169)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	138	81.56
ชาย	27	16.14
อื่น ๆ	4	2.30
<b>ชั้นปี</b>		
1	56	32.85
2	50	29.68
3	43	25.65
4	20	11.82
<b>ลักษณะครอบครัว</b>		
เดี่ยว	113	66.86
ขยาย	56	33.14
<b>ทำงานเสริมนอกเวลา</b>		
ทำ	4	2.59
ไม่ทำ	165	97.41
<b>เพื่อนสนิทออกกำลังกาย</b>		
มี	113	66.86
ไม่มี	56	33.14
<b>เพื่อนสนิทดื่มสุราหรือสูบบุหรี่</b>		
มี	35	20.46
ไม่มี	134	79.54

2. ระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส ของนักศึกษาในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะคิด และแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.66, 4.28, SD = .56, .72$ ) ตามลำดับ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ( $M = 3.60, 4.08, SD = .66, .57$ ) ตามลำดับ ปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงข้อมูล และแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.25, SD = .74$ ) และปัจจัยเสริม ได้แก่ การคล้อยตามกลุ่มเพื่อน อยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 4.26, SD = .71$ ) และการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับมาก ( $M = 3.96, SD = .72$ ) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.98, SD = .68$ ) เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่า พฤติกรรมบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.34, 3.36, SD = .84, .99$ ) ตามลำดับ ส่วนการจัดการอารมณ์ และการงดดื่มสุรา อยู่ในระดับมาก ( $M = 4.10, 3.93, SD = .69, .98$ ) ตามลำดับ ส่วนการงดสูบบุหรี่ อยู่ระดับมากที่สุด ( $M = 4.42, SD = 1.07$ ) รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และระดับของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ของนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (*n* = 169)

ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
<b>ปัจจัยนำ</b>			
ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ	4.66	.56	มากที่สุด
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ	4.08	.57	มาก
แรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพ	4.28	.72	มากที่สุด
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.60	.66	มาก
<b>ปัจจัยเอื้อ</b>			
การเข้าถึงข้อมูลและแหล่งประโยชน์	4.25	.74	มากที่สุด
<b>ปัจจัยเสริม</b>			
การคล้อยตามกลุ่มเพื่อน	4.26	.71	มากที่สุด
การสนับสนุนทางสังคม	3.96	.72	มาก
<b>พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส</b>	<b>3.98</b>	<b>.68</b>	<b>มาก</b>
อาหาร (อ1)	3.34	.84	ปานกลาง
ออกกำลังกาย (อ2)	3.36	.99	ปานกลาง
อารมณ์ดี (อ3)	4.10	.69	มาก
งดสูบบุหรี่ (ส1)	4.42	1.07	มากที่สุด
งดดื่มสุรา (ส2)	3.93	0.98	มาก

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ของนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

3.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ของนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ( $r = .273$ ) และการเข้าถึงข้อมูลและแหล่งประโยชน์ ( $r = .354$ ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ( $r = .587$ ) แรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ( $r = .585$ ) การคล้อยตามกลุ่มเพื่อน ( $r = .551$ ) และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ( $r = .586$ ) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระดับสูง คือ การสนับสนุนทางสังคม ( $r = .642$ ) รายละเอียด ดังตาราง 4

ตาราง 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพ 3๑2ส ของนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (n = 169)

ปัจจัย	X <sub>1</sub>	X <sub>2</sub>	X <sub>3</sub>	X <sub>4</sub>	X <sub>5</sub>	X <sub>6</sub>	X <sub>7</sub>	Y
ทัศนคติ (X <sub>1</sub> )	1.000							
ความรู้ด้านสุขภาพ (X <sub>2</sub> )	.453*	1.000						
แรงจูงใจ (X <sub>3</sub> )	.495**	.631**	1.000					
การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ (X <sub>4</sub> )	.389**	.728**	.416*	1.000				
การคล้อยตามกลุ่มเพื่อน (X <sub>5</sub> )	.453**	.590**	.721**	.431**	1.000			
การสนับสนุนทางสังคม (X <sub>6</sub> )	.351*	.613**	.701**	.439**	.747**	1.000		
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (X <sub>7</sub> )	.257**	.711**	.489**	.464**	.352*	.444**	1.000	
พฤติกรรมสุขภาพ 3๑2ส (Y)	.273**	.587**	.585**	.354**	.551**	.642**	.586**	1.000

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

3.2 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3๑2ส ของนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Beta = .331) การสนับสนุนทางสังคม (Beta = .328) ความรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .037) และการเข้าถึงข้อมูลและแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ (Beta = -.185) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์  $R^2_{adj} = .532$  แสดงว่าปัจจัยทั้งสี่ตัวแปรร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพ 3๑2ส ของนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 53.20 ตาราง 5

ตาราง 5 การถดถอยพหุคูณของพฤติกรรมสุขภาพ 3๑2ส ของนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (n = 169)

Factors	b	S.E.	Beta	t	95% CI	
					Lower	Upper
ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ	-.056	.049	-.051	-1.155	-.152	.039
ความรู้ด้านสุขภาพ	.040	.069	.037	2.431*	.050	.477
แรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพ	.101	.052	.121	1.958	.000	.203
การเข้าถึงแหล่งประโยชน์	-.166	.064	-.185	-2.606*	-.292	-.041
การคล้อยตามเพื่อน	.079	.048	.103	1.630	-.016	.174
การสนับสนุนทางสังคม	.254	.047	.328	5.373**	.161	.347
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.290	.047	.331	6.140**	.197	.383

\*p < .05, \*\*p < .01,  $R^2 = .540$ ,  $R^2_{adj} = .532$

## การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส ของนักศึกษาในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ภาพรวมอยู่ระดับมาก ( $M = 3.98, SD = .68$ ) โดยด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายอยู่ระดับปานกลาง การจัดการความเครียด และการงดดื่มสุรา อยู่ในระดับมาก และการงดสูบบุหรี่ อยู่ในระดับมากที่สุด กล่าวคือ นักศึกษาส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง แต่มีนักศึกษาบางส่วนบริโภคอาหารจานด่วนหรืออาหารสำเร็จรูปบ่อยครั้ง เพราะความสะดวก รวดเร็ว รวมถึงเลือกอาหารที่ตนเองชอบ โดยยังไม่คำนึงถึงผลเสียต่อสุขภาพระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่ค่อยรับประทานอาหารเช้า ดื่มเครื่องดื่มที่มีโซดาเป็นส่วนผสมเป็นประจำ และรับประทานอาหารจานด่วน (Michael et al., 2020; Winpenny et al., 2020) เช่นเดียวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาไม่เพียงพอตามเกณฑ์ที่แนะนำไม่น้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ระดับปานกลาง เนื่องจากเหนื่อยล้าจากการเรียน ภาระการเรียนที่หนัก สถานที่ออกกำลังกายอยู่ห่างไกลจากที่พักอาศัย และส่วนใหญ่เล่นเกมคอมพิวเตอร์นานกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน (Michael et al., 2020; Saengngam et al., 2023)

ด้านการจัดการอารมณ์ นักศึกษาส่วนใหญ่มีวิธีจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ได้แก่ การพูดคุยกับเพื่อนหรือครอบครัว การทำกิจกรรมผ่อนคลาย และการใช้เทคนิคการจัดการคลายเครียดเครียด เช่น การทำสมาธิ หรือการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาศาสตร์สุขภาพที่มีจัดการความเครียดด้วยวิธีหลากหลาย ได้แก่ การหายใจลึก ๆ การทำสมาธิ ใช้เทคนิคความเงียบ การออกกำลังกาย การนวด การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การสร้างอารมณ์ขัน การพูดคุยและอยู่ใกล้ชิดกับเพื่อน (Niyakul & Nammontri, 2024) ด้านพฤติกรรมงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาอยู่ระดับมากที่สุด สะท้อนว่า นักศึกษามีความรู้และตระหนักถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ ประกอบกับการปลูกฝังให้นักศึกษากลุ่มสาขา ด้านสุขภาพดูแลสุขภาพและทราบถึงพิษที่เกิดจากบุหรี่มากกว่าสาขาวิชาอื่น ๆ รวมทั้ง นโยบายของมหาวิทยาลัยเป็นเขตปลอดบุหรี่ สร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ของนักศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจในการงดสูบบุหรี่ช่วยให้นักศึกษาศาสตร์สุขภาพไม่สูบบุหรี่ได้ (Phunpon et al., 2019) และสำหรับการงดดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาอยู่ระดับมาก ส่วนใหญ่นักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพมีความตระหนักเรื่องโทษของสารเสพติด เพื่อสร้างพฤติกรรมแบบอย่างทางด้านสุขภาพ แต่มีการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์บ้างในงานสังสรรค์กับเพื่อนหรือตามเทศกาล ประกอบกับนักศึกษายู่ในช่วงวัยที่อยากลองมีกลุ่มเพื่อน จึงมีโอกาสที่จะดื่มสุราได้บ้าง (Katsawa et al., 2019)

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส ของนักศึกษาในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลหรือแหล่งบริการสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส ได้ร้อยละ 53.20 ( $R^2_{adj} = .532, p < .05$ ) กล่าวคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส ได้สูงสุด ( $Beta = .331$ ) เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยผลักดันให้บุคคลตระหนักและให้ความสำคัญกับการดูแล



สุขภาพของตนเอง โดยผู้ที่มีระดับความรับผิดชอบต่อสุขภาพสูงจะดูแลสุขภาพตนเองโดยการหาข้อมูลข่าวสาร หรือรับฟังคำแนะนำเพื่อนำมาปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่มีความรับผิดชอบสูงมักจะมีการปฏิบัติตามแนวทางสุขภาพที่ดี (Panpoklang et al., 2018) ประกอบกับนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์จะมีกรอบความคิดที่ต้องมีภาพลักษณ์ด้านสุขภาพที่ดีและเป็นแบบอย่าง จึงมีแรงจูงใจภายในที่จะดูแลสุขภาพตนเอง ส่วนการสนับสนุนจากทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส ได้ ( $Beta = .328$ ) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา โดยการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน อาจารย์ หรือบุคคลใกล้ชิด จะช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกาย และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น (Jaidee, 2023) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา ( $r = .148$ ) โดยการได้รับคำแนะนำสนับสนุนด้านสุขภาพจากบุคคลต่าง ๆ เช่น เพื่อน คนรัก ครอบครัว และอาจารย์ ทำให้นักศึกษาใส่ใจสุขภาพมากขึ้น (Suparat et al., 2025)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส ได้ ( $Beta = .037$ ) สะท้อนให้เห็นว่านักศึกษาที่มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการเข้าถึง ตีความ และประเมินข้อมูลสุขภาพอย่างถูกต้อง ช่วยให้ตัดสินใจอย่างมีเหตุผล เข้าใจถึงความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3๐2ส ทั้งการเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ การลดอาหารหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพ การจัดการอารมณ์ความเครียด การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา (Junsawang & Jianvitayakij, 2023) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Pongkaew & Pholputta, 2024) และการเข้าถึงข้อมูลและแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส ได้ ( $Beta = -.185$ ) เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา การได้รับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ ทำให้นักศึกษาได้รับข้อมูลและมีสถานที่ที่เอื้อต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า นักศึกษาสาธารณสุขที่สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในระดับดีมาก มีคุณภาพชีวิตดีกว่า 3.22 เท่าของนักศึกษาที่เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในระดับพอใช้ (Pissamorn et al., 2022) แสดงให้เห็นว่าการมีแหล่งข้อมูลที่เพียงพอ และการได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน ช่วยเพิ่มโอกาสในการรับรู้และเลือกปฏิบัติตามแนวทางสุขภาพที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้พบว่า ทศนคติ แรงจูงใจ และการคล้อยตามกลุ่มเพื่อนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาตรงข้ามกับการศึกษาของ Jarusirivattana (2022) ที่พบว่าทศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนวัย 11-20 ปี และแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็แรงจูงใจภายในหรือแรงจูงใจภายนอก ล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Serametakun et al., 2024) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทำนายพฤติกรรมและความตั้งใจในการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา (Piyapan et al., 2016)

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผู้บริหารสถาบันการศึกษา สามารถใช้ข้อมูลจากการศึกษาไปประกอบการวางแผนส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาให้ครอบคลุมทั้งความรอบรู้สุขภาพ ความรับผิดชอบสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล และแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้ ทราบถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3๑2๘ ของนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ ควรศึกษาต่อยอดโดยนำปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความรอบรู้สุขภาพ ความรับผิดชอบสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มาใช้ในการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ

## ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ ศึกษาเฉพาะนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพชั้นปี 1-4 ซึ่งไม่ครอบคลุมนักศึกษาศาखाวิชาเภสัชศาสตร์ และสาขาวิชาแพทยศาสตร์ ชั้นปี 5-6 เนื่องจากนักศึกษาฝึกปฏิบัติงานภายนอกมหาวิทยาลัย

## เอกสารอ้างอิง

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

Chamnankit, T., Kingkaew, W. M., Pianjing, P., Siladlao, S., Songsin, N., Somporn, K. (2022). Health literacy and health behaviors among health science and public health students at Rajabhat University. *Journal of Public Health Naresuan University*, 4(2), 47–57. (in Thai)

Chomchuen, P., Nochit, W., Kirikchaiwan, D., & Tochot, R. (2023). Predictive factors of health-promoting behaviors among nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Chainat. *Boromarajonani College of Nursing Suphanburi Journal*, 6(2), 39–52. (in Thai)

Daw, J., Margolis, R. & Wright, L. (2017). Emerging adulthood, emergent health lifestyles: sociodemographic determinants of trajectories of smoking, binge drinking, obesity, and sedentary behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 58(2), 181-197. <https://doi.org/10.1177/00221465177024>

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health promotion planning: An educational and ecological approach*. McGraw-Hill.

- Health Education Division. (2018). *Enhancing and assessing health literacy and health behaviors for children and youth aged 7–14 years and adults aged 15 and older* (Rev. ed. 2018). Ministry of Public Health. (in Thai)
- Hinkle, D. E., Wierma, W., & Jurs, S. G. (1988). *Applied statistics for the behavioral sciences*. (2<sup>nd</sup> ed). Houghton Mifflin Company.
- Jaidee, C. (2023). Effects of a self-efficacy and social support promotion program on knowledge, health behavior, and weight reduction among students at Yala Campus, National Sports University. *Journal of Education, Prince of Songkla University Pattani Campus*, 34(1), 113–126. (in Thai)
- Jarusirivattana, N. (2022). Case study: knowledge, attitude and health and hygiene practice among students aged 11-20 years old in an international school in Ladkrabang, Bangkok, Thailand. *Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal*, 7(1), 1-11. (in Thai)
- Junsawang, C., & Jianvitayakij, S. (2023). Relationship between health literacy, digital health literacy, and health behaviors among undergraduate nursing students. *Journal of Nursing Research and Innovation*, 29(2), 251–264. (in Thai)
- Michael, L. S., Lowry, R., Merlo, C., Cooper, C. A., Hyde, T. E., & McKeon, R. (2020). Physical activity, sedentary, and dietary behaviors associated with indicators of mental health and suicide risk. *Preventive Medicine Reports*, 19, 101153. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101153>
- Ministry of Public Health. (2025). *Health Data Center: Morbidity from major non-communicable diseases*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68> (in Thai)
- National Statistical Office. (2021). *The 2021 health behavior of population survey*. Social Statistics Division, Ministry of Digital Economy and Society. [https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey\\_detail/w6?set\\_lang=en](https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/w6?set_lang=en) (in Thai)
- Niyakul, C., & Nammontri, O. (2024). Factors related to health behaviors of students, Sirindhorn College of Public Health. *Journal of Health Science and Community Public Health*, 7(1), 69–83. (in Thai)
- Panpoklang, S., Faimuenwai, R., Kimsungnoen, N. (2018). Factors influencing health-promoting behaviors among Thai adolescents. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 28, 196–209. (in Thai)

- Phunpon, S., Phosritong, N., Chitvanich, O., & Wattanalai, R. (2019). A study of smoking behaviors among undergraduate students at Siam University. *Veridian E-Journal, Silpakorn University, 12*(1), 1107–1125. (in Thai)
- Pissamorn, C., Prasansri, A., Chaipin, E., & Mata, C. (2022). The relationship between health literacy and quality of life among community public health students in higher education institutions in the northern region. *Journal of Nursing and Health Care, 40*(2), 75–84. (in Thai)
- Piyapan, W., Srisuriyawet, R., & Homsin, P. (2016). Predictive factors of intention to engage in risky drinking among male vocational students in Chai Nat province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 24*(2), 85-96. (in Thai)
- Pongkaew, O., & Pholputta, L. (2024). Health literacy and health behaviors 3E2S among undergraduate students, Roi Et Rajabhat University. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office, 6*(2), e268760. (in Thai)
- Saengngam, T., Chansom, P., Burawong, S., Thongsapaya, S., Chaiyatechanon, W., Chaimongkol, W., Chandee, W., & Bonkhunthod, P. (2023). Predictive factors of health-promoting behaviors among nursing students in a university. *Journal of Medical Sciences of Sisaket, Surin, and Buriram Hospitals, 38*(2), 329–338. (in Thai)
- Sanitlou, N., Sartphet, W., & Naphaarrak, Y. (2019). Sample size calculation using G\* power program. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Sciences), 5*(1), 496–507. (in Thai)
- Serametakun, D., Keawta, Y., & Chaiwang, P. (2024). Factors influencing health behaviors among nursing students. *Journal of Nursing and Health Science Research, 16*(2), e271713. (in Thai)
- Sirirungsi, S., & Pankrajang, P. (2018). *Thailand tobacco consumption statistics 2018*. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. (in Thai)
- Suparat, P., Romthanika, F., & Nipa, K. (2025). Factors predicting of health promoting behaviors among undergraduate students in Rangsit University. *Journal of Health and Health Management, 11*(1), 113-126. (in Thai)
- Winpenny, E. M., Winkler, M. R., Stochl, J., van Sluijs, E. M. F., Larson, N., & Neumark-Sztainer, D. (2020). Associations of early adulthood life transitions with changes in fast food intake: A latent trajectory analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 17*(1), 130. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01024-4>



## บทความวิจัย (Research article)

อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน

Incidence and Risk Factors of Postoperative Delirium

in Patients Undergoing Non-Emergency Surgery

นพัตถร พฤกษานันตกาล<sup>1</sup>, ดวงรัตน์ กวีรัตน์ชัย<sup>1\*</sup>,

พิรุณภา เบญญาต<sup>1</sup>, ชัยพร วิศิษฐ์พงศ์อารีย์<sup>2</sup>, วิทยากร ยะถาคาร<sup>3</sup>

Naphatthorn Prueksaanantakal<sup>1</sup>, Duangrat Kaveenuntachai<sup>1\*</sup>,

Pirunnapa Benyapad<sup>1</sup>, Chaiyaporn Wisitpongaree<sup>2</sup>, Wittayakorn Yatakan<sup>3</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding e-mail: duangrat@nmu.ac.th)

(Received: July 23, 2025; Revised: November 3, 2025; Accepted: December 5, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาไปข้างหน้า มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2564 - กันยายน 2565 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในหอผู้ป่วยศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล จำนวน 676 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการรักษา และ 2) แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ฉบับสั้น ภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน เท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยแบบทวิภาค

ผลการวิจัย พบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน ร้อยละ 2.67 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ASA classification III-IV ( $RR_{adj.} = 9.41$ , 95%CI = 2.02 - 43.93,  $p = .004$ ) ความผิดปกติของการได้ยิน ( $RR_{adj.} = 9.05$ , 95%CI = 2.59 - 31.70,  $p = .001$ ) โรคปอด ( $RR_{adj.} = 8.68$ , 95%CI = 1.14 - 66.15,  $p = .037$ ) ความผิดปกติของการมองเห็น ( $RR_{adj.} = 4.64$ , 95%CI = 1.32 - 16.31,  $p = .017$ ) และ โรคความดันโลหิตสูง ( $RR_{adj.} = 3.40$ , 95%CI = 1.37 - 8.43,  $p = .008$ )

<sup>1</sup> อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Instructor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

<sup>2</sup> นายแพทย์เชี่ยวชาญ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Medical Doctor (Expert Level), Faculty of Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University

<sup>3</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Registered Nurse (Professional Level), Faculty of Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University

พยาบาลด้านศัลยกรรม ควรให้ความสำคัญกับการประเมินภาวะโรคร่วม ภาวะประสาทสัมผัสบกพร่องทั้งการได้ยินและการมองเห็น และระดับความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน

**คำสำคัญ:** อุบัติการณ์, ปัจจัยเสี่ยง, ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด, การผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน

## Abstract

This prospective cohort study aimed to examine the incidence and risk factors of postoperative delirium in patients undergoing non-emergency surgery. The sample consisted of 676 patients admitted to the internal surgical wards of Vajira Hospital, Faculty of Medicine. Eligible participants were recruited through purposive sampling between February 2021 and September 2022. The research instruments included: 1) personal information and medical history, and 2) the Thai version of the short-form Confusion Assessment Method (CAM), which showed inter-rater reliability (Cohen's kappa) at 1.00. Data were analyzed using descriptive statistics and binomial generalized linear regression analysis.

The results revealed that the incidence of postoperative delirium in patients with elective surgery was 2.67%. Statistically significant risk factors for delirium ( $p < .05$ ) included ASA classification III-IV ( $RR_{adj.} = 9.41$ , 95% CI = 2.02-43.93,  $p = .004$ ), hearing impairment ( $RR_{adj.} = 9.05$ , 95% CI = 2.59-31.70,  $p = .001$ ), pulmonary disease ( $RR_{adj.} = 8.68$ , 95% CI = 1.14-66.15,  $p = .037$ ), visual impairment ( $RR_{adj.} = 4.64$ , 95% CI = 1.32-16.31,  $p = .017$ ), and hypertension ( $RR_{adj.} = 3.40$ , 95% CI = 1.37-8.43,  $p = .008$ ).

These findings emphasize that surgical nurses should prioritize assessing comorbid conditions, sensory impairments (hearing and vision), and surgical risk levels to prevent postoperative delirium in patients undergoing non-emergency surgery.

**Keywords:** Incidence, Risk factors, Postoperative delirium, Non-emergency surgery

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่าตัด (postoperative delirium) เป็นภาวะหรือกลุ่มอาการที่สมองสูญเสียหน้าที่เฉียบพลัน ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว ระดับความรู้คิด และสมาธิ จดจ่อลดลง มีการเปลี่ยนแปลงด้านความจำ สติปัญญา มีการรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่และบุคคล ผิดปกติ มีอาการหลงลืม ง่วงซึม สับสน กระวนกระวายอย่างเฉียบพลัน ภายในระยะเวลาชั่วโมงหรือเป็นวันหลังผ่าตัด (Zhao et al., 2024) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึก พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดแบบ

ไม่ผูกเงินร้อยละ 3.60-28.30 (He et al., 2024) เมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อแนวทางการรักษาพยาบาล ส่งผลกระทบต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย ทำให้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น จากสาเหตุดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่ออาการที่รุนแรงและทรุดหนักจนเป็นอันตรายแก่ชีวิตได้ รวมทั้งมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น (Mosharaf et al., 2022) ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยนำหรือปัจจัยที่มีอยู่เดิม (predisposing factors) และ 2) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยนำหรือปัจจัยที่มีอยู่เดิมในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ อายุ การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันพบได้ทุกช่วงอายุ และพบมากขึ้นในคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (Chaiwat et al., 2019) เพศชาย พบมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง และด้านความรุนแรงของโรคและโรคร่วมเรื้อรัง การใช้ยาโรคประจำตัวและประวัติการได้รับยารักษาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนผ่าตัดมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและเภสัชจลศาสตร์ต่อการดูดซึมและขับออกจากร่างกาย เพราะอาการข้างเคียงของยาส่งผลทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ (Li et al., 2025) ภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบทางเคมี สารสื่อประสาทและการทำงานของสมองที่ผิดปกติ พบเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Lasithiotakis et al., 2025) การมองเห็นและการได้ยิน หรือประสาทสัมผัสที่บกพร่อง ส่งผลต่อการรับรู้และการแปลความหมายผิด จนเกิดการภาวะสับสน (He et al., 2024) ประวัติการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรามายาวนาน ส่งผลให้ร่างกายหลังสารโคปามีนออกมามาก เมื่อหยุดการสูบบุหรี่และการดื่มสุราทันทีในขณะรักษาตัวทำให้เกิดอาการลงแดง (He et al., 2024) และระดับสภาพร่างกายของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตาม American Society of Anesthesiologists (ASA) classification พบว่า ตั้งแต่ระดับ III ขึ้นไป ส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากขึ้น (He et al., 2024)

ปัจจัยกระตุ้น แบ่งได้ 2 ระยะเวลา คือ 1) ขณะทำการผ่าตัด ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ ระยะเวลาได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง (general anesthesia) และระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด พบว่า ระยะเวลาจะเพิ่มความเสี่ยงต่ออวัยวะและระบบที่ได้รับการผ่าตัดจากภาวะพร่องออกซิเจน การสูญเสียเลือดในการผ่าตัด ความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ โอกาสเกิดความดันโลหิตต่ำขณะผ่าตัดและได้รับยาช่วยเพิ่มความดันโลหิต การได้รับเลือดและสารน้ำทดแทนป้องกันภาวะช็อก (Bramley et al., 2021) และ 2) ระยะเวลาหลังการผ่าตัด ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ การรักษาในหอผู้ป่วยหนัก สภาพสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง แสงไฟที่สว่างมากเกินไป และเสียงจากการปฏิบัติงานของบุคลากร เสียงของเครื่องมืออุปกรณ์ การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Chaiwat et al., 2019) และการใส่อุปกรณ์ เช่น สายสวน เครื่องมือเข้าไปในร่างกาย การผูกมัด การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความปวดหลังผ่าตัดที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม และการได้รับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ในปริมาณสูง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Iamaroon et al., 2024) การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากขึ้น

(Mashayekhi et al., 2025) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาอนโรงพยาบาล นานยิ่งเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากขึ้น (Chaiwat et al., 2019)

จากสถิติคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ปี พ.ศ. 2564 - 2567 มีผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการผ่าตัดเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด จำนวน 173, 193, 184 และ 204 คน ตามลำดับ (Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, 2024) จากข้อมูลดังกล่าวผู้ป่วยมีแนวโน้มเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งหอผู้ป่วยศัลยกรรมยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการศึกษาอุบัติการณ์และการประเมินอาการสับสนเฉียบพลันอย่างเป็นรูปแบบ และยังไม่มีการศึกษาที่เป็นระบบในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉินที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล โดยทำการศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด จนถึงวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและจัดการอาการของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐานสากลต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน

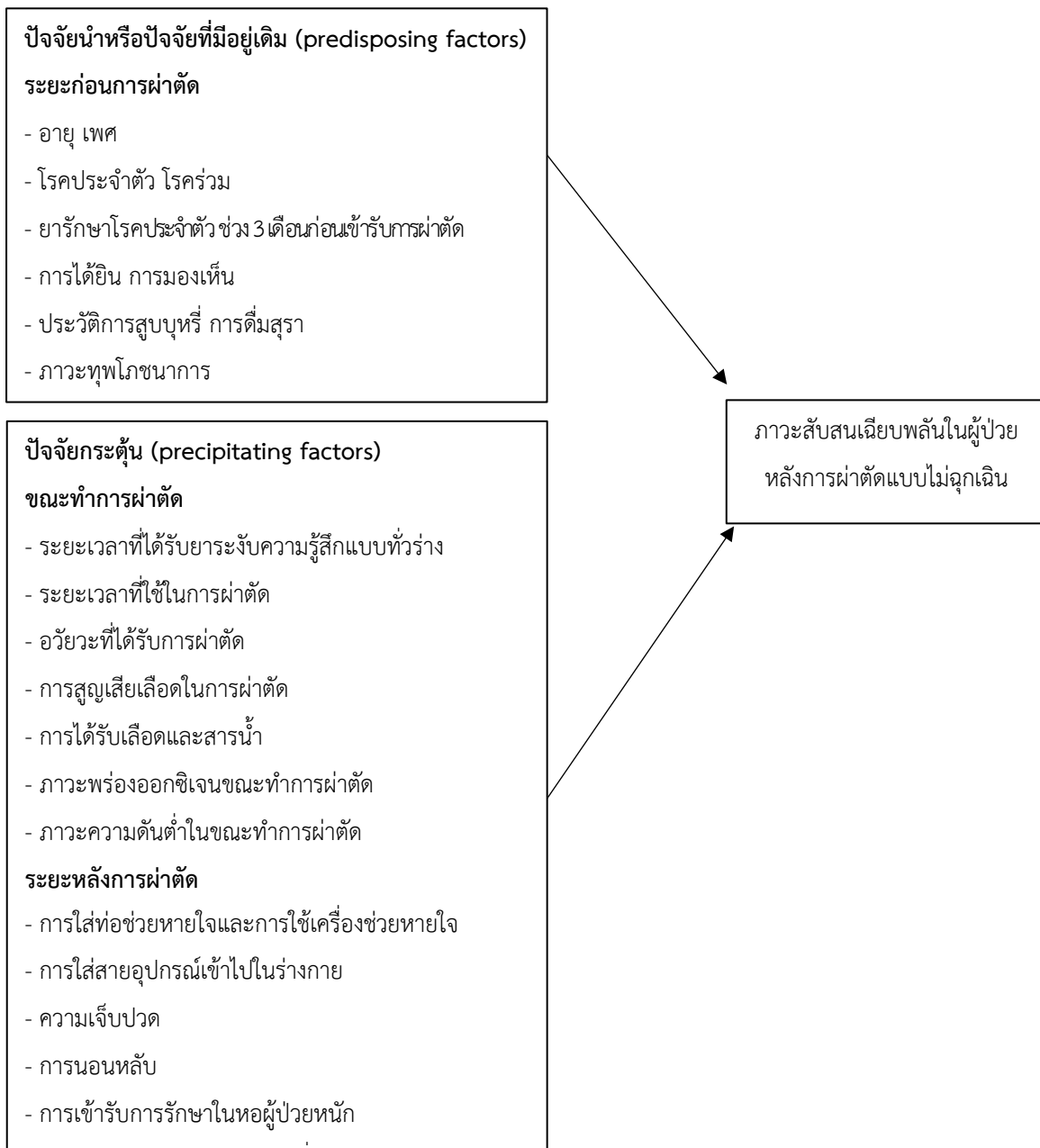
### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยที่มีอยู่เดิมในระยะก่อนการผ่าตัด และปัจจัยกระตุ้นระยะขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด เกิดจากทั้งปัจจัยนำและปัจจัยกระตุ้น ดังภาพ





**ภาพ** กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า (descriptive research; prospective cohort design) รายละเอียด ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่รักษาด้วยการผ่าตัดในเวลาราชการหรือตามแพทย์กำหนดเวลาไว้แบบไม่ฉุกเฉิน และได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ในช่วงระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2564 ถึง เดือน กันยายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป และได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Linear multiple regression โดยใช้โปรแกรม G\*Power version 3.1.9.4 โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) .80 กำหนดความเชื่อมั่น เท่ากับ .05 และขนาดของอิทธิพลเท่ากับ .10 กำหนดตัวแปรเข้าวิเคราะห์จำนวน 25 ตัวแปร จากการศึกษาที่ผ่านมา (Kongpatee et al., 2020) ทำการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 522 ราย ผู้วิจัยจึงได้เทียบเคียงจำนวนกลุ่มตัวอย่างสูงสุดคิดคำนวณให้ใกล้เคียงขั้นต่ำ 522 ราย เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างและลดการเกิดอคติ จึงเพิ่มการเก็บกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 30 คือ 157 ราย คิดเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 679 ราย เพิ่มความมั่นใจว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้ดีและมีความน่าเชื่อถือสูง ด้วยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

มีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในเวลาราชการหรือตามที่แพทย์เจ้าของไข้กำหนดเวลาไว้แบบไม่ฉุกเฉิน 2) ผู้ป่วยผ่าตัดที่ใช้การระงับความรู้สึกชนิด general anesthesia 3) สื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยมีแผนย้ายโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ 1) สถานภาพสมรส บันทึกเป็น โสด คู่ หม้าย/ หย่า/ แยก 2) ระดับการศึกษาสูงสุด บันทึกเป็น ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา มัธยมต้น มัธยมปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ อนุปริญญา ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำ ได้แก่ 1) อายุ บันทึกอายุของกลุ่มตัวอย่าง หน่วยนับเป็นปี 2) เพศ จำแนกเป็นหญิง และชาย 3) โรคประจำตัว บันทึกเป็น โรคที่แพทย์วินิจฉัย 4) โรคร่วม บันทึกเป็น โรคร่วมที่แพทย์วินิจฉัย 5) ยารักษาโรคประจำตัว ช่วง 3 เดือนก่อนเข้ารับการผ่าตัด บันทึกจำนวนชื่อยาที่ได้รับ 6) การได้ยิน ตรวจและบันทึกเป็นปกติ และผิดปกติ 7) การมองเห็น ตรวจและบันทึกเป็นปกติ ผิดปกติ สายตาสั้น และสายตายาว 8) ประวัติการสูบบุหรี่ สอบถามและบันทึกเป็นไม่สูบ และสูบ 9) ประวัติการดื่มสุรา บันทึกเป็นดื่มสุรา และไม่ดื่มสุรา 10) ภาวะทุพโภชนาการ บันทึกเป็นปกติ และผิดปกติ และ 11) ประเมินระดับสภาพร่างกายก่อนผ่าตัดตาม ASA classification บันทึกระดับสภาพร่างกายเป็น ระดับ I-V

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยกระตุ้น 1) ระยะเวลาที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง คือ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มการดมยาสลบจนถึงเวลาสิ้นสุด หน่วยเป็นนาที 2) ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด คือ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มการผ่าตัดจนถึงเวลาสิ้นสุด หน่วยเป็นนาที 3) อวัยวะที่ได้รับการผ่าตัด บันทึกตามอวัยวะที่ผ่าตัด 4) การสูญเสียเลือดในการผ่าตัด บันทึกหน่วยเป็นมิลลิลิตร 5) การได้รับเลือดและสารน้ำ ขณะผ่าตัด บันทึกหน่วยเป็นมิลลิลิตร 6) ภาวะพร่องออกซิเจนขณะทำการผ่าตัด บันทึกเป็นไม่มีและมี 7) ภาวะความดันต่ำในขณะทำผ่าตัด บันทึกเป็นไม่มีและมี 8) การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วย

หายใจ บันทึกเป็นไม่มีและมี 9) การใส่สายอุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย บันทึกเป็นไม่มีและมี 10) ความเจ็บปวด บันทึกตามคะแนนความปวด มีคะแนน 0-10 11) การนอนหลับ บันทึกเป็นน้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน และมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ชั่วโมงต่อวัน บันทึกเป็นไม่เพียงพอและเพียงพอ 12) การรักษาในหอผู้ป่วยหนักบันทึกเป็นไม่มีและมี 13) การผูกยึด การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว บันทึกเป็น มีและไม่มี และ 14) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล บันทึกเป็นน้อยกว่า 7 วัน และมากกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน

ส่วนที่ 4 ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน คือ การประเมินอาการก่อนวันผ่าตัด วันที่ผ่าตัด วันหลังการผ่าตัดวันที่ 1, 2, 3 เป็นต้นไปจนถึงวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ด้วย CAM หรือ CAM-ICU ซึ่งมีความไว ร้อยละ 92.3 ความจำเพาะ ร้อยละ 94.7 (Pipanmekaporn et al., 2014) บันทึกเป็นเกิด และไม่เกิด

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น ทำการตรวจสอบความตรง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยศัลยกรรม 1 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และสำนวนภาษา เพื่อหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) แล้วรวบรวมข้อคิดเห็นและนำข้อชี้แนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาทำการแก้ไขปรับปรุง ร่วมกับ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ทุกข้อคำถามของแบบประเมินมีค่า CVI เท่ากับ 0.67-1.00

สำหรับแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันฉบับภาษาไทย ทำการหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลองเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง ตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย (inter-rater reliability: IRR) โดยใช้สถิติ Cohen's Kappa หรือ Interclass correlation coefficient (ICC) ได้เท่ากับ 1.00

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเข้าประสานกับหัวหน้าตึกแผนกศัลยกรรม ที่มีกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงถึงเหตุผลความสำคัญ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้รับการฝึกการใช้แบบประเมินจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันก่อนเก็บข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความเข้าใจหรือทดลองใช้ก่อนเก็บข้อมูลจริง

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่มีการวางแผนการผ่าตัด อย่างน้อย 1 วันก่อนการผ่าตัด เพื่ออธิบาย ชี้แจงข้อมูลในการเข้าร่วมงานวิจัย และผู้วิจัยได้อธิบายสิทธิ์ ความเสี่ยง และประโยชน์แก่กลุ่มตัวอย่างก่อนลงนามยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบ ตรวจสอบข้อมูลแล้ววิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ในกรณีข้อมูลขาดหาย (missing data) จัดการข้อมูลโดยใช้วิธีการแทนค่าข้อมูล

#### การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลปัจจัยนำ และปัจจัยกระตุ้น โดยใช้สถิติแบบพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ และปัจจัยกระตุ้นกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่าตัด วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ Univariable analysis โดยใช้การวิเคราะห์ Binomial generalized linear regression model เนื่องจากตัวแปรตาม คือ ภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นชนิดตัวแปรแบบทวิภาค (binary outcome) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และคัดเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Crude relative risk: Crude RR) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .05) วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ Multivariable analysis และคัดเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Adjusted risk ratio: Adjusted RR) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ เลขที่ KFN 16/2020 วันที่ 28 สิงหาคม 2563 และผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เลขที่ COA 170/2563 รับรองวันที่ 30 ตุลาคม 2563 และต่ออายุรับรองครั้งที่ 1 วันที่ 30 ตุลาคม 2564 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงความสมัครใจ ความเสี่ยง ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย รวมถึงอธิบายสิทธิ์ ความเสี่ยง และประโยชน์แก่กลุ่มตัวอย่างก่อนลงนาม และรักษาความลับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ข้อมูลเก็บไว้ในที่ปลอดภัยเป็นเวลา 5 ปี หลังจากโครงการวิจัยเสร็จสิ้นและจะทำลายทิ้งทันที

### ผลการวิจัย

1. อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 676 คน มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 2.66 ไม่เกิดจำนวน 658 คน คิดเป็นร้อยละ 97.34

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำหรือปัจจัยที่มีอยู่เดิม และการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่าตัด แบบ Univariable analysis พบว่า อายุ  $\geq 60$  ปี (Crude RR = 5.27, 95%CI: 1.54 - 18.05,  $p = .008$ ) มีโรคประจำตัว (Crude RR = 11.45, 95%CI: 1.53 - 85.50,  $p = .018$ ) จำนวนโรครวม  $\geq 2$  โรค (Crude RR = 20.78, 95%CI: 2.71 - 159.34,  $p = .004$ ) โรคความดันโลหิตสูง (Crude RR = 4.98, 95%CI: 1.66 - 14.97,  $p = .004$ ) โรคปอด (Crude RR = 6.57, 95%CI: 1.03 - 41.76,  $p = .046$ ) จำนวนยารักษาโรคประจำตัวในช่วง 3 เดือน  $> 2$  ชนิด (Crude RR = 6.84, 95%CI: 1.53 - 30.54,  $p = .012$ ) ความผิดปกติของการมองเห็น (Crude RR = 6.12, 95%CI: 2.29 - 16.31,  $p < .001$ ) ความผิดปกติของการได้ยิน (Crude RR = 7.31, 95%CI: 2.32 - 23.04,  $p = .001$ ) และระดับสภาพร่างกายตาม ASA classification ระดับ III-IV (Crude RR = 22.9, 95%CI: 3.07 - 171.11,  $p = .002$ )

มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำหรือปัจจัยที่มีอยู่เดิม และการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่าตัด (n = 676)

ตัวแปร	เกิด (n = 18)		ไม่เกิด (n = 658)		Crude RR	95%CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>อายุ (ปี)</b>							
<60 ปี	3	.44	344	50.89	1.00		
≥60 ปี	15	2.22	314	46.45	5.27	1.54 - 18.05	.008
<b>เพศ</b>							
ชาย	7	1.04	269	39.79	1.00		
หญิง	11	1.63	389	57.54	.029		.865 <sup>f</sup>
<b>โรคประจำตัว</b>							
ไม่มี	15	2.22	556	82.25	1.00		
มี	3	.44	102	15.09	11.45	1.53 - 85.50	.018
<b>จำนวนโรคร่วม</b>							
ไม่มีโรคร่วม	1	.15	271	40.09	1.00		
1 โรค	6	.89	254	37.57	6.28	.76 - 51.78	.088
≥2 โรค	11	1.63	133	19.67	20.78	2.71 - 159.34	.004
<b>โรคความดันโลหิตสูง</b>							
ไม่มี	4	.59	393	58.14	1.00		
มี	14	2.07	265	39.20	4.98	1.66 - 14.97	.004
<b>โรคปอด</b>							
ไม่มี	17	2.51	653	96.60	1.00		
มี	1	0.15	5	0.74	6.57	1.03 - 41.76	.046
<b>จำนวนยารักษาโรคประจำตัวในช่วง 3 เดือน</b>							
ไม่มี	2	0.30	279	41.27	1.00		
1-2 ชนิด	5	0.74	164	24.26	4.16	.82 - 21.19	
>2 ชนิด	11	1.63	215	31.80	6.84	1.53 - 30.54	.012
<b>การมองเห็น</b>							
ปกติ	13	1.92	623	92.16	1.00		
ผิดปกติ	5	0.74	35	5.18	6.12	2.29 - 16.31	<.001
<b>การได้ยิน</b>							
ปกติ	15	2.22	643	95.12	1.00		
ผิดปกติ	3	0.44	15	2.22	7.31	2.32 - 23.04	.001
<b>ประวัติการสูบบุหรี่</b>							
ไม่สูบบุหรี่	16	2.37	529	78.25			
สูบบุหรี่	2	0.30	129	19.08			.548 <sup>f</sup>

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปร	เกิด (n = 18)		ไม่เกิด (n = 658)		Crude RR	95%CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ประวัติการดื่มสุรา</b>							
ไม่ดื่ม	15	2.22	541	80.03			1.000 <sup>f</sup>
ดื่ม	3	.44	117	17.31			
<b>ภาวะทุพโภชนาการ</b>							
ปกติ	17	2.51	647	95.71			0.279 <sup>f</sup>
ผิดปกติ	1	.15	11	1.63			
<b>ระดับสภาพร่างกายตาม ASA classification</b>							
I – II	1	.15	387	57.25	1.00		
III – IV	17	2.51	271	40.09	22.90	3.07 - 171.11	.002

f = Fisher's exact test

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกระตุ้นและการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่าตัด แบบ Univariable analysis พบว่า การได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด (Crude RR = 3.60, 95%CI: 1.45 - 8.93,  $p = .006$ ) การพร่องออกซิเจนขณะผ่าตัด (Crude RR = 4.022, 95%CI: 1.48 - 10.89,  $p = .006$ ) การเกิดภาวะความดันต่ำในขณะผ่าตัด (Crude RR = 4.022, 95%CI: 1.48 - 10.89,  $p = .006$ ) การนอนหลับไม่เพียงพอ (Crude RR = 39.71, 95%CI: 24.83 - 63.49,  $p < .001$ ) มีการผูกมัดการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (Crude RR = 16.73, 95%CI: 6.93 - 40.38,  $p < .001$ ) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล  $\geq 7$  วัน Crude RR = 4.19, 95%CI: 1.22 - 14.32,  $p = .023$ ) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกระตุ้นและการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่าตัด (n = 676)

ตัวแปร	เกิด (n = 18)		ไม่เกิด (n = 658)		Crude RR	95%CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ระยะเวลาในการดมยาสลบ</b>							
<180 นาที	9	1.33	336	49.71	1.00		
$\geq 180$ นาที	9	1.33	322	47.63	.01		.926
<b>ระยะเวลาในการผ่าตัด</b>							
<120 นาที	9	1.33	352	52.07	1.00		
$\geq 120$ นาที	9	1.33	306	45.27	.09		.769
<b>การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด</b>							
<50 มิลลิลิตร	9	1.33	324	47.93			
$\geq 50$ มิลลิลิตร	9	1.33	334	49.41			.949 <sup>c</sup>

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	เกิด (n = 18)		ไม่เกิด (n = 658)		Crude RR	95%CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>อวัยวะที่ได้รับการผ่าตัด</b>							
ลำไส้	4	.59	115	17.01			.207 <sup>f</sup>
เต้านม	2	.30	53	7.84			
ปอด	1	.15	108	15.97			
อื่น ๆ	11	1.63	382	56.51			
<b>การได้รับเลือด/ผลิตภัณฑ์จากเลือดและสารน้ำ</b>							
ไม่ได้รับ	10	1.48	543	80.33	1.00		
ได้รับ	8	1.18	115	17.01	3.60	1.45 - 8.93	.006
<b>ภาวะพร่องออกซิเจนขณะผ่าตัด</b>							
ไม่มี	13	1.92	604	89.35	1.00		
มี	5	.74	54	7.99	4.02	1.48 - 10.89	.006
<b>การเกิดภาวะความดันต่ำในขณะผ่าตัด</b>							
ไม่มี	13	1.92	604	89.35	1.00		
มี	5	.74	54	7.99	4.02	1.48 - 10.89	.006
<b>การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ</b>							
ไม่มี	1	.15	9	1.33			.238 <sup>f</sup>
มี	17	2.51	649	96.01			
<b>การใส่สายอุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย</b>							
ไม่มี	10	1.48	573	84.76	1.00		< .001
มี	8	1.18	85	12.57	5.02	2.03 - 12.38	
<b>ความเจ็บปวด</b>							
ไม่ปวด	1	.15	141	20.86	1.00		
ปวด	17	2.51	517	76.48	4.52	.61 - 33.68	.141
<b>การนอนหลับ</b>							
ไม่เพียงพอ	1	.15	0	.00	1.00		
เพียงพอ	17	2.51	658	97.34	39.71	24.83 - 63.49	< .001
<b>การผูกยึด การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว</b>							
ไม่มี	8	1.18	621	91.86	1.00		
มี	10	1.48	37	5.48	16.73	6.93 - 40.38	< .001
<b>การรักษาในหอผู้ป่วยหนัก</b>							
ไม่มี	8	1.18	442	65.39			.072 <sup>f</sup>
มี	10	1.48	216	31.95			
<b>จำนวนวันนอนโรงพยาบาล</b>							
<7 วัน	3	.44	305	45.12	1.00		
≥7 วัน	15	2.22	353	52.22	4.19	1.22 - 14.32	.023

C = Chi-square test, f = Fisher's exact test

3. ผลของการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบไม่ฉุฉิน ด้วยการใช้การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (multivariable analysis) ใช้การวิเคราะห์ binomial generalized linear regression model เพื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นในการวิเคราะห์ แต่ยังคงพบปัญหา multicollinearity ระหว่างตัวแปรจึงพิจารณาตัวแปรที่พบปัญหาดังกล่าวออกจากผลการวิเคราะห์ พบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ระดับสภาพร่างกายตาม ASA classification III-IV ( $RR_{adj.} = 9.41, 95\%CI = 2.02 - 43.93, p = .004$ ) ความผิดปกติของการได้ยิน ( $RR_{adj.} = 9.05, 95\%CI = 2.59 - 31.70, p = .001$ ) โรคปอด ( $RR_{adj.} = 8.68, 95\%CI = 1.14 - 66.15, p = .037$ ) ความผิดปกติของการมองเห็น ( $RR_{adj.} = 4.64, 95\%CI = 1.32 - 16.31, p = .017$ ) และ โรคความดันโลหิตสูง ( $RR_{adj.} = 3.40, 95\%CI = 1.37 - 8.43, p = .008$ ) รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบไม่ฉุฉิน (n = 676)

ตัวแปร	Adjusted RR	95%CI	p-value
<b>ระดับสภาพร่างกายตาม ASA classification</b>			
I-II	1.00		
III-IV	9.41	2.02 - 43.93	.004
<b>ความผิดปกติของการได้ยิน</b>			
ปกติ	1.00		
ผิดปกติ	9.05	2.59 - 31.70	.001
<b>โรคปอด</b>			
ไม่มี	1.00		
มี	8.68	1.14 - 66.15	.037
<b>ความผิดปกติของการมองเห็น</b>			
ปกติ	1.00		
ผิดปกติ	4.64	1.32 - 16.31	.017
<b>โรคความดันโลหิตสูง</b>			
ไม่มี	1.00		
มี	3.40	1.37 - 8.43	.008

### การอภิปรายผล

1. อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบไม่ฉุฉิน คิดเป็นร้อยละ 2.66 เมื่อพิจารณาด้านอายุ พบว่าร้อยละ 2.22 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ซึ่งมีความแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาของ He et al. (2024) ที่ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14 - 37 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเก็บข้อมูลตั้งแต่ในห้องพักรักษาตัวหลังผ่าตัดจนผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน และ



แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้เพราะมีการเริ่มติดตามเยี่ยมหลังจากผู้ป่วยย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยหนักหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรมแล้ว นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ ร้อยละ 51.33 เป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และอยู่ในวัยทำงาน อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 92.75 มีทั้งผู้ดูแลเป็นบุตรหลาน ร้อยละ 42.75 อธิบายได้ว่า เมื่อเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาผ่าตัดผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่มีการรับรู้ดีกว่าผู้สูงอายุ สามารถเข้าใจแนวทางการรักษาได้ง่าย ทำให้เกิดการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดได้เร็ว (Longwet et al., 2020) ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวช่วยกันดูแล ทำให้มีกำลังใจและลดความวิตกกังวลได้ นอกจากนี้ พบว่าเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ร้อยละ 4.60 ซึ่งเกิดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ lamaroon et al. (2024) พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดที่ไม่ใช่โรคหัวใจ ร้อยละ 11.6 และอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 41 (Fenta et al., 2025) เนื่องจากผู้สูงอายุมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงและความเสื่อมของร่างกายตามอายุ โดยเฉพาะสารสื่อประสาทที่ส่งผลต่อความจำและพฤติกรรมที่แสดงออก

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉินหลังการควบคุมอติพลของตัวแปรแล้ว พบว่า การประเมินระดับสภาพร่างกายตาม ASA classification ที่อยู่ในระดับสูง (ระดับ III-IV) เป็นปัจจัยทางสรีรวิทยาและพยาธิสภาพที่สะท้อนถึงภาวะเปราะบางของผู้ป่วย ส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดสูงมากขึ้น และสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตภายใน 1 ปี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรค ภายหลังการผ่าตัดจึงมีแนวโน้มของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพิ่มมากยิ่งขึ้น (He et al., 2024; Zhang et al., 2025) ความบกพร่องของประสาทสัมผัสด้านการได้ยิน เป็นอีกปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และร้อยละ 2.22 เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ อาจเนื่องจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุส่งผลต่อประสาทสัมผัสการได้ยิน ทำให้การรับรู้ ความเข้าใจ และการแปลความหมายแย่ง เกิดการสื่อสารคลาดเคลื่อนได้ ร่วมกับการดมยาสลบแบบทั่วร่าง ส่งผลต่อการรับรู้สติ การแปลความคลาดเคลื่อนจนเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ (Foroughi et al., 2025) นอกจากนี้ โรคปอด เป็นปัจจัยด้านโรคร่วมที่ส่งผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้มากกว่าโรคอื่น อาจเป็นไปได้ว่า การพร่องการทำงานของปอดและความสามารถในการนำส่งออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ต่างๆ ทั่วร่างกายลดลง ซึ่งการพร่องออกซิเจนจะส่งผลต่อสารสื่อประสาท การรับรู้และความจำของผู้ป่วย (Nakamura et al., 2025) การบกพร่องของประสาทสัมผัสด้านการมองเห็นเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ เนื่องจากความผิดปกติของการมองเห็นส่งผลต่อรับรู้และการแปลความหมายจากภาพที่เห็นพลาด ในผู้สูงอายุมีสารสื่อประสาท และการทำงานเกี่ยวกับอวัยวะการรับรู้เสื่อมเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ สายตายาว ตาพร่ามัว ต้อลม ต้อกระจกที่ส่งผลต่อการมองเห็น (Foroughi et al., 2025) และโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยของโรคร่วมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด เนื่องจากความผิดปกติของแรงดันในหลอดเลือด ประกอบกับการผ่าตัด และผลจากยาระงับความรู้สึก ส่งผลให้ความสามารถในการปรับปริมาณเลือดไปเลี้ยงร่างกายลดลง ความดันโลหิตลดลง ทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้ (Teng et al., 2024)

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยกระตุ้นทั้งในระยะผ่าตัดที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ได้แก่ การได้รับเลือดและสารน้ำ การมีภาวะพร่องออกซิเจนขณะผ่าตัด และการเกิดภาวะความดันต่ำขณะผ่าตัด อาจจะเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีปริมาณการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดน้อยประมาณ 50 มิลลิลิตร หรือในช่วง 10 - 200 มิลลิลิตร และร้อยละ 18.20 ได้รับเลือดหรือสารน้ำชนิด crystalloid ทดแทนในขณะผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดความดันโลหิตต่ำขณะผ่าตัดและภาวะพร่องออกซิเจนขณะผ่าตัด (Bramley et al., 2021) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiwat et al. (2019) พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดมีการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดในช่วงปริมาณ 60 - 700 มิลลิลิตร และไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ปัจจัยกระตุ้นในระยะหลังผ่าตัดที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ได้แก่ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล  $\geq 7$  วัน อาจจะเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยนับตั้งแต่วันรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมตัวผ่าตัดจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน อยู่ระหว่าง 4 - 11 วัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานประมาณ 19 วัน และอยู่ในช่วง 13-33 วัน (Chaiwat et al., 2019) ประกอบกับวิธีการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นแบบส่องกล้อง โดย 4 อันดับแรก คือ การผ่าตัดทรวงอกแบบแผลเล็กผ่านกล้องวิดีโอ (Video-assisted thoracic surgery) รองลงมา ได้แก่ การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (exploratory laparotomy) การผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง (laparoscopic cholecystectomy) และการผ่าตัดรักษานิ่วในไตโดยการส่องกล้อง (percutaneous nephrolithotomy: PCNL) จึงทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่าและอาจทำให้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของ Inouye et al. (1999) พบว่า ภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดจากการบูรณาการของปัจจัยนำและปัจจัยกระตุ้นซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งปัจจัยที่มีอยู่เดิมในระยะก่อนการผ่าตัด และปัจจัยกระตุ้น ระยะขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาศักยภาพการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในครั้งนี้ต่ำกว่าผลการศึกษาที่มีมาก่อน อาจเป็นเพราะมีการคัดกรองเบื้องต้น และเป็นการผ่าตัดแบบไม่ฉุฉิน และมีการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดมาล่วงหน้าแล้ว นอกจากนี้ พบการจัดการภาวะต่างๆ ขณะและหลังการผ่าตัด เช่น การสูญเสียเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิต การจัดการภาวะพร่องออกซิเจน เป็นต้น รวมทั้ง มีการประเมิน จัดการอาการ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้น พยาบาลควรประเมินและเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

### ข้อจำกัดของการวิจัย

มีหลายปัจจัยตัวแปรที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดแบบไม่ฉุฉิน และไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ความรุนแรงของโรคก่อนผ่าตัด สภาพจิตใจหรือภาวะเจ็บปวดหลังผ่าตัด ซึ่งต้องมียุทธวิธีประเมินโดยบุคคลากรทางสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลด้านศัลยกรรมสามารถนำข้อมูลปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะโรคร่วมเรื้อรัง ภาวะประสาทสัมผัสบกพร่อง และระดับการประเมิน ASA III-IV มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ โดยการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นระยะ ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด หลังการผ่าตัด และก่อนจำหน่าย เพื่อวางแผนการพยาบาลและป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่าตัด พร้อมทั้งบันทึกลงในบันทึกทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการวิจัยและพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน รวมทั้ง การศึกษาติดตามอาการสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อติดตามผลลัพธ์และคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัด

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัย จากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ปีงบประมาณ 2563

## เอกสารอ้างอิง

- Bramley, P., McArthur, K., Blayney, A., & McCullagh, I. (2021). Risk factors for postoperative delirium: An umbrella review of systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 93, 106063. <https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2021.106063>
- Chaiwat, O., Chanidnuan, M., Pancharoen, W., Vijitmala, K., Danpornprasert, P., Toaditthep, P., & Thanakiattiwibun, C. (2019). Postoperative delirium in critically ill surgical patients: Incidence, risk factors, and predictive scores. *BMC Anesthesiology*, 19(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12871-019-0694-x>
- Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. (2024). *Performance statistics for fiscal year 2024*. Medical Records and Medical Statistics Division, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Namamindradhiraj University (in Thai)
- Fenta, E., Teshome, D., Kibret, S., Hunie, M., Tiruneh, A., Belete, A., Molla, A., Dessie, B., & Geta, K. (2025). Incidence and risk factors of postoperative delirium in elderly surgical patients 2023. *Scientific Reports*, 15(1), 1400. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-84554-2>

- Foroughi, E., Brogi, E., Forfori, F., & Hashemi, S. T. (2025). The effect of anesthesia on postoperative cognitive dysfunction in adults undergoing cataract surgery: A systematic review. *BMC Anesthesiology*, *25*(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12871-025-02897-3>
- He, M., Zhu, Z., Jiang, M., Liu, X., Wu, R., Zhou, J., Chen, X., & Liu, C. (2024). Risk factors for postanesthetic emergence delirium in adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*, *36*(3), 190–200. <https://doi.org/10.1097/ANA.0000000000000942>
- Iamaroon, A., Wongviriyawong, T., Sura-Arunsumrit, P., Wiwatnodom, N., Rewuri, N., & Chaiwat, O. (2020). Incidence of and risk factors for postoperative delirium in older adult patients undergoing noncardiac surgery: A prospective study. *BMC Geriatrics*, *20*(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1449-8>
- Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegel, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. *Annals of Internal Medicine*, *113*(12), 941-948. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-113-12-941>
- Kongpatee, K., Augsornwan, D., Setwong, W., Boonrueng, N., & Surakulprapa, P. (2020). Incidence and predictive factors for post-operative delirium among older people. *Srinagarin Medical Journal*, *35*(2), 193-198. (in Thai)
- Lasithiotakis, K., Andreou, A., Migdadi, H., & Kritsotakis, E. I. (2025). Malnutrition and perioperative nutritional rehabilitation in major operations. *European Surgery*, *57*, 188-203. <https://doi.org/10.1007/s10353-025-00863-4>
- Longwet, O., Srimoragot, P., Danaidutsadeekun, S., & Airamaneerat, C. (2020). Impact of early rehabilitation programme on post-open abdominal surgery gastrointestinal patients' ability to perform activities of daily living. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, *35*(2), 32-51. (in Thai)
- Mashayekhi, Y., Ali, A. U. H., Shafique, M. N., Akbari, T., Naz, F., Shaukat, M., Malik, M. A., Rehmat, P., Junaid, M., Fahim, M., & Mubarak, T. (2025). Association between preoperative sleep disturbance and postoperative delirium in adults undergoing elective surgery. *Cureus*, *17*(5), e85114. <https://doi.org/10.7759/cureus.85114>
- Mosharaf, P., Alam, K., Ralph, N., & Gow, J. (2022). Hospital costs of post-operative delirium: A systematic review. *Journal of Perioperative Nursing*, *35*(2), e14-e26. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1165>

- Nakamura, K., Akagi, S., Ejiri, K., Taya, S., Saito, Y., Kuroda, K., Takaya, Y., Toh, N., Nakayama, R., Katanosaka, Y., & Yuasa, S. (2025). Pathophysiology of group 3 pulmonary hypertension associated with lung diseases and/or hypoxia. *International Journal of Molecular Sciences*, *26*(2), 835. <https://doi.org/10.3390/ijms26020835>
- Pipanmekaporn, T., Wongpakaran, N., Mueankwan, S., Dendumrongkul, P., Chittawatanarat, K., Khongpheng, N., & Duangsoy, N. (2014). Validity and reliability of the Thai version of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Clinical Interventions in Aging*, *9*, 879-885. <https://doi.org/10.2147/CIA.S62660>
- Teng, P., Liu, H., Xu, D., Feng, X., Liu, M., & Wang, Q. (2024). Effect of optimizing cerebral oxygen saturation on postoperative delirium in older patients undergoing one-lung ventilation for thoracoscopic surgery. *Journal of International Medical Research*, *52*(9), 3000605241274604. <https://doi.org/10.1177/03000605241274604>
- Zhang, M., Gao, X., Liu, M., Gao, Z., Guo, Y., Chen, L., Liu, Y., Zhang, X., Huang, L., Tong, M., Zou, T., & Sun, Y. (2025). Correlation of preoperative frailty with postoperative delirium and 1-year mortality in Chinese geriatric patients undergoing non-cardiac surgery: A prospective observational cohort study. *International Journal of Surgery*, *111*(1), 1576–1579. <https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000002042>
- Zhao, Q., Wan, H., Pan, H., & Xu, Y. (2024). Postoperative cognitive dysfunction-current research progress. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *18*, 1328790. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2024.1328790>

## บทความวิจัย (Research article)

ประสิทธิผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมี  
ในงานเกษตร ของเกษตรกรผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม  
Effectiveness of Self-modifying Program on Pesticide Prevention Behavior  
among Agricultural Chemicals of Older Farmers  
in Nakhon Pathom Province

พนิตนันท์ แซ่ลิ้ม<sup>1</sup>, อนัญญา โสภณนาค<sup>1\*</sup>, วันเพ็ญ แว่ววีรคุปต์<sup>2</sup>, กรวรรณ สุวรรณสาร<sup>3</sup>  
Panittanan Sealim<sup>1</sup>, Anunya Soponnark<sup>1\*</sup>, Wanpen Waelveerakup<sup>2</sup>, Korawan Suwannasan<sup>3</sup>

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

(Received: August 24, 2025; Revised: December 07, 2025; Accepted: December 12, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลซ้ำนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีในงานเกษตรของเกษตรกรผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ เกษตรกรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครปฐม จำนวน 60 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย และการเลือกแบบเจาะจง เพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน เก็บรวบรวมโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีในงานเกษตร ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัย พบว่า เกษตรกรผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตรภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีในงานเกษตร และระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ ช่วยทำให้เกษตรกรผู้สูงอายุ ที่ต้องใช้สารเคมีในงานเกษตร มีพฤติกรรมป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากสารเคมี จึงควรนำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงจากสารเคมีในการทำงานเกษตร

<sup>1</sup> อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

Instructor, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

Associate Professor, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

**คำสำคัญ:** สารเคมีในงานเกษตร, เกษตรกรผู้สูงอายุ, โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, พฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมี

## Abstract

This quasi-experimental study with a two-group repeated-measures design aimed to examine the effectiveness of a behavioral modification program in enhancing self-protective behaviors against agricultural chemical exposure among older farmers. The program was developed based on the Health Belief Model. The sample consisted of 60 older farmers aged 60 years and above in Nakhon Pathom Province, selected through simple random sampling and purposive sampling, and assigned to an experimental group (n = 30) and a comparison group (n = 30). Data were collected using a self-protective behavior assessment questionnaire for agricultural chemical use, which demonstrated a Cronbach's alpha coefficient of .89. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-tests, and repeated-measures analysis of variance.

The results revealed that older farmers in the experimental group had significantly higher mean scores of self-protective behaviors after participating in the behavioral modification program and at the 8-week follow-up compared with their pre-intervention scores and those of the comparison group ( $p < .05$ ).

These findings indicate that the behavioral modification program was effective in improving self-protective behaviors among older farmers exposed to agricultural chemicals. Therefore, the program should be implemented among older farmers in other areas to reduce chemical-related occupational health risks.

**Keywords:** Agricultural chemicals, Older farmers, Self-modifying program, Pesticide prevention behavior

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีรากฐานสำคัญทางเศรษฐกิจจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เพื่อเพิ่มผลผลิตให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาดที่เติบโตอย่างต่อเนื่อง การใช้สารเคมีทางการเกษตรจึงเป็นที่นิยมอย่างแพร่หลาย จากข้อมูลสถิติการนำเข้าวัตถุดิบอันตรายทางการเกษตรสามอันดับแรกของประเทศไทย พ.ศ. 2564 ประกอบด้วยสารกำจัดวัชพืช สารกำจัดแมลง และสารป้องกันกำจัดโรคพืช พบว่ามีปริมาณรวมสูงถึง 136,101,302.39 กิโลกรัม (National Statistical Office, 2025) แม้สารเคมีเหล่านี้ จะมีส่วนช่วยในการควบคุมโรคและเพิ่มผลผลิต แต่การสัมผัสหรือใช้งาน

อย่างไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ใช้งาน เช่น ก่อให้เกิดปัญหาต่อระบบประสาท ระบบผิวหนัง และระบบทางเดินหายใจ ตลอดจนเป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อม (Nakrathok, 2018)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยได้เข้าสู่ภาวะสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ กล่าวคือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่า สัดส่วนดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเทียบเท่ากับวัยเด็กในอนาคต จากข้อมูลการสำรวจประชากร พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุจำนวน 14.16 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.2 ของประชากรทั้งหมด (National Statistical Office, 2025) และผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงอยู่ในภาคการเกษตร โดยใน พ.ศ. 2567 เกษตรกรผู้สูงอายุมีจำนวน 7,844,640 คน คิดเป็นร้อยละ 55.40 ของเกษตรกรทั้งหมด (National Statistical Office, 2025) ในจังหวัดนครปฐม มีประชากรที่ขึ้นทะเบียนเป็นเกษตรกรผู้สูงอายุจำนวน 171,236 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 18.57 ของประชากรทั้งหมดในจังหวัด (Nakhon Pathom Provincial Agricultural Extension Office, 2022) และมีสารเคมีที่นิยมใช้ทางการเกษตร ได้แก่ กลุ่ม ออร์กาโนฟอสเฟต กลุ่มคาร์บาเมต และไกลโฟเสท อะทราซีน พาราควอท ตามลำดับ (Nakhon Pathom Provincial Agricultural Extension Office, 2022) จากภาวะทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่เสื่อมถอยลง ตามวัย เช่น การทำงานของตับและไตที่ลดลง ทำให้ความสามารถในการขับสารพิษออกจากร่างกายด้อย ประสิทธิภาพลง (Waelveerakup et al., 2023) ส่งผลให้กลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการสะสมสารพิษ ในร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดทั้งพิษแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง การศึกษาในพื้นที่จังหวัดสงขลาพบว่า เกษตรกรมีอาการผิดปกติทางสุขภาพ เช่น หนึ่งตากระตุก แสบจมูก ไอ และปวดศีรษะ (Kaeosanit, 2021) นอกจากนี้ พฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ไม่ถูกต้องยังเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เช่น เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ และอาการทางผิวหนัง (Nakrathok, 2018) และผลการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันตนเองในกลุ่มเกษตรกรสูงอายุจังหวัดนครปฐมพบว่า อยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็นและการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (Waelveerakup et al., 2023)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันตนเองจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อลดความเสี่ยงและส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานของเกษตรกรผู้สูงอายุ ซึ่งจะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อบุคคล มีการรับรู้ถึงความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค รวมถึงการประเมินประโยชน์และอุปสรรคในการลงมือปฏิบัติ ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) (Stretcher & Rosenstock, 1997) ซึ่งส่งผลให้เกษตรกรสวนยางมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงขึ้น (Nusuk, 2018; Hoothaisong et al., 2021) สำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐมยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรม ในอัตราที่สูงและมีการใช้สารเคมีในงานเกษตร มีการปลูกพืชผัก พืชไร่ และทำนา ตามลำดับ (Nakhon Pathom Provincial Agricultural Extension Office, 2022) แนวคิดนี้จึงเป็นสิ่งจูงใจสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและปลอดภัย ผู้วิจัยจึงได้นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีในงานเกษตรของเกษตรกรผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถป้องกัน ตนเองและใช้สารเคมีในงานเกษตรได้อย่างปลอดภัย



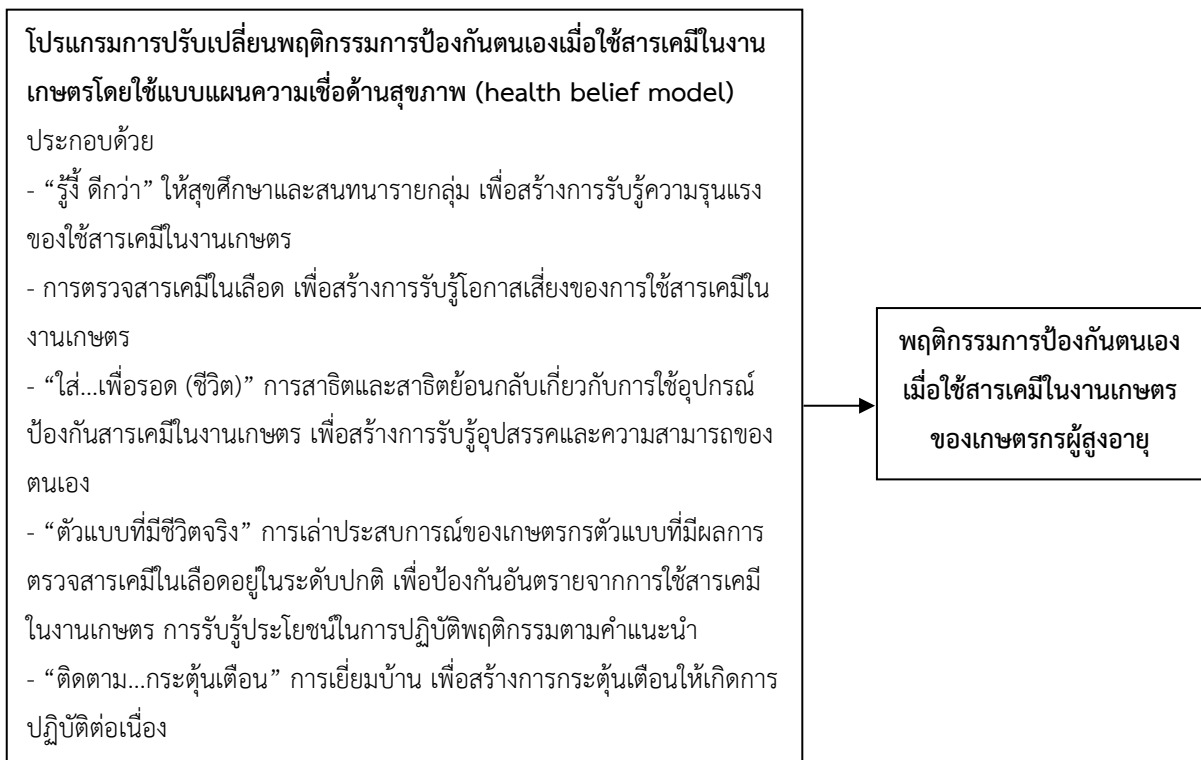
## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตร ระหว่างเกษตรกรผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตร และกลุ่มเปรียบเทียบที่ดำเนินชีวิตตามปกติ ภายหลังจากทดลองทันที และระยะติดตามผล 8 สัปดาห์

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตรของเกษตรกรผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตร ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 8 สัปดาห์

## กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตร ของเกษตรกรผู้สูงอายุ ประยุกต์ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) (Stretcher & Rosenstock, 1997) มี 5 กิจกรรม เพื่อส่งเสริมการรับความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรคและความสามารถของตนเอง และแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในงานเกษตร ซึ่งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตร ของเกษตรกรผู้สูงอายุ โดยมีกรอบแนวคิดงานวิจัย ดังนี้



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ประสิทธิผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตร ของเกษตรกรผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลซ้ำ (two-group repeated-measures design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน - ตุลาคม 2567 มีวิธีดำเนินการวิจัยรายละเอียด ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกร มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดนครปฐม ในปี 2566 จำนวน 171,236 คน (National Statistical Office, 2022)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐมที่ประกอบอาชีพเกษตรกร กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปใช้โปรแกรม G\*Power 3.1.9 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) .80 ค่าความคลาดเคลื่อน (error) .05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) .80 กำหนดจากงานวิจัยของ Piamsin & Rakpravit (2022) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 23 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 รวมเป็น 30 คนต่อกลุ่ม ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับสลาก จาก 7 อำเภอในจังหวัดนครปฐม ได้ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง เป็นกลุ่มทดลอง และตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ประกอบอาชีพเกษตรกรและใช้สารเคมีในงานเกษตรมาแล้วอย่างน้อย 1 ปีและต่อเนื่องถึงปัจจุบัน 2) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) ไม่มีประวัติเป็นโรคปอดและโรคมะเร็ง และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) เลิกทำการเกษตรในรูปแบบการใช้สารเคมีระหว่างการศึกษา 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ครบทุกครั้ง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตร ของเกษตรกรผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) กิจกรรม “รู้ดี ดีกว่า” โดยการให้สุขศึกษารายกลุ่ม 2) การตรวจสอบสารเคมีในเลือด 3) กิจกรรม “ใส่...เพื่อรอด (ชีวิต)” สาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันสารเคมีในงานเกษตร 4) กิจกรรม “ตัวแบบที่มีชีวิตจริง” ในชุมชน โดยการเชิญเกษตรกรตัวแบบที่มีผลการตรวจสอบสารเคมีในเลือดอยู่ในระดับปกติเล่าถึงประสบการณ์การทำงานแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในงานเกษตร 5) กิจกรรม “ติดตาม...กระตุ้นเตือน” โดยการเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ระดับการศึกษา ประเภทของพืชที่ปลูก จำนวนปีที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และระยะเวลาในการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแต่ละครั้ง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตร จำนวน 14 ข้อ นำมาจากการวิจัยของ Waelveerakup et al. (2023) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ก่อนใช้สารเคมี จำนวน 4 ข้อ ขณะใช้สารเคมี จำนวน 4 ข้อ และหลังใช้สารเคมี จำนวน 6 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าเลือกคำตอบปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน คิดคะแนนเฉลี่ยจำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best, 1981)

ระหว่าง 3.61 – 4.00 คะแนน หมายถึง ระดับดี

ระหว่าง 2.31 – 3.60 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 1.00 – 2.30 คะแนน หมายถึง ระดับไม่เหมาะสม

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตร ของเกษตรกรผู้สูงอายุ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตรของวันเพ็ญ แว่ววีรคุปต์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอาชีวอนามัย 2 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 ซึ่งนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเกษตรกรผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จัดทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เพื่อขอความร่วมมือ และขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย นัดหมายกลุ่มตัวอย่างและดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ดังนี้

1) สัปดาห์ที่ 1 - 2 ประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตรของเกษตรกร (pretest) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นให้กลุ่มเปรียบเทียบกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ และจัดกิจกรรม “รู้ดี ดีกว่า” การรับรู้ความรุนแรง และกิจกรรมตรวจสอบสารเคมีในเลือดเพื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของใช้สารเคมีในงานเกษตรในกลุ่มทดลอง

2) สัปดาห์ที่ 3 - 4 กิจกรรม “ใส่...เพื่อรอด (ชีวิต)” โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันสารเคมีในงานเกษตร และกิจกรรม “ตัวแบบที่มีชีวิตจริง” ในชุมชน เพื่อสร้างการรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์

3) สัปดาห์ที่ 5 - 6 ติดตามและการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติด้วยการเยี่ยมบ้าน และประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตรของเกษตรกร (posttest) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

4) สัปดาห์ที่ 8 นัดหมายทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตรของเกษตรกร (follow up) และเปิดโอกาสให้กลุ่มเปรียบเทียบ

เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตรตามความสมัครใจ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และคะแนนจากแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation:  $SD$ ) ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test:  $\chi^2$ )

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตรของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ภายหลังการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ข้อมูลมีการกระจายเป็นปกติ

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตรของกลุ่มตัวอย่างภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measured ANOVA) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ภายหลังการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ข้อมูลมีการกระจายเป็นปกติ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม เลขที่ 038/2566 วันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บในไฟล์เป็นความลับ ผู้เข้าถึงได้คือนักวิจัยที่มีรหัสผ่านเท่านั้น ข้อมูลทุกอย่างเก็บรักษาไว้ 1 ปี หลังจากนั้นข้อมูลถูกทำลายโดยการลบไฟล์ การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมผลการวิจัย และก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงในรายละเอียดการวิจัยและลงนามในเอกสารที่แสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการ

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีทั้งเพศชายและเพศหญิง ทั้ง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน และมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน โดยด้วยการทดสอบไคสแควร์ โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ อายุ 65-69 ปี ร้อยละ 63.34 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 70.00 ปลูกพืชผักสวนครัว ร้อยละ 50.00 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 60.00 และเพียงพอ ร้อยละ 73.30 ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 53.33 และระยะเวลาในการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแต่ละครั้ง น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 76.67 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ อายุ 60-64 ปี ร้อยละ 50.00 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 ปลูกพืชผักสวนครัว ร้อยละ 56.66 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 50.00 และเพียงพอ ร้อยละ 90.00 ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 10-20 ปี ร้อยละ 43.33 และ

ระยะเวลาในการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแต่ละครั้ง น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 76.67 และผลการเปรียบเทียบข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

รายการ	กลุ่มทดลอง (n1 = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n2 = 30)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>						
หญิง	17	56.67	12	40.00	.256	.615
ชาย	13	43.33	18	60.00		
<b>อายุ</b>						
60 - 64 ปี	9	30.00	15	50.00	.266	.969
65 - 69 ปี	19	63.34	13	43.33		
70 - 74 ปี	1	3.33	2	6.67		
74 - 79 ปี	1	3.33	0	0.00		
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	21	70.00	18	60.00	.659	.417
มัธยมศึกษาขึ้นไป	9	30.00	12	40.00		
<b>ประเภทของพืชที่ปลูก</b>						
ข้าว	6	20.00	9	30.00	4.658	.199
พืชผักสวนครัว	15	50.00	17	56.66		
พืชสมุนไพร	1	3.33	2	6.67		
อ้อย ข้าวโพด มัน	8	26.67	2	6.67		
<b>รายได้</b>						
<5,000 บาท	18	60.00	15	50.00	.606	.436
≥5,000 บาท	12	40.00	15	50.00		
<b>ความพอเพียงของรายได้</b>						
เพียงพอ	22	73.30	27	90.00	2.783	.095
ไม่เพียงพอ	8	26.70	3	10.00		
<b>จำนวนปีที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช</b>						
< 10 ปี	16	53.33	9	30.00	3.360	.067
≥ 10 ปี	14	46.67	21	70.00		
<b>ระยะเวลาในการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ชั่วโมง)</b>						
<1 ชั่วโมง	23	76.67	23	76.67	.000	1.000
≥1 ชั่วโมง	7	23.33	7	23.33		

2. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตร ของเกษตรกรผู้สูงอายุ ก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตาม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง (T1) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตร ไม่แตกต่างกัน ( $t = 1.08, p = .282$ ) ในขณะที่หลังการทดลองทันที (T2) และระยะติดตาม (T3) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตรสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 8.71, 8.72, p < .001$ ) ตามลำดับ

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตรของเกษตรกรผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระยะเวลา

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n1 = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n2 = 30)		Mean difference	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ก่อนทดลอง (T1)	2.37	.39	2.27	.33	.10	1.08	.282
หลังทดลองทันที (T2)	2.89	.19	2.27	.33	.61	8.71*	<.001
ระยะติดตาม (T3)	2.89	.19	2.27	.33	.61	8.72*	<.001

\* $p < .001$

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตร ของเกษตรกรผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตาม ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับการวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) พบว่ามีการละเมิดข้อตกลงเรื่องความเป็น sphericity จึงมีการใช้การปรับใช้ค่าของ Greenhouse-Geisser ผลการวิเคราะห์พบว่า คะแนนความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตรโดยรวมของกลุ่มทดลองมีการปรับตัวดีขึ้นตามระยะเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [ $F_{(1,008)} = 58.79, p < .001$ ] รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 การทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตรของเกษตรกรผู้สูงอายุ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
<b>ระหว่างกลุ่ม</b>					
กลุ่ม	8.991	1	8.991	37.081*	<.001
ความคลาดเคลื่อน	14.064	58	.242		
<b>ภายในกลุ่ม</b>					
เวลา	2.802	1.008	2.780	62.099*	<.001
เวลา*กลุ่ม	2.652	1.008	2.632	58.779*	<.001
ความคลาดเคลื่อน	2.671	58.451	.045		

\* $p < .001$

ผลการเปรียบเทียบรายคู่ (post-hoc) โดยวิธีของ Bonferroni พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ระหว่างภายหลัง - ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ( $T2 > T1, p < .001$ ) และระยะติดตาม ( $T3 > T1, p < .001$ ) แต่ระหว่างการทดลองทันที และระยะติดตาม พบว่าไม่แตกต่างกัน ( $T3 > T2, p = .326$ ) ส่วนภายในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันทั้ง 3 ระยะ รายละเอียด ดังตาราง 4

**ตาราง 4** เปรียบเทียบรายคู่ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตรของเกษตรกรผู้สูงอายุตามระยะเวลา

การเปรียบเทียบ	Mean difference	SE	p-value	95%CI	
				Lower	Upper
<b>กลุ่มทดลอง</b>					
T1 vs T2	-.523*	.067	<.001	-.660	-.386
T1 vs T3	-.521*	.067	<.001	-.658	-.384
T2 vs T3	.002	.002	.326	-.002	.005
<b>กลุ่มเปรียบเทียบ</b>					
T1 vs T2	-.008	.005	.084	-.018	.001
T1 vs T3	-.006	.006	.291	.017	.005
T2 vs T3	.002	.005	.611	-.007	.012

\* $p < .001$

### การอภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตรของเกษตรกรผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตรในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ระหว่างก่อน หลังการทดลองทันที และระยะติดตามการเข้าร่วมโปรแกรม ( $T2 > T1, T3 > T1$ ) ในขณะที่ภายในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าการเปลี่ยนแปลงชี้ให้เห็นว่าการออกแบบกิจกรรมตามโปรแกรมตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งกล่าวไว้ว่า หากมีการแทรกแซงหรือการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ในด้านต่าง ๆ บุคคลจะเกิดการตัดสินใจที่จะลงมือปฏิบัติ (Stretcher & Rosenstock, 1997) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้นำไปสู่กระบวนการคิดเพื่อช่วยสนับสนุนให้เกษตรกรผู้สูงอายุ ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตรผ่านกิจกรรมสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง ผ่านกิจกรรม “รู้จริง ดีกว่า” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของสารเคมีและการตรวจสารเคมีในเลือด ช่วยกระตุ้นให้เกษตรกรผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงสารพิษที่ตรวจพบจริงในเลือด ทำให้เกิดความตระหนักถึงโอกาสที่ตนเองจะได้รับสารเคมีเข้าสู่

ร่างกายและเห็นถึงความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นได้จริงในระดับส่วนตน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Walton et al. (2017) ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงส่วนบุคคลเป็นตัวกำหนดความตั้งใจในการป้องกันตนเอง และการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ในสองมิตินี้เป็นขั้นตอนสำคัญที่นำไปสู่การพิจารณาที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ดังผลการศึกษาของ Nusuk (2018) ในเกษตรกรจังหวัดลำปางและจังหวัดบึงกาฬ (Hoothaisong et al., 2021) รวมทั้งกิจกรรม “ใส่...เพื่อรอด (ชีวิต)” และ “ตัวแบบที่มีชีวิตจริง” มีบทบาทในการสร้างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ต่ออุปสรรค และความสามารถในการปฏิบัติผ่านการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Khambu et al. (2022) อธิบายว่าการสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันสารเคมีในงานเกษตรเป็นกลไกสำคัญในการเอาชนะอุปสรรคของการปฏิบัติงานเกษตรที่เสี่ยงต่อสารเคมี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้เห็นตัวอย่างจริงในชุมชนช่วยให้เกษตรกรมองเห็นถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และเป็นการสร้างความเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำมีประโยชน์มากกว่าข้อเสียที่จะได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mkhize and Ncama (2020) ในแอฟริกาใต้ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการใช้อุปกรณ์ป้องกันเป็นองค์ประกอบสำคัญในการเพิ่มพฤติกรรม การป้องกันตนเองของเกษตรกรในการใช้สารกำจัดศัตรูพืช

ส่วนกิจกรรม “ติดตาม...กระตุ้นเตือน” โดยการเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติ ช่วยคงระดับพฤติกรรมในระยะต่อเนื่อง แม้ว่าผลการวิจัยจะพบว่า คะแนนตามแตกต่างของพฤติกรรมในระยะระหว่างหลังการทดลองทันที และระยะติดตามจะไม่แตกต่างกัน ( $T3 > T2, p = .326$ ) แต่ระดับพฤติกรรมก็ไม่ได้ลดต่ำลง ซึ่งให้เห็นว่าการกระตุ้นเตือนเป็นแรงจูงใจไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Stretcher & Rosenstock, 1997) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีในงานเกษตรของเกษตรกรผู้สูงอายุ มีกิจกรรมครอบคลุมองค์ประกอบหลักของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และจัดลำดับกิจกรรมจากการให้สุขศึกษา การรับรู้ความเสี่ยง การสาธิตเชิงปฏิบัติการ การใช้ตัวแบบจริง และการกระตุ้นเตือน ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงจากการรู้คิด ไปสู่การตระหนักและลงมือปฏิบัติพฤติกรรม ผลลัพธ์ยังคงอยู่ในระยะติดตาม 8 สัปดาห์ แสดงให้เห็นถึงลักษณะของความต่อเนื่องของพฤติกรรมที่ไม่ใช่เพียงผลลัพธ์ในระยะสั้น ซึ่ง Stretcher and Rosenstock (1997) ระบุว่า การกระตุ้นองค์ประกอบเหล่านี้ย่อมส่งผลต่อการตัดสินใจลงมือปฏิบัติและรักษาพฤติกรรมไว้ ผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงไม่ใช่เพียงการเรียนรู้เชิงข้อมูล แต่เป็นการตอบสนองต่อโครงสร้างความเชื่อด้านสุขภาพที่เข้มแข็งและต่อเนื่องในระดับบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoothaisong et al. (2021) และ Walton et al. (2017) พบว่า การใช้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพสามารถสร้างความยั่งยืนของพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีในงานเกษตรได้

### ข้อจำกัดของการวิจัย

แม้จะมีการควบคุมตัวแปรพื้นฐานทางประชากร แต่ยังคงมีปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การป้องกันตนเองของเกษตรกร เช่น การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชน การรับรู้ราคาอุปกรณ์ป้องกัน และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ



## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลของโปรแกรมสามารถขยายผลในการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น สำนักงานเกษตรจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้บุคลากรสามารถนำแนวทางและกิจกรรมในโปรแกรมไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประจำปี

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยติดตามผลลัพธ์ของโปรแกรมในระยะยาว 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินผลความยั่งยืนของโปรแกรม และขยายการศึกษาในระดับผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การติดตามค่าสารเคมีในเลือดของผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันตนเองเมื่อใช้สารเคมีในงานเกษตร

## เอกสารอ้างอิง

- Best, J. W. (1981). *Research in education* (4<sup>th</sup> ed.). Prentice Hall.
- Hoothaisong, N., & Padchasuwan, N. H. (2021). The effectiveness of health belief model and health literacy application program for pesticides use dangerous preventing behavior promotion among rubber farmers in Muang Buengkan District, Buengkan Province. *Journal of Health Research and Development. Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*, 7(2), 116-131. (in Thai)
- Kaeosanit, S. (2021). Related factors to cholineste rase enzyme level in farm workers Songkhla Province area. *Journal of Environment Education Medical and Health*, 6(1), 29-35. (in Thai)
- Khambu, P., Kamsong, T., Jongjaroenarasuk, A., & Khumkaew, J. (2022). The effectiveness of protection motivation program on pesticide usage behavior among farmers at Warinchumrab District, Ubon Ratchathani Province. *The Public Health Journal of Burapha University*, 17(1), 60–72. (in Thai)
- Mkhize, N. A., & Ncama, B. P. (2020). The perceived health beliefs of farmworkers on the use of personal protective equipment in KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Agriculture and Rural Development in the Tropics and Subtropics*, 121(2), 163-172.
- Nakhon Pathom Provincial Agricultural Extension Office. (2022). *Basic Agricultural Information of the Province*. <https://nakhonpathom.doae.go.th/> (in Thai)

- Nakrathok, S. (2018). A study of pesticide use behavior and risk attitudes of people in Ban Lueam Municipality, Ban Lueam District, Nakhon Ratchasima Province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 1(2), 1-10. (in Thai)
- National Statistical Office. (2025). *Employment of Older Adults in Thailand, 2024*. [https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey\\_detail/2025/20250327140934\\_65830.pdf](https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20250327140934_65830.pdf) (in Thai)
- Nusuk, N. (2018). Effect of pesticide prevention program by applying health belief model among elder person in SoemSai sub-district, Soemngam district, Lampang province. *Journal of Disease Prevention and Control: DPC.2 Phitsanulok*, 5(2), 1-14. (in Thai)
- Piamsin, T. & Rakprasit, J. (2022). Effects of program of applying protection motivation theory on pesticide prevention behaviors among cassava farmers, Painokyoong sub-district, Hankha district, Chainat province. *Disease Control Journal*, 48(1), 110-119. (in Thai)
- Stretcher, V. J. & Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model. In A. Baum (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp.113-117). Cambridge University Press.
- Waelveerakup, W., Suwannasarn, K., Sealim, P., Pasuwan, D., Boonhao, P., Tadmalee, P., Sriwilai, R., Sutharos, S., & Taphanbun, N. (2023). Personal protection from agricultural chemicals among older farmers in Nakhon Pathom Province. *Interdisciplinary Research Review*, 18(1), 17–22. <https://ph02.tci-thaijo.org/index.php/jtir/article/view/247603>
- Walton, A. L., LePrevost, C. E., Linnan, L., Sanchez-Birkhead, A., & Mooney, K. (2017). Benefits, facilitators, barriers, and strategies to improve pesticide protective behaviors: Insights from farmworkers in North Carolina tobacco fields. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(7), 677. <https://doi.org/10.3390/ijerph14070677>

## บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมการสื่อสารตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน  
ต่อคุณภาพการสื่อสารการส่งต่อของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง  
Effects of a Communication Program Based on the SMCR Model  
via the LINE Application on the Quality of Referral Communication  
among Nurses in a Private Hospital

ยุภาพร เหมือนแสวง<sup>1</sup>, กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร<sup>2\*</sup>, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย<sup>3</sup>  
Yupaporn Muensawang<sup>1</sup>, Kannikar Chatdokmaiprai<sup>2\*</sup>, Phechnoy Singchangchai<sup>3</sup>

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

(Received: September 3, 2025; Revised: December 16, 2025; Accepted: December 16, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการสื่อสารการส่งต่อของพยาบาลกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และกลุ่มควบคุมที่ปฏิบัติตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน กลุ่มละ 35 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัย คือ โปรแกรมการสื่อสารตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน และแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการสื่อสารการส่งต่อ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมพยาบาลกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการสื่อสารการส่งต่อโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 33.64, 11.37, p < .001$ )

โปรแกรมการสื่อสารตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ มีประสิทธิผลในการยกระดับคุณภาพการสื่อสารการส่งต่อของพยาบาลให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และกระชับ ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยในการส่งต่อพัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของพยาบาล และเพิ่มคุณภาพของการบริการพยาบาล

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการสื่อสาร, โมเดลเอสเอ็มซีอาร์, คุณภาพการสื่อสารการส่งต่อ

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Graduate Student (Master of Nursing Science Program), Faculty of Nursing, Christian University

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Christian University

<sup>3</sup> ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Professor, Faculty of Nursing, Christian University

## Abstract

This quasi-experimental research, a two-group pretest–posttest design aimed to compare the mean perceived quality scores of patient referral communication between an experimental group that received the intervention program and a control group that adhered to conventional practice. The purposive sample consisted of 70 professional nurses responsible for patient referral duties at a private hospital. The research instruments included: 1) a communication program based on the SMCR Model delivered via the LINE application, and 2) a perceived quality of referral communication questionnaire, which demonstrated a Cronbach’s alpha coefficient of .98. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results indicated that, after the intervention, the experimental group had a significantly higher mean overall perceived quality score for referral communication compared with both their pre-intervention scores and those of the control group at the .05 level of significance ( $t = 33.64, 11.37; p < .001$ ).

The SMCR Model–based communication program was found to be effective in enhancing the quality of nurses’ referral communication by ensuring that information was correct, complete, clear, and concise. This improvement contributes to enhancing patient referral safety, developing nurses’ information technology skills, and improving the overall quality of nursing services.

**Keywords:** Communication program, SMCR model, Referral communication quality

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปลอดภัยของผู้ป่วยถือเป็นวาระสำคัญระดับโลกที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญตระหนัก โดยในแต่ละปีมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการดูแลที่ไม่ปลอดภัยถึง 3 ล้านคน และ 1 ใน 10 ของผู้ป่วยได้รับอันตรายระหว่างรับบริการสุขภาพ และหนึ่งในกระบวนการที่มีความเสี่ยงสูงสุดคือ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (World Health Organization, 2023) สอดคล้องกับรายงานข้อผิดพลาดทางการแพทย์ร้ายแรง พบว่ามีสาเหตุหลักมาจากการสื่อสารที่ล้มเหลวในระหว่างการส่งมอบงานหรือส่งต่อผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 80 (Alder, 2025) การส่งต่อผู้ป่วยจะดำเนินงานไปได้สำเร็จนั้น ขึ้นอยู่กับคุณภาพของการสื่อสารการส่งต่อระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร การกำหนดกรอบการสื่อสารการส่งต่อ สามารถช่วยลดการละเลยข้อมูลและเพิ่มคุณภาพของข้อมูลที่ส่งต่อ (McCarthy et al., 2025)

ประเทศไทยให้ความสำคัญสูงสุดต่อคุณภาพการสื่อสารการส่งต่อ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัยสูงสุดเช่นกัน โดยมีมาตรการเชิงระบบที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับนโยบายและ

ปฏิบัติการ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศฉบับที่ 8 เรื่อง มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อคุ้มครองผู้ป่วย โดยมีข้อกำหนดสำคัญระบุให้ต้องมีการสื่อสารประสานงานแจ้งสถานพยาบาลที่จะรับไว้ล่วงหน้า พร้อมข้อมูลและเอกสารทางการแพทย์ที่จำเป็น มุ่งลดความเสี่ยงจากการสื่อสารที่ผิดพลาดทั้งในสถานการณ์ปกติและวิกฤต (Medical Service Department, 2023) อีกทั้ง ยังมียุทธศาสตร์สุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth Strategy) พ.ศ. 2560 – 2569 เพื่อพัฒนาระบบดิจิทัลและมาตรฐานข้อมูล ผลการประเมินผลกระทบของระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินอิเล็กทรอนิกส์ (HIS.SANSAI) พบว่าช่วยให้โรงพยาบาลปลายทางเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน (Phanthunane et al., 2025) กระทรวงสาธารณสุขยังมีแพลตฟอร์มดิจิทัล “Health Link” เชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล เน้นย้ำถึงความสำคัญของความสามารถในการทำงานร่วมกันของระบบ และมาตรฐานข้อมูลในการสื่อสารสุขภาพ (Chanmuean, 2022) ดังการศึกษาผลของโปรแกรมการสื่อสารและการสร้างการมีส่วนร่วมต่อประสิทธิภาพการส่งต่อผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาล ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการปรับปรุงการสื่อสารต้องมาพร้อมกับการสร้างความเข้าใจร่วมกัน และการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อ (Pongkamla & Butson, 2023) แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยมุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพการสื่อสารการส่งต่ออย่างเป็นระบบ โดยใช้ทั้งมาตรการเชิงนโยบาย เทคโนโลยีดิจิทัล และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเชิงปฏิบัติการควบคู่กันไป

การสื่อสารทางการแพทย์ถือเป็นหัวใจของการปฏิบัติงานโดยเฉพาะการสื่อสารการส่งต่อผู้ป่วย (referral communication) ซึ่งจัดเป็นรูปแบบการสื่อสารที่มีความเสี่ยงสูง (high-stakes communication) พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ประสานงานหลักในการประเมิน วางแผนดูแล และส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์และทางการแพทย์อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่อง เพื่อประกันความปลอดภัยของผู้ป่วย (Medical Service Department, 2023) การพัฒนาเครื่องมือและระบบการสื่อสารการส่งต่อจึงเป็นส่วนสำคัญในการสื่อสารทางการแพทย์ ดังโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ (SMCR Model) เป็นแบบจำลองการสื่อสารที่เป็นสากลและถูกนำไปใช้ในทุวงการ แต่ในบริบททางการแพทย์ โมเดลนี้ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการเป็นกรอบแนวคิดเชิงวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจและพัฒนาคุณภาพการสื่อสาร โดยอธิบายกระบวนการสื่อสารผ่าน 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ผู้ส่งสาร (S: source) สาร (M: message) ช่องทางการสื่อสาร (C: channel) และผู้รับสาร (R: receiver) (Berlo, 1960) โดยแต่ละองค์ประกอบมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการสื่อสาร เช่น ทักษะการสื่อสาร ความรู้ ทักษะคิด ประสพการณ์ และความคล้อยคลึงด้านสังคมและวัฒนธรรมระหว่างผู้สื่อสาร โมเดลนี้ช่วยให้เข้าใจปัญหาการสื่อสารการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลได้อย่างชัดเจน

การอบรมทักษะการสื่อสารโดยอ้างอิงโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ สามารถเพิ่มทักษะการสื่อสารโดยรวม (Sriwichai & Suriyo, 2022) และเพิ่มความสามารถเชิงปฏิบัติ (Chen et al., 2024) ซึ่งต้องมีปฏิสัมพันธ์แบบสองทิศทาง (two-way communication) ในการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (Pun et al., 2020) ผู้บริหารทางการแพทย์มีบทบาทในการจัดการกระบวนการส่งต่อ จึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพการสื่อสารการส่งต่อตามองค์ประกอบของโมเดลเอสเอ็มซีอาร์เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันทุกฝ่าย และลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากความคลาดเคลื่อนของข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรส่งเสริมการใช้หลักการสื่อสารที่มีคุณภาพ ตามแนวทางของ LaCharity et al. (2019) ได้แก่ ถูกต้อง (correct) ครบถ้วน

(complete) ชัดเจน (clear) และกระชับ (concise) เพื่อยกระดับความปลอดภัยและประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับในปัจจุบันมีบัญชีไลน์แบบทางการ (LINE Official Account) เป็นช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และสามารถสื่อสารได้สองทิศทาง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ที่เน้นการโต้ตอบที่ทันท่วงที ในประเทศไทยมีแอปพลิเคชัน “หมอพร้อม” ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัลหลักของกระทรวงสาธารณสุขไทยที่ได้ใช้บัญชีไลน์แบบทางการเป็นช่องทางหลักในการเข้าถึงบริการต่าง ๆ โดยมีการถ่ายโอนและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา (Reungrang et al., 2023) นอกจากนี้ บัญชีไลน์แบบทางการยังสามารถนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาล โดยพยาบาลสามารถประสานงานและโต้ตอบได้อย่างราบรื่นและทันท่วงที (Phochai et al., 2024)

สถานการณ์การสื่อสารการส่งต่อของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนที่ศึกษานี้ เป็นการส่งต่อที่แผนกผู้ป่วยนอก (outpatient department: OPD) ไปยังโรงพยาบาลปลายทาง โดยอิงตามมาตรฐาน Joint Commission International (JCI) ซึ่งเดิมใช้เจ้าหน้าที่ธุรการแผนกประสานการแพทย์ในการปฏิบัติงานทุกขั้นตอนและได้ปรับเปลี่ยนให้พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยแทน แต่การเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อจำเป็นต้องขอข้อมูลผ่านศูนย์ประสานการแพทย์ เช่น ข้อมูลติดต่อโรงพยาบาลปลายทาง เป็นต้น ซึ่งพบปัญหาเชิงระบบในการบริหารจัดการการสื่อสารการส่งต่อ ได้แก่ 1) ด้านผู้ส่งสาร: พยาบาลผู้ส่งต่อมาจากหลายแผนก มีพื้นฐานและทักษะในการสื่อสารส่งต่อแตกต่างกัน 2) ด้านช่องทางการสื่อสารสำหรับติดต่อกับโรงพยาบาลปลายทาง: มีหลายช่องทางทั้งโทรศัพท์ แฟกซ์ อีเมล และการใช้ไลน์ส่วนตัวของพยาบาล ส่งผลให้ส่งข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน และ 3) ด้านองค์ประกอบของตัวสาร: ข้อมูลติดต่อโรงพยาบาลปลายทางไม่ถูกรวบรวมไว้ในที่เดียวกัน แบบฟอร์มเดิมมีข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง และไม่มี ความชัดเจน ส่งผลให้การส่งต่อขาดความคล่องตัวและไม่มีประสิทธิภาพ และญาติผู้ป่วยร้องเรียนเรื่องความล่าช้าในการส่งตัวผู้ป่วย จากปัญหาการสื่อสารการส่งต่อข้างต้น และมีงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพการสื่อสารการส่งต่อโดยตรงน้อยมาก ผู้วิจัยจึงสนใจนำโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ประยุกต์ใช้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์แบบทางการ เพื่อช่วยลดช่องว่างของการสื่อสารแบบเดิมที่กระจุกกระจาย โดยพยาบาลสามารถระบุข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย จัดเตรียมเอกสารการส่งต่อผู้ป่วย และดำเนินการตามกระบวนการสื่อสารการส่งต่อตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชันได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน กระชับ และเป็นระบบ การนำแนวทางดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการสื่อสารการส่งต่อระหว่างพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งและศูนย์ประสานการแพทย์หรือโรงพยาบาลปลายทาง เพิ่มคุณภาพการสื่อสารการส่งต่อของพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

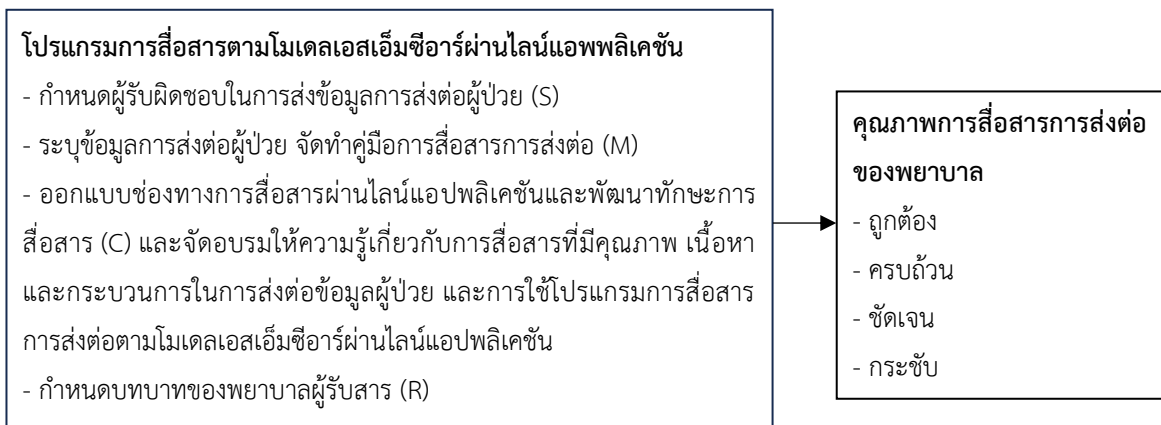
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้คุณภาพการสื่อสารการส่งต่อของพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์ แอปพลิเคชันกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้คุณภาพการสื่อสารการส่งต่อของพยาบาลกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน

## สมมติฐานการวิจัย

หลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน พยาบาลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการสื่อสารการส่งต่อของสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการสื่อสารตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อคุณภาพการสื่อสารการส่งต่อของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง สร้างขึ้นตามโมเดลการสื่อสารเอสเอ็มซีอาร์ (SMCR) (Berlo, 1996) ดังนี้ 1) ผู้ส่งสาร (S: sender) คือ พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลเอกชนที่ศึกษา เป็นการสื่อสารระหว่างพยาบาลผู้ส่งสารที่แผนกผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่ธุรการแผนกประสานการแพทย์ 2) สาร (M: message) คือ ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย 12 รายการ และผลการตรวจประเภทต่าง ๆ 3) ช่องทางการสื่อสาร (C: channel) ออกแบบช่องทางการสื่อสารผ่านบัญชีไลน์แบบทางการศูนย์ประสานการแพทย์ พัฒนาทักษะการสื่อสาร และจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารที่มีคุณภาพ เนื้อหาและกระบวนการในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย และการใช้โปรแกรมการสื่อสารการส่งต่อตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน และ 4) กำหนดบทบาทของพยาบาลผู้รับสาร (R: receiver) คือ ศูนย์ประสานการแพทย์และ/หรือโรงพยาบาลปลายทาง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการสื่อสารการส่งต่อของพยาบาล ตามหลักการสื่อสารที่มีคุณภาพของ LaCharity et al (2019) โดยมีกรอบแนวคิด ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการสื่อสารตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อคุณภาพการสื่อสารการส่งต่อของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน พ.ศ. 2568 รายละเอียด ดังนี้

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลเอกชนระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 84 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ซึ่งปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยนอก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power (Faul, et al., 2007) สำหรับสถิติการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน การทดสอบทางเดียว กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .90 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (error) เท่ากับ .05 ขนาดของอิทธิพล (effect size) ขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 (Kenny, 1987) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 56 คน เพื่อป้องกันการสูญหายหรือขอยุติการเข้าร่วมวิจัย (drop out) จึงได้ปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Gray et al., 2013) โดยคำนวณจากสูตร  $N_1 = n/(1-d)$  ของ Gupta et al. (2016) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 2) มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ยังไม่หมดอายุ 3) ปฏิบัติหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยมาอย่างน้อย 3 เดือน 4) ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษาต่อ/ การลาคลอด และ 5) สมัยใจเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาของโปรแกรม และมีเกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือ ถูกย้ายไปทำงานแผนกอื่น หรือเจ็บป่วย จนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้

คัดเลือกแบบกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) และคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (cluster randomization) ตามแผนกที่ปฏิบัติงาน โดยมีเงื่อนไขว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต้องไม่ปฏิบัติงานในแผนกที่อยู่ในอาคารเดียวกัน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสื่อสารตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อคุณภาพการสื่อสารการส่งต่อของพยาบาล ใช้ระยะเวลาในการทดลอง จำนวน 6 สัปดาห์ ซึ่งมีกิจกรรม ดังนี้ 1) กำหนดผู้รับผิดชอบในการส่งข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย 2) ระบุข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยและจัดทำคู่มือการสื่อสารการส่งต่อ 3) ออกแบบช่องทางการสื่อสารผ่านไลน์แอปพลิเคชันและพัฒนาทักษะการสื่อสาร โดยจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารที่มีคุณภาพ เนื้อหาและกระบวนการในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย และการใช้โปรแกรมการสื่อสารการส่งต่อตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ระยะเวลาดำเนินการ 2.5 ชั่วโมง และ 4) กำหนดบทบาทของพยาบาลผู้รับสาร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นอ้างอิงจากแนวคิดหลักการสื่อสารที่มีคุณภาพตามแนวทางของ LaCharity et al. (2019) มี 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการประกอบวิชาชีพพยาบาล ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วย ประสบการณ์การศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาล แผนกที่ปฏิบัติงาน และการเข้ารับการอบรมการสื่อสารกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย โดยให้เลือกตอบและเติมคำตอบ



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการสื่อสารการส่งต่อ จำนวน 100 ข้อ จำแนกเป็น 4 ด้าน ๆ ละ 25 ข้อ ได้แก่ 1) การสื่อสารการส่งต่อถูกต้อง 2) การสื่อสารการส่งต่อครบถ้วน 3) การสื่อสารการส่งต่อชัดเจน และ 4) การสื่อสารการส่งต่อกระชับ มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) ให้คะแนนระหว่างระดับสูงมาก เท่ากับ 5 คะแนน ตามลำดับ จนถึงระดับต้องปรับปรุง เท่ากับ 1 คะแนน คิดคะแนนเฉลี่ย และกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (Best & Kahn, 2014)

ระหว่าง 4.50 - 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับสูงมาก

ระหว่าง 3.50 - 4.49 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ระหว่าง 2.50 - 3.49 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 1.50 - 2.49 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

ระหว่าง 1.00 -1.49 คะแนน หมายถึง ระดับต้องปรับปรุง

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการสื่อสารตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน และแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการสื่อสารการส่งต่อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเชี่ยวชาญในสาขาการบริหารการพยาบาล วิชาการพยาบาล และนวัตกรรมการพยาบาล ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาสาระ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามทั้งฉบับ (scale-level content validity index: S-CVI) เท่ากับ .95 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างวิจัย จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .98

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ระยะก่อนการทดลอง

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือจากผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และขั้นตอนการวิจัย และทำความเข้าใจเรื่องการเข้าถึงและใช้ข้อมูลในหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วย
2. ผู้วิจัยติดต่อพยาบาลผู้ปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยทั้งในแผนกที่จะถูกจัดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยด้วยตนเอง โดยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายขั้นตอนในการใช้งานโปรแกรมการสื่อสารโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน และระยะเวลาในการทดลอง รวมถึงชี้แจงเรื่องการรักษาสิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัย
3. กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการสื่อสารการส่งต่อก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pretest)

ระยะทดลอง พยาบาลวิชาชีพกลุ่มควบคุมปฏิบัติการสื่อสารเพื่อส่งต่อตามแนวทางปฏิบัติ  
เดิม และพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลอง เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมการสื่อสารตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่าน  
ไลน์แอปพลิเคชัน โดยมีรายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมของโปรแกรมการสื่อสารตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ในโรงพยาบาล  
เอกชนแห่งหนึ่ง

ครั้งที่	กิจกรรม
1	<b>ประเมินการรับรู้ในการแก้ปัญหาการสื่อสารการส่งต่อผู้ป่วย (1.5 ชั่วโมง)</b>
สัปดาห์ที่ 1	ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา เพื่อนำมาใช้ในการออกแบบเนื้อหาเอกสารประกอบการส่งต่อผู้ป่วยและ พัฒนาไลน์แอปพลิเคชัน
2	<b>ฝึกอบรมการสื่อสารการส่งต่อผู้ป่วย (2.5 ชั่วโมง)</b>
สัปดาห์ที่ 2	- “การสื่อสารภาพลักษณ์องค์กร การสื่อสารและติดต่อประสานงานในองค์กรเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพในการทำงาน และการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วม” - “วิธีปฏิบัติงานตามคู่มือปฏิบัติงานการสื่อสารการส่งต่อ” และให้พยาบาลทดลองใช้โปรแกรม ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน
3	<b>การฝึกปฏิบัติจริง</b>
สัปดาห์ที่ 2 - 6	พยาบาลกลุ่มทดลองนำความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรมไปปฏิบัติงานส่งต่อจริง และผู้วิจัยติดตาม การใช้โปรแกรมโดยส่งไฟล์ Google Form สำหรับบันทึกข้อคิดเห็นในแต่ละรายสัปดาห์ต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

ระยะหลังการทดลอง เมื่อครบ 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้ทราบ  
ถึงการสิ้นสุดการเข้าร่วมการทดลอง และให้ตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (posttest)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และคะแนนการรับรู้คุณภาพการสื่อสารการส่งต่อ โดย  
ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard  
deviation:  $SD$ )

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้คุณภาพการสื่อสารการส่งต่อของพยาบาล  
ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชันกับกลุ่มควบคุมที่  
ได้รับการปฏิบัติตามปกติ โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบอิสระต่อกัน (independent t-test) และเปรียบเทียบ  
คะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการสื่อสารการส่งต่อของพยาบาลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารตาม  
โมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชันของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน  
(paired t-test) ซึ่งผ่านการทดสอบข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (normality) โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk มีค่า  
 $p\text{-value} > .05$  และทดสอบความเท่าเทียมของความแปรปรวน (equal of variance) โดยใช้สถิติ  
Levene's test

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ น. 22/2567 อนุมัติในวันที่ 20 พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยมีการรักษาความลับของข้อมูล โดยใช้เลขรหัสแทนการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในรูปแบบผลรวมกลุ่ม ตามที่ผู้ยินดีเข้าร่วมการทดลองใช้งานได้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และทำลายข้อมูล หลังจากบทความวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่เรียบร้อยแล้ว

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า พยาบาลกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.71 มีช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 42.86 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 85.71 สถานะโสด ร้อยละ 65.71 มีประสบการณ์ในการประกอบวิชาชีพพยาบาลมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 34.29 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยมากกว่า 24 เดือน ร้อยละ 82.86 ไม่เคยมีประสบการณ์การศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาล (เพิ่มเติม) ร้อยละ 68.57 และไม่เคยเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการสื่อสารส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 88.57 ในขณะที่กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.43 มีช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 48.57 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 82.86 สถานะโสด ร้อยละ 57.14 มีประสบการณ์ในการประกอบวิชาชีพพยาบาลมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 40.0 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยมากกว่า 24 เดือน ร้อยละ 100.00 ไม่เคยมีประสบการณ์การศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาล (เพิ่มเติม) ร้อยละ 74.29 และเคยเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการสื่อสารส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 97.14 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลโดยสถิติการทดสอบ Chi-square และ Fisher's Exact พบว่าไม่แตกต่าง ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลกลุ่มทดลองและควบคุม

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>					.57	.45 <sup>a</sup>
หญิง	30	85.71	32	91.43		
ชาย	5	14.29	3	8.57		
<b>อายุ</b>					.84	.27 <sup>a</sup>
25-30 ปี	4	11.43	4	11.43		
31-40 ปี	5	14.29	12	34.29		
41-50 ปี	15	42.86	17	48.57		
50 ปีขึ้นไป	11	31.43	2	5.71		
<b>ระดับการศึกษา</b>					.11	.74 <sup>a</sup>
ปริญญาตรี	30	85.71	29	82.86		
ปริญญาโท	5	14.29	6	17.14		

ตาราง 2 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพ					1.36	.51 <sup>a</sup>
โสด	23	65.71	20	57.14		
สมรส	12	34.29	15	42.86		
ประสบการณ์ในการประกอบวิชาชีพพยาบาล					1.71	.97 <sup>a</sup>
1-5 ปี	9	25.71	6	17.14		
6-10 ปี	5	14.29	6	17.14		
11-15 ปี	9	25.71	9	25.71		
มากกว่า 15 ปี	12	34.29	14	40.00		
ประสบการณ์ในการในการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วย					-	.34 <sup>b</sup>
7-12 เดือน	2	5.71	0	0.00		
13-24 เดือน	4	11.43	0	0.00		
มากกว่า 24 เดือน	29	82.86	35	100.00		
ประสบการณ์การศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาล (เพิ่มเติม)					.28	.57 <sup>a</sup>
ไม่เคย	24	68.57	26	74.29		
เคย	11	31.43	9	25.71		
ประสบการณ์การอบรมการสื่อสารกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย						
ไม่เคย	31	88.57	1	2.86	.15	1.01 <sup>a</sup>
เคย	4	11.43	34	97.14		

a = Chi-square test, b = Fisher's Exact test

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้คุณภาพการสื่อสารการส่งต่อของพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารตามตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชันกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการสื่อสารการส่งต่อของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ( $M = 4.63, SD = .31$ ) ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.40, SD = .57$ ) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและในทุกด้าน ( $t = 11.37, p < .001$ ) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการทดสอบที คะแนนการรับรู้คุณภาพการสื่อสาร การส่งต่อของพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ด้าน	กลุ่มทดลอง (n = 35)			กลุ่มควบคุม (n = 35)			Mean difference	t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ			
ถูกต้อง	4.67	.33	สูงมาก	3.47	.59	ปานกลาง	1.20	10.44*	<.001
ครบถ้วน	4.56	.31	สูงมาก	3.35	.55	ปานกลาง	1.21	11.34*	<.001
ชัดเจน	4.63	.30	สูงมาก	3.37	.59	ปานกลาง	1.26	11.25*	<.001
กระชับ	4.67	.33	สูงมาก	3.40	.57	ปานกลาง	1.67	11.66*	<.001
โดยรวม	4.63	.31	สูงมาก	3.40	.57	ปานกลาง	1.63	11.37*	<.001

\* $p < .05$

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการสื่อสารการส่งต่อของพยาบาลกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ผลการวิจัยพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการสื่อสารอยู่ในระดับต่ำ ( $M = 1.85, SD = .39$ ) แต่ภายหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมในระดับสูงมาก ( $M = 4.63, SD = .31$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและในทุกด้าน ( $t = -33.64, p < .001$ ) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการทดสอบที คะแนนการรับรู้คุณภาพการสื่อสาร การส่งต่อของพยาบาลกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 35)

ด้าน	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			Mean difference	t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ			
ถูกต้อง	1.90	.40	ต่ำ	4.67	.33	สูงมาก	-2.77	-29.59*	<.001
ครบถ้วน	1.86	.40	ต่ำ	4.56	.31	สูงมาก	-2.70	-33.33*	<.001
ชัดเจน	1.84	.40	ต่ำ	4.63	.30	สูงมาก	-2.79	-33.62*	<.001
กระชับ	1.81	.39	ต่ำ	4.67	.33	สูงมาก	-2.86	-37.47*	<.001
โดยรวม	1.85	.39	ต่ำ	4.63	.31	สูงมาก	-2.78	-33.64*	<.001

\* $p < .05$

### การอภิปรายผล

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการสื่อสารการส่งต่อของพยาบาลในกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสื่อสารตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน อย่างยิ่งในการยกระดับคุณภาพการสื่อสารการส่งต่อของผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากโปรแกรมมีองค์ประกอบ ครบถ้วนตามทฤษฎีเอสเอ็มซีอาร์ (Berlo, 1996) สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามองค์ประกอบ ดังนี้

ด้านผู้ส่งสาร กำหนดให้พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินการส่งสารตลอดกระบวนการ ซึ่งเป็นการสร้างความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ และกระตุ้นให้พยาบาลสามารถระบุข้อมูลกระบวนการส่งต่อ จัดเตรียมเอกสาร และดำเนินการตามกระบวนการสื่อสารรูปแบบใหม่ได้ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยกิจกรรมตามโปรแกรมซึ่งเป็นการพัฒนาทักษะและความสามารถของพยาบาลในฐานะผู้ส่งสารนี้ เป็นหัวใจสำคัญที่นำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการสื่อสารโดยรวม สอดคล้องกับผลการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสารโดยใช้โมเดลเอสเอ็มซีอาร์ของโรงพยาบาลพะเยา ส่งผลให้พยาบาลมีทักษะการสื่อสารที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (Sriwichai & Suriyo, 2018) และโปรแกรมนี้นี้มีการจัดเตรียมเนื้อหาและรายละเอียดข้อมูล (สาร) ที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วย โดยจัดทำในรูปแบบของคู่มือปฏิบัติงานการส่งต่อผู้ป่วยที่มีโครงสร้างชัดเจนซึ่งแปลงมาจากแนวทางเดิมให้สอดคล้องกับขั้นตอนการปฏิบัติงานการสื่อสารที่เกิดขึ้นจริง จึงส่งเสริมให้สารที่ส่งนั้น ครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจน และกระชับการมีสารที่มีคุณภาพนี้สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าโปรแกรมสื่อสารที่มีโครงสร้างช่วยเพิ่มความครบถ้วนและคุณภาพของสาร ดังงานวิจัยของ Phochai et al. (2024) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งผ่านบัญชีทางการของแอปพลิเคชันไลน์พบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้คุณภาพการให้บริการของพยาบาลเครือข่ายดีขึ้น ซึ่งบ่งชี้ว่าการใช้โครงสร้างกำหนดสารส่งต่อต่อคุณภาพข้อมูลที่ถูกส่งต่อ นอกจากนี้ งานวิจัยของ Pongkamla, & Butson (2023) พบว่า โปรแกรมการสื่อสารส่งต่อให้ประสิทธิภาพการส่งต่อผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งชี้ให้เห็นว่า สารที่มีคุณภาพสูงตามคู่มือ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลผู้รับสารสามารถปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง ลดความสับสน และนำไปสู่การรับรู้คุณภาพการสื่อสารโดยรวมของกลุ่มทดลองดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ด้านช่องทางการสื่อสาร ได้มีการจัดการช่องทางการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลให้เป็นระบบมากยิ่งขึ้น โดยเปลี่ยนจากการปฏิบัติแบบเดิมที่ใช้กระดาษอย่างเดียว มาเป็นการใช้เทคโนโลยีผ่านไลน์แอปพลิเคชันในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนประสานงานระหว่างบุคลากรในองค์กร เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ยังคงดำเนินการในรูปแบบเดิม สอดคล้องกับงานวิจัยที่นำแอปพลิเคชันไลน์แบบบัญชีทางการมาใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง (Phochai et al., 2024) นอกจากนี้ โปรแกรมได้กำหนดองค์ประกอบผู้รับสารในบริบทของการส่งต่อผู้ป่วยนอก ช่วยให้ผู้ส่งสารสามารถระบุข้อมูลและจัดเตรียมเอกสารการส่งต่อได้ตรงตามเป้าหมายการสื่อสารที่มีคุณภาพ ทั้งในด้านความถูกต้อง ครบถ้วน และชัดเจน (LaCharity et al., 2019) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Ling et al. (2020) ที่ศึกษาผลของการใช้ระบบการส่งต่ออิเล็กทรอนิกส์ (electronics referral system) พบว่า ระบบที่มีการกำหนดโครงสร้างและมาตรฐานในการส่งต่อข้อมูลล่วงหน้าอย่างชัดเจน ช่วยให้พยาบาลผู้รับสารสามารถทำความเข้าใจข้อมูลได้ง่ายขึ้น มีเวลาเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า และลดภาระงานในการค้นหาข้อมูลที่ขาดหายไป ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้ส่งสารสามารถส่งต่อสารที่มีคุณภาพสูง ไม่เพียงแต่เป็นการปรับปรุงทักษะของผู้ส่งสารเท่านั้น แต่ยังเป็นการลดความเสี่ยงที่เกิดจากการสื่อสารที่ผิดพลาดและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยในขั้นตอนการรับดูแล (receiving care) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาคุณภาพการสื่อสารการส่งต่อ

## ข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น และมีระยะเวลาการทดลองสั้น อีกทั้ง โปรแกรมการสื่อสารตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใหม่ และยังไม่ได้ศึกษาประสิทธิภาพมาก่อน จึงอาจนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงได้อย่างจำกัด

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการสื่อสารตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชันไปเป็นแนวปฏิบัติในการอบรมพยาบาล เพื่อการสื่อสารส่งต่อผู้ป่วยที่สะดวก รวดเร็ว และปลอดภัย

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทขององค์กร โดยมีการพัฒนาระบบการให้บริการข้อความไลน์ตอบกลับอัตโนมัติ (Line Messaging API) เพื่อให้เกิดการสื่อสารแบบสองทางที่สะดวกและรวดเร็ว

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสื่อสารตามโมเดลเอสเอ็มซีอาร์ผ่านไลน์แอปพลิเคชันที่เชื่อมต่อกับแฟ้มประวัติอิเล็กทรอนิกส์หลักของโรงพยาบาล เพื่อดึงข้อมูลทั้งหมดของแผนกผู้ป่วยใน และแผนกอื่น ๆ ได้อย่างครบถ้วน รวมทั้ง สามารถแสดงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลภาพถ่ายทางการแพทย์ให้พยาบาลเห็นได้แบบทันที หรือเชื่อมต่อกับแพลตฟอร์มอื่น และใช้ปัญญาประดิษฐ์เพื่อช่วยในการตัดสินใจและเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร โดยวัดผลลัพธ์ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- Alder, S. (2025). Effects of poor communication in healthcare. *The HIPAA Journal*.  
<https://www.hipaajournal.com/effects-of-poor-communication-in-healthcare>
- Berlo, L. K. (1996). *The process of communication*. Holt, Rinehart and Winston.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2014). *Research in education* (10<sup>th</sup> ed.). Pearson Education.
- Chanmuean, Y. (2022). Health communication of the Public Health Ministry: The case study of the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Journal of Health Science of Thailand*, 31(Suppl 1), 62-73. (in Thai)
- Chen, Q., Jin, Y., Zhong, L., Li, Y., Fu, L., Zhang, W., & Xu, Q. (2024). Application effect of the online and offline mixed education mode in nursing practice based on the SMCR communication model. *Frontiers in Medicine*, 11, 1350975.  
<https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1350975>

- 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>
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Burns, N. (2013). *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice* (6<sup>th</sup> ed.). Elsevier.
- Gupta, K. K., Attri, J. P., Singh, A., Kaur, H., & Kaur, G. (2016). Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 10(3), 328–331. <https://doi.org/10.4103/1658-354X.174918>
- Kenny, D. A. (1987) *Statistics for the social and behavioral sciences*. Little, Brown and Company.
- LaCharity, L. A., Kumagai, C. K., & Bartz, B. (2019). *Prioritization, delegation and assignment* (4<sup>th</sup> ed). Mosby.
- Ling, R., Poorisat, T., & Chib, A. (2018). Mobile phones and patient referral in Thai rural healthcare: A structuration view. *Information, Communication & Society*, 23(3), 358-373. <https://doi.org/10.1080/1369118X.2018.1503698>
- McCarthy, S., Motala, A., Lawson, E., & Shekelle, P. G. (2025). Use of structured handoff protocols for within-hospital unit transitions: a systematic review from Making Healthcare Safer IV. *BMJ Quality & Safety*, 0, 1-11. <https://10.1136/bmjqs-2024-018385>
- Medical Service Department. (2023). *Patient referral operation manual: Hospitals under the Medical Division*. Medical Service Department (in Thai)
- Nokin, P. (2025). Effects of knowledge combined with interaction via LINE application on blood pressure level in the prehypertensive group. *Northern Science and Technology Journal*, 6(1), 1–14. (in Thai)
- Phanthunane, P., Wattanasaovaluk, K., Suwatmakin, A., Suksak, A., Tangchaisuriya, U., Tonmukayakul, U., Ratchadaporn, N., Kowatcharakul, W., & Patmasirawat, D. (2025). Digitalizing Emergency Referral System and its Evaluation in Northern Thailand. *Healthcare Informatics Research*, 31(3), 235-244. <https://doi.org/10.4258/hir.2025.31.3.235>
- Phochai, S., Sritoomma, N., & Aree, P. (2024). Effects of the cancer patient information referral program for treatment with LINE official account on rate of patient hospitalization and quality of usage of the fifth health region cancer network nurses. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*, 18(2), 27–41. (in Thai)



- 
- Pongkamla, J., & Butson, A. (2023). Effects of communication and participation program on the effectiveness of patient referral at Nam Yuen Hospital, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Health Promotion and Environmental Health Center* 9, 17(4), 856–867. (in Thai)
- Pun, J., Chan, E. A., Eggins, S., & Slade, D. (2020). Training in communication and interaction during shift-to-shift nursing handovers in a bilingual hospital: A case study. *Nurse Education Today*, 84, 104212. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104212>
- Reungrang, P., Arundee, S., & Thammachalai, A. (2023). Access to health services through the application of Mohprompt of people in the area of Nonthaburi Province. *Journal of Management and Local Innovation*, 10(1), 136–153. (in Thai)
- Sriwichai, P., & Suriyo, N. (2018). The effects of an informational program on communication skills of professional nurses at Phayao Hospital. *Thai Red Cross Journal of Nursing*, 15(3), 168-181. (in Thai)
- World Health Organization. (2023) *High-value referrals: Learning from challenges and opportunities of the COVID-19 pandemic concept paper*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/367955/WHO-EURO-2023-7452-47219-69202-eng.pdf?sequence=1>



## บทความวิจัย (Research article)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 ในบริบทหลังการระบาดของ

ของโควิด 19: การศึกษาภาคตัดขวาง

Quality of Life of Diabetes Patients in Health Region 5 in the Post-COVID-19 Pandemic Context: A Cross-Sectional Study

กันตภณ เชื้อฮ้อ<sup>1</sup>, วรินทร์ รักษมณ<sup>2\*</sup>, กมลพร แพทย์ชีพ<sup>3</sup>, กมล สนิทธรรม<sup>4</sup>

Kantaphon Chueahor<sup>1</sup>, Warin Rakkamon<sup>2\*</sup>, Kamonporn Patcheep<sup>1</sup>, Kamon Sanittham<sup>4</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: warin.rak@mahidol.ac.th)

(Received: November 12, 2025; Revised: December 21, 2025; Accepted: December 22, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 512 ราย ที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 5 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยเบาหวานฉบับภาษาไทย (Diabetes-39 Thailand: D-39) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกไบนารีแบบย้อนกลับ ผลการศึกษาพบว่า

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.76, SD = .83$ )

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมในการรักษา ( $OR_{adj} = 3.466, 95\%CI = 1.253 - 9.590$ ) การได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานมานานมากกว่า 10 ปี ( $OR_{adj} = 1.801, 95\%CI = 1.208 - 2.685$ ) ประกอบอาชีพค้าขาย/

<sup>1</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

<sup>2</sup> อาจารย์ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล

Instructor, Faculty of Physical Therapy, Mahidol University

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

<sup>4</sup> อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Instructor, Faculty of Science and Technology, Chiang Mai University

ธุรกิจส่วนตัว ( $OR_{adj} = .501, 95\%CI = .270 - .929$ ) และการมีรายได้มากกว่า 12,000 บาท ( $OR_{adj} = .440, 95\%CI = .236 - .821$ )

ผลการศึกษา ชี้ให้เห็นว่าการใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมในการรักษา และระยะเวลาเจ็บป่วยยาวนาน เป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในขณะที่รายได้และการประกอบอาชีพเป็นปัจจัยลดโอกาสในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงควรเน้นการดูแลรักษาเชิงรุกในกลุ่มเปราะบางทางคลินิก และทางเศรษฐฐานะควบคู่กับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตในบริบทหลังการระบาดของโควิด 19

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิต, เบาหวานชนิดที่ 2, บริบทหลังการระบาดของโควิด 19

## Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine the level of quality of life (QoL) and identify factors associated with QoL among patients with type 2 diabetes mellitus in Health Region 5 in the post-COVID-19 pandemic context. The sample consisted of 512 patients with type 2 diabetes receiving care at primary healthcare facilities in Health Region 5, selected using multistage random sampling. Data were collected using a demographic questionnaire and the Thai version of the Diabetes-39 Quality of Life Questionnaire (D-39 Thailand). Data were analyzed using descriptive statistics and backward binary logistic regression. The results are as follows:

1. The overall quality of life of patients with type 2 diabetes was at a moderate level ( $M = 3.76, SD = 0.83$ ).

2. Factors significantly associated with quality of life at the .05 level included combined insulin injection therapy ( $OR_{adj} = 3.466, 95\% CI = 1.253-9.590$ ), duration of diabetes longer than 10 years ( $OR_{adj} = 1.801, 95\% CI = 1.208-2.685$ ), self-employment or business occupation ( $OR_{adj} = 0.501, 95\% CI = 0.270-0.929$ ), and monthly income greater than 12,000 baht ( $OR_{adj} = 0.440, 95\% CI = 0.236-0.821$ ).

These findings suggest that insulin therapy and longer duration of illness are associated with improved quality of life, whereas occupation and income are associated with poorer quality of life. Therefore, proactive and comprehensive nursing care should focus on clinically and socioeconomically vulnerable groups, in conjunction with strengthened social support, to enhance quality of life in the post-COVID-19 era.

**Keywords:** Quality of life, Type 2 Diabetes Mellitus, Post-COVID-19

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยมีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 4 ล้านคน ในปี 2555 เป็น 6.1 ล้านคน ในปี 2564 (International Diabetes Federation, 2023) โดยมีแนวโน้มอัตราการป่วยและอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่อง (Division of Non-Communicable Diseases, Ministry of Public Health, 2021) แม้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะเป็นเป้าหมายหลักของการรักษา แต่ข้อมูลจาก NCD ClinicPlus ปี 2564 ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานทั่วประเทศสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 29.15 และพบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันร้อยละ 2.18 (Health Data Center, Ministry of Public Health, 2021) นอกจากนี้ผลลัพธ์ทางคลินิกแล้ว คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life: HRQoL) ยังถือเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สะท้อนมุมมองของผู้ป่วยโดยตรง ทั้งในมิติความสามารถในการทำกิจกรรม การรับรู้สุขภาพ อารมณ์ และผลกระทบจากโรค ซึ่งสามารถทำนายความสามารถในการจัดการโรคและการรักษาของผู้ป่วยได้ (Tamornpark et al., 2022) และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Asrie et al., 2025) ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการรักษาที่มุ่งเน้นพฤติกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ทั้งการรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกาย และความร่วมมือในการรักษา ซึ่งส่งผลทั้งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานถูกประเมินในภาพรวมครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ การควบคุมเบาหวาน (diabetes control: DC) ความวิตกกังวล (anxiety and worry: AW) ภาระทางสังคม (social burden: SB) เพศสัมพันธ์ (sexual functioning: SF) และความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า (energy and mobility: EM) ตามแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes-39 Thailand: D-39) ฉบับภาษาไทย (Songraksa & Luekitbandith, 2009) ซึ่งมีความจำเพาะต่อโรคเบาหวานโดยไม่ได้ประเมินแค่ความรู้สึก แต่เป็นการประเมินระดับความยากลำบากที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หรือภาระจากการต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ซึ่งแบบสอบถาม D-39 ฉบับภาษาไทยนี้ ได้รับการแปลอย่างเข้มงวดและผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงทางจิตวิทยา (psychometrically validated) จึงเชื่อมั่นว่าสอดคล้องกับบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมและบริบทของไทย

สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากข้อจำกัดในการดำรงชีวิตและเงื่อนไขการควบคุมโรค ทั้งการใช้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Jacob et al., 2021) และส่งผลกระทบต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย ทั้งในด้านอาหาร ยา และการออกกำลังกาย (Rose & Scibilia, 2021) สำหรับในประเทศไทย ภายหลังกระทรวงสาธารณสุขมีประกาศยกเลิกโรคโควิด 19 จากโรคติดต่ออันตราย และปรับเป็นโรคติดต่อต้องเฝ้าระวัง ในช่วงปลายปี พ.ศ.2565 พบว่าจำนวนของผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 5 เพิ่มขึ้นจาก 311,315 คน ในปีงบประมาณ 2565 เป็น 339,022 คน ในปีงบประมาณ 2567 และแม้ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีจากร้อยละ 30.51 ในปีงบประมาณ 2565 เป็นร้อยละ

35.10 ในปีงบประมาณ 2567 แต่ก็ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมากกว่าร้อยละ 40 ได้ (Health Data Center, Ministry of Public Health, 2024)

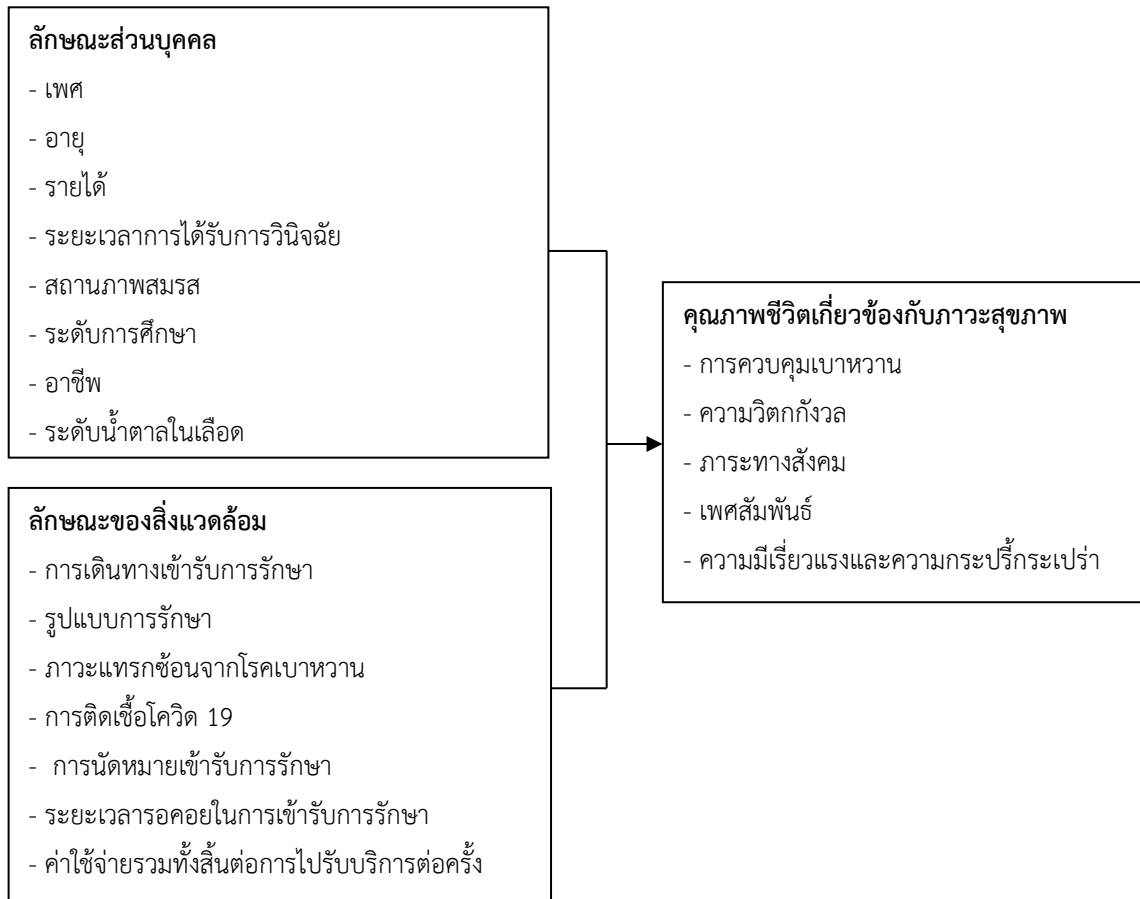
จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครอบคลุมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 24,346 ราย โดยรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จำนวน 35 เรื่องของ Teli et al. (2023) พบว่า ปัจจัยทางสังคมและประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส เพศ รายได้ต่อเดือน การศึกษา ถิ่นที่อยู่ และการยึดเหนี่ยวทางศาสนา ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย ได้แก่ โรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรค และการรักษาด้วยอินซูลิน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ กิจกรรมทางกาย ความร่วมมือในการใช้ยา และความถี่ในการตรวจระดับน้ำตาล รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัว ล้วนเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 ในช่วงหลังสถานการณ์โควิด-19 เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนบริการและกำหนดมาตรการสนับสนุนผู้ป่วยในบริบทดังกล่าว และเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ (health-related quality of life: HRQoL) ของ Ferrans et al. (2005) ซึ่งอธิบายไว้ว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล (characteristics of the individual) และลักษณะของสิ่งแวดล้อม (characteristics of the environment) ที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยคัดเลือกศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานจากการทบทวนวรรณกรรม จำแนกเป็น 1) ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การเดินทาง เข้ารับการรักษา ระยะเวลารอคอยในการเข้ารับการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษา และระดับน้ำตาลในเลือด 2) ลักษณะของสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การเดินทางเข้ารับการรักษา รูปแบบการรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การติดเชื้อโควิด 19 การนัดหมายเข้ารับการรักษา ระยะเวลารอคอยในการเข้ารับการรักษา และค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้นต่อการไปรับบริการต่อครั้ง (Sroisong et al., 2019; Suthipol, 2022; Teli et al., 2023) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



**ภาพ** กรอบแนวคิดในการวิจัย เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 ในบริบทหลังการระบาดของโควิด 19: การศึกษาภาคตัดขวาง

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) ซึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ 8 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 5 ได้แก่ กาญจนบุรี ราชบุรี สุพรรณบุรี เพชรบุรี นครปฐม ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม ระหว่างเดือนเมษายน - พฤศจิกายน 2567 รายละเอียด ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน) ในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 316,304 ราย ข้อมูล ณ 13 พฤษภาคม 2566 รายละเอียด ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง คือ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน) ในเขตสุขภาพที่ 5 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากประชากรซึ่งคำนวณโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (1970) เนื่องจากต้องการความแม่นยำในการคำนวณและปรับค่าความคลาดเคลื่อนได้ โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (error) เท่ากับ .05 ระดับความเชื่อมั่น เท่ากับ 3.841 สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (p) เท่ากับ .50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 384 คน เนื่องจากการเก็บข้อมูลถูกดำเนินการกระจายใน 8 จังหวัด จึงมีโอกาส

ของการสูญหายของข้อมูลได้มาก จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 30 (Srisuttiyakorn, 2014) รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 512 ราย

กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้วินิจฉัยด้วยโรคเบาหวานตามรหัส ICD 10: E11 3) มีประวัติการรักษาในสถานบริการภาครัฐ 4) สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ย้ายที่อยู่หรือไม่สามารถติดต่อได้ 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันหรือรุนแรง (เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ไตวาย เบาหวานทำลายจอประสาทตา แผลเบาหวานเรื้อรัง) ก่อนเข้าร่วมการศึกษา (เพื่อลดความลำเอียงของความยากลำบากในการรักษาโรคต่อคุณภาพชีวิต) และ 3) ให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยขั้นตอนแรกเป็นการสุ่มเลือกอำเภอ จำนวน 1 อำเภอของแต่ละจังหวัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากการจับฉลาก จากนั้นทำการสุ่มเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต. หรือ โรงพยาบาลชุมชน) ภายในอำเภอที่สุ่มได้ เพื่อกำหนดเป็นพื้นที่เป้าหมายในการเก็บข้อมูล และในขั้นตอนสุดท้าย ทำการสุ่มเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่มีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลของหน่วยบริการนั้น ๆ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้วิธีการจับฉลากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจนครบตามจำนวนที่คำนวณไว้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ จำแนกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระดับน้ำตาลในเลือด

1.2 ปัจจัยด้านคลินิก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ การเดินทางเข้ารับการรักษา รูปแบบการรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การติดเชื้อโควิด 19 การนัดหมายเข้ารับการรักษา ระยะเวลารอคอยในการเข้ารับการรักษา ค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้นต่อการไปรับบริการต่อครั้ง

2. แบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes-39 Thailand: D-39) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาและแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย Songraksa and Luekitbandith (2009) จำนวน 39 ข้อ แบ่งเป็น 5 มิติ ได้แก่ การควบคุมเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ ความวิตกกังวล จำนวน 4 ข้อ ภาระทางสังคม จำนวน 5 ข้อ เพศสัมพันธ์ จำนวน 3 ข้อ และความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 7 ระดับ ระหว่างไม่มีผลกระทบเลย เท่ากับ 1 คะแนนตามลำดับ ไปจนถึงมีผลกระทบอย่างมาก เท่ากับ 7 คะแนน คิดคะแนนเฉลี่ย จำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best, 1981)

ค่าเฉลี่ย 1.00–3.00 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 3.01–5.00 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 5.01–7.00 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเริ่มด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของข้อความกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) ระหว่าง .67 – 1.00 สำหรับแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes-39 Thailand: D-39) ฉบับภาษาไทย (Songraksa & Luekitbandith, 2009) ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือจากศูนย์ทรัพยากรสิรินทางปัญญามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้รับการทดสอบแล้วว่ามีตรงตามเนื้อหาในทุกมิติอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และมีค่าความเชื่อมั่นในมิติเพศสัมพันธ์ การควบคุมเบาหวาน ความมีเรี่ยวแรง ความวิตกกังวล ภาระทางสังคม และปัญหาสุขภาพอื่นและโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เท่ากับ .88, .94, .94, .89, .76 และ .83 ตามลำดับ นำเครื่องมือการวิจัยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมารับบริการในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 30 ราย พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ .84

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 5
2. พบผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ช่วยนักวิจัยในแต่ละจังหวัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
3. มอบหมายให้ผู้ช่วยนักวิจัยนัดหมายผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละพื้นที่ที่ได้รับการคัดเลือก และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์คัดเลือก เพื่อประชุมชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยตามเอกสารแสดงการยินยอมโดยการบอกกล่าว เปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ และลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม (informed consent) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที และรวบรวมแบบสอบถามส่งกลับให้ผู้วิจัย
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถาม และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยนักสถิติที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (blinded analyst) ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคลินิก และคะแนนจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation:  $SD$ )
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (binary logistic regression) โดยวิธี Backward Method: Wald Statistics ซึ่ง



ทำการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (univariate analysis) ใช้ค่าสถิติ Crude Odds Ratio ( $OR_{crude}$ ) และค่าความเชื่อมั่น 95% Confidence Interval (CI) จากนั้นนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์มาวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariate analysis) ใช้ค่าสถิติ Adjusted Odds Ratio ( $OR_{adj}$ ) และค่าความเชื่อมั่น 95% Confidence Interval (CI)

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของลักษณะทางการวิจัยที่ดี และขอคำปรึกษาทางจริยธรรมการวิจัย โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี เอกสารรับรองหมายเลข BCNR-IRB2024-01 ลงวันที่ 1 ธันวาคม 2566 และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เอกสารรับรองหมายเลข คจม.พบ.016/2567 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2567

### ผลการวิจัย

1. ระดับคุณภาพชีวิตแยกตามรายมิติของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19 ผลการวิจัย พบว่า มิติความวิตกกังวล ความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า การควบคุมเบาหวาน ภาระทางสังคม และเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.91, 3.91, 3.87, 3.56, 3.56; SD = .79, .88, .77, .98, .79$  ตามลำดับ) และมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.76, SD = .83$ )

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19 แยกรายมิติ ( $n = 512$ )

มิติ	$M$	$SD$	ระดับ
การควบคุมเบาหวาน	3.87	.79	ปานกลาง
ความวิตกกังวล	3.91	.88	ปานกลาง
ภาระทางสังคม	3.56	.77	ปานกลาง
เพศสัมพันธ์	3.56	.98	ปานกลาง
ความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า	3.91	.77	ปานกลาง
โดยรวม	3.76	.83	ปานกลาง

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19 สามารถจำแนกออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ จำนวน 205 คน คิดเป็นร้อยละ 40.03 และระดับปานกลาง จำนวน 307 คน คิดเป็นร้อยละ 59.97

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19 ในด้านปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ได้แก่ เพศหญิง ( $OR_{crude} = 4.171, 95\%CI = .405 - .982$ ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 12,000 บาท ( $OR_{crude} = 4.693, 95\%CI = .251 - .933$ ) อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ( $OR_{crude} =$

4.530, 95%CI = .264 - .947) และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย มากกว่า 10 ปี ( $OR_{crude} = 6.556$ , 95%CI = 1.137 - 2.624) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19 (n = 512)

ปัจจัย	ต่ำ (n = 205)		ปานกลาง (n = 307)		Crude OR	p- value	95%CI
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>เพศ</b>							
ชาย	61	11.91	100	19.53	1.000		
หญิง	144	28.13	207	40.43	4.171	.041*	.405 - .982
<b>อายุ (M = 60, SD = 12)</b>							
< 60 ปี	94	18.36	139	27.15	1.000		
> 60 ปีขึ้นไป	111	21.68	168	32.81	.082	.774	.613 - 1.440
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>							
≤ 12,000 บาท	151	30.44	256	51.61	1.000		
> 12,000 บาท	47	9.48	42	8.47	4.693	.030*	.251 - .933
<b>สถานภาพสมรส</b>							
อยู่คนเดียว	67	13.16	122	23.97	1.000		
อยู่กับคู่สมรส	136	26.72	184	36.15	2.112	.146	.485 - 1.113
<b>ระดับการศึกษา</b>							
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	137	26.86	221	43.33	1.000		
สูงกว่าประถมศึกษา	67	13.14	85	16.67	.290	.590	.533 - 1.430
<b>อาชีพ</b>							
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	53	10.37	97	18.98	1.000		
เกษตรกร/รับจ้าง	85	16.63	130	25.44	.192	.661	.547 - 1.467
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	47	9.20	41	8.02	4.530	.033*	.264 - .947
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ เอกชน	9	1.76	18	3.52	1.955	.162	.734 - 6.371
อื่น ๆ	11	2.15	20	3.91	.963	.326	.614 - 4.326
<b>ระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัย</b>							
≤ 10 ปี	136	26.56	164	32.03	1.000		
> 10 ปีขึ้นไป	69	13.48	143	27.93	6.556	.010*	1.137 - 2.624
<b>ระดับน้ำตาลในเลือด (M = 149, SD = 10.60)</b>							
> 126 mg%ขึ้นไป	119	23.29	189	36.99	1.000		
≤ 126 mg%	86	16.83	117	22.90	.098	.754	.628 - 1.401

\*  $p < .05$

ในขณะที่ ปัจจัยลักษณะของสิ่งแวดล้อม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ได้แก่ รูปแบบการรักษาใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมในการรักษา ( $OR_{crude} = 4.816$ ,  $95\%CI = 1.134 - 9.248$ ) ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของปัจจัยลักษณะของสิ่งแวดล้อม กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19 (n = 512)

ปัจจัย	ต่ำ (n = 205)		ปานกลาง (n = 307)		Crude OR	p- value	95%CI
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>รูปแบบการรักษา</b>							
ควบคุมอาหารอย่างเดียว	13	2.54	15	2.94	1.000		
ใช้ยาปรับปรมาณอย่างเดียว	179	35.03	246	48.14	.616	.433	.611 - 3.157
ใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมในการรักษา	13	2.54	45	8.81	4.816	.028*	1.134 - 9.248
<b>ภาวะแทรกซ้อนหรืออาการร่วมจากโรคเบาหวาน</b>							
มี	66	13.02	112	22.09	1.000		
ไม่มี	137	27.02	192	37.87	.007	.933	.634 - 1.518
<b>การติดเชื้อโควิด 19</b>							
เคย	155	30.27	227	44.34	1.000		
ไม่เคย	50	9.77	80	15.63	.028	.868	.096 - 1.601
<b>การนัดหมายเพื่อเข้ารับการรักษาโรคเบาหวาน</b>							
≤ทุก 3 เดือน	156	30.47	229	44.73	1.000	1.000	
>ทุก 3 เดือน	49	9.57	78	15.23	1.104	.940	.085 - 1.430
<b>การเดินทางไปรับการรักษา</b>							
รถเช่า/รถโดยสารประจำทาง	149	29.10	233	45.51	1.000		
รถส่วนบุคคล	56	10.94	74	14.45	2.542	.111	.385 - 1.103
<b>ระยะเวลารอคอยในการเข้ารับการรักษา</b>							
> 3 ชั่วโมงต่อครั้ง	49	9.57	78	15.23	1.000		
≤3 ชั่วโมงต่อครั้ง	156	30.47	229	44.73	.025	.874	.107 - 1.391
<b>ค่าใช้จ่ายรวมในการไปรับบริการต่อครั้ง</b>							
> 1,000 บาทต่อครั้ง	54	10.61	74	14.54	1.000		
< 1,000 บาทต่อครั้ง	150	29.47	231	45.38	.291	.589	.721 - 1.777

\*  $p < .05$

คัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19 จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ เพศหญิง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 12,000 บาท อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย มากกว่า 10 ปี และการใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมในการ

รักษา เข้าวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่าค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายแตกต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\chi^2 = 6.848, p < .05$ ) เมื่อพิจารณาค่า *Adjusted OR* พบว่า ปัจจัยลักษณะของสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมในการรักษา ( $OR_{adj} = 3.466, 95\%CI = 1.253 - 9.590$ ) และการได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานมานานมากกว่า 10 ปี ( $OR_{adj} = 1.801, 95\%CI = 1.208 - 2.685$ ) เป็นปัจจัยเพิ่มโอกาสที่จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ในขณะที่ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ การมีรายได้มากกว่า 12,000 บาท ( $OR_{adj} = .440, 95\%CI = .236 - .821$ ) และอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ( $OR_{adj} = .501, 95\%CI = .270 - .929$ ) เป็นปัจจัยลดโอกาสที่จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 รายละเอียด ดังตาราง 4

**ตาราง 4** ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยโลจิสติก ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการแพร่ระบาดของโควิด 19

ปัจจัย	$\beta$	S.E.	Adjusted OR	95% CI	p-value
เพศหญิง	-.394	.219	.674	.439 - 1.036	.072
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน > 12,000 บาท	-.821	.318	.440**	.236 - .821	.010
อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.692	.316	.501*	.270 - .929	.028
การรักษาโดยใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมในการรักษา	1.243	.519	3.466*	1.253 - 9.590	.017
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป	.588	.204	1.801**	1.208 - 2.685	.004

Model Chi-square 6.848,  $p < .05$ , Nagelkerke  $R^2 = 0.09$  Percentage correct = 64.70

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

### การอภิปรายผล

1. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19 พบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.76, SD = .83$ ) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในมิติด้านความวิตกกังวล ความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า รองลงมาคือ การควบคุมเบาหวาน ภาระทางสังคม และต่ำสุดในด้านเพศสัมพันธ์ ( $M = 3.91, 3.91, 3.87, 3.56, 3.56; SD = .79, .88, .77, .98, .79$  ตามลำดับ) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ Mongkonvorapilad (2024) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 ในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน (เขตสุขภาพที่ 11) ทุกมิติอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าบริบทของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แม้กลุ่มตัวอย่างยังคงสามารถดำเนินชีวิตความเป็นอยู่ได้เป็นปกติ แต่การรับรู้ว่าตนเองว่า การควบคุมเบาหวาน ความวิตกกังวล ภาระทางสังคม และปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์อาจถูกรบกวน จนส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงจากเดิม

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า การใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมในการรักษา และระยะเวลาในการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานนานมากกว่า 10 ปี เป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นประมาณ 3.5 เท่า ( $OR_{adj} = 3.466$ ) และ 1.8 เท่า ( $OR_{adj}$ ) ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากการป่วยเป็นเบาหวานมานาน ทำให้เข้าใจถึงปัจจัยและบริบทที่ส่งผลต่อตนเองในการควบคุมเบาหวาน เพื่อไม่ให้เป็นการแก่ผู้อื่น ในขณะที่ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานาน (น้อยกว่า 10 ปี) ยังคงมีความยากลำบากในการดำรงชีวิตประจำวันของตนมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Wutha (2024) ที่พบว่า ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากอาจมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองมาอย่างยาวนาน แต่อย่างไรก็ตาม บุคคลกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสาธารณสุข หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีพอ เช่นเดียวกับกลุ่มที่ต้องใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมในการรักษา ซึ่งอาจมีสาเหตุเนื่องมาจากความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น (disease severity) มีภาวะตับอ่อนทำงานลดลง และส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งการใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมในการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น จึงเพิ่มโอกาสในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 149 mg% ( $SD = 10.6$ ) ซึ่งแสดงว่ามีการควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ในระดับพอใช้ แต่ยังไม่ถึงเป้าหมายที่ดี (good control) สอดคล้องกับการคาดการณ์ความต้องการอินซูลินตามเป้าหมายระดับน้ำตาลสะสม (A1c) พบว่า ภายในปี 2030 ทั่วโลกมีความต้องการในการใช้อินซูลินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 20 โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งมีอัตราการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว (Horlyck-Romanovsky & Sumner, 2019)

ผลการศึกษาพบว่า การประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว และการมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 12,000 บาท เป็นปัจจัยที่ลดโอกาสการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ( $OR_{adj} = .501, .440; p < .01, .05$  ตามลำดับ) ซึ่งอาจเกิดจากการที่เมื่อสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 คลี่คลายลงกลุ่มตัวอย่างจำเป็นต้องหารายได้ให้มากขึ้นเพื่อให้มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic status: SES) ที่ดีกว่าเดิม เนื่องจากรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ซึ่งต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยของครัวเรือนทั่วประเทศอย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่ารายได้เฉลี่ยของประเทศจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหลังสถานการณ์โควิด-19 (National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society, 2024) เช่นเดียวกับสถานการณ์ของผู้ป่วยเบาหวานที่ประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวที่จำเป็นต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงไปของวิถีการใช้ชีวิตของผู้คนที่กลายเป็นการใช้ชีวิตวิถีใหม่ พฤติกรรมการบริโภคและตัดสินใจซื้อสินค้าก็เปลี่ยนไปจากเดิมนิยมซื้อสินค้าตามร้านค้าทั่วไปหันไปซื้อสินค้าออนไลน์มากขึ้น พฤติกรรมการชำระเงินโดยใช้ระบบออนไลน์เพิ่มสูงขึ้น แม้ว่าการระบาดของโควิด-19 เริ่มลดลง ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกจึงจำเป็นต้องปรับกลยุทธ์ธุรกิจและปรับเปลี่ยนช่องทางการขายเพื่อความอยู่รอดของธุรกิจในยุคหลังโควิด-19 อาทิเช่น การใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย การบริหารจัดการร้านอย่างเป็นระบบ การบริหารคลังสินค้า การเพิ่มช่องทางขายในรูปแบบร้านค้าออนไลน์

ควบคู่กับการขายผ่านหน้าร้านการจัดหาสินค้าและบริการที่หลากหลายตรงตามความต้องการ การพัฒนาธุรกิจให้กลายเป็นร้านค้าปลีกอัจฉริยะ ซึ่งจะได้รับความสะดวกและการยอมรับจากผู้บริโภคมากขึ้น (Boonkwang et al., 2023) ซึ่งอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบริหารจัดการเวลาเพื่อการจัดการสุขภาพของตนเองได้ไม่เพียงพอ จนส่งผลกระทบต่อการใช้คุณภาพชีวิตที่ดี

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ เน้นบริบท "หลังการระบาดของโควิด-19" แต่เนื่องจากการศึกษาแบบตัดขวาง จึงไม่มีข้อมูลพื้นฐาน (baseline data) จากก่อนการระบาด มาเปรียบเทียบกับ ทำให้การอภิปรายผลที่เชื่อมโยงกับบริบทหลังโควิด-19 เป็นเพียงการอนุมานโดยเปรียบเทียบกับวรรณกรรมอื่นเท่านั้น จึงไม่สามารถสรุปปัจจัยที่มีอิทธิพล (Influence factors) ที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการศึกษานี้ได้ รวมทั้ง เป็นการเก็บข้อมูลแบบรายงานตนเอง (self-report) ซึ่งอาจมีอคติจากความคาดเคลื่อนในการระลึกข้อมูล (recall bias) และจากความพึงพอใจทางสังคม (social desirability bias) ซึ่งผู้ตอบอาจมีแนวโน้มตอบในสิ่งที่คิดว่าสังคมยอมรับได้เท่านั้น เช่น การติดเชื้อโควิด 19 หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่ไม่ได้มีการยืนยันจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการทางสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 5 ควรพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพที่ยืดหยุ่น เพื่อการจัดการสุขภาพเชิงรุกสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผู้ประกอบการอิสระ เช่น คลินิกเบาหวานนอกเวลาหรือให้บริการผ่านระบบทางไกล (Telehealth) เพื่อลดอุปสรรคด้านการบริหารเวลา และผลกระทบต่อรายได้ รวมทั้ง การยกระดับระบบการเข้าถึงอินซูลินในกลุ่มที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเป้าหมาย และการสร้างเสริมทักษะชีวิตในยุคดิจิทัล เพื่อลดความวิตกกังวล และการปรับตัวในวิถีชีวิตใหม่ ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยและพัฒนาแอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการการจัดการตนเองแบบดิจิทัล ที่มีระบบการแจ้งเตือนอัจฉริยะ เพื่อการบริหารเวลาอย่างสมดุล ชีวิตและการทำงาน และระบบติดตามทางไกล (Tele-monitoring) เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ลดความกังวลและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ รวมทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจ และทักษะการปรับตัวเท่าทันสถานการณ์วิกฤตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

### กิติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการสนับสนุนการจัดสรรงบประมาณด้านวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม เพื่อสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 สถาบันพระบรมราชชนก จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

## เอกสารอ้างอิง

- Asrie, A. B., Belete, T. M., Misker, M. F., Beyna, A. T., Ayele, H. S., Tekle, K. G., Milikit, Y. Z., Andargie, E. A., Afework, H. T., Lenjiso, Y. G., & Legese, G. L. (2025). Assessment of glycemic control, health-related quality of life, and associated factors in type 2 diabetic patients attending a comprehensive specialized hospital in Northwest Ethiopia. *PloS One*, *20*(9), e0332628. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0332628>
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (4<sup>th</sup> ed.). Prentice-Hall.
- Boonkwang, P., Sirisugandha, T., & Mala, R. (2023). Opportunity and Challenges for Survival of Small Retail Stores in The Post-COVID-19 Era. *Journal of MCU Ubon Review*, *8*(2), 87-98. (in Thai)
- Division of Non-Communicable Diseases, Ministry of Public Health. (2021). *Number and mortality rate of diabetes (E10-E14) per 100,000 population, 2016-2020, classified by province, health region, and overall country (including Bangkok)*. Ministry of Public Health. <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020> (in Thai)
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, *37*(4), 336-342. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x>
- Health Data Center, Ministry of Public Health. (2024). *NCD ClinicPlus key performance indicator report 2024*. Ministry of Public Health. <https://hdc.moph.go.th/center/public/kpi/9/2024> (in Thai)
- Horlyck-Romanovsky, M. F., & Sumner, A. E. (2019). Treating T2DM by ensuring insulin access is a global challenge. *Nature Reviews Endocrinology*, *15*(3), 135–137. <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0160-3>
- International Diabetes Federation. (2023). *IDF diabetes atlas* (10<sup>th</sup> ed.). <https://diabetesatlas.org/>
- Jacob, L., Rickwood, S., Rathmann, W., & Kostev, K. (2021). Change in glucose-lowering medication regimens in individuals with type 2 diabetes mellitus during the COVID-19 pandemic in Germany. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, *23*(4), 910-915. <https://doi.org/10.1111/dom.14293>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, *30*(3), 607-610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>

- National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. (2024). *The 2023 household socio-economic survey, Whole Kingdom*.  
[https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey\\_detail/qC](https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/qC) (in Thai)
- Rose, K. J., & Scibilia, R. (2021). The COVID-19 pandemic perspectives from people living with diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *173*, 108343.  
<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108343>
- Songraksa, K., & Luekitbandith, S. (2009). The development of the Diabetes-39 quality of life questionnaire, Thai version. *Songklanagarind Medical Journal*, *27*(1), 35-49. (in Thai)
- Srisuttiyakorn, S. (2014). Issue raising. *Journal of Education Studies, Chulalongkorn University*, *42*(1), 217-223. (in Thai)
- Sroisong, S., Rueankon, A., Fuongtong, P., Kingnetr, C., & Kaewtankham, K. (2019). Quality of life of patients with type II diabetes. *Journal of Disease and Health Risk DPC.3*, *13*(2), 37-49. (in Thai)
- Suthipol, K. (2022). Factors associated with glycemic control in adults with type 2 diabetes, Prachanu-Khro PCU, Ratchaburi Hospital. *Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal*, *5*(2), 1-12. (in Thai)
- Tamornpark, R., Utsaha, S., Apidechkul, T., Panklang, D., Yeemard, F., & Srichan, P. (2022). Quality of life and factors associated with a good quality of life among diabetes mellitus patients in northern Thailand. *Health and Quality of Life Outcomes*, *20*(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s12955-022-01986-y>
- Teli, M., Thato, R., & Rias, Y. A. (2023). Predicting factors of health-related quality of life among adults with type 2 diabetes: A systematic review. *Sage Open Nursing*, *9*, 1-9. <https://doi.org/10.1177/23779608231185921>
- Wutha., R. (2024). Association between health belief and self-care behaviors in diabetes mellitus. *Journal of Health and Environmental Education*, *9*(1), 387-396. (in Thai)





## บทความวิจัย (Research article)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 ในบริบทหลังการระบาดของ

ของโควิด 19: การศึกษาภาคตัดขวาง

Quality of Life of Diabetes Patients in Health Region 5 in the Post-COVID-19 Pandemic Context: A Cross-Sectional Study

กันตภณ เชื้อฮ้อ<sup>1</sup>, วรินทร์ รักษมณ<sup>2\*</sup>, กมลพร แพทย์ชีพ<sup>3</sup>, กมล สนิทธรรม<sup>4</sup>

Kantaphon Chueahor<sup>1</sup>, Warin Rakkamon<sup>2\*</sup>, Kamonporn Patcheep<sup>1</sup>, Kamon Sanittham<sup>4</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: warin.rak@mahidol.ac.th)

(Received: November 12, 2025; Revised: December 21, 2025; Accepted: December 22, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 512 ราย ที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 5 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยเบาหวานฉบับภาษาไทย (Diabetes-39 Thailand: D-39) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกไบนารีแบบย้อนกลับ ผลการศึกษาพบว่า

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.76, SD = .83$ )

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมในการรักษา ( $OR_{adj} = 3.466, 95\%CI = 1.253 - 9.590$ ) การได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานมานานมากกว่า 10 ปี ( $OR_{adj} = 1.801, 95\%CI = 1.208 - 2.685$ ) ประกอบอาชีพค้าขาย/

<sup>1</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

<sup>2</sup> อาจารย์ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล

Instructor, Faculty of Physical Therapy, Mahidol University

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

<sup>4</sup> อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Instructor, Faculty of Science and Technology, Chiang Mai University

ธุรกิจส่วนตัว ( $OR_{adj} = .501$ , 95%CI = .270 - .929) และการมีรายได้มากกว่า 12,000 บาท ( $OR_{adj} = .440$ , 95%CI = .236 - .821)

ผลการศึกษา ชี้ให้เห็นว่าการใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมในการรักษา และระยะเวลาเจ็บป่วยยาวนาน เป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในขณะที่รายได้และการประกอบอาชีพเป็นปัจจัยลดโอกาสในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงควรเน้นการดูแลรักษาเชิงรุกในกลุ่มเปราะบางทางคลินิก และทางเศรษฐฐานะควบคู่กับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตในบริบทหลังการระบาดของโควิด 19

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิต, เบาหวานชนิดที่ 2, บริบทหลังการระบาดของโควิด 19

## Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine the level of quality of life (QoL) and identify factors associated with QoL among patients with type 2 diabetes mellitus in Health Region 5 in the post-COVID-19 pandemic context. The sample consisted of 512 patients with type 2 diabetes receiving care at primary healthcare facilities in Health Region 5, selected using multistage random sampling. Data were collected using a demographic questionnaire and the Thai version of the Diabetes-39 Quality of Life Questionnaire (D-39 Thailand). Data were analyzed using descriptive statistics and backward binary logistic regression. The results are as follows:

1. The overall quality of life of patients with type 2 diabetes was at a moderate level ( $M = 3.76$ ,  $SD = 0.83$ ).

2. Factors significantly associated with quality of life at the .05 level included combined insulin injection therapy ( $OR_{adj} = 3.466$ , 95% CI = 1.253–9.590), duration of diabetes longer than 10 years ( $OR_{adj} = 1.801$ , 95% CI = 1.208–2.685), self-employment or business occupation ( $OR_{adj} = 0.501$ , 95% CI = 0.270–0.929), and monthly income greater than 12,000 baht ( $OR_{adj} = 0.440$ , 95% CI = 0.236–0.821).

These findings suggest that insulin therapy and longer duration of illness are associated with improved quality of life, whereas occupation and income are associated with poorer quality of life. Therefore, proactive and comprehensive nursing care should focus on clinically and socioeconomically vulnerable groups, in conjunction with strengthened social support, to enhance quality of life in the post-COVID-19 era.

**Keywords:** Quality of life, Type 2 Diabetes Mellitus, Post-COVID-19

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยมีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 4 ล้านคน ในปี 2555 เป็น 6.1 ล้านคน ในปี 2564 (International Diabetes Federation, 2023) โดยมีแนวโน้มอัตราการป่วยและอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่อง (Division of Non-Communicable Diseases, Ministry of Public Health, 2021) แม้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะเป็นเป้าหมายหลักของการรักษา แต่ข้อมูลจาก NCD ClinicPlus ปี 2564 ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานทั่วประเทศสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 29.15 และพบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันร้อยละ 2.18 (Health Data Center, Ministry of Public Health, 2021) นอกจากนี้ผลลัพธ์ทางคลินิกแล้ว คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life: HRQoL) ยังถือเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สะท้อนมุมมองของผู้ป่วยโดยตรง ทั้งในมิติความสามารถในการทำกิจกรรม การรับรู้สุขภาพ อารมณ์ และผลกระทบจากโรค ซึ่งสามารถทำนายความสามารถในการจัดการโรคและการรักษาของผู้ป่วยได้ (Tamornpark et al., 2022) และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Asrie et al., 2025) ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการรักษาที่มุ่งเน้นพฤติกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ทั้งการรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกาย และความร่วมมือในการรักษา ซึ่งส่งผลทั้งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานถูกประเมินในภาพรวมครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ การควบคุมเบาหวาน (diabetes control: DC) ความวิตกกังวล (anxiety and worry: AW) ภาระทางสังคม (social burden: SB) เพศสัมพันธ์ (sexual functioning: SF) และความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า (energy and mobility: EM) ตามแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes-39 Thailand: D-39) ฉบับภาษาไทย (Songraksa & Luekitbandith, 2009) ซึ่งมีความจำเพาะต่อโรคเบาหวานโดยไม่ได้ประเมินแค่ความรู้สึก แต่เป็นการประเมินระดับความยากลำบากที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หรือภาระจากการต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ซึ่งแบบสอบถาม D-39 ฉบับภาษาไทยนี้ ได้รับการแปลอย่างเข้มงวดและผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงทางจิตวิทยา (psychometrically validated) จึงเชื่อมั่นว่าสอดคล้องกับบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมและบริบทของไทย

สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่น่าจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากข้อจำกัดในการดำรงชีวิตและเงื่อนไขการควบคุมโรค ทั้งการใช้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Jacob et al., 2021) และส่งผลกระทบต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย ทั้งในด้านอาหาร ยา และการออกกำลังกาย (Rose & Scibilia, 2021) สำหรับในประเทศไทย ภายหลังกระทรวงสาธารณสุขมีประกาศยกเลิกโรคโควิด 19 จากโรคติดต่ออันตราย และปรับเป็นโรคติดต่อต้องเฝ้าระวัง ในช่วงปลายปี พ.ศ.2565 พบว่าจำนวนของผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 5 เพิ่มขึ้นจาก 311,315 คน ในปีงบประมาณ 2565 เป็น 339,022 คน ในปีงบประมาณ 2567 และแม้ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีจากร้อยละ 30.51 ในปีงบประมาณ 2565 เป็นร้อยละ

35.10 ในปีงบประมาณ 2567 แต่ก็ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมากกว่าร้อยละ 40 ได้ (Health Data Center, Ministry of Public Health, 2024)

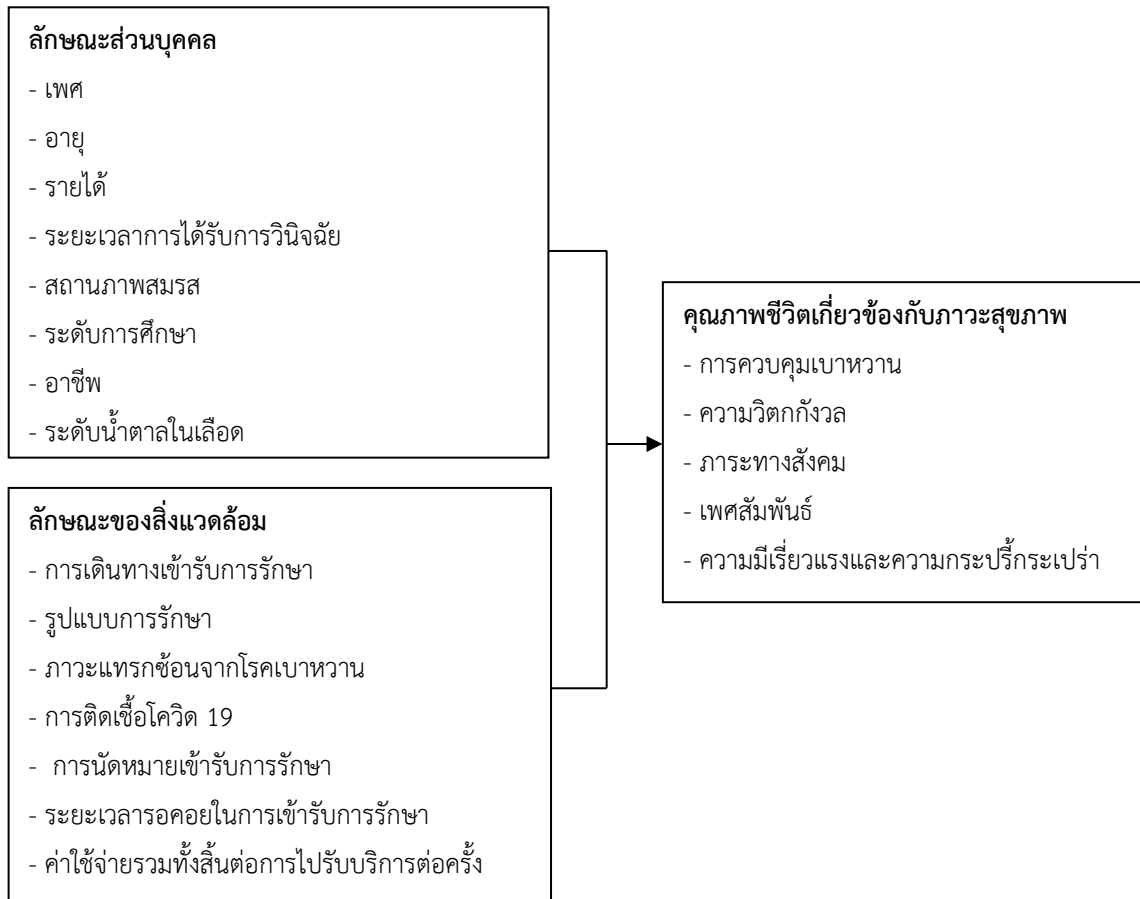
จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครอบคลุมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 24,346 ราย โดยรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จำนวน 35 เรื่องของ Teli et al. (2023) พบว่า ปัจจัยทางสังคมและประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส เพศ รายได้ต่อเดือน การศึกษา ถิ่นที่อยู่ และการยึดเหนี่ยวทางศาสนา ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย ได้แก่ โรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรค และการรักษาด้วยอินซูลิน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ กิจกรรมทางกาย ความร่วมมือในการใช้ยา และความถี่ในการตรวจระดับน้ำตาล รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัว ล้วนเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 ในช่วงหลังสถานการณ์โควิด-19 เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนบริการและกำหนดมาตรการสนับสนุนผู้ป่วยในบริบทดังกล่าว และเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ (health-related quality of life: HRQoL) ของ Ferrans et al. (2005) ซึ่งอธิบายไว้ว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล (characteristics of the individual) และลักษณะของสิ่งแวดล้อม (characteristics of the environment) ที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยคัดเลือกศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานจากการทบทวนวรรณกรรม จำแนกเป็น 1) ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การเดินทาง เข้ารับการรักษา ระยะเวลารอคอยในการเข้ารับการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษา และระดับน้ำตาลในเลือด 2) ลักษณะของสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การเดินทางเข้ารับการรักษา รูปแบบการรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การติดเชื้อโควิด 19 การนัดหมายเข้ารับการรักษา ระยะเวลารอคอยในการเข้ารับการรักษา และค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้นต่อการไปรับบริการต่อครั้ง (Sroisong et al., 2019; Suthipol, 2022; Teli et al., 2023) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



**ภาพ** กรอบแนวคิดในการวิจัย เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 ในบริบทหลังการระบาดของโควิด 19: การศึกษาภาคตัดขวาง

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) ซึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ 8 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 5 ได้แก่ กาญจนบุรี ราชบุรี สุพรรณบุรี เพชรบุรี นครปฐม ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม ระหว่างเดือนเมษายน - พฤศจิกายน 2567 รายละเอียด ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน) ในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 316,304 ราย ข้อมูล ณ 13 พฤษภาคม 2566 รายละเอียด ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง คือ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน) ในเขตสุขภาพที่ 5 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากประชากรซึ่งคำนวณโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (1970) เนื่องจากต้องการความแม่นยำในการคำนวณและปรับค่าความคลาดเคลื่อนได้ โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (error) เท่ากับ .05 ระดับความเชื่อมั่น เท่ากับ 3.841 สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (p) เท่ากับ .50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 384 คน เนื่องจากการเก็บข้อมูลถูกดำเนินการกระจายใน 8 จังหวัด จึงมีโอกาส

ของการสูญหายของข้อมูลได้มาก จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 30 (Srisuttiyakorn, 2014) รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 512 ราย

กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้วินิจฉัยด้วยโรคเบาหวานตามรหัส ICD 10: E11 3) มีประวัติการรักษาในสถานบริการภาครัฐ 4) สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ย้ายที่อยู่หรือไม่สามารถติดต่อได้ 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันหรือรุนแรง (เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ไตวาย เบาหวานทำลายจอประสาทตา แผลเบาหวานเรื้อรัง) ก่อนเข้าร่วมการศึกษา (เพื่อลดความลำเอียงของความยากลำบากในการรักษาโรคต่อคุณภาพชีวิต) และ 3) ให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยขั้นตอนแรกเป็นการสุ่มเลือกอำเภอ จำนวน 1 อำเภอของแต่ละจังหวัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากการจับฉลาก จากนั้นทำการสุ่มเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต. หรือ โรงพยาบาลชุมชน) ภายในอำเภอที่สุ่มได้ เพื่อกำหนดเป็นพื้นที่เป้าหมายในการเก็บข้อมูล และในขั้นตอนสุดท้าย ทำการสุ่มเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่มีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลของหน่วยบริการนั้น ๆ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้วิธีการจับฉลากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจนครบตามจำนวนที่คำนวณไว้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ จำแนกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระดับน้ำตาลในเลือด

1.2 ปัจจัยด้านคลินิก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ การเดินทางเข้ารับการรักษารูปแบบการรักษารักษา ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การติดเชื้อโควิด 19 การนัดหมายเข้ารับการรักษาระยะเวลารอคอยในการเข้ารับการรักษาค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้นต่อการไปรับบริการต่อครั้ง

2. แบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes-39 Thailand: D-39) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาและแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย Songraksa and Luekitbandith (2009) จำนวน 39 ข้อ แบ่งเป็น 5 มิติ ได้แก่ การควบคุมเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ ความวิตกกังวล จำนวน 4 ข้อ ภาระทางสังคม จำนวน 5 ข้อ เพศสัมพันธ์ จำนวน 3 ข้อ และความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 7 ระดับ ระหว่างไม่มีผลกระทบเลย เท่ากับ 1 คะแนนตามลำดับ ไปจนถึงมีผลกระทบอย่างมาก เท่ากับ 7 คะแนน คิดคะแนนเฉลี่ย จำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best, 1981)

ค่าเฉลี่ย 1.00–3.00 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 3.01–5.00 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 5.01–7.00 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเริ่มด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของข้อความกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) ระหว่าง .67 – 1.00 สำหรับแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes-39 Thailand: D-39) ฉบับภาษาไทย (Songraksa & Luekitbandith, 2009) ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือจากศูนย์ทรัพยากรสิรินทางปัญญามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้รับการทดสอบแล้วว่ามีตรงตามเนื้อหาในทุกมิติอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และมีค่าความเชื่อมั่นในมิติเพศสัมพันธ์ การควบคุมเบาหวาน ความมีเรี่ยวแรง ความวิตกกังวล ภาระทางสังคม และปัญหาสุขภาพอื่นและโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เท่ากับ .88, .94, .94, .89, .76 และ .83 ตามลำดับ นำเครื่องมือการวิจัยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมารับบริการในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 30 ราย พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ .84

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 5
2. พบผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ช่วยนักวิจัยในแต่ละจังหวัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
3. มอบหมายให้ผู้ช่วยนักวิจัยนัดหมายผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละพื้นที่ที่ได้รับการคัดเลือก และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์คัดเลือก เพื่อประชุมชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยตามเอกสารแสดงการยินยอมโดยการบอกกล่าว เปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ และลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม (informed consent) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที และรวบรวมแบบสอบถามส่งกลับให้ผู้วิจัย
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถาม และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยนักสถิติที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (blinded analyst) ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคลินิก และคะแนนจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation:  $SD$ )
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (binary logistic regression) โดยวิธี Backward Method: Wald Statistics ซึ่ง

ทำการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (univariate analysis) ใช้ค่าสถิติ Crude Odds Ratio ( $OR_{crude}$ ) และค่าความเชื่อมั่น 95% Confidence Interval (CI) จากนั้นนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์มาวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariate analysis) ใช้ค่าสถิติ Adjusted Odds Ratio ( $OR_{adj}$ ) และค่าความเชื่อมั่น 95% Confidence Interval (CI)

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของลักษณะทางการวิจัยที่ดี และขอคำปรึกษาทางจริยธรรมการวิจัย โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี เอกสารรับรองหมายเลข BCNR-IRB2024-01 ลงวันที่ 1 ธันวาคม 2566 และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เอกสารรับรองหมายเลข คจม.พบ.016/2567 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2567

### ผลการวิจัย

1. ระดับคุณภาพชีวิตแยกตามรายมิติของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19 ผลการวิจัย พบว่า มิติความวิตกกังวล ความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า การควบคุมเบาหวาน ภาระทางสังคม และเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.91, 3.91, 3.87, 3.56, 3.56; SD = .79, .88, .77, .98, .79$  ตามลำดับ) และมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.76, SD = .83$ )

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19 แยกรายมิติ ( $n = 512$ )

มิติ	$M$	$SD$	ระดับ
การควบคุมเบาหวาน	3.87	.79	ปานกลาง
ความวิตกกังวล	3.91	.88	ปานกลาง
ภาระทางสังคม	3.56	.77	ปานกลาง
เพศสัมพันธ์	3.56	.98	ปานกลาง
ความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า	3.91	.77	ปานกลาง
โดยรวม	3.76	.83	ปานกลาง

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19 สามารถจำแนกออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ จำนวน 205 คน คิดเป็นร้อยละ 40.03 และระดับปานกลาง จำนวน 307 คน คิดเป็นร้อยละ 59.97

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19 ในด้านปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ได้แก่ เพศหญิง ( $OR_{crude} = 4.171, 95\%CI = .405 - .982$ ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 12,000 บาท ( $OR_{crude} = 4.693, 95\%CI = .251 - .933$ ) อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ( $OR_{crude} =$



4.530, 95%CI = .264 - .947) และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย มากกว่า 10 ปี ( $OR_{crude} = 6.556$ , 95%CI = 1.137 - 2.624) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19 (n = 512)

ปัจจัย	ต่ำ (n = 205)		ปานกลาง (n = 307)		Crude OR	p- value	95%CI
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>เพศ</b>							
ชาย	61	11.91	100	19.53	1.000		
หญิง	144	28.13	207	40.43	4.171	.041*	.405 - .982
<b>อายุ (M = 60, SD = 12)</b>							
< 60 ปี	94	18.36	139	27.15	1.000		
> 60 ปีขึ้นไป	111	21.68	168	32.81	.082	.774	.613 - 1.440
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>							
≤ 12,000 บาท	151	30.44	256	51.61	1.000		
> 12,000 บาท	47	9.48	42	8.47	4.693	.030*	.251 - .933
<b>สถานภาพสมรส</b>							
อยู่คนเดียว	67	13.16	122	23.97	1.000		
อยู่กับคู่สมรส	136	26.72	184	36.15	2.112	.146	.485 - 1.113
<b>ระดับการศึกษา</b>							
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	137	26.86	221	43.33	1.000		
สูงกว่าประถมศึกษา	67	13.14	85	16.67	.290	.590	.533 - 1.430
<b>อาชีพ</b>							
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	53	10.37	97	18.98	1.000		
เกษตรกร/รับจ้าง	85	16.63	130	25.44	.192	.661	.547 - 1.467
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	47	9.20	41	8.02	4.530	.033*	.264 - .947
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ เอกชน	9	1.76	18	3.52	1.955	.162	.734 - 6.371
อื่น ๆ	11	2.15	20	3.91	.963	.326	.614 - 4.326
<b>ระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัย</b>							
≤ 10 ปี	136	26.56	164	32.03	1.000		
> 10 ปีขึ้นไป	69	13.48	143	27.93	6.556	.010*	1.137 - 2.624
<b>ระดับน้ำตาลในเลือด (M = 149, SD = 10.60)</b>							
> 126 mg%ขึ้นไป	119	23.29	189	36.99	1.000		
≤ 126 mg%	86	16.83	117	22.90	.098	.754	.628 - 1.401

\*  $p < .05$

ในขณะที่ ปัจจัยลักษณะของสิ่งแวดล้อม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ได้แก่ รูปแบบการรักษาใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมในการรักษา ( $OR_{crude} = 4.816, 95\%CI = 1.134 - 9.248$ ) ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของปัจจัยลักษณะของสิ่งแวดล้อม กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19 (n = 512)

ปัจจัย	ต่ำ (n = 205)		ปานกลาง (n = 307)		Crude OR	p- value	95%CI
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>รูปแบบการรักษา</b>							
ควบคุมอาหารอย่างเดียว	13	2.54	15	2.94	1.000		
ใช้ยาปรับปรมาณอย่างเดียว	179	35.03	246	48.14	.616	.433	.611 - 3.157
ใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมในการรักษา	13	2.54	45	8.81	4.816	.028*	1.134 - 9.248
<b>ภาวะแทรกซ้อนหรืออาการร่วมจากโรคเบาหวาน</b>							
มี	66	13.02	112	22.09	1.000		
ไม่มี	137	27.02	192	37.87	.007	.933	.634 - 1.518
<b>การติดเชื้อโควิด 19</b>							
เคย	155	30.27	227	44.34	1.000		
ไม่เคย	50	9.77	80	15.63	.028	.868	.096 - 1.601
<b>การนัดหมายเพื่อเข้ารับการรักษาโรคเบาหวาน</b>							
≤ทุก 3 เดือน	156	30.47	229	44.73	1.000	1.000	
>ทุก 3 เดือน	49	9.57	78	15.23	1.104	.940	.085 - 1.430
<b>การเดินทางไปรับการรักษา</b>							
รถเช่า/รถโดยสารประจำทาง	149	29.10	233	45.51	1.000		
รถส่วนบุคคล	56	10.94	74	14.45	2.542	.111	.385 - 1.103
<b>ระยะเวลารอคอยในการเข้ารับการรักษา</b>							
> 3 ชั่วโมงต่อครั้ง	49	9.57	78	15.23	1.000		
≤3 ชั่วโมงต่อครั้ง	156	30.47	229	44.73	.025	.874	.107 - 1.391
<b>ค่าใช้จ่ายรวมในการไปรับบริการต่อครั้ง</b>							
> 1,000 บาทต่อครั้ง	54	10.61	74	14.54	1.000		
< 1,000 บาทต่อครั้ง	150	29.47	231	45.38	.291	.589	.721 - 1.777

\*  $p < .05$

คัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19 จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ เพศหญิง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 12,000 บาท อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย มากกว่า 10 ปี และการใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมในการ

รักษา เข้าวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่าค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายแตกต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\chi^2 = 6.848, p < .05$ ) เมื่อพิจารณาค่า *Adjusted OR* พบว่า ปัจจัยลักษณะของสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมในการรักษา ( $OR_{adj} = 3.466, 95\%CI = 1.253 - 9.590$ ) และการได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานมานานมากกว่า 10 ปี ( $OR_{adj} = 1.801, 95\%CI = 1.208 - 2.685$ ) เป็นปัจจัยเพิ่มโอกาสที่จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ในขณะที่ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ การมีรายได้มากกว่า 12,000 บาท ( $OR_{adj} = .440, 95\%CI = .236 - .821$ ) และอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ( $OR_{adj} = .501, 95\%CI = .270 - .929$ ) เป็นปัจจัยลดโอกาสที่จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 รายละเอียด ดังตาราง 4

**ตาราง 4** ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยโลจิสติก ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการแพร่ระบาดของโควิด 19

ปัจจัย	$\beta$	S.E.	Adjusted OR	95% CI	p-value
เพศหญิง	-.394	.219	.674	.439 - 1.036	.072
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน > 12,000 บาท	-.821	.318	.440**	.236 - .821	.010
อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-.692	.316	.501*	.270 - .929	.028
การรักษาโดยใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมในการรักษา	1.243	.519	3.466*	1.253 - 9.590	.017
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป	.588	.204	1.801**	1.208 - 2.685	.004

Model Chi-square 6.848,  $p < .05$ , Nagelkerke  $R^2 = 0.09$  Percentage correct = 64.70

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

### การอภิปรายผล

1. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 หลังการระบาดของโควิด 19 พบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.76, SD = .83$ ) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในมิติด้านความวิตกกังวล ความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า รองลงมาคือ การควบคุมเบาหวาน ภาระทางสังคม และต่ำสุดในด้านเพศสัมพันธ์ ( $M = 3.91, 3.91, 3.87, 3.56, 3.56; SD = .79, .88, .77, .98, .79$  ตามลำดับ) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ Mongkonvorapilad (2024) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 ในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน (เขตสุขภาพที่ 11) ทุกมิติอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าบริบทของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แม้กลุ่มตัวอย่างยังคงสามารถดำเนินชีวิตความเป็นอยู่ได้เป็นปกติ แต่การรับรู้ว่าตนเองว่า การควบคุมเบาหวาน ความวิตกกังวล ภาระทางสังคม และปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์อาจถูกรบกวน จนส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงจากเดิม

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า การใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมในการรักษา และระยะเวลาในการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานนานมากกว่า 10 ปี เป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นประมาณ 3.5 เท่า ( $OR_{adj} = 3.466$ ) และ 1.8 เท่า ( $OR_{adj}$ ) ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากการป่วยเป็นเบาหวานมานาน ทำให้เข้าใจถึงปัจจัยและบริบทที่ส่งผลต่อตนเองในการควบคุมเบาหวาน เพื่อไม่ให้เป็นภาระแก่ผู้อื่น ในขณะที่ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานาน (น้อยกว่า 10 ปี) ยังคงมีความยากลำบากในการดำรงชีวิตประจำวันของตนมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Wutha (2024) ที่พบว่า ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากอาจมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองมาอย่างยาวนาน แต่อย่างไรก็ตาม บุคคลกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสาธารณสุข หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีพอ เช่นเดียวกับกลุ่มที่ต้องใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมในการรักษา ซึ่งอาจมีสาเหตุเนื่องมาจากความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น (disease severity) มีภาวะตับอ่อนทำงานลดลง และส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งการใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมในการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น จึงเพิ่มโอกาสในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 149 mg% ( $SD = 10.6$ ) ซึ่งแสดงว่ามีการควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ในระดับพอใช้ แต่ยังไม่ถึงเป้าหมายที่ดี (good control) สอดคล้องกับการคาดการณ์ความต้องการอินซูลินตามเป้าหมายระดับน้ำตาลสะสม (A1c) พบว่า ภายในปี 2030 ทั่วโลกมีความต้องการในการใช้อินซูลินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 20 โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งมีอัตราการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว (Horlyck-Romanovsky & Sumner, 2019)

ผลการศึกษาพบว่า การประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว และการมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 12,000 บาท เป็นปัจจัยที่ลดโอกาสการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ( $OR_{adj} = .501, .440; p < .01, .05$  ตามลำดับ) ซึ่งอาจเกิดจากการที่เมื่อสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 คลี่คลายลงกลุ่มตัวอย่างจำเป็นต้องหารายได้ให้มากขึ้นเพื่อให้มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic status: SES) ที่ดีกว่าเดิม เนื่องจากรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ซึ่งต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยของครัวเรือนทั่วประเทศอย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่ารายได้เฉลี่ยของประเทศจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหลังสถานการณ์โควิด-19 (National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society, 2024) เช่นเดียวกับสถานการณ์ของผู้ป่วยเบาหวานที่ประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวที่จำเป็นต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงไปของวิถีการใช้ชีวิตของผู้คนที่กลายเป็นการใช้ชีวิตวิถีใหม่ พฤติกรรมการบริโภคและตัดสินใจซื้อสินค้าก็เปลี่ยนไปจากเดิมนิยมซื้อสินค้าตามร้านค้าทั่วไปหันไปซื้อสินค้าออนไลน์มากขึ้น พฤติกรรมการชำระเงินโดยใช้ระบบออนไลน์เพิ่มสูงขึ้น แม้ว่าการระบาดของโควิด-19 เริ่มลดลง ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกจึงจำเป็นต้องปรับกลยุทธ์ธุรกิจและปรับเปลี่ยนช่องทางการขายเพื่อความอยู่รอดของธุรกิจในยุคหลังโควิด-19 อาทิเช่น การใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย การบริหารจัดการร้านอย่างเป็นระบบ การบริหารคลังสินค้า การเพิ่มช่องทางขายในรูปแบบร้านค้าออนไลน์

ควบคู่กับการขายผ่านหน้าร้านการจัดหาสินค้าและบริการที่หลากหลายตรงตามความต้องการ การพัฒนาธุรกิจให้กลายเป็นร้านค้าปลีกอัจฉริยะ ซึ่งจะได้รับความสะดวกและการยอมรับจากผู้บริโภคมากขึ้น (Boonkwang et al., 2023) ซึ่งอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบริหารจัดการเวลาเพื่อการจัดการสุขภาพของตนเองได้ไม่เพียงพอ จนส่งผลกระทบต่อการใช้คุณภาพชีวิตที่ดี

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ เน้นบริบท "หลังการระบาดของโควิด-19" แต่เนื่องจากการศึกษาแบบตัดขวาง จึงไม่มีข้อมูลพื้นฐาน (baseline data) จากก่อนการระบาด มาเปรียบเทียบกับ ทำให้การอภิปรายผลที่เชื่อมโยงกับบริบทหลังโควิด-19 เป็นเพียงการอนุมานโดยเปรียบเทียบกับวรรณกรรมอื่นเท่านั้น จึงไม่สามารถสรุปปัจจัยที่มีอิทธิพล (Influence factors) ที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการศึกษานี้ได้ รวมทั้ง เป็นการเก็บข้อมูลแบบรายงานตนเอง (self-report) ซึ่งอาจมีอคติจากความคาดเคลื่อนในการระลึกข้อมูล (recall bias) และจากความพึงพอใจทางสังคม (social desirability bias) ซึ่งผู้ตอบอาจมีแนวโน้มตอบในสิ่งที่คิดว่าสังคมยอมรับได้เท่านั้น เช่น การติดเชื้อโควิด 19 หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่ไม่ได้มีการยืนยันจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการทางสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 5 ควรพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพที่ยืดหยุ่น เพื่อการจัดการสุขภาพเชิงรุกสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผู้ประกอบการอิสระ เช่น คลินิกเบาหวานนอกเวลาหรือให้บริการผ่านระบบทางไกล (Telehealth) เพื่อลดอุปสรรคด้านการบริหารเวลา และผลกระทบต่อรายได้ รวมทั้ง การยกระดับระบบการเข้าถึงอินซูลินในกลุ่มที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเป้าหมาย และการสร้างเสริมทักษะชีวิตในยุคดิจิทัล เพื่อลดความวิตกกังวล และการปรับตัวในวิถีชีวิตใหม่ ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยและพัฒนาแอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการการจัดการตนเองแบบดิจิทัล ที่มีระบบการแจ้งเตือนอัจฉริยะ เพื่อการบริหารเวลาอย่างสมดุล ชีวิตและการทำงาน และระบบติดตามทางไกล (Tele-monitoring) เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ลดความกังวลและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ รวมทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจ และทักษะการปรับตัวเท่าทันสถานการณ์วิกฤตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

### กิติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการสนับสนุนการจัดสรรงบประมาณด้านวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม เพื่อสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 สถาบันพระบรมราชชนก จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

## เอกสารอ้างอิง

- Asrie, A. B., Belete, T. M., Misker, M. F., Beyna, A. T., Ayele, H. S., Tekle, K. G., Milikit, Y. Z., Andargie, E. A., Afework, H. T., Lenjiso, Y. G., & Legese, G. L. (2025). Assessment of glycemic control, health-related quality of life, and associated factors in type 2 diabetic patients attending a comprehensive specialized hospital in Northwest Ethiopia. *PloS One*, *20*(9), e0332628. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0332628>
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (4<sup>th</sup> ed.). Prentice-Hall.
- Boonkwang, P., Sirisugandha, T., & Mala, R. (2023). Opportunity and Challenges for Survival of Small Retail Stores in The Post-COVID-19 Era. *Journal of MCU Ubon Review*, *8*(2), 87-98. (in Thai)
- Division of Non-Communicable Diseases, Ministry of Public Health. (2021). *Number and mortality rate of diabetes (E10-E14) per 100,000 population, 2016-2020, classified by province, health region, and overall country (including Bangkok)*. Ministry of Public Health. <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020> (in Thai)
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, *37*(4), 336-342. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x>
- Health Data Center, Ministry of Public Health. (2024). *NCD ClinicPlus key performance indicator report 2024*. Ministry of Public Health. <https://hdc.moph.go.th/center/public/kpi/9/2024> (in Thai)
- Horlyck-Romanovsky, M. F., & Sumner, A. E. (2019). Treating T2DM by ensuring insulin access is a global challenge. *Nature Reviews Endocrinology*, *15*(3), 135–137. <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0160-3>
- International Diabetes Federation. (2023). *IDF diabetes atlas* (10<sup>th</sup> ed.). <https://diabetesatlas.org/>
- Jacob, L., Rickwood, S., Rathmann, W., & Kostev, K. (2021). Change in glucose-lowering medication regimens in individuals with type 2 diabetes mellitus during the COVID-19 pandemic in Germany. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, *23*(4), 910-915. <https://doi.org/10.1111/dom.14293>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, *30*(3), 607-610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>

- National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. (2024). *The 2023 household socio-economic survey, Whole Kingdom*.  
[https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey\\_detail/qC](https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/qC) (in Thai)
- Rose, K. J., & Scibilia, R. (2021). The COVID-19 pandemic perspectives from people living with diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 173, 108343.  
<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108343>
- Songraksa, K., & Luekitbandith, S. (2009). The development of the Diabetes-39 quality of life questionnaire, Thai version. *Songklanagarind Medical Journal*, 27(1), 35-49. (in Thai)
- Srisuttiyakorn, S. (2014). Issue raising. *Journal of Education Studies, Chulalongkorn University*, 42(1), 217-223. (in Thai)
- Sroisong, S., Rueankon, A., Fuongtong, P., Kingnetr, C., & Kaewtankham, K. (2019). Quality of life of patients with type II diabetes. *Journal of Disease and Health Risk DPC.3*, 13(2), 37-49. (in Thai)
- Suthipol, K. (2022). Factors associated with glycemic control in adults with type 2 diabetes, Prachanu-Khro PCU, Ratchaburi Hospital. *Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal*, 5(2), 1-12. (in Thai)
- Tamornpark, R., Utsaha, S., Apidechkul, T., Panklang, D., Yeemard, F., & Srichan, P. (2022). Quality of life and factors associated with a good quality of life among diabetes mellitus patients in northern Thailand. *Health and Quality of Life Outcomes*, 20(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s12955-022-01986-y>
- Teli, M., Thato, R., & Rias, Y. A. (2023). Predicting factors of health-related quality of life among adults with type 2 diabetes: A systematic review. *Sage Open Nursing*, 9, 1-9. <https://doi.org/10.1177/23779608231185921>
- Wutha., R. (2024). Association between health belief and self-care behaviors in diabetes mellitus. *Journal of Health and Environmental Education*, 9(1), 387-396. (in Thai)

## บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด  
ในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โรงพยาบาลราชบุรี

Effects of the Empowerment Program on Preterm Birth Prevention  
Behaviors among High-Risk Pregnant Women at Ratchaburi Hospital

สุภาวดี เจริญยิ่ง<sup>1</sup>, จิราภรณ์ อนุชา<sup>2\*</sup>, ปาริฉัตร อารยะจารุ<sup>2</sup>

Supawadee Ngoenyong<sup>1</sup>, Chiraporn Anucha<sup>2\*</sup>, Parichat Arayajaru<sup>2</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chiraporn@bcnr.ac.th)

(Received: May 14, 2025; Revised: December 22, 2025; Accepted: December 23, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง อายุครรภ์ระหว่าง 20–32 สัปดาห์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 – 30 เมษายน 2568 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดตามแนวคิดของกิบสัน และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันคลอดก่อนกำหนด ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $t = 29.83, p < .001$ ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 11.26, p < .001$ )

โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจมีส่วนสำคัญในการช่วยพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพในคลินิกฝากครรภ์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เพื่อป้องกันและลดโอกาสการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** การคลอดก่อนกำหนด, ภาวะเสี่ยงสูง, หญิงตั้งครรภ์, การสร้างเสริมพลังอำนาจ

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี

Registered Nurse (Professional Level), Ratchaburi Hospital

<sup>2</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Boromarajonani College of Nursing Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health



## Abstract

This quasi-experimental research, utilizing a two-group pretest-posttest design, aimed to examine the effects of an Empowerment Program on preterm birth prevention behaviors among pregnant women at risk with a gestational age of 20–32 weeks receiving antenatal care at Ratchaburi Hospital between December 1, 2024, and April 30, 2025. Purposive sampling was used for recruiting participants, divided into a control group and an experimental group, with 30 participants in each. The research instruments included the Empowerment Program for pregnant women at risk of preterm labor, developed based on Gibson's concept, and the Preterm Labor Prevention Behavior Questionnaire, with a Cronbach's alpha coefficient of .91. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results revealed that pregnant women at risk of preterm labor, after participating in the Empowerment Program, had a mean score for preterm labor prevention behaviors significantly higher than before the experiment ( $t = 29.83, p < .001$ ), and significantly higher than the control group at the .05 level ( $t = 11.26, p < .001$ ).

The Empowerment Program plays a significant role in improving preterm labor prevention behaviors. Therefore, professional nurses in antenatal clinics should apply this program to pregnant women at risk of preterm labor to effectively promote preventive behaviors and reduce the likelihood of preterm birth.

**Keywords:** Preterm birth, High-risk, Pregnant women, Empowerment

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดก่อนกำหนด เป็นการคลอดทารกก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ หรือ 259 วัน นับจากวันแรก ของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (World Health Organization, 2016) ซึ่งมีอันตรายถึงชีวิตต่อทารกแรกเกิด (Walani, 2020) พบสตรีตั้งครรภ์คลอดทารกก่อนกำหนดทั่วโลก ประมาณ 15 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 5 – 18 ของการเกิดมีชีพ (Chawanpaiboon et al., 2021) และข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลของกระทรวง สาธารณสุขไทย (Health Data Center: HDC) ในปี 2567 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดเท่ากับร้อยละ 9.98 ของการเกิดมีชีพ และยังพบว่าตั้งแต่ปีพ.ศ. 2562 – 2567 อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่า หรือเท่ากับ 28 วัน (neonatal mortality rate) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 5.09, 6.22, 6.49, 5.61, 7.04 และ 4.88 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ตามลำดับ และในจำนวนนี้มากกว่าร้อยละ 40 เกิดจากทารกคลอดก่อนกำหนด (Medical Information Repository, Ministry of Public Health, 2024)

ทารกคลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยเฉพาะในระบบ ทางเดินหายใจ และมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้นประมาณ 20 เท่าเมื่อเทียบกับทารกที่คลอดครบกำหนด

(Delnord & Zeitlin, 2019) โดยพบว่าร้อยละ 35 ของทารกคลอดก่อนกำหนดจะเสียชีวิตภายในอายุ 5 ปี (Ezbakhe & Pérez-Foguet, 2020) ในส่วนที่รอดชีวิตจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง และภาวะทุพพลภาพ (Crump et al., 2019) จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ขั้นสูง เพิ่มระยะเวลาการรักษา และการดูแลต่อเนื่อง รวมถึง การส่งเสริมพัฒนาการในกรณีที่ทารกมีความพิการซ้ำซ้อน (Crump et al. 2019) การคลอดก่อนกำหนดจึงเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศชาติ การป้องกันและการจัดการภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ ในการยุติการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ในทารกแรกเกิด และเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ภายในปี พ.ศ. 2573 (United Nations, 2022)

องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ทุกประเทศทั่วโลกดำเนินการจัดให้บริการดูแลสุขภาพสตรี ตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยยกระดับคุณภาพของการฝากครรภ์ เน้นการดูแลสุขภาพแม่ ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ การฝากครรภ์เร็วและสม่ำเสมอ ตลอดจนการจัดการความเสี่ยง เช่น งดบุหรี่ แอลกอฮอล์ และยาเสพติด ควบคุมน้ำหนัก จัดการโรคประจำตัว (เบาหวาน/ความดัน) และลดความเครียด (World Health Organization, 2016; 2025) สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายและ ยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 – 2569) พร้อมกับประกาศใช้ นโยบายป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ปี พ.ศ. 2560 (Ministry of Public Health, 2017) และจัดทำแนว ปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ฉบับ พ.ศ. 2566 (Department of Medical services, 2023) มีกระบวนการสำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง การค้นหาปัจจัยเสี่ยง รายบุคคล วิธีการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการคลอด ก่อนกำหนด และให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยในปี 2567 มีเป้าหมายเพื่อลด อัตราการคลอดก่อนกำหนดให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ 8 ของการเกิดมีชีพ (Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. 2024) แม้ว่านโยบาย และแนวทางข้างต้นได้ถูกกำหนดให้ทุกเขตสุขภาพดำเนินการไว้อย่างชัดเจน ปัจจุบันยังพบปัญหาการ คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศไทย

การสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) เป็นแนวทางการสร้างพลังความสามารถในตัว บุคคลที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พัฒนาด้านความรู้ ความสามารถ และการปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้ บุคคลเกิดการเห็นคุณค่าในตัวเอง มีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงขึ้นก่อให้เกิดการปฏิบัติ พฤติกรรมที่ถูกต้อง (Gibson, 1991) และการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมีปัจจัยสำคัญ คือพฤติกรรม การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ การสร้างเสริมพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์ จึงเป็นวิธีการที่ช่วยกระตุ้นให้สตรี ตั้งครรภ์ดึงความสามารถของตนเองออกมาใช้ เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี และเกิดผลลัพธ์ทางบวกในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Kongngurn et al., 2016; Timsin & Wangpitipanit, 2025) ซึ่งการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอด ก่อนกำหนด เป็นบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ที่ต้องช่วยเสริมสร้างให้สตรีตั้งครรภ์ตระหนักถึงปัญหาและ มีศักยภาพในการดูแลตัวเองอย่างเหมาะสม สามารถตั้งครรถ์จนครบกำหนดคลอด การนำแนวคิดการสร้าง

เสริมพลังอำนาจมาใช้ในการปรับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นการป้องกันในระยะปฐมภูมิ (primary prevention) ที่สำคัญ เพราะมุ่งเน้นลดความเสี่ยงก่อนเกิดอาการเจ็บครรภ์ และลดการคลอดก่อนกำหนดได้มากกว่าเมื่อเทียบกับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด เมื่อเกิดอาการเจ็บครรภ์ขึ้นแล้ว ซึ่งเป็นการป้องกันในระยะตติยภูมิ (tertiary prevention) แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจจึงถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระยะปฐมภูมิ ซึ่งช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด และสามี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม มีจำนวนการคลอดก่อน และจำนวนการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Kongngurn et al., 2016) และนำแนวคิดนี้มาใช้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์พบว่า ช่วยให้ผู้ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นและลดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (Protcharoen et al., 2023)

โรงพยาบาลราชบุรี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง และเป็นแม่ข่ายหลักของเครือข่ายบริการสุขภาพ (service plan) ในเขตสุขภาพที่ 5 เป็นสถานบริการรับส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง หรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรงพยาบาลในเครือข่ายทุกระดับ ส่งผลให้มีจำนวนทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด สถิติการคลอดตั้งแต่ปี.ศ. 2565 - 2567 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 11.96, 11.51 และ 11.86 ของการเกิดมีชีพ ตามลำดับ เนื่องจากส่วนใหญ่สตรีตั้งครรภ์ที่รับส่งต่อมารับการรักษา มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่า 5 ชั่วโมง และปากมดลูกเปิดมากกว่า 2 เซนติเมตร จึงได้รับการดูแลในระยะตติยภูมิ ทำให้เกิดความล้มเหลวในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด ประกอบกับการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลราชบุรี เป็นเพียงการให้ความรู้ในภาพรวมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ผ่านเอกสารที่เป็นคู่มือการปฏิบัติตัว หรือชมผ่านวีดิทัศน์เท่านั้น ไม่ได้ระบุเนื้อหาที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Department of Obstetric and Gynecologic Nursing, Ratchaburi Hospital, 2024) ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ มาเป็นสื่อในการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดสำหรับสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นการป้องกันในระยะปฐมภูมิ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างเป็นระบบ นำไปสู่ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ดี ตามมาตรฐานของงานอนามัยแม่และเด็กต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

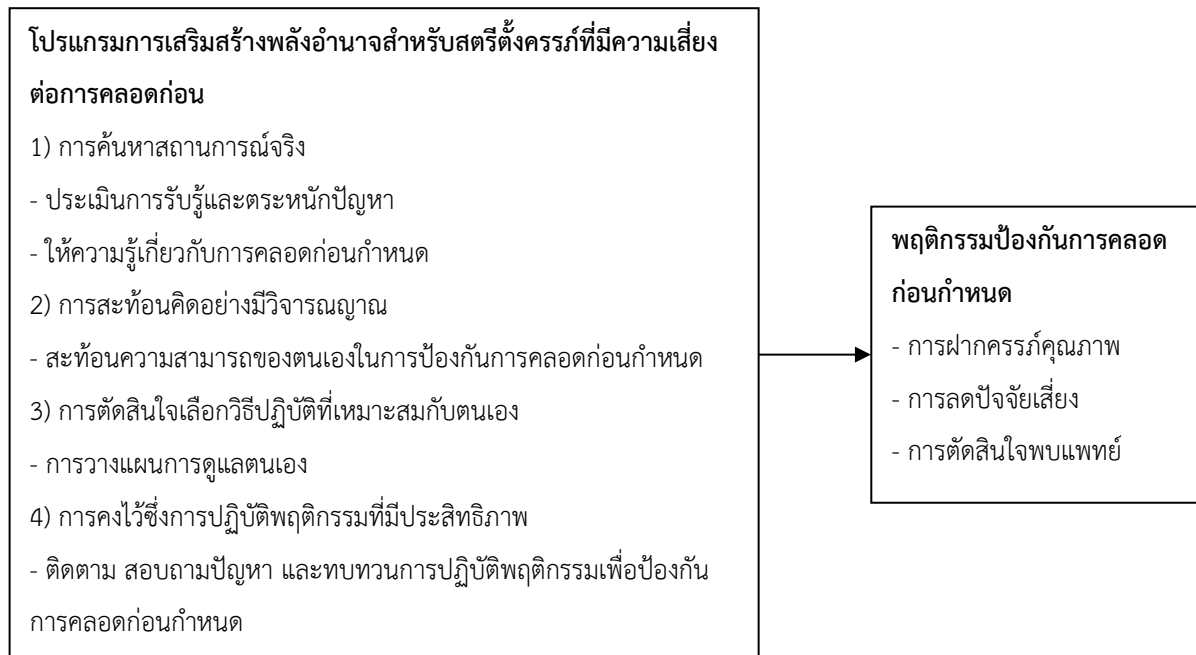
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## สมมติฐานของการวิจัย

ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดประยุกต์ตามกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991) มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบจากการคลอดก่อนกำหนดผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และการวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเอง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) พุดคุยทบทวนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่อาจเป็นความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการตัดสินใจและจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (decision making) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และวางแผนและตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและพร้อมลงมือปฏิบัติ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ (taking/maintaining action) ด้วยกิจกรรมให้กำลังใจ เสริมพลัง ตอบข้อสงสัยและติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ หรือทางโทรศัพท์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดังภาพ



**ภาพ** กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โรงพยาบาลราชบุรี

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental research: two groups pretest – posttest design) รายละเอียด ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างเดือนธันวาคม 2567 - เมษายน 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชบุรี อายุครรภ์ตั้งแต่ 20 - 32 สัปดาห์ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*power (Faul et al., 2007) เลือกลักษณะสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ค่ากำลังการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 การทดสอบทางเดียว (one-tailed) ค่าความคลาดเคลื่อน (error) .05 และกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) จากวิจัยของ Protcharoen et al. (2023) เท่ากับ.90 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 28 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการติดตาม จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Kaewkangwan, 2019) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยการโดยมี เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) อายุครรภ์อยู่ระหว่าง 20 - 32 สัปดาห์ 2) ตั้งครรภ์เดี่ยว 3) ไม่เคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนดมาก่อน ตามแนวปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทย ฉบับพ.ศ. 2566 (Department of Medical services, 2023) 4) สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 5) มีโทรศัพท์มือถือพร้อมสัญญาณอินเทอร์เน็ต และ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ย้ายที่อยู่ หรือย้ายสถานที่รับบริการฝากครรภ์หรือไม่มาตรวจครรภ์ตามนัด และเกณฑ์การยกเลิก คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเกิดขึ้นขณะอยู่ระหว่างร่วมการการวิจัย เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตกเลือดก่อนคลอด หรือ เกิดความผิดปกติทางด้านสุขภาพจิต 2) ทารกในครรภ์มีความผิดปกติ และ 3) เข้าร่วมการทดลองไม่ครบตามจำนวนครั้งที่กำหนด หรือต้องการยุติการเข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบ ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และความตั้งใจในการมีบุตร

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม (Department of Medical services, 2023; Ministry of Public Health, 2017) จำนวน 15 ข้อ จำแนกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การฝากครรภ์คุณภาพ จำนวน 5 ข้อ การลดปัจจัยเสี่ยง จำนวน 7 ข้อ และการตัดสินใจพบแพทย์ จำนวน 3 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 4 คะแนนปฏิบัติบ่อยครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน เป็นข้อความทางบวกทุกข้อ เช่น “ท่านเข้ารับบริการฝากครรภ์ตรงตามนัด” “ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม” “ท่านงดทำงาน

ที่ต้องใช้แรงงานหนัก หรือยกของหนักมากกว่า 5 กิโลกรัม” “ท่านรีบมาโรงพยาบาลทันที เมื่อมีอาการท้องแข็งอย่างน้อย 3 - 4 ครั้ง ใน 1 ชั่วโมง” คัดคะแนนรวมระหว่าง 1 – 60 คะแนน จำแนกคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Bloom, 1976)

ระหว่าง 48 – 60 คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	หมายถึง ระดับดี
ระหว่าง 36 – 47 คะแนน (ร้อยละ 60.00 - 79.90)	หมายถึง ระดับปานกลาง
ระหว่าง 1 – 35 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60)	หมายถึง ระดับต่ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจสำหรับสตรีตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Department of Medical services, 2023; Ministry of Public Health, 2017; Protcharoen et al., 2023) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจสำหรับสตรีตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ มีค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .90 และ .89 ตามลำดับ นำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

##### กลุ่มควบคุม

1. ดำเนินการทดลองกับกลุ่มควบคุมให้เสร็จสิ้นก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อน ในช่วงวันที่ 1 ธันวาคม 2567 - 10 กุมภาพันธ์ 2568 ที่แผนกฝากครรภ์ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยชี้แจงให้ข้อมูลตามขั้นตอนพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และมีการลงนามแสดงความยินยอมภายหลังที่ตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (pretest) โดยใช้เวลา 10 นาที ก่อนเข้ารับบริการตรวจครรภ์

2. ให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ (การพยาบาลตามปกติ) ครอบคลุมการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ความสำคัญของการฝากครรภ์และการมาตรวจครรภ์ตามนัด การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การพักผ่อน การทำงาน การรักษาความสะอาดร่างกาย การแจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (pretest) โดยใช้เวลารายละ 10 นาที จนครบตามจำนวน 30 ราย และเมื่อครบเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างให้ตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง

(posttest) ภายหลังจากการตรวจครรภ์ในวันที่มาตรวจตามนัด และแจกเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ที่มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด

### กลุ่มทดลอง

1. ดำเนินการในช่วงวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2568 - 30 เมษายน 2568 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งแจ้งให้ข้อมูลตามขั้นตอนพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง คือขอความร่วมมือด้วยความสมัครใจ และมีเอกสารยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมการศึกษาสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัยตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ซึ่งการยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย ไม่มีผลต่อบริการดูแลรักษาพยาบาลที่จะได้รับทั้งทางตรงและทางอ้อม จากนั้นมีการลงนามแสดงความยินยอมภายหลังที่ตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ใช้เวลา 10 นาที จากนั้นเข้ากิจกรรมเสริมความรู้การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ (การพยาบาลตามปกติ) ซึ่งเป็นกิจกรรมเหมือนกับกลุ่มควบคุมทุกประการ

2. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นรายบุคคล รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ขั้นตอนและกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

สัปดาห์	ขั้นตอน	กิจกรรม
1	การค้นพบสภาพการณ์จริง ใช้เวลา 20 นาที	- การสร้างสัมพันธภาพพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันเป็นรายบุคคล - ให้หญิงตั้งครรภ์สำรวจปัญหา และความเสี่ยงของตนเอง ผลกระทบจากการคลอดก่อนกำหนด - ให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด ความสำคัญ ผลกระทบ อาการเตือน และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
	การสะท้อนความคิด อย่างมีวิจารณญาณ ใช้เวลา 20 นาที	- หญิงตั้งครรภ์สะท้อนคิดเกี่ยวกับการพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา ซึ่งอาจเป็นความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด - ผู้วิจัยสะท้อนถึงความสามารถในปรับเปลี่ยน หรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง
	การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ กิจกรรมที่เหมาะสมและ ลงมือปฏิบัติ ใช้เวลา 20 นาที	- หญิงตั้งครรภ์กำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด - ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมและตอบข้อสงสัยของหญิงตั้งครรภ์ - หญิงตั้งครรภ์เข้ากลุ่มไลน์ “baby สมบูรณ์” เพื่อสื่อสารการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน หรือที่ทำงานระหว่างวัน เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค หรือสงสัยอาการเตือนที่อาจทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด โดยมีข้อตกลงว่าเป็นกลุ่มไลน์สำหรับสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเท่านั้น

## ตาราง 1 (ต่อ)

สัปดาห์	ขั้นตอน	กิจกรรม
2 และ 3	การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ	ผู้วิจัยติดตามรายบุคคล ผ่านโทรศัพท์/ไลน์ เพื่อพูดคุย สอบถามปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์
4	ประเมินพฤติกรรมป้องกัน การคลอดก่อนกำหนด	นัดหมายทำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (posttest) ในวันที่ตรงกับวันนัดตรวจครรภ์

### การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และคะแนนจากแบบสอบถาม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation:  $SD$ )
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของอายุ อายุครรภ์ และรายได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) เปรียบเทียบสัดส่วนของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และความตั้งใจในการมีบุตร ใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test:  $\chi^2$ ) และทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งปกติ โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า p-value > .05 แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายปกติ (normality)
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) และระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี รหัสโครงการ RBHEC 059/67 ลงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2567 ข้อมูลการวิจัยถือเป็นความลับ เก็บรักษาข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ต้องใช้รหัสผ่าน จึงจะสามารถเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้ นำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มตัวอย่างรายบุคคลได้ และทำลายเอกสารทั้งหมดหลังจากสิ้นสุดการวิจัยภายใน 1 ปี

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 28.24 ปี ( $SD = 5.76$ ) อายุครรภ์เฉลี่ย 26.12 สัปดาห์ ( $SD=3.57$ ) และรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 18,564 บาท ( $SD = 5,832$ ) ส่วนสตรีตั้งครรภ์กลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 27.92 ปี ( $SD=5.83$ ) อายุครรภ์เฉลี่ย 25.84 สัปดาห์ ( $SD = 3.68$ ) และรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 19,204 บาท ( $SD = 5,652$ ) นอกจากนี้ ยังพบว่า สถานภาพสมรส



ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และความตั้งใจในการมีบุตร หลังจากการทดสอบความแตกต่างพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ (ปี)	$M=28.24, SD=5.76$	$M=27.92, SD=5.83$	.197 <sup>a</sup>	.845
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	$M=26.12, SD=3.57$	$M=25.84, SD=3.68$	.275 <sup>a</sup>	.785
รายได้ของครอบครัว (บาท)	$M=18,564, SD=5,832$	$M=19,204, SD=5,652$	.391 <sup>a</sup>	.698
สถานภาพสมรส			.278 <sup>b</sup>	.472
คู่	26 (86.67)	27 (90.00)		
แยกกันอยู่	4 (13.33)	3 (10.00)		
ระดับการศึกษา			.277 <sup>b</sup>	.871
ประถมศึกษา	5 (16.67)	6 (20.00)		
มัธยมศึกษา	16 (53.33)	14 (46.67)		
ปริญญาตรี	9 (30.0)	10 (33.33)		
อาชีพ			.910 <sup>b</sup>	.923
รับจ้าง	10 (33.33)	11 (36.67)		
งานบ้าน	8 (26.67)	6 (20.00)		
ค้าขาย	7 (23.33)	6 (20.00)		
เกษตรกรรม	3 (10.00)	5 (16.67)		
ข้าราชการ	2 (6.67)	2 (6.67)		
รายได้			.131 <sup>b</sup>	.718
เพียงพอ	26 (86.67)	25 (83.33)		
ไม่เพียงพอ	4 (13.33)	5 (16.67)		
ความตั้งใจในการมีบุตร			.741 <sup>b</sup>	.389
ตั้งใจ	26 (86.67)	28 (93.33)		
ไม่ตั้งใจ	4 (13.33)	2 (6.67)		

a = independent t-test, b = Chi-square test

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ย ( $M = 51.18, SD = 3.23$ ) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $M = 30.57, SD = 2.59$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 29.83, p < .001$ ) เมื่อแยกพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเป็นรายด้าน พบว่า ทั้ง 3 ด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (*n* = 30)

ด้าน	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			Mean difference	<i>t</i>	<i>p</i> -value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ			
การฝากครรภ์	10.80	2.58	ต่ำ	17.48	1.99	ดี	-6.68	14.37*	<.001
การลดปัจจัยเสี่ยง	15.52	2.43	ต่ำ	23.03	2.08	ดี	-7.51	13.08*	<.001
การตัดสินใจพบแพทย์	4.26	1.39	ต่ำ	10.67	1.03	ดี	-6.41	20.21*	<.001
โดยรวม	30.57	2.59	ต่ำ	51.18	3.23	ดี	-20.61	29.83*	<.001

\**p* <.001

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์โดยใช้กระบวนการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (*M* = 51.18, *SD* = 3.23) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (*M* = 42.08, *SD* = 3.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*t* = 11.26, *p* <.001) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ตามปกติ

ด้าน	กลุ่มทดลอง ( <i>n</i> = 30)			กลุ่มควบคุม ( <i>n</i> = 30)			Mean difference	<i>t</i>	<i>p</i> -value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ			
การฝากครรภ์	17.48	1.99	ดี	15.45	1.80	ปานกลาง	2.03	3.76	<.001
การลดปัจจัยเสี่ยง	23.03	2.08	ดี	19.13	1.99	ปานกลาง	3.90	8.70	<.001
การตัดสินใจพบแพทย์	10.67	1.03	ดี	7.50	1.64	ปานกลาง	3.17	8.98	<.001
โดยรวม	51.18	3.23	ดี	42.08	3.19	ปานกลาง	9.10	11.26*	<.001

\**p* <.001

### การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p* < .001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวความคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Gibson, 1991) เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองได้ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของตนเองได้อย่าง

เหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติพบว่า ช่วยให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ (Kongngurn et al., 2016) และช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28-34 สัปดาห์ และมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดจันทบุรี เกิดความเชื่อมั่นและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม (Protcharoen et al., 2023) ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991) ซึ่งระบุว่า การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้นั้น ต้องเกิดจากการตระหนักรู้และเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง โดยกิจกรรมของโปรแกรมช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เกิดกระบวนการสำคัญ 4 ขั้นตอน อภิปรายผลได้ ดังนี้

การให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์เป็นกระบวนการส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจถึงสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบจากการคลอดก่อนกำหนด วิเคราะห์ถึงความเสี่ยงของตนเองเป็นรายบุคคล ช่วยส่งเสริมให้มารดาเกิดการค้นพบสภาพการณ์จริง ซึ่งการที่หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจและการรับรู้ความเสี่ยงที่ถูกต้อง ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการคลอดก่อนกำหนดที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Timsin and Wangpitipanit (2025) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ไทย โดยพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมที่เน้นการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ และการเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์พูดคุยทบทวนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่อาจเป็นความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่ผ่านมา ซึ่งเป็นเป็นการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการตัดสินใจ เกิดพลังอำนาจแห่งตน จึงแสวงหาทางเลือกเพื่อจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม ดังผลการศึกษาของ Buakhai et al. (2019) พบว่าการที่หญิงตั้งครรภ์ได้ร่วมกันสะท้อนคิดถึงพฤติกรรมดูแลตนเอง ทำให้เข้าใจถึงสถานการณ์ที่เป็นจริงและสามารถนำข้อมูลที่ได้ปรับไปใช้ในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อควบคุมและจัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของตนเอง

นอกจากนี้ ในโปรแกรมยังมีกระบวนการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง และลงมือปฏิบัติจริง โดยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจจนสามารถกำหนดเป้าหมาย และตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมและดีที่สุดกับตนเอง เป็นการเพิ่มขีดความสามารถและการรับรู้คุณค่าของตนเอง พร้อมทั้งจะลงมือปฏิบัติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Buakhai et al. (2019) ที่พบว่า การส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์กำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง ทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ในการเลือกพฤติกรรมสุขภาพขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสมกับตน และขั้นตอนสุดท้าย คือ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นการให้กำลังใจเสริมพลัง ตอบข้อสงสัยและการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง เป็นรายบุคคล ผ่านโทรศัพท์/แอปพลิเคชันไลน์ จึงมีส่วนช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และส่งผลให้สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนด

คลอดได้ ดังผลการศึกษาของ Kongngum et al. (2016) ที่พบว่า การติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน การคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้เกิดการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และการศึกษาของ Protcharoen et al. (2023) ซึ่งเป็นการติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยให้การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพได้เช่นเดียวกัน

โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดนี้ มุ่งเน้นให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยการให้ความรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์และแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นวิธีการที่สอดคล้องกับวิถีการใช้ เทคโนโลยีในชีวิตประจำวันที่เข้าถึงง่าย ผ่านขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจแห่งตน และการวางแผน เลือปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง พร้อมทั้งได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อพบปัญหา จะได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่พยาบาล การที่สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงได้รับการติดตามพฤติกรรมที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ ในการจัดการความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี และเกิดผลลัพธ์ของการป้องกัน การคลอดก่อนกำหนด เหมาะสมกับบริบทของหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการจากโรงพยาบาลราชบุรี ที่ต้องมุ่งเน้น การป้องกันในระดับปฐมภูมิ และความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ จนเกิดผลลัพธ์ ของการตั้งครรภ์จนครบกำหนด ลดปัญหาจากการคลอดก่อนกำหนดได้

### ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากมีระยะเวลาการติดตามผลการวิจัยจำกัด ทำให้ไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของ พฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด หรือคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์สุขภาพในระยะยาวได้

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในการดูแล สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะในคลินิกฝากครรภ์ที่มีอัตราการคลอดก่อน กำหนดสูง โดยผนวกโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจเข้ากับการให้ความรู้ในโรงเรียนพ่อแม่และติดตามการ คงไว้ซึ่งพฤติกรรมต่อเนื่องตามช่วงเวลาของการนัดตรวจครรภ์

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มควบคุม (randomized controlled trial) หรือการทดลอง แบบสุ่มกลุ่ม (cluster randomized trial) เพื่อติดตามความยั่งยืนของพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และวัดผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักทารกแรกคลอด การเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (newborn intensive care unit: NICU) และวัดประสิทธิผลในเชิงเศรษฐศาสตร์ (cost effectiveness)

## เอกสารอ้างอิง

- Bloom, S. (1976). *Human characteristics and school learning*. McGraw-Hill.
- Buakhai, P., Rithpo, P., & Inkwae, T. (2019). The effects of empowerment program on knowledge, perception, and health behavior during pregnancy and postpartum among incarcerated pregnant and postpartum women. *Journal of Nursing and Health Research*, 20(1), 28–39. (in Thai)
- Chawanpaiboon, S., Titapant, V., Anuwutnavin, S., Kanjanapongporn, A., & Pooliam, J. (2021). Identifying the barriers to universal cervical length screening for preterm birth prevention at a tertiary hospital in Thailand (patient's perspectives): Implementation research. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 304(5), 1179-1188. <https://doi.org/10.3390/healthcare11071039>
- Crump, C., Sundquist, J., Winkleby, M. A., & Sundquist, K. (2019). Preterm birth and risk of chronic kidney disease from childhood into mid-adulthood. *BMJ*, 365, l1346. <https://doi.org/10.1136/bmj.l1346>
- Delnord, M., & Zeitlin, J. (2019). Epidemiology of late preterm and early term births—An international perspective. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 24(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2018.09.001>
- Department of Medical services. (2023). *Guidelines for the prevention of premature birth for Thailand, 2023 Edition*. Department of Medical services, Ministry of Public Health (in Thai)
- Department of Obstetrics and Gynecologic Nursing, Ratchaburi Hospital. (2024). *Annual report for fiscal years 2022 – 2024*. Department of Obstetrics and Gynecologic Nursing, Ratchaburi Hospital. (in Thai)
- Ezbakhe, F., & Pérez-Foguet, A. (2020). Child mortality levels and trends: A new compositional approach. *Demographic Research*, 43, 1263-1296. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2020.43.43>
- 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>
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>
- Kaewkangwan, C. (2019). *A guide for new researchers: Applications of epidemiology and biostatistics in biomedical research*. G.S.M. Trading.

- Kongngurn, P., Wong-asa, W., & Sombatsirinun, K. (2016). Impacts of an empowerment programme for pregnant women with preterm birth risks and their husbands on their health-promoting behaviour, number of preterm births and low birth-weight infants. *Thai Journal of Nursing Council*, 31(3), 67–82. (in Thai)
- Medical Information Repository, Ministry of Public Health. (2024). *Percentage of Thai women delivering preterm in fiscal year 2022. Maternal and child health standards reporting group*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/ecdbfc8b4725386c34623ce99f0f4b8d> (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2017). *National reproductive health development policy and strategy No.2 (2017-2026) on promoting quality birth and growth to ensure quality pregnancies*. <https://hhdc.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/hhdc/n2210.pdf>
- Protcharoen, M., Siriarunrat, S., & Suppasri, P. (2023). Effects of the empowerment program with Line application on health behaviors and recurrent preterm labor among women having preterm labor. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 31(3), 1–12. (in Thai)
- Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2024). *Key Performance Indicators (KPIs) of the Ministry of Public Health, Fiscal Year 2024*. <https://spd.moph.go.th/kpi-template-2567/>
- Timsin, N., & Wangpitipanit, S. (2025). The effects of a health literacy promotion program for prevention of preterm birth among pregnant women who received antenatal care services in the hospital based. *Women and Children Nursing*, 3(1), 20-26. <https://doi.org/10.1016/j.wcn.2025.01.003>
- United Nations. (2022). *Goal 3. Ensure healthy lives and promote Well-being for all at all ages*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
- Walani, S. R. (2020). Global burden of preterm birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150(1), 31-33. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13195>
- World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- World Health Organization. (2025). *Incorporation of the World Prematurity Day into the WHO calendar, to strengthen approaches to prevent preterm births and treat and care for preterm infants*. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA78/A78\\_R17-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R17-en.pdf)



## คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอเรียนเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิจัย และบทความวิชาการ เพื่อพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทั้งนี้ บทความวิจัย และบทความวิชาการ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ข้อความและข้อคิดเห็นต่าง ๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้น ๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หรือของวารสาร และขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน และแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด

### การเตรียมต้นฉบับ

1. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โปรแกรม Microsoft Office Word for Windows 2013 หรือสูงกว่า ใช้แบบอักษร TH SarabunPSK พิมพ์ในกระดาษขนาด A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน – ล่าง 2.54 เซนติเมตร ด้านซ้าย 3.17 เซนติเมตร และด้านขวา 2.54 เซนติเมตร จำนวน 10-15 หน้า (รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงไม่เกิน 10 ปี ยกเว้น เอกสารที่เป็นแนวคิด ทฤษฎีต้นฉบับ (original paper) จำนวนไม่เกิน 20 รายการ ใช้ตัวเลขอารบิกทั้งหมด กรณีใช้คำย่อต้องเป็นคำที่ใช้อย่างแพร่หลายและ/หรือตามสากลเท่านั้น (โดยระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ
2. ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 18 หนา ใ้หน้าแรกตรงกลาง หน้ากระดาษ
3. ชื่อ-สกุลผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษแยกบรรทัด ขนาดอักษร 14 หนา จัดชิดขวาของ หน้ากระดาษ และระบุลำดับผู้เขียนเป็นตัวเลขยก ท้ายชื่อ-สกุล
4. สถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษแยกบรรทัด ขนาดอักษร 12 หนา จัดชิดขวาของ หน้ากระดาษ
5. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำต่อบทคัดย่อ
6. คำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ
7. การเรียงหัวข้อในเนื้อหา หัวข้อใหญ่สุดพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดตัวอักษร 18 หนา หัวข้อย่อยย่อหน้าจากหัวข้อใหญ่ และห่างจากหัวข้อถัด ๆ ไป 3 – 5 ตัวอักษร (เคาะ 1 tab) ขนาดตัวอักษรปกติ
8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
  - 8.1 บทคัดย่อภาษาไทย
  - 8.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
  - 8.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
  - 8.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
  - 8.5 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
  - 8.6 กรอบแนวคิดการวิจัย



8.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (รวม การตรวจสอบคุณภาพ) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

8.8 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

8.9 ผลการวิจัย

8.10 การอภิปรายผล

8.11 ข้อเสนอแนะ ประกอบไปด้วย ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการ วิจัยครั้งต่อไป

8.12 ข้อจำกัดของการวิจัย

8.13 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

8.14 เอกสารอ้างอิง

9. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

9.1 บทคัดย่อภาษาไทย

9.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

9.3 เนื้อหา

- บทนำ

- เนื้อเรื่อง

- บทสรุป

9.4 เอกสารอ้างอิง

10. ถ้ามีตารางหรือภาพประกอบ ให้แทรกในเนื้อหา หัวตาราง ใช้คำว่า “ตาราง/ ภาพ” ตามด้วยหมายเลข ตารางหรือภาพ ตามลำดับ พร้อมทั้งระบุชื่อตารางหรือภาพ

### การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตาม APA-American Psychological Association ในรูปแบบที่ วารสารกำหนด ดังนี้

#### 1. การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) ใช้ระบบนาม-ปี

รูปแบบ	หน้าข้อความ	ท้ายข้อความ
ผู้แต่ง 1 คน	Surname (year) Duangchan (2015)	(Surname, year) (Duangchan, 2015)
ผู้แต่ง 2 คน	Surname <sup>1</sup> and Surname <sup>2</sup> (year) Duangchan and Sriyasak (2015)	(Surname <sup>1</sup> & Surname <sup>2</sup> , year) (Duangchan & Sriyasak, 2015)
ผู้แต่ง 3 คน ขึ้นไป	Surname <sup>1</sup> et al. (year) Duangchan et al. (2015)	(Surname <sup>1</sup> et al., year) (Duangchan et al. (2015)





รูปแบบ	หน้าข้อความ	ท้ายข้อความ
อ้างอิง	Surname (year) and Surname (year)	(Surname, year; Surname, year)
มากกว่า 2 แหล่งข้อมูล	Duangchan (2015) and Sriyasak (2016)	(Duangchan, 2015; Sriyasak, 2016)
อ้างอิง	Surname <sup>1</sup> (year as cited in Surname <sup>2</sup> , year)	(Surname <sup>1</sup> , year as cited in Surname <sup>2</sup> , year)
แหล่งข้อมูล ทุติยภูมิ	Duangchan (2015 as cited in Sriyasak, 2016)	(Duangchan, 2015 as cited in Sriyasak, 2016)

## 2. การเขียนในรายการอ้างอิง (Reference)

2.1 อ้างอิงจากข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) จำนวนไม่เกิน 20 รายการ และไม่เกิน 10 ปี ยกเว้น เอกสารที่เป็นแนวคิด ทฤษฎีต้นฉบับ (original paper) การอ้างอิงจากเว็บไซต์จะต้องเป็นของหน่วยงานที่น่าเชื่อถือและสามารถเข้าถึงได้แบบเป็นปัจจุบัน

2.2 ใช้ภาษาอังกฤษทั้งหมด กรณีที่รายการอ้างอิงนั้นมีการเผยแพร่เนื้อหาเป็นภาษาไทย ให้ต่อท้ายรายการอ้างอิงนั้นด้วย (in Thai)

2.3 ใส่ผู้ชื่อสกุลผู้แต่ง ตามด้วยตัวอักษรตัวแรกของชื่อต้น หรือชื่อกลาง (ถ้ามี) กรณีมีจำนวน 1-20 คน ให้ใส่ทุกคน กรณีผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ลำดับที่ 1-19 ตามด้วยเครื่องหมาย ,... & ลำดับสุดท้าย ดังตัวอย่าง

Evans, L. M., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G.,... & Levy, M. M. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Critical Care Medicine*, 49(11), 1063-1143. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005337>

2.4 เขียนอ้างอิงตามรูปแบบ ดังนี้

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
หนังสือทั่วไป	Surname, A. A. (year). <i>Title of work</i> (..... ed.). Publisher. Patton, M. Q. (2015). <i>Qualitative research &amp; evaluation methods: Integrating theory and practice</i> (4 <sup>th</sup> ed.). SAGE. <b>กรณีผู้แต่งเป็นบรรณาธิการ</b> McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (Eds.). (2018). <i>Maternal-child nursing</i> (5 <sup>th</sup> ed.). Elsevier. <b>บทในหนังสือ</b> Gray, J. R. (2021). Discovering the world of nursing. In R. G. Jennifer, & K. G. Susan (Eds.), <i>Burns &amp; Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence</i> (9 <sup>th</sup> ed., pp. 1-18). Elsevier. <b>หมายเหตุ</b> *ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่ (n.d.) **พิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องระบุ ***ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์ ให้ใส่ n.p.



แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
บทความ ในวารสาร	<p><b>แบบรูปเล่ม/ อิเล็กทรอนิกส์ ที่ไม่มีเลข DOI</b> ชื่อสกุล, อักษรตัวแรกของชื่อต้น. (ปี ค.ศ.). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. Chisuwan, C., Prasopkittikun, T., Sangperm, P., &amp; Payakkarang, S. (2012). Predictive power of support from husbands, grandmothers, and nurses on duration of exclusive breastfeeding. <i>Journal of Nursing Science</i>, 30(1), 70-80. (in Thai)</p>
	<p><b>วารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI</b> ชื่อสกุล, อักษรตัวแรกของชื่อต้น. (ปี ค.ศ.). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. <a href="https://doi.org/เลข doi">https://doi.org/เลข doi</a> Sankaran, D., Nakra, N., Cheema, R., Blumberg, D., &amp; Lakshminrusimha, S. (2021). Perinatal SARS-CoV-2 infection and neonatal COVID-19: A 2021 update. <i>NeoReviews</i>, 22(5), 284-295. <a href="https://doi.org/10.1542/neo.22-5-e1001">https://doi.org/10.1542/neo.22-5-e1001</a></p>
	<p><b>วารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีหมายเลขบทความ (eLocators)</b> ชื่อสกุล, อักษรตัวแรกของชื่อต้น. (ปีค.ศ.). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขที่บทความ. URL Chaipatchareewan, T. &amp; Jaruchainiwat, P. (2021). Parents' strategies to establish healthy eating habits for preschoolers in Mahaveeranuwat School. <i>An Online Journal of Education</i>, 16(2), Article OJED-16-02-012. <a href="https://so01.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/view/248623/168548">https://so01.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/view/248623/168548</a> (in Thai) Pozzobon, D., Ferreira, P. H., Dario, A. B., Almeida, L., Vesentini, G., Harmer, A. R., &amp; Ferreira, M. L. (2019). Is there an association between diabetes and neck and back pain? A systematic review with meta-analyses. <i>PLOS ONE</i>, 14(2), Article e0212030. <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212030">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212030</a></p>
วิทยานิพนธ์ ดุษฎีนิพนธ์	<p><b>ไม่ได้ตีพิมพ์</b> ชื่อสกุล, อักษรตัวแรกของชื่อต้น. (ปี ค.ศ.). ชื่อเรื่อง [Unpublished doctoral dissertation หรือ Unpublished master's thesis]. ชื่อมหาวิทยาลัย. Jung, M. S. (2014). <i>A structural equation model on core competence of nursing students</i> [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University.</p>
	<p><b>จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์</b> McNiel, D. S. (2006). <i>Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother</i> (UMI No. 1434728) [Master's thesis, California State University-Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.</p>
	<p><b>จากเว็บไซต์ที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์</b> Nunthawong, J. (2017). <i>A development of Thai moral integrity scale for professional nurses</i> [Doctoral dissertation, Chulalongkorn University]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <a href="http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/59428">http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/59428</a> (in Thai)</p>



แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
รายงาน	จัดทำโดยบุคคล สังกัดหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น ชื่อสกุล, อักษรตัวแรกของชื่อต้น. (ปี ค.ศ.). ชื่อเรื่อง. สำนักพิมพ์หรือหน่วยงาน. URL (ถ้ามี) Chitnomrath, T. (2011). <i>A study of factors regarding firm characteristics that affect financing decisions of public companies listed on the stock exchange of Thailand</i> . Dhurakij Pundit University. (in Thai)
	จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น National Cancer Institute. (2019). <i>Taking time: Support for people with cancer</i> (NIH Publication No. 18-2059). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <a href="https://www.cancer.gov/publications/patient-education/takingtime.pdf">https://www.cancer.gov/publications/patient-education/takingtime.pdf</a>
รายงานการประชุมเชิงวิชาการที่มี proceeding	ในรูปแบบรูปเล่มหนังสือ ชื่อสกุล, อักษรตัวแรกของชื่อต้น. (ปี ค.ศ.). ชื่อบทความหรือชื่อเรื่องของบท. In ชื่อสกุลบรรณาธิการ (Ed. หรือ Eds.), ชื่อหัวข้อการประชุม (p. หรือ pp. เลขหน้า). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี) Pang, W. I. (2017). Promoting integrity of shift report by applying ISBAR principle among nursing students in clinical placement. In E. Masal, I. Önder, S. Beşoluk, H. Çalışkan, & E. Demirhan (Eds.), <i>ERPA International Congresses on Education 2017 (ERPA 2017)</i> . SHS Web of Conferences. <a href="https://doi.org/10.1051/shsconf/20173701019">https://doi.org/10.1051/shsconf/20173701019</a>
	ในรูปแบบวารสาร Prasasti, A. K., & Widyatuti, W. (2021). The role of community nurses to prevent domestic violence during the Covid-19 pandemic. <i>Proceedings of the International Conference on Nursing and Health Sciences, 2</i> (1), 9-18. <a href="http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/PICNHS/article/view/431">http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/PICNHS/article/view/431</a>
เว็บไซต์	ชื่อ สกุล. (ปี, วัน เดือนที่เผยแพร่). ชื่อบทความ. ชื่อเว็บไซต์. URL World Health Organization. (2020, January 31). <i>Adolescent pregnancy</i> . <a href="https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy">https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy</a> * กรณีไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่เฉพาะ ปี ค.ศ. ** กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกันให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

## การส่งบทความ

ส่งทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/about/submissions> เท่านั้น และอาจแจ้งการส่งทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ [journal@pckpb.ac.th](mailto:journal@pckpb.ac.th) หรือโทรศัพท์ 0-32427049 ต่อ 115 มือถือ 097-2691246



แบบฟอร์มนำส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์  
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

1. ชื่อเรื่องภาษาไทย.....  
.....  
ภาษาอังกฤษ.....  
.....

ประเภทบทความ  บทความวิจัย  บทความวิชาการ

2. เป็นบทความจากวิทยานิพนธ์/ ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์  ใช่  ไม่ใช่

3. ข้อมูลผู้นิพนธ์หลัก

ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....อีเมล:

(กรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์) รหัสสนិត.....สาขาวิชา.....

คณะ.....มหาวิทยาลัย.....

4. ตรวจสอบตามรายการต่อไปนี้

ส่งบทความผ่านระบบ ThaiJo ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/>

แนบเอกสารการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (กรณีบทความวิจัย)

เลขที่เอกสาร.....ลงวันที่.....หน่วยงานที่รับรอง.....

รายการเอกสารอ้างอิงครบถ้วนตามที่อ้างอิงในเนื้อหาและถูกต้องตามรูปแบบที่วารสารกำหนด

บทความย่อภาษาอังกฤษ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา

5. ชื่อผู้นิพนธ์ร่วม

1. ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน..... อีเมล: .....

2. ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน..... อีเมล: .....

3. ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน..... อีเมล: .....

4. ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน..... อีเมล: .....

6. ให้จัดสรรผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวิจัย (reviewer) จากภายนอกสถาบันของผู้นิพนธ์หลัก  ใช่  ไม่ใช่

ขอรับรองว่าบทความนี้ ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสาร หรืออยู่ระหว่างกระบวนการของวารสารใดๆ มาก่อน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้นิพนธ์หลัก/ ผู้นำส่ง

ขอรับรองว่าได้ทำการตรวจสอบเนื้อหา และรูปแบบการอ้างอิงที่ถูกต้องของบทความฉบับนี้ ก่อนที่จะส่งมา  
ตีพิมพ์ในวารสาร (กรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์)

ลงชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ใบชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

ประเภท  บุคคล ชื่อ - นามสกุล.....

หน่วยงาน ชื่อ .....

เบอร์โทรศัพท์ ..... อีเมล .....

มีความประสงค์ชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ (ขอให้เลือกประเภท ดังต่อไปนี้)

บทความวิชาการ Reviewer 2 ท่าน เป็นเงิน 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)

บทความวิจัย ต้องการ Reviewer 2 ท่าน เป็นเงิน 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)

บทความวิจัย ต้องการ Reviewer 3 ท่าน เป็นเงิน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

ชื่อบทความ.....

\*\*\*ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินทุกกรณี\*\*\*

ชำระโดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาเพชรบุรี

ชื่อบัญชี “วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี”

เลขบัญชี 703-1-31765-7

ที่อยู่ (ที่ต้องการจัดส่งใบเสร็จรับเงิน)

ลงนาม .....

(.....)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ. ....

หมายเหตุ กรุณาส่ง 1) ใบนำส่งบทความ 2) ใบชำระค่าธรรมเนียมตีพิมพ์ และ 3) หลักฐานการชำระเงิน

ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ (บรรณาธิการวารสาร)

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนคีรีรัฐยา ตำบลธงชัย อำเภอเมือง

จังหวัดเพชรบุรี 76000 หรือส่งทางอีเมล journal@pckpb.ac.th



\*\*\*กรณีโอนเงินผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ให้โอนในวันและเวลาราชการเท่านั้น

ส่งหลักฐานทุกรายการทางแอปพลิเคชันไลน์ “วารสารวิทยาลัยพยาบาล  
พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี” ก่อนเวลา 15.00 น. ของวันที่ทำการโอน\*\*\*

ติดต่อสอบถาม โทร 097-2691246 หรืออีเมล journal@pckpb.ac.th

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



**วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี**  
**คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข**  
**ที่อยู่ 203 หมู่ 2 ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000**  
**โทรศัพท์ 0 3242 7049 โทรสาร 0 3240 0573**  
**อีเมลล์ journal@pckpb.ac.th**  
**เว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck>**