



วารสาร

# สารานุกรมสุขและสุขภาพศึกษา

Thai Journal of Public Health and Health Education

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-เมษายน 2568  
Vol.5 No.1 January-April 2025  
ISSN 2985-251X (Online)



วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี  
<https://scphub.ac.th>



## วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา (Thai Journal of Public Health and Health Education)

ISSN 2985-251X (Online)

### ขอบเขตการตีพิมพ์

- ด้านการสาธารณสุข (Public Health)
- ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)
- วิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Sciences)
- ด้านทันตสาธารณสุข (Dental Public Health)
- ด้านการพยาบาล (Nursing)
- ด้านสุขภาพศึกษา (Health Education)

### ประเภทของบทความ

- บทความวิจัย (Research Article)
- บทความวิชาการ (Academic Article)

### ภาษาที่รับตีพิมพ์

- ภาษาไทย (Thai)
- ภาษาอังกฤษ (English)

### กำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

- ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน
- ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม
- ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม

### กระบวนการพิจารณาบทความ

- บทความทุกบทความของวารสาร ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจากหลากหลายสถาบัน จำนวน 3 ท่าน
- การประเมินเป็นแบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (Double-Blind Review)

### ค่าธรรมเนียมเพื่อประเมินบทความ

- บุคคลภายใน (สังกัดวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี) บทความละ 2,500 บาท
- ศิษย์เก่าวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี บทความละ 3,000 บาท
- บุคคลภายนอก บทความละ 3,500 บาท

หมายเหตุ กองบรรณาธิการจะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมเพื่อประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในกรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิปฏิเสธการตีพิมพ์ หรือกรณีที่ผู้เขียนบทความขอยกเลิกบทความ หลังจากบทความเข้าสู่กระบวนการ Review ส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินแล้ว

### ขั้นตอนการชำระค่าธรรมเนียมบทความ

1. กองบรรณาธิการ แจ้งให้ผู้พิมพ์ชำระค่าธรรมเนียมเพื่อประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากบทความผ่านกระบวนการปรับแก้เบื้องต้น (Pre review) แล้ว
2. ผู้พิมพ์/ผู้วิจัย ชำระค่าธรรมเนียมเพื่อประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ ชื่อบัญชี วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ร่วมกับชมรมศิษย์เก่า ธนาคารกรุงไทย ประเภทออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 662-5-42917-1
3. ส่งหลักฐานการโอนเงินในระบบของวารสารมายังช่องทาง Review Discussions พร้อมแจ้งข้อมูลชื่อ สกุล และสังกัด สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน และที่อยู่สำหรับจัดส่งใบเสร็จรับเงินฉบับจริง
4. กองบรรณาธิการตรวจสอบหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม
5. กองบรรณาธิการออกใบเสร็จรับเงินส่งให้ผู้พิมพ์/ผู้วิจัยในระบบของวารสาร
6. กองบรรณาธิการส่งใบเสร็จรับเงินฉบับจริงให้ผู้พิมพ์/ผู้วิจัย ในกรณีที่แจ้งความประสงค์ไว้เท่านั้น

### ขั้นตอนการประเมินบทความ

1. กองบรรณาธิการกลั่นกรองบทความหลังจากที่บทความส่งเข้ามายังระบบของวารสาร
2. แจ้งผู้เขียนบทความให้ปรับแก้เบื้องต้น (Pre-review) ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
  - 2.1 กรณีปรับแก้บทความเบื้องต้นแล้ว แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมบทความ
  - 2.2 กรณีปรับแก้บทความเบื้องต้นไม่สมบูรณ์ แจ้งให้ผู้พิมพ์ปรับแก้อีกครั้ง
  - 2.3 กรณีผู้พิมพ์ไม่ปรับแก้ ปฏิเสธบทความ
3. หลังจากจากผู้พิมพ์ชำระค่าธรรมเนียมบทความแล้ว นำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความ (Review)
4. บทความที่ผ่านการประเมิน มีการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือจนกว่าบทความจะสมบูรณ์ จึงเข้าสู่กระบวนการเผยแพร่ตีพิมพ์
  - 4.1 กรณีที่ปรับแก้บทความไม่สมบูรณ์ แจ้งผู้พิมพ์ปรับแก้อีกครั้ง

4.2 กรณีที่ไม่ปรับแก้บทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ปฏิเสธการตีพิมพ์

5. วารสารออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์ หลังจากที่คุณผู้ประพันธ์ปรับแก้บทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือจนกว่ากองบรรณาธิการพิจารณาแล้วว่าบทความสามารถเผยแพร่ตีพิมพ์ได้

### คำแนะนำทั่วไป

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์ในวารสารเป็นบทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างรอการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์จากวารสารอื่น

2. กระบวนการดำเนินการวิจัยต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยขั้นตอนการ Submission บทความ ขอให้แนบส่งสำเนาเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3. บทความได้รับความยินยอมในการเผยแพร่ตีพิมพ์จากทีมวิจัยทุกคน

4. บทความเตรียมในรูปแบบของไฟล์ Microsoft Word

5. บทความจัดเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบ Template ที่วารสารกำหนดทั้งเนื้อหาบทความ และรูปแบบการอ้างอิง จากคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับ (Author Guidelines) วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา (Thai Journal of Public Health and Health Education) ISSN 2985-251X (Online)

6. กองบรรณาธิการวารสารจะพิจารณาออกหนังสือตอบรับตีพิมพ์ หลังจากที่คุณผู้ประพันธ์ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ประพันธ์ได้ปรับแก้บทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วเท่านั้น

7. บทความที่ทางกองบรรณาธิการออกหนังสือตอบรับตีพิมพ์ไปแล้ว หากผู้ประพันธ์ขาดการติดต่อในขั้นตอนหลังการประเมิน หรือขาดการติดต่อการปรับแก้บทความเพิ่มเติมก่อนการเผยแพร่ตีพิมพ์ กองบรรณาธิการวารสารขอปฏิเสธการตีพิมพ์บทความของท่านในฉบับที่ออกหนังสือตอบรับไปแล้ว แต่ท่านสามารถตีพิมพ์บทความหลังจากที่ปรับแก้บทความสมบูรณ์แล้วในฉบับต่อไปได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของกองบรรณาธิการ

8. กองบรรณาธิการจะส่งบทความให้ผู้ประพันธ์อ่านและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาทั้งหมดเป็นครั้งสุดท้ายและแจ้งให้ยืนยันการเผยแพร่ตีพิมพ์ หากไม่ได้รับการยืนยันเผยแพร่ตีพิมพ์จากผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการจะไม่เผยแพร่บทความตีพิมพ์จนกว่าจะได้รับการยืนยันให้เผยแพร่ตีพิมพ์จากผู้ประพันธ์ หากผู้ประพันธ์ขาดการติดต่อ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์การตีพิมพ์บทความในวารสารฉบับดังกล่าว แต่ท่านสามารถตีพิมพ์บทความได้ในฉบับต่อไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของกองบรรณาธิการ

9. เนื้อหาของบทความรวมทั้งข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา เป็นเพียงความคิดเห็นของผู้ประพันธ์เท่านั้น กองบรรณาธิการจะไม่รับผิดชอบต่อความผิดพลาดของเนื้อหาบทความที่เผยแพร่ไปแล้ว



## กองบรรณาธิการ วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา

### ที่ปรึกษา

ดร.นิธิศ ธานี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญชม ศรีสะอาด	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.จำลอง วงษ์ประเสริฐ	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
นายแพทย์สุรพร ลอยหา	มหาวิทยาลัยมหิดล

### บรรณาธิการวารสาร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภคิน ไชยช่วย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
------------------------------------	--

### รองบรรณาธิการวารสาร

อาจารย์แก้วใจ มาลีลัย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
-----------------------	--

### บรรณาธิการประจำบท

อาจารย์แก้วใจ มาลีลัย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.ปิยะฉัตร รัตน์วารีย์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.นฤมล กิ่งแก้ว	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.สุนทรทิพย์ อรุณกมลพัฒน์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.ณัฐชานันท์ กมลฤกษ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.ธวัชชัย เต็มใจ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

### กองบรรณาธิการภายนอก

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี บุตรสอน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปวีณา ลิ้มปทีปการ	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัฒน์ อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.พงศ์พิชญ์ บุญดา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก



### กองบรรณาธิการภายนอก

ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มาสริน ศุกลปักษ์

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

นายแพทย์ ดร.ขวัญชัย กุมภาพงษ์

ทันตแพทย์หญิง ดร.ภัคชิสา คนสุภาพ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

มหาวิทยาลัยมหิดล

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

### ฝ่ายสนับสนุน

นางสีอมร โกสีย์บุตร

นายศรเพชร ไตรศรี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี



## บรรณาธิการแถลง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา มุ่งเน้นเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการ ด้านการสาธารณสุข (Public Health) วิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Sciences) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ด้านสุขภาพศึกษา (Health Education) ด้านทันตสาธารณสุข (Dental Public Health) และด้านการพยาบาล (Nursing) กระบวนการพิจารณาบทความผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจากหลายสถาบันแบบ Double-Blind Review ซึ่งวารสารถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ 2 (TCI 2) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572 นั้น

การเผยแพร่ผลงานผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของวารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษานั้น ปีนี้วารสารเข้าสู่ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม-เมษายน 2568 มีการเผยแพร่บทความวิจัยจำนวน 16 บทความ จึงเรียนมาเพื่อทราบ

บรรณาธิการ

## สารบัญ

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
1.	<p>ความรู้ เจตคติ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตัวและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของนักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี</p> <p>Knowledge and Attitude Related to Dengue Fever Prevention and Control Behavior of Students and Personnel at Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani</p> <p>ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์*, ฐิตินันท์ สามลา, ณัฐพร พลยุทธ์, พรนภัส คำมา, แพรทอง คำแก้ว, มาลาศรี ทศเจริญ, สิริกร จันทร์ และอนันตญา ช่างสลัก</p> <p>Supalak Thanaraj*, Thitinant Samla, Natthaporn Phonyut, Phonnapat khamma, Praethong Kamkaew, Malasri Thodcharoen, Sirikorn chan and Anuntaya Changsaluk</p>	e271842
2.	<p>ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการให้บริการฟันเทียมพระราชทานของผู้ป่วยโรงพยาบาล บุรีรัมย์</p> <p>Factor Affecting the Performance of Service Giving About the Royal Dentures of The Patients at Buriram Hospital</p> <p>วนิดา ประเสริฐศรี</p> <p>Wanida Prasertsri</p>	e271554
3.	<p>ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง</p> <p>The Effect of an Educational Program Delivered via Application on Preventive Behaviors for Preterm Labor in High-Risk Pregnant Women</p> <p>อมราวดี แสงมณี และทัศณีย์ หนูนารณ*</p> <p>Ummarawadee Sangmanee and Tassanee Noonart*</p>	e271889
4.	<p>การรับรู้ต่อสถานการณ์การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน สังกัดพระบรมราชชนก</p> <p>Perceptions of the Situation of the Transfer Tambon Health Promoting Hospitals (THPH) to the Provincial Administrative Organizations (PAOs) amongst the fourth- year of Public Health program (Community Public Health) under Praboromarajchanok Institute</p> <p>จิรัชยา สระชุ่ม, กรกฎ อ่อนคำ, ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์, และดาวรุ่ง คำวงศ์*</p> <p>Jirattchaya Sachum, Khorokot Onkum, Thawatchai Sattayasomboon and Daoroong Komwong*</p>	e271541

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
5.	<p>การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัย จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>Development of Promoting the Intellectual Level of the Early Childhood Model in Ubon Ratchathani Province</p> <p>ธีระพงษ์ แก้วอมร, ชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ และรุ่งรัตน์ พลະไกร*</p> <p>Theerapong Kaewpamorn, Chaiyasit Ruangroj and Rungrat Palakai*</p>	e272608
6.	<p>การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>Comparison of Oral Health-Related Quality of Life Among Sixth Grade Students in Small, Medium, and Large Schools in Ubon Ratchathani Province</p> <p>ศุภชัย ยานะเรือง, คณาพัฒน์ เล็บครุฑ, รุจิรา มาตขาว, อิศริยาภรณ์ สีสอง, ปิยะฉัตรภูมิ จันทวารีย์*, อรณูช วงศ์วัฒนาเสถียร<sup>5</sup>, มณฑิรา จันทวารีย์<sup>5</sup> และอดิศักดิ์ พลະสาร์<sup>5</sup></p> <p>Supachai Yanarueng, Khanaphan Lebkrut, Rujira Madkhao, Itsareeyaphorn Seesong, Peyanut Juntavaree*, Oranuch Wongwattanasathien, Montira Juntavaree, and Adisak Phalasarn</p>	e270813
7.	<p>ความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา</p> <p>Study of Stress Among Bachelor of Public Health Students, Dental Public Health Program, Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani Province, During the COVID-19 Pandemic</p> <p>กันยารัตน์ ชีราวุฒิ, ปิยะฉัตรภูมิ จันทวารีย์*, จุฑามาศ ปุราชะท่าเม, ธิญรัตน์ อินธิยาย, อรณูช วงศ์วัฒนาเสถียร, มณฑิรา จันทวารีย์, สุรัตนา เหล่าไชย และวรวิษา ตรีสุนย์</p> <p>Kanyarat Chirawut, Peyanut Juntavaree*, Juthamat Purachathamme, Thanyarat Inthiyai, Oranuch Wongwattanasathien, Montira Juntavaree, Surattana Loachai and Wanwisa Treesoon</p>	e271015
8.	<p>ผลของการนำใจทย์ทางจริยธรรมและกฎหมายทางการพยาบาลต่อทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเอง ของนักศึกษาพยาบาล</p> <p>The Effect of Ethics and Legal Nursing Issues on Self-Directed Learning Skills of Nursing Students</p> <p>กิติวัฒนา ศรีวงศ์ และธนัทธมน มัธยมจันทร์*</p> <p>Kitivadhana Sriwong and Thanatthamon Matthayachan*</p>	e273312

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
9.	<p>การพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลลำพูน</p> <p>A Development of Nursing Care Model for Sepsis Patients, Lamphun Hospital</p> <p>ศรีวรรณ เรืองวัฒนา*, อรทัย ธรรมป็อก, พรธนา แก้วคำปา และแสงอรุณ สุขสำราญ</p> <p>Sriwan Ruangwattana*, Oratai Thummapok, Pomthana Kaewkampa and Sangaroon Suksumran</p>	e271754
10.	<p>ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความสำเร็จในการเลี้ยง</p> <p>บุตรด้วยนมมารดาในมารดาวัยรุ่นนครศรีธรรมราชแรกคลอดปกติ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช</p> <p>จังหวัดนครศรีธรรมราช</p> <p>Effects of The Self-Efficacy Promotion Program Through the LINE Application on Success in Breastfeeding Children of Normal First Vaginal Delivery Teenage Mothers in Maharat Nakhon Si Thammarat Hospital, Nakhon Si Thammarat Province</p> <p>อาทิตยา บุญธรรม, ขวัญจิตร สงวนโรจน์ และทัศนีย์ หนูนารถ*</p> <p>Athitaya Buntham, Kwanchit Sanguanroj and Tasanee Noonart*</p>	e272172
11.	<p>ผลการรักษานิวในท่อน้ำดีด้วยวิธีการส่องกล้องผ่านทางเดินอาหารและท่อน้ำดี</p> <p>โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม</p> <p>Treatment Outcomes of Bile Duct Stones Using Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography at Detudom Crown Prince Hospital</p> <p>Patharadit Julapakdeekurnun*</p> <p>ภัทรดิศ จุลภักดีเกื้อหนุน*</p>	e273359
12.	<p>ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี</p> <p>สุรินทร์</p> <p>Factors Affecting the Adjustment of First-Year Nursing Students</p> <p>Boromarajonani College of Nursing, Surin</p> <p>Jirasuda Tareram*, Surasak Pluemjit, Kamonrot Klongchai, Kannika Saothongthong, Krongthong Chamniphan, Kanyanat Paksai, Kachen Chuebundit, Jutamas Deesanit, Sonchai Singthong, Supawadee Meethong</p> <p>จิรสุดา ทะเรรัมย์*, สุรัสวดี ปลื้มจิต, กมลรส กลองชัย, กรรณิการ์ เสาธงทอง, กรองทอง ชำนิพันธ์, ภัณณัฐ พักตรีไส, คเชนทร์ เชื้อบัณฑิต, จุฑามาศ ดีสนิท, ศรชัย สิงห์ทอง และศุภาวดี มีทอง</p>	e273369

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
13.	<p>ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์</p> <p>Factors Influencing Preventive Behaviors for Diabetic Kidney Disease Complications among Type 2 Diabetes Patients in Tha Tako District, Nakhon Sawan Province</p> <p>กัญญารัตน์ บุญแสน, บุษราภรณ์ จันทัก, ยูทธนา แยกคาย* และวรรณนิภา สี่ริงKanyarat Boonsan, Budsaraporn Chantak, Yutthana Yaebkai* and Wannipa Seerung</p>	e274497
14.	<p>การสำรวจความต้องการด้านการตรวจประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคม ของเด็กสมองพิการในโรงเรียนศรีสังวาลย์</p> <p>Surveying the Requirements of Physical Abilities Assessments and Social Participation of Children with Cerebral Palsy in Srisangwan School</p> <p>ลักษิกา หวังธารง, วิทยา ดวงงา และจิราภรณ์ วรรณปะเช</p> <p>Laksika Wangthomrong<sup>1</sup> Wittaya Duangnga<sup>2</sup> and Jirabhorn Wannapakhe</p>	e274353
15.	<p>การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม</p> <p>Development of a Patient-Centered Community-Based Tuberculosis Care Model, Nathom District, Nakhonpanom Province</p> <p>ปฐวี สาระติ, พัดชา หิรัญวัฒน์กุล, และจารุวรรณ วิโรจน์</p> <p>Patawee Sarati, Phatcha Hirunwatthanakul and Jaruwan Viroj</p>	e271501
16.	<p>การประเมินความเสี่ยงทางด้านกายศาสตร์และความเมื่อยล้าจากการทำงานของ ผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิ จังหวัดหนึ่งในเขตภาคเหนือ</p> <p>Assessment of Ergonomic Risks and Fatigue Among Jasmine Pickers in a Northern Province</p> <p>สรยุทธ์ วงศ์เง้า, พิษญาภักดิ์ หล้าสุด, กมลพรรณ จันทร และชนกานต์ สกุลธะว* Sorayut Wongngao, Phitchayapak Lasud, Kamonphan Janton and Chanakarn Sakulthaew*</p>	e272205



## ความรู้ เจตคติ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตัวและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของนักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์<sup>1\*</sup>, วิฑิตินันท์ สามลา<sup>1</sup>, ณัฐพร พลยุทธ์<sup>1</sup>, พรนภัส คำมา<sup>1</sup>, แพรทอง คำแก้ว<sup>1</sup>,  
มาลาศรี ทศเจริญ<sup>1</sup>, สิริกร จันทร์<sup>1</sup> และอนันตญา ช่างสลัก<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

(วันที่รับบทความ: 7 พฤศจิกายน 2567; วันที่แก้ไข: 5 ธันวาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 2 มกราคม 2568)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 และบุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จำนวน 247 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2567 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันตัวและควบคุมโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และโคสควอร์ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p \text{ value} < .01$  ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 94.74 อายุ 18-28 ปี ร้อยละ 84.62 สถานภาพโสด ร้อยละ 88.66 และกำลังศึกษาในระดับชั้นปีที่ 1-4 ร้อยละ 84.21 ความรู้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับปานกลาง ( $\bar{X}=11.32$ , S.D.=2.24) ส่วนเจตคติอยู่ในระดับที่ไม่ดี ( $\bar{X}=3.79$ , S.D.=0.70) และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับดี ( $\bar{X}=3.29$ , S.D.=0.56) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยนำ คือความรู้ ( $r_s=0.426$ ,  $p<.01$ ) และเจตคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ( $r_s0.264$ ,  $p<.01$ ) ในขณะที่ปัจจัยเอื้อ คือการได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และปัจจัยเสริม คือประสบการณ์การป่วยของตนเองและญาติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการประเมินและปรับปรุงมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออกให้สอดคล้องกับสภาพจริง และสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมการควบคุมและป้องกันโรคอย่างครบวงจร

**คำสำคัญ:** ความรู้, เจตคติ, โรคไข้เลือดออก, พฤติกรรมการป้องกันตัวและควบคุมโรค, การระบาดของโรค

\*ผู้รับผิดชอบบทความ: ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์; Supalak@bcnsurat.ac.th



## Knowledge and Attitude Related to Dengue Fever Prevention and Control Behavior of Students and Personnel at Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani

Supalak Thanaroj<sup>1\*</sup>, Thitinan Samla<sup>1</sup>, Natthaporn Phonyut<sup>1</sup>, Phonnapat khamma<sup>1</sup>,  
Praethong Kamkaew<sup>1</sup>, Malasri Thodcharoen<sup>1</sup>, Sirikorn chan<sup>1</sup> and Anuntaya Changsaluk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani

(Received: 7 November 2024; Revised: 5 December 2024; Accepted: 2 November 2025)

### Abstract

This descriptive research aimed to: 1) examine the knowledge, attitudes, and preventive behaviors concerning dengue fever prevention and control, and 2) investigate the factors associated with preventive behaviors towards dengue fever among students and staff at the college. The sample consisted of 247 participants, including first- to fourth-year nursing students and staff that selected using multi-stage sampling. Data were collected between August 1 and August 31, 2024. The research tools were questionnaires on knowledge, attitudes, and behaviors for prevention and control of dengue fever. The data were analyzed using descriptive statistics such as percentage, mean, and standard deviation, and the correlation statistics of Spearman and Chi-square were used to analyze the relationship with a statistical significance level of  $p$  value of  $<.01$ . The results found that the majority of the sample were female (94.74%), aged between 18-28 years (84.62%), single (88.66%), and currently studying in first to fourth-year nursing programs (84.21). The knowledge of dengue prevention and control was moderate level ( $\bar{X}=11.32$ , S.D.= 2.24), the attitude was at a low level ( $\bar{X}=3.79$ , S.D.=0.70), and the behavior of dengue prevention and control was at a good level ( $\bar{X}=3.29$ , S.D.=0.56). The factors that correlated with the behavior of dengue prevention and control were statistically significant in knowledge ( $r_s= 0.426$ ,  $p<.01$ ) and attitudes in dengue prevention and control ( $r_s0.264$ ,  $p<.01$ ). However, enabling factors, such as training on dengue fever prevention, and reinforcing factors, such as personal or family illness experiences were not associated with preventive behaviors. These findings might be used as a guideline for evaluating and improving dengue prevention measures to align with real-world contexts and foster collaboration with public health organizations in the area to promote comprehensive disease prevention and control.

**Keywords:** knowledge, attitude, dengue fever, prevention and control behavior, outbreak

**\*Corresponding author:** Supalak Thanaroj; email [Supalak@bcnsurat.ac.th](mailto:Supalak@bcnsurat.ac.th)



## บทนำ

ในสังคมปัจจุบันแม้ว่าในภาพรวมของประชาชนชาวไทยจะมีสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิมในอดีตเป็นผลเนื่องจากการปรับปรุงและพัฒนาาระบบสาธารณสุขระดับพื้นฐานของประเทศทำให้มีความก้าวหน้าในด้านการแพทย์และมีการจัดสรรให้มีการให้สวัสดิการในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น แต่พบว่าประชาชนชาวไทยยังคงมีการเจ็บป่วย และเสียชีวิตจำนวนมากขึ้นตลอดจากโรคติดต่อที่ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ และที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไข้เลือดออก (กรมควบคุมโรค, 2563; สุทธิวรรณ ทองดี, เกรียงศักดิ์ ปานมัน, และชยุตม์ พลกล้า, 2562) ที่เป็นโรคที่ใกล้ตัวของประชาชนชาวไทยทุกคนและสามารถป้องกันได้ แต่เมื่อเกิดการป่วยแล้ว ไม่มีการให้ความสนใจและไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็วทันทีก็จะสามารถสร้างอันตรายชีวิตได้ ทั้งนี้ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ที่มีโรคประจำตัวป่วยด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง จะต้องให้ความระมัดระวังเป็นพิเศษเพราะหากเป็นโรคไข้เลือดออกอาจจะส่งผลทำให้ยากต่อการรักษา

การเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติ ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้การปรับตัวของมนุษย์เพื่อให้สามารถสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องที่มีความสำคัญที่ จะต้องเกิดความตระหนักและรับรู้อยู่ตลอดเวลา ดังเช่น การเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศที่ส่งผลกระทบต่อ สุขภาพมนุษย์ โดยเฉพาะกระบวนการเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออก ซึ่งมักจะมาพร้อมกับการ เปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนที่เกิดขึ้นเร็วกว่าปกติหรือสภาพของอากาศที่เอื้อต่อการทำให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายซึ่งเป็นสาเหตุของการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกมากขึ้นกระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดมาตรการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกเพื่อไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดจนเกิดผลเสียต่อระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนมาโดยตลอด ประเทศไทยเป็นประเทศที่ตั้งอยู่ในเขตร้อนชื้นและมีสภาพภูมิประเทศที่เหมาะสมแก่การเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงนานาชนิด ประชาชนส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีการประกอบอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่และอาชีพทำสวนยางพาราที่ต้องสัมผัสกับยุง (วรวิทย์ สุขอนันต์, 2561)

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ทั้งกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว โดยเฉพาะในประเทศเขตร้อนมากกว่า 125 ประเทศ (วิทยา ศรแก้ว, 2563) นอกจากการเจ็บป่วยทางร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจะมีผลกระทบต่อชีวิต อย่างเช่น ช็อก และมีเลือดออกที่อวัยวะภายในของร่างกาย จนถึงขั้นเสียชีวิตได้จึงควรสร้างให้มีการตระหนักให้แก่ประชาชนถึงว่าโรคไข้เลือดออกจึงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยหากย้อนกลับไปในอดีตการพบการระบาดครั้งแรกในปี 2501 ที่กรุงเทพมหานครและหลังจากนั้นโรคแพร่ระบาดไปสู่จังหวัดต่างๆทุกภูมิภาคทั่วประเทศไทย โดยมองเห็นได้ชัดในปี 2530 ที่มีรายงานผู้ป่วยสูงสุดในประเทศไทยเท่าที่เคยมีรายงานพบผู้ป่วยจำนวน 174,285 ราย เสียชีวิตจำนวน 1,007 ราย (กรมควบคุมโรค, 2563)

ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสเดงกีมีความซับซ้อน และแต่ละพื้นที่มีการแพร่กระจายเชื้อที่แตกต่างกัน เช่น ภูมิคุ้มกันของแต่ละบุคคล ชนิดของเชื้อต่อความหนาแน่นของประชากร สภาพอากาศ ชนิดของยุง การ



ขาดความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำลายแหล่งที่อยู่ของลูกน้ำยุงลาย และการให้ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่และประชาชน (กรมควบคุมโรค, 2563) กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทยล่าสุด ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-7 มิถุนายน 2566 พบผู้ป่วยจำนวน 19,503 ราย หรือคิดเป็นอัตราป่วย 29.7 ต่อแสนประชากร และมีจำนวนผู้เสียชีวิต 17 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.03 ต่อแสนประชากร โดยอัตราป่วยในปี 2566 มากกว่าปี 2565 ณ ช่วงเวลาเดียวกันถึง 3.8 เท่า การเปรียบเทียบย้อนหลัง 5 ปี (2562-2566) พบว่าอัตราป่วยโดยรวมมีลักษณะเป็น Seasonal cycle โดยพบอัตราป่วยสูงสุดในช่วงฤดูฝนและลดลงในฤดูหนาว อย่างไรก็ตามในปี 2566 พบว่าการระบาดเริ่มต้นเร็วกว่าปกติในหลายพื้นที่ เช่น จังหวัดตราด (เกาะช้างบ่อไร่ แหลมฉบัง คลองใหญ่) จังหวัดน่าน (สองแคว พุ่งช้าง เชียงกลาง) จังหวัดจันทบุรี (เมือง ท่าใหม่ มะขาม) จังหวัดแม่ฮ่องสอน (ขุนยวม แม่ลาน้อย) และจังหวัดสตูล (เมือง) ตามลำดับรวมการระบาดใน 348 อำเภอ 71 จังหวัด ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของวงจรระบาดที่อาจมีความสัมพันธ์กับสภาพอากาศที่แปรปรวน นอกจากนี้สถิติในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าอัตราตายเฉลี่ยของโรคไข้เลือดออกอยู่ในช่วง 0.01-0.05 ต่อแสนประชากร โดยในปี 2566 พบแนวโน้มอัตราตายที่ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยดังกล่าว แต่การระบาดในปีนี้มีจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 5-14 ปี และ 15-24 ปี เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างความตระหนัก การป้องกัน และการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง (กรมควบคุมโรค, 2566) ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่เสียชีวิตคือไปรักษาที่โรงพยาบาลช้าเกินไป มีภาวะอ้วน รับประทานกลุ่ม NSAIDs มาก่อนและมีโรคประจำตัว โดยกระทรวงสาธารณสุขจึงดำเนินการ 3 กลยุทธ์ คือ 1) Rebrand รมรงค์ป้องกันก่อนเกิดโรค ปรับภาพลักษณ์หน่วยงานรัฐด้วยนโยบายเชิงรุก 2) Rethink เปลี่ยนความคิดคนไทยให้รู้เท่าทันภัยร้ายของไข้เลือดออก เริ่มต้นจากการดูแลตนเองและ 3) Reconnect ผนึกกำลังภาครัฐและเอกชนชุมชนนวัตกรรมเพื่อสร้างความร่วมมือในการป้องกันการเสียชีวิตจากไข้เลือดออก (สถาบันป้องกันและควบคุมโรคเขตเมือง, 2566)

สถานการณ์ไข้เลือดออกจังหวัดสุราษฎร์ธานีโดยในเดือนมกราคม-เมษายน 2566 พบว่าสถานการณ์ผู้ป่วยที่เป็นโรคไข้เลือดออกจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีจำนวน 460 คน ซึ่งเมื่อคำนวณอัตราป่วย (Incidence rate) พบว่าเท่ากับ 43.47 ต่อแสนประชากร (กรมควบคุมโรค, 2566) อัตราที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศที่ 29.7 ต่อแสนประชากร และอยู่ในช่วงค่าเฉลี่ยของภาคใต้ที่ 40-50 ต่อแสนประชากร สะท้อนให้เห็นว่าจังหวัดสุราษฎร์ธานียังคงมีความเสี่ยงสูงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก ซึ่งสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมในพื้นที่ที่เหมาะสมต่อการแพร่พันธุ์ของยุงลาย นอกจากนี้จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันตัวจากโรคไข้เลือดออกในช่วงเดือนมกราคม-เมษายน 2566 ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักในการป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออก และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดยังไม่เหมาะสม แม้ว่ามาตรการป้องกัน เช่น การพ่นยุง และการใส่ทรายอะเบทในแหล่งน้ำ จะถูกนำมาใช้โดยงานสวัสดิการนักศึกษา แต่ยังคงพบว่าพฤติกรรมการป้องกันตนเองของนักศึกษายังต้องการการพัฒนาเพิ่มเติม ดังนั้น การศึกษาความรู้ เจตคติ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตัวและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จึงมีความสำคัญเพื่อทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเหล่านี้ และนำผลการศึกษามาใช้กำหนดแนวทางการพัฒนา



มาตรการป้องกันที่เหมาะสม รวมถึงเสริมสร้างความรู้และการตระหนักรู้ให้กับนักศึกษาและบุคลากร เพื่อให้สามารถลดความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเลือดออกผิดปกติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี นำมาวิเคราะห์การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการกำหนดรูปแบบ วางแผน และกำหนดกลวิธีที่เหมาะสมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จะส่งผลให้มีนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อัตราการป่วยลดน้อยลง

### วัตถุประสงค์การวิจัย

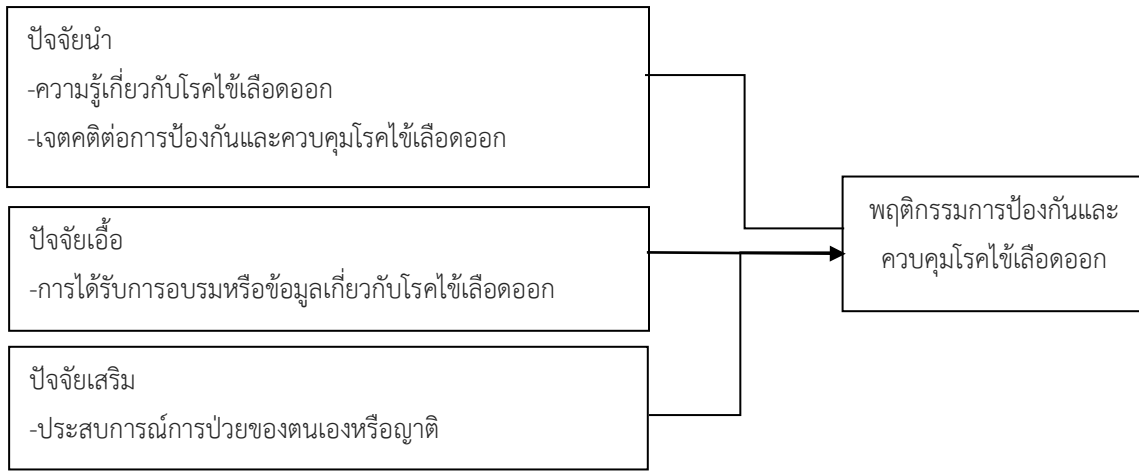
1. เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันตัวและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตัวและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

### สมมติฐานของการวิจัย

1. ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันตัวและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
2. เจตคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันตัวและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัย
3. การได้รับการอบรมหรือการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก (ปัจจัยเอื้อ) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันตัวและควบคุมโรคไข้เลือดออก
4. ประสบการณ์การป่วยของตนเองหรือของสมาชิกในครอบครัว (ปัจจัยเสริม) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันตัวและควบคุมโรคไข้เลือดออก

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยแบบเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

**ประชากร** ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วยนักศึกษาและบุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ในปีการศึกษา 2567 ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่จริง และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป รวมทั้งหมด 646 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2567 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2567

#### เกณฑ์การคัดเลือก

1. เป็นนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ชั้นปีที่ 1-4 ในปีการศึกษา 2567
2. เป็นบุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ในปีการศึกษา 2567
3. เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่การศึกษาในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย
4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
5. มีความสมัครใจในการเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

#### เกณฑ์การคัดออก

1. นักศึกษาที่ไม่ได้ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2567
2. นักศึกษา/บุคลากร ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่การศึกษาในช่วงเวลาเก็บข้อมูล
3. นักศึกษา/บุคลากรที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมศึกษา หรือถอนตัวก่อนการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น
4. ผู้ที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพหรือปัจจัยส่วนบุคคลที่รบกวนความสามารถในการมีส่วนร่วมในงานวิจัย เช่น ข้อจำกัดด้านภาษา การอ่าน หรือการรับรู้ เป็นต้น



**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยนี้คือนักศึกษาและบุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 247 คน อาศัยอยู่ในตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งได้จากการคำนวณตามสูตรของ Yamane (1967) เพื่อให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม โดยใช้ค่าความคลาดเคลื่อน  $\pm 5\%$  ในการคำนวณ ดังนี้  $n=1+Ne^2/N$  โดยที่ N คือ จำนวนประชากรทั้งหมด 646 คน e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% จากการคำนวณ พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 247 คน และใช้การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. รวบรวมรายชื่อของนักศึกษาและบุคลากรทั้งหมดจากฐานข้อมูลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี และการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม ตามสัดส่วนของจำนวนประชากรในแต่ละกลุ่ม
2. ทำการสุ่มรายชื่อของนักศึกษาและบุคลากรในแต่ละกลุ่มที่ผ่านการแบ่งชั้นแล้วโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย ผ่านเครื่องมือสุ่มตัวเลขหรือซอฟต์แวร์ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างรวมจำนวน 247 คน

### เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการอนุญาตให้นำเครื่องมือจากการวิจัยของพุทธิพงศ์ บุญชู (2563) มาปรับปรุงและปรับเนื้อหาบางส่วนให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการศึกษา นอกจากนี้ยังได้ปรับเครื่องมือให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษา โดยเครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามที่แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยทางสังคมและประชากร จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และตำแหน่ง คำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบปรนัย 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ และไม่ใช่ โดยการให้คะแนนแบ่งเป็น ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจ 0 คะแนน โดยคะแนนทั้งหมดอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน และการประเมินความรู้แบ่งออกเป็น 3 ระดับตาม Bloom (1968) คือ ความรู้ระดับต่ำ  $\leq 53.33$  (0-8 คะแนน), ความรู้ระดับปานกลาง  $\leq 73.33$  (9-11 คะแนน) และความรู้ระดับสูงคือ  $\geq 73.34$  (12-15 คะแนน)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราวัดคะแนน 5 ระดับ และเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คือ เห็นด้วยในระดับมาก 3 คือ เห็นด้วยในระดับปานกลาง 2 คือ ไม่ค่อยเห็นด้วย และ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การประเมินทัศนคติแบ่งเป็น 3 ระดับตาม Best (1977) คือ ทัศนคติไม่ดีอย่างยิ่ง (1.00-2.33 คะแนน), ทัศนคติไม่ดี (2.34-3.66 คะแนน), และทัศนคติดี (3.67-5.00 คะแนน)

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ เป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด 1 ข้อ เกี่ยวกับการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 2 ตัวเลือกคือ เคย/ไม่เคย



ตอนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยเสริม เป็นคำถามทั้งแบบปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 2 ข้อ เกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสาร 1 ข้อ และประสบการณ์ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกของตนเองและญาติ 1 ข้อ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 2 ตัวเลือกคือ เคย/ไม่เคย

ตอนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ เป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 4 หมายถึง ทำเป็นประจำ 3 หมายถึง ทำบ่อยครั้ง 2 หมายถึง ทำนานๆ ครั้งและ 1 หมายถึง ไม่เคยทำเลย โดยเลือกตอบเพียงข้อเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นในข้อความนั้น การแปลผลระดับพฤติกรรม แบ่งเป็น 4 ระดับ ตาม Likert Scale คือ พฤติกรรมในระดับที่ไม่ดี (1.00-1.74 คะแนน) พฤติกรรมในระดับที่พอใช้ (1.75-2.49 คะแนน) พฤติกรรมในระดับปานกลาง (2.50-3.24 คะแนน) และพฤติกรรมในระดับที่ดี (3.25-4.00 คะแนน)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา 2 ท่าน และด้านสาธารณสุข 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ได้ค่า Index of Item Objective Congruence (IOC) อยู่ในช่วง 0.67-1.00 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากร ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้านความรู้ โดยใช้วิธีของ Kuder Richardson 20 ( $KR-20=0.77$ ) สำหรับแบบสอบถามเจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ใช้วิธีหาค่าของ Cronbach's Alpha Coefficient ซึ่งมีค่า 0.85 และ 0.75 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือราชการขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้นักศึกษาและบุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 20 นาที โดยจัดเตรียมแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ (เช่น Google Forms) เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ตอบสามารถตอบแบบสอบถามผ่านอุปกรณ์ส่วนตัว เช่น โทรศัพท์มือถือ หรือคอมพิวเตอร์ และเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ และผู้วิจัยจะติดตามผ่านการติดต่อส่วนตัว และการประชาสัมพันธ์ภายในวิทยาลัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจนครบ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่



1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านสังคมและประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ Chi-square test และ Spearman rank correlation coefficient ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (ปัจจัยนำ เช่น ความรู้ เจตคติ) ตัวแปรตาม (พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก) และมีความเหมาะสมกับข้อมูลที่ไม่เป็นไปตามการแจกแจงปกติ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

### จริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ โครงการได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี (เลขที่อนุมัติ 024/2567) รับรองวันที่ 5 กรกฎาคม 2567 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านสังคมและประชากร

การจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 94.74 มีอายุอยู่ในช่วง 18-28 ปี ร้อยละ 84.62 สถานภาพโสด ร้อยละ 88.67 และมีระดับการศึกษากำลังศึกษา ร้อยละ 84.21 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จำแนกตามข้อมูลปัจจัยด้านสังคมและประชากร (n=247)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	234	94.74
ชาย	13	5.26
<b>อายุ</b>		
18-28	209	84.62
29-38	8	3.24
39-48	23	9.31
49-58	5	2.02
59 ขึ้นไป	2	0.81
Mean=26.20, S.D.= 8.06		



**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จำแนกตามข้อมูลปัจจัยด้านสังคมและประชากร (ต่อ)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>		
กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี	208	84.21
อนุปริญญา	1	0.40
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	38	15.39

**ส่วนที่ 2** ระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 11.32 คะแนน (S.D.=2.42) มีคะแนนสูงสุด 15 คะแนน ต่ำสุด 5 คะแนน ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาและบุคลากร ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี (n=247)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0-8 คะแนน)	36	14.57
ปานกลาง (9-11 คะแนน)	114	46.15
สูง (12-15 คะแนน)	97	39.27
$\bar{X}=11.32$ , S.D.= 2.42, Min=5, Max=15		

กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับไม่ดี มีคะแนนเฉลี่ย 3.49 ( $\bar{X}=3.49$ ) คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 (S.D.= 0.70) มีคะแนนสูงสุด 5 คะแนน ต่ำสุด 1.80 คะแนน ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจตคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาและบุคลากร ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี (n=247)

ระดับเจตคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
เจตคติดี (3.67-5.00 คะแนน)	33	13.36
เจตคติไม่ดี (2.34-3.66 คะแนน)	125	50.61
เจตคติไม่ดียิ่ง (1.00-2.33 คะแนน)	89	36.04
$\bar{X}=3.49$ , S.D.=0.70, Min=1.80, Max=5		

กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 3.29 (S.D.=0.56) คะแนน มีคะแนนสูงสุด 4.00 คะแนน ต่ำสุด 1.75 คะแนนดังตารางที่ 4



**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมในระดับที่ดี (3.25-4.00 คะแนน)	121	48.99
พฤติกรรมในระดับปานกลาง (2.50-3.24 คะแนน)	85	34.42
พฤติกรรมในระดับที่พอใช้ (1.75-2.49 คะแนน)	31	12.55
พฤติกรรมในระดับที่ไม่ดี (1.00-1.74 คะแนน)	10	0.04
Min=1.75, Max=4.00, S.D.=0.56		

**ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก**

ปัจจัยนำคือ ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ( $r_s = 0.0426$ ,  $p < .01$ ) และเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ( $r_s = 0.264$ ,  $p < .01$ ) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ปัจจัยนำ	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	p value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก	0.426*	<.01	ต่ำ
เจตคติต่อการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก	0.264*	<.01	ต่ำ

\*p value<.01

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการอบรม ประสบการณ์ป่วยของตนเองและญาติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ตัวแปร	พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		$\chi^2$	p value
	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ปัจจัยเอื้อ</b>			0.41	0.702
เคย	175	70.9		
ไม่เคย	72	29.1		



ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี (ต่อ)

ตัวแปร	พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		$\chi^2$	p value
	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยเสริม			0.72	0.254
เคย	95	38.5		
ไม่เคย	152	61.5		

\*p value<.01

### อภิปรายผล

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต และบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี อยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 11.32 คะแนน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เพราะของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต และบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบข้อมูลว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.9 เข้าร่วมการอบรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิตชบา สายใจ และ รัฐพล อ้นแสง (2558) ที่กล่าวว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกหลังการให้ความรู้โดยรวมสูงกว่าก่อนการให้ความรู้และสอดคล้องกับ สุทธิวรรณ ทองดี และ คณิน เกรียงศักดิ์ (2562) ที่กล่าวว่าถ้าการมีความรู้ทางด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น ถ้าบุคคลนั้นมีความรู้ทางด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ ก็สามารถยับยั้งอาการก่อนที่การเจ็บป่วยจะเกิดขึ้น

ระดับเจตคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต และบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี อยู่ในระดับไม่ดีคะแนนเฉลี่ย 3.49 คะแนน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเป็นเพราะนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต และบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานียังคงมีความคิดที่ไม่จำเป็นต้องปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพราะคิดว่าไม่หน้าที่ของตนเนื่องจากมีผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลความสะอาดบริเวณวิทยาลัยอยู่แล้วสอดคล้องกับการศึกษาของ เกียรติศักดิ์ คำดีราช และวิราสิริ วสิริสิริ (2565) ที่กล่าวว่าเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ หรือการปฏิบัติ ถ้ามีทัศนคติที่ดีรวมกับองค์ประกอบอื่นๆ จะกระตุ้นให้ปฏิบัติแล้วบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะกระทำหรือปฏิบัติมากกว่าบุคคลที่มีทัศนคติไม่ดี

ระดับพฤติกรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต และบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ที่มีการระบาดของโรคในภาพรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเป็นเพราะนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต และบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เป็นสถานที่ที่เข้มแข็ง มีการรณรงค์และดำเนินกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิตา กุณรธา และคณะ (2560) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนเป็นผลมาจากการที่โรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่นของชุมชน และมีการดำเนินงานแก้ไขปัญหามาอย่างต่อเนื่องทั้งจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในพื้นที่เป็น



ผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมและมีความเข้าใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างดีและสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรพล สิริปิยานนท์ (2563) กล่าวว่า การได้รับการแรงจูงใจจากบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชนในชุมชน และการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และครอบครัว มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาพยาบาล ศาสตรบัณฑิต และบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งแสดงว่า นักศึกษาและบุคลากรที่มีความรู้ในระดับปานกลางและทัศนคติไม่ดี จะมีพฤติกรรม การป้องกันโรคในระดับดี สอดคล้องกับแนวคิดของ PRECEDE-PROCEED Model ที่อธิบายว่าความรู้และทัศนคติเป็นปัจจัยนำที่ส่งเสริมการปฏิบัติ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ และ ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562) และสอดคล้องกับงานของ อลงกฎ ดอนละ (2562) ที่กล่าวว่าความรู้ช่วยให้บุคคลตัดสินใจและปฏิบัติตามได้อย่างมีเหตุผล แต่ยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมโดยรวม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

เจตคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 พฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาพยาบาล ศาสตรบัณฑิต และบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ที่มีการระบาดของโรค ทั้งนี้เนื่องจาก นักศึกษาพยาบาล ศาสตรบัณฑิต และบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี มีเจตคติที่ดี จึงส่งผลต่อมีพฤติกรรมของการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่อยู่ในระดับที่ดีพร้อมกันด้วย ผลดังกล่าวส่งผลต่อเจตคติหรือทัศนคติของนักศึกษาพยาบาล ศาสตรบัณฑิต และบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ที่มีการระบาดของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิตา กุณราช และคณะ (2560) ที่พบว่าประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ชาวม้งเจตคติทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมจะทำให้พฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดีขึ้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีเจตคติที่ดีและสอดคล้องกับ พุฒิพงศ์ มากมาย และ อมรศักดิ์ โพธิ์อำ (2566) ที่กล่าวไว้ว่า ทัศนคติเป็นความเชื่อหรือการยอมรับประการหนึ่งของ บุคคลที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก ทั้งในทางปฏิบัติตามและการไม่ปฏิบัติตาม ซึ่งเกิดจากทัศนคติที่มีต่อสิ่งนั้นทั้งในทัศนคติที่ดี (เชิงบวก) หรือทัศนคติที่ไม่ดี (เชิงลบ)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาพยาบาล ศาสตรบัณฑิต และบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ผลการวิจัย พบว่า การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาพยาบาล ศาสตรบัณฑิต และบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจาก นักศึกษาพยาบาล ศาสตรบัณฑิต และบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี มีการระบาดของโรค ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกถึงร้อยละ 70.9 และมีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระดับดีแต่ยังขาดการนำไปปฏิบัติจริงเนื่องจากเพราะประชากรส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาและอยู่ร่วมกันภายในหอพักที่วิทยาลัยจัดให้และมีบุคลากรที่



รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ผลการวิจัย พบว่า ประสิทธิภาพการเจ็บป่วยของตนเองหรือญาติกับโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่เคยป่วยหรือมีสมาชิกภายในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่ได้ส่งผลให้เกิดความตระหนักและตื่นตัวให้นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิตา กุณราช และคณะ (2560) กล่าวว่า ความรู้และการสนับสนุนจากชุมชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญมากกว่า ประสิทธิภาพส่วนบุคคล ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในประชาชน และประชาชนที่มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับการป่วยและหรือรู้จักผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างจากผู้ไม่มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับการป่วยและ หรือรู้จักผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกและ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลการตอบแบบสอบถามของงานวิจัยจะพบว่านักศึกษาและบุคลากรถึง 70.9% ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก แต่ยังคงพบพฤติกรรมการป้องกันในบางด้านยังไม่ถูกนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยแวดล้อมอื่น เช่น การอยู่หอพักในวิทยาลัยที่มีบุคลากรดูแลด้านสิ่งแวดล้อมและการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบการจัดการในระดับส่วนรวม ทำให้นักศึกษาอาจไม่เห็นความจำเป็นในการดำเนินพฤติกรรมป้องกันด้วยตนเอง ทั้งนี้ สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเน้นย้ำให้ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักถึงบทบาทและความรับผิดชอบส่วนบุคคลในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อไม่ให้พึ่งพาการจัดการในระดับส่วนรวมมากเกินไป การเสริมสร้างความตระหนักดังกล่าวอาจช่วยส่งเสริมให้พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การประเมินและปรับปรุงมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออกให้สอดคล้องกับสภาพจริง เช่น การจัดหาอุปกรณ์และแผนการทำความสะอาดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง พร้อมติดตามผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ
2. นำไปเป็นแนวทางในการจัดการอบรมการป้องกันโรคในชุมชนและสถานศึกษา เพื่อสร้างเจตคติที่ดีและเสริมความยั่งยืนในการป้องกันโรค ตลอดจนการสร้างความตระหนักถึงบทบาทและความรับผิดชอบส่วนบุคคลในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อไม่ให้พึ่งพาการจัดการในระดับส่วนรวม และการสร้างเจตคติเชิงบวกผ่านกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม เช่น เวทีแบ่งปันประสบการณ์และการฝึกอบรมที่ช่วยให้ผู้เข้าร่วมเห็นความสำคัญและบทบาทของตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก
3. การสร้างความร่วมมือระหว่างวิทยาลัยและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยทำแผนปฏิบัติการร่วม เช่น กิจกรรมรณรงค์หรือประชุมร่วมกับชุมชน เพื่อส่งเสริมการควบคุมและป้องกันโรคอย่างครบวงจร



### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก เช่น ความสัมพันธ์ของบทบาทในชุมชน ระดับการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความเสี่ยงส่วนบุคคล เพื่อวางแผนการป้องกันที่ตรงเป้าหมายและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. การใช้วิธีแบบผสมผสานที่มีการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การป่วยหรือมีการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับสูง เพื่อให้ได้มุมมองเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลหรือยับยั้งพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค
3. การวิจัยติดตามผลและประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลังจากที่มีการให้ความรู้หรือมีการพัฒนามาตรการป้องกัน เพื่อศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว และการประเมินผลลัพธ์ของมาตรการ

### เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2563). *แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2563 (พิมพ์ครั้งที่ 1)*.  
นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค. (2566). *สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี 2566*. สืบค้นจาก  
[https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?deptcode=brc&news=35376&news\\_views=3462](https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?deptcode=brc&news=35376&news_views=3462)
- เกียรติศักดิ์ คำติราช และ วิราสิริ วีสิริวี. (2565). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง*. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำปาง.
- นันทิตา กุณราช, สุภาพร ตรงสกุล, วรณรัตน์ ลาวัณ, และพิชญ์รักษ์ กันทวิ. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า อำเภอมะจัน จังหวัดเชียงราย*. *เชียงรายวารสาร*, 9(2), 91-103.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ และ ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. (2562). *การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 12(1), 1-12.
- ชิตชบา สายใจ และ รัฐพล อันฉ่าง. (2558). *การพัฒนาสื่อการอบรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร*. *Veridian E-Journal, Silpakorn University สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 8(2), 1641-1653.
- พุทธิพงษ์ บุญชู. (2563). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: ศึกษาเปรียบเทียบหมู่บ้านปลอดโรค กับหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคในตำบลน้ำผุด อำเภอมืองตรัง จังหวัดตรัง*. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 3(3), 79-94.



## เอกสารอ้างอิง

- พุดิพงษ์ มากมาย และ อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลเมืองเก่า จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*. 10(2), 108-118.
- วิทยา ศรีแก้ว. (2563). พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(2), 13-26.
- วรวิทย์ สุขอนันต์. (2561). ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 18(3), 50-61.
- สถาบันป้องกันและควบคุมโรคเขตเมือง. (2566). *กลยุทธ์การป้องกันโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันป้องกันและควบคุมโรคเขตเมือง.
- อลงกฎ ดอนละ. (2562). ความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10*, 17(1), 43-55.
- สุทธิวรรณ ทองดี, เกรียงศักดิ์ ปานมัน และชยุตม์ พลกล้า. (2562). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและการป้องกันโรคในประชาชนไทย. *วารสารการแพทย์สาธารณสุข*, 39(2), 142-159.
- สุทธิวรรณ ทองดี และ คณิน เกรียงศักดิ์. (2562). การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงในชุมชนไทย. *วารสารการแพทย์สาธารณสุข*, 39(2), 123-134.
- สุรพล สิริปยานนท์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอฉะบับ จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 4(8), 85-103.
- อรัญญา ชัยศิริ และ อภิญญา พูลศรี. (2562). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนเมืองและชนบท. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 47(3), 211-220.
- อรพินท์ บัญชาวิง. (2560). *ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลหนองยอง อำเภอปากคาด จังหวัดบึงกาฬ (รายงานผลการวิจัย)*. บึงกาฬ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยอง.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1968). *Learning for mastery*. *Evaluation Comment*, 1(2), 1-12.
- Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). New York: Harper and Row.



## ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการให้บริการฟันเทียมพระราชทาน ของผู้ป่วยโรงพยาบาลบุรีรัมย์

วนิดา ประเสริฐศรี\*

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์

(วันที่รับบทความ: 16 ตุลาคม 2567; วันที่แก้ไข: 16 มกราคม 2568; วันที่ตอบรับ: 20 มกราคม 2568)

### บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบของการใส่ฟันเทียมพระราชทานและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการให้บริการฟันเทียมพระราชทานของผู้ป่วยโรงพยาบาลบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการฟันเทียมพระราชทานปีงบประมาณ 2566 จำนวน 83 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายนถึงตุลาคม 2567 สถิติที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า T-Test และ F-test เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.3 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอายุเฉลี่ย 63 ปีของผู้ตอบแบบสอบถามที่มารับบริการ ส่วนใหญ่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก ร้อยละ 53.0 และ ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการมาใช้บริการฟันเทียม โดยภาพรวมในทุกด้าน จัดอยู่ในระดับ มากที่สุด ( $\bar{X}=4.53$ ) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลมากเป็นลำดับที่ 1 ได้แก่ ด้านฟันเทียมพระราชทาน จัดอยู่ในระดับที่มีคุณภาพดีเยี่ยมจึงเป็นเหตุผลที่ทำให้มีการมาใช้บริการมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นด้านเพศ และอาชีพ พบว่า มีความคิดเห็นไม่แตกต่างกันใน 4 ด้าน ยกเว้นด้านความรู้สึกของผู้ป่วยหลังการใส่ฟันเทียม ที่มีความคิดเห็นแตกต่างกันโดยนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยด้านเพศมีค่าอยู่ที่ .015 และด้านอาชีพอยู่ที่ .018 ตามลำดับ

**คำสำคัญ:** ปัจจัยที่มีอิทธิพล, การมีประสิทธิภาพ, ฟันเทียมพระราชทาน, ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคฟัน

\*ผู้รับผิดชอบบทความ: วนิดา ประเสริฐศรี; wanida.tiam@gmail.com



## Factor Affecting The Performance Of Service Giving About The Royal Dentures Of The Patients At Buriram Hospital

Wanida Prasertsri

Dental department, Buriram Hospital

(Received: 16 October 2024; Revised: 16 January 2025; Accepted: 20 January 2025)

### Abstract

This research aimed to study the general condition of the royal denture provision and the factors influencing the efficiency of royal denture services at Buriram Hospital. The sample consisted of 83 patients who participated in the Royal Denture Program for the fiscal year 2023. Data were collected between September and October 2024. The research tools were questionnaires and interview forms. Descriptive statistics, T-test, and F-test were used to analyze the affecting factors. The research found that the majority of the sample was female (72.3%) and most of the patients were 60 years old or older. The average age of participants was 63 years. The majority preferred using complete dentures. The factors influencing the overall efficiency of denture service usage were rated at the highest level ( $\bar{x}=4.53$ ). The most influential factor of the royal denture quality was excellent service. Comparing on gender and occupation, there were no significant differences in four aspects, except for the patient's feelings after receiving dentures, which showed a statistically significant difference at the .05 ( $p<.05$ ). The gender value was .015 and the occupation was .018, respectively.

**Keywords:** influencing factors, effectiveness, royal dentures, dental disease patients

**\*Corresponding author:** Wanida Prasertsri; wanida.tiam@gmail.com



## บทนำ

โครงการฟันเทียมพระราชทานนั้น มีการดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2548 โดยวัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพฟันที่ดี ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โครงการมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และให้บริการแก่ผู้ป่วยทั่วประเทศไทย และต่อมาในปี 2566 ได้มีโครงการในการเพิ่มประสิทธิภาพ ให้บริการ รากฟันเทียมกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาหลังจากใส่ฟันเทียมไป พบภาวะสันเหงือกแบน ฟันเทียมหลวม ใส่แล้วเจ็บ ใช้งานเคี้ยวอาหารไม่ได้ โดยใช้ชื่อโครงการว่า “โครงการฟันเทียม รากฟันเทียม เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 72 พรรษา 28 กรกฎาคม 2567” ภายใต้ความร่วมมือ ของกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กรมการแพทย์ หน่วยทันตกรรมพระราชทานในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง เพื่อเป็นการสืบสานโครงการพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ในการแก้ปัญหาให้ผู้สูงอายุเสียฟันทั้งปากให้ได้รับฟันเทียม สำหรับคนไทยทุกสิทธิการรักษาพยาบาล โดยโครงการนี้มีกลุ่มเป้าหมายดำเนินการ คือคนไทยทุกคนที่ไม่มีฟันบดเคี้ยวอาหาร โดยให้บริการใส่ฟันเทียมทั้งปาก บนหรือล่าง มีระยะเวลาดำเนินโครงการ 2 ปี คือ ปี พ.ศ.2566 -2567 กำหนดเป้าหมาย 72,000 ราย และเพิ่มเติมการให้บริการรากฟันเทียมกับผู้สูงอายุใส่ฟันเทียมแล้วหลวม เบื้องต้นให้บริการเฉพาะผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ บัตรทอง 30 บาทก่อน เพื่อจัดระบบบริการ กำหนดเป้าหมาย 7,200 ราย โดยจะเริ่มให้บริการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไป จนถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

การดำเนินการที่ผ่านมา กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้ดำเนินการจัดบริการตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน ใส่ฟันเทียมทั้งปาก บนหรือล่าง หรือตั้งแต่ 16 ซี่ขึ้นไป พบว่าตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 -2567 มีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก ซึ่งภายในข้อมูลโปรแกรมรายงานระบบบริการทันตกรรมจากคลังข้อมูลสุขภาพ HDC (Health Dental Center) พบมีจำนวนผู้ใช้บริการทั้งสิ้น 285 ราย จากนโยบายโครงการฟันเทียมพระราชทาน นับเป็นการขับเคลื่อนโครงการที่ดีที่จะส่งเสริมให้ประชาชน โดยทุกคนที่ประสบปัญหาไม่มีฟันบดเคี้ยวอาหาร โดยเฉพาะผู้สูงอายุได้รับประโยชน์และทำให้มีคุณภาพชีวิตในด้านการเคี้ยวอาหารที่ดีขึ้น ซึ่งสุขภาพช่องปากมีบทบาทที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้ง ทางกาย จิตใจและสังคม ตั้งแต่เริ่มโครงการปีพ.ศ. 2548 เป็นต้นมามีผู้มาใช้บริการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ยังคงพบว่าการประเมินประสิทธิภาพของการมาใช้บริการ และประสิทธิภาพของฟันเทียมนั้นยังไม่มีผู้ทำการประเมิน และสภาพปัญหาที่ผู้ป่วยมารับบริการในปัจจุบัน จากสถิติเชิงบวกของผู้สูงอายุมีความต้องการใช้บริการด้วยการใส่ฟันเทียมทดแทนฟันที่สูญเสียไป เป็นจำนวนมาก ในเชิงลบพบว่า มีปัญหาหลังจากที่ใส่ฟันเทียม เจ็บ หลวม เคี้ยวอาหารไม่ได้ การเรียกคิวใส่ฟันเทียมที่รอนาน การรักษาที่มีขั้นตอนหลายขั้นตอน ไม่สะดวกมาทำการรักษาในเวลาราชการ ส่งผลให้กลุ่มผู้สูงอายุบางส่วนไปทำฟันเทียมเถื่อนที่ไปให้บริการถึงบ้านและเสร็จเร็วกว่า ซึ่งงานวิจัยของภัสรา รัตนะ (2565) ได้กล่าวไว้ว่า มีผู้มารับบริการหลายรายเมื่อได้ใส่ฟันเทียมจากโรงพยาบาลแล้วอยากเปลี่ยนไปใช้บริการฟันเทียมเถื่อน หรือ มีการสลับการใช้ ซึ่งในกรณีดังกล่าว สามารถอธิบายเหตุผลได้หลายประการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อ

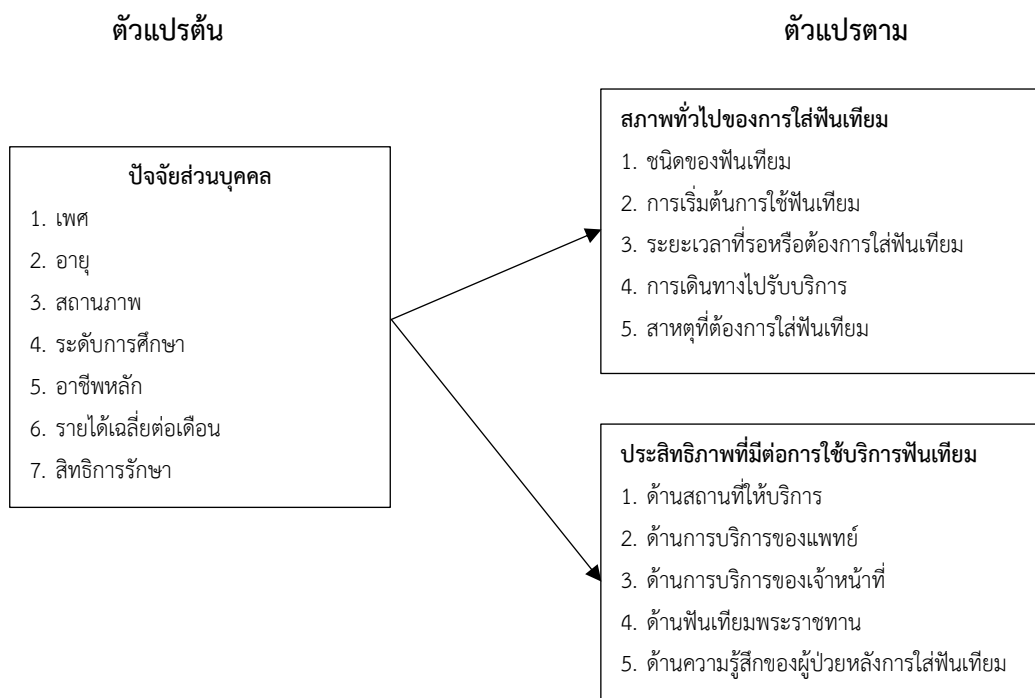


ประสิทธิภาพของการให้บริการฟันเทียมพระราชทานของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาทีมงานทันตกรรมให้มีประสิทธิภาพในการบริการที่ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการให้บริการฟันเทียมพระราชทานของผู้ป่วยโรงพยาบาลบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษารูปแบบของการใช้ฟันเทียมพระราชทานของผู้ป่วยโรงพยาบาลบุรีรัมย์

### กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) ด้วยวิธีศึกษาเชิงปริมาณและการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection)

**ประชากร** ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ฐานพลาสติกทั้งปาก ฟันเทียมบนหรือล่างทั้งปากและฟันเทียมมากกว่าหรือเท่ากับ 16 ซี่ขึ้นในโครงการฟันเทียมพระราชทาน ในช่วงปีงบประมาณ 2566 ที่กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวนทั้งหมด 104 คน



กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้วิจัยใช้วิธีการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจากจำนวนประชากรด้วยวิธีการคำนวณโดยใช้สูตร (Taro Yamane, 1973) ด้วยความเชื่อมั่น 95% ที่มีความคลาดเคลื่อน 0.05 และได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 82.54 ผู้วิจัยใช้จำนวน 83 คน ซึ่งจะใช้สูตรการคำนวณดังนี้

$$n = \frac{N}{1+Ne^2} \quad \text{ซึ่งได้ค่าดังนี้} \quad \frac{104}{1+[104 \times 0.05^2]} = 83$$

เมื่อ N คือ ขนาดของประชากร

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

e คือ ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง ภายใต้อัตราความเชื่อมั่น 95

### เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเชิงปริมาณ คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินคุณภาพบริการและความพึงพอใจผู้สูงอายุที่รับบริการใส่ฟันเทียมตามโครงการฟันเทียมพระราชทานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสสมโภชกรุงรัตนโกสินทร์ 200 ปี พระชนมพรรษา 80 พรรษา (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2549)

1. แบบสอบถามปลายปิด เป็นแบบสอบถามเชิงปริมาณซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 4 ตอน ตอนที่ 1-3 เป็นคำถามปลายปิด และ ตอนที่ 4 เป็นคำถามปลายเปิด มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและสิทธิการรักษา

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการใส่ฟันเทียม จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพฟันเทียมพระราชทานของผู้ป่วยโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

แบบสอบถามตอนที่ 2 ตอนที่ 3 เป็นการใช้แบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยแบ่งระดับออกเป็น 5 ระดับ และมีการแปลความหมายตามเกณฑ์ 5 ระดับช่วงคะแนน ได้แก่ 1 หมายถึงระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด 2 หมายถึงระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย 3 หมายถึงระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง 4 หมายถึงระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก และ 5 หมายถึงระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ในการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ซึ่งแปลความหมายตามเกณฑ์ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด



2. แบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ออกแบบเพื่อสัมภาษณ์ ผู้มาใช้บริการตามกลุ่มตัวอย่างถึงประสิทธิภาพของการมารับบริการฟื้นฟูสุขภาพพระราชทาน โดยมีประเด็นในการสัมภาษณ์ 3 ประเด็นหลักซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพการให้บริการของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร 2) ประสิทธิภาพของฟื้นฟูเป็นอย่างไร และ 3) ความรู้สึกหลังจากใช้ฟื้นฟูเป็นอย่างไร

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความพึงพอใจ การวัดประสิทธิภาพ แล้วดำเนินการสร้างแบบสอบถามเชิงปริมาณ เพื่อใช้สำหรับการวิจัย โดยแบบสอบถามนั้นได้ผ่านผู้เชี่ยวชาญในการตรวจจำนวน 3 ท่าน และได้ค่า IOC (Index of item objective congruence) ได้แก่ ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม หรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ มีค่าอยู่ที่ 0.67-1.00 ซึ่งเป็นข้อคำถามมีความเหมาะสมดีมาก และมีความน่าเชื่อถือในการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปใช้ในการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างอื่นได้แก่ กลุ่มผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ที่ใส่ฟื้นฟูจำนวน 30 คน และได้นำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น Reliability ซึ่งได้ค่าอยู่ที่ 0.84 โดยแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพฟื้นฟูสุขภาพพระราชทานของผู้ป่วยโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีระดับความเชื่อมั่นที่น่าเชื่อถือในการนำไปใช้เพื่อการวิจัยจากตัวอย่างจริง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการรวบรวมโดยการให้ผู้ป่วยที่เคยมารับบริการใส่ฟื้นฟูไปแล้ว ได้นัดให้เข้ามาตรวจเช็คอีกรอบร่วมกับและให้ตอบแบบสอบถามตามกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยพื้นที่ที่ใช้ในการรวบรวมคือ กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ชั้น 3 อาคารอำนวยการ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน ถึง เดือนตุลาคม 2567

### สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพพระราชทานของผู้ป่วยโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พิจารณาตามเพศของผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพพระราชทานของผู้ป่วยโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พิจารณาตามอาชีพของผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่า T-Test และ F-test ทั้งนี้ค่าร้อยละใช้เพื่อจำแนกสัดส่วนร้อยละการใช้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานใช้เพื่อคัดแยกสิ่งที่เป็นไปได้จากผู้ตอบแบบสอบถามตรงกันหรือไม่ ส่วนค่า T-test ใช้วิเคราะห์ความคิดเห็นมีความแตกต่างกันหรือไม่ โดยวิเคราะห์ตัวแปรตามภาพรวมทั้งหมดกับตัวแปรต้น 2 ตัวแปรได้แก่ เพศของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนค่า F-test



ใช้วิเคราะห์ความคิดเห็นมีความแตกต่างกันหรือไม่ แต่เป็นการวิเคราะห์ตัวแปรภาพรวมทั้งหมดกับตัวแปรต้น 3 ตัวแปร ในที่นี้ผู้วิจัยใช้เกี่ยวกับ อาชีพ ของผู้ป่วย เพราะถือว่า จะสามารถตอบโจทย์ในการวิเคราะห์ได้เป็นอย่างดี การวิเคราะห์ ข้อมูล แบบสอบถามที่เป็นเชิงปริมาณจะใช้วิธีการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการคำนวณ

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) วิเคราะห์พรรณนาเนื้อหาพร้อม รายงานผลตามตัวเลข ส่วนแบบสัมภาษณ์ใช้วิธีการสรุปข้อที่เหมือนกันไว้ในข้อมูลเดียวกัน ข้อที่ต่างกันแยกอธิบายอีก หัวข้อหนึ่งพร้อมกับอธิบายวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ทำในมนุษย์ โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมในการวิจัย ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมในมนุษย์ และ ผ่านพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีมติเห็นชอบอนุมัติให้ ดำเนินการโครงการวิจัยโดยมีเอกสารรับรองเลขที่ บร.0033.102.1/45 วันที่รับรอง 5 กันยายน 2567

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ฟันเทียมในโครงการฟันเทียมพระราชทานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.3 รองลงมา เป็นเพศชาย ร้อยละ 27.7 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 78.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 90.4 ระดับการศึกษาจบระดับชั้น ม.6/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 74.7 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 69.8 มีรายได้อยู่ที่ 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.6 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 80.7 ดังตารางที่ 1

#### ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (n=83)

หัวข้อ	รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	23	27.7
	หญิง	60	72.3
อายุ	40-59 ปี	18	21.7
	60 ปีขึ้นไป	65	78.3
สถานภาพ	โสด	8	9.6
	สมรส	75	90.4

#### ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา	ม.3	6	7.2



	ม.6/ปวช	62	74.7
	ปริญญาตรี	15	18.1
อาชีพหลัก	เกษตรกรรม	58	69.8
	ธุรกิจส่วนตัว	10	12.1
	พนักงานเอกชน	5	6.0
	รับราชการ	10	12.1
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท/เดือน)	ต่ำกว่า 5,000 บาท	23	27.7
	5,001-10,000 บาท	42	50.6
	10,001-15,000 บาท	8	9.6
	15,001-20,000 บาท	10	12.1
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพ	67	80.7
	ข้าราชการ	11	13.3
	ประกันสังคม	5	6.0

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลสภาพทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ฟันเทียมพระราชทาน

ผู้ที่มารับบริการส่วนใหญ่มาใส่ฟันเทียมทั้งปาก คิดเป็นร้อยละ 53.0 โดยการทำฟันเทียมชุดนี้เป็นชุดแรก ร้อยละ 78.3 สาเหตุที่ต้องการใส่ฟันเทียมเพื่อต้องการมีฟันใช้เคี้ยวอาหารคิดเป็นร้อยละ 72.3 ดังตารางที่ 2

### ตารางที่ 2 ข้อมูลสภาพทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ฟันเทียมพระราชทาน (n=83)

หัวข้อ	รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
ฟันเทียมที่ใส่เป็นชนิด	ฟันเทียมทั้งปาก	44	53.0
	ฟันเทียมบนหรือล่างทั้งปาก	9	10.8
	ฟันเทียมมากกว่าหรือเท่ากับ 16 ซี่ขึ้นไป	30	36.2
การทำฟันเทียมชุดนี้เป็นชุดแรกใช่หรือไม่	ใช่	65	78.3
	ไม่ใช่	18	21.7
ฟันเทียมเก่ามีการใช้มานานแล้วเป็นระยะเวลา	1-6 เดือน	62	74.7
	7-12 เดือน	13	15.7
	1 ปี - 2 ปี	8	9.6



## ตารางที่ 2 ข้อมูลสภาพทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ฟันเทียมพระราชทาน (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่รอหรือต้องการใส่ฟันเทียม	1-6 เดือน	68	81.9
	7-12 เดือน	12	14.5
	1 ปี-2 ปี	3	3.6
การเดินทางไปรับบริการ	ไปด้วยตนเอง	23	27.7
	มีญาติพาไป	60	72.3
สาเหตุที่ต้องการใส่ฟันเทียม	ต้องการมีฟันเคี้ยวอาหาร	60	72.3
	ฟันเทียมเก่าหลวม	14	16.9
	ฟันเทียมเก่าหัก	7	8.4
	เพื่อความสวยงามเข้าสังคมได้	2	2.4

## ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพฟันเทียมพระราชทานของผู้ป่วยโรงพยาบาลบุรีรัมย์

### 3.1 ภาพรวมของปัจจัยที่มีต่อประสิทธิภาพฟันเทียมพระราชทาน

โดยภาพรวมของปัจจัยที่มีต่อประสิทธิภาพฟันเทียมพระราชทาน มากที่สุด ( $\bar{X} = 4.53$ ) แต่เมื่อนำมาเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยได้แก่ ลำดับที่ 1 ด้านฟันเทียมพระราชทาน ( $\bar{X} = 4.77$ ) ลำดับที่ 2 ด้านการบริการของเจ้าหน้าที่ ( $\bar{X} = 4.67$ ) ลำดับที่ 3 ด้านการบริการของทันตแพทย์ ( $\bar{X} = 4.63$ ) ลำดับที่ 4 ด้านสถานที่ให้บริการ ( $\bar{X} = 4.37$ ) และลำดับที่ 5 ด้านความรู้สึของผู้ป่วยหลังการใส่ฟันเทียม ( $\bar{X} = 4.22$ ) ดังตารางที่ 3

## ตารางที่ 3 ภาพรวมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพฟันเทียมพระราชทานของผู้ป่วยโรงพยาบาลบุรีรัมย์

รายละเอียด	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	อันดับ
ด้านฟันเทียมพระราชทาน	4.77	0.293	มากที่สุด	1
ด้านการบริการของเจ้าหน้าที่	4.67	0.440	มากที่สุด	2
ด้านการบริการของทันตแพทย์	4.63	0.450	มากที่สุด	3
ด้านสถานที่ให้บริการ	4.37	0.400	มาก	4
ด้านความรู้สึของผู้ป่วยหลังการใส่ฟันเทียม	4.22	0.639	มาก	5
ภาพรวม	4.53	0.444	มากที่สุด	-

### 3.2 ปัจจัยรายชื่อของปัจจัยที่มีต่อประสิทธิภาพฟันเทียมพระราชทาน

ด้านฟันเทียมพระราชทาน เมื่อพิจารณาในรายชื่อ พบว่าด้านที่มีมากที่สุด ได้แก่ เป็นวัสดุที่มีเนื้อฟันเทียมที่สวยงาม ( $\bar{X} = 5.00$ ) เคี้ยวอาหารนิ่ม กรอบได้ง่ายขึ้น (5.00) มีค่าระดับเท่ากัน รองลงมาคือ มีความใส่สบาย ดูสะอาด



ไม่กดเหงือก ( $\bar{X} = 4.73$ ) มีความทนทานแข็งแรง การยึดอยู่แน่นดี ( $\bar{X} = 4.60$ ) และเป็นวัสดุที่มีคุณภาพดี มีประสิทธิภาพที่ดีมากในขณะใช้งาน ( $\bar{X} = 4.53$ ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ด้านการบริการของเจ้าหน้าที่จัด เมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่า ด้านที่มีมากที่สุด ได้แก่ ให้บริการช่วยเหลือ สนับสนุนทันตแพทย์ในขณะให้บริการได้อย่างดี ( $\bar{X} = 4.85$ ) รองลงมาคือ ให้ข้อมูลก่อนเข้ารับบริการและหลังเข้ารับบริการได้อย่างเหมาะสม ( $\bar{X} = 4.79$ ) หลังรับบริการมีการนัดเวลาและให้บริการในการทำฟันเทียมพระราชทานได้อย่างเหมาะสม (4.70) และจัดเรียงลำดับการให้บริการได้อย่างเหมาะสม ( $\bar{X} = 4.64$ ) และในระดับมาก ได้แก่ จัดที่นั่งคนไข้ได้อย่างเหมาะสม ( $\bar{X} = 4.39$ ) ดังตารางที่ 3

ด้านการบริการของทันตแพทย์ เมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่า ด้านที่มีมากที่สุด ได้แก่ แต่งกายสุภาพ สะอาด ( $\bar{X} = 5.00$ ) รองลงมาคือ จัดแต่งฟันเทียมได้อย่างเหมาะสมเข้ากับขนาดของฟันได้อย่างดี ( $\bar{X} = 4.84$ ) และระยะเวลาในการให้บริการมีความรวดเร็ว เหมาะสม ( $\bar{X} = 4.60$ ) ด้านที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ อธิบายให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับฟันเทียมพระราชทานได้อย่างดี (4.46) และพูดคุยอย่างเป็นกันเอง (4.26) ดังตารางที่ 3

ด้านสถานที่ให้บริการ เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ด้านที่มีมากที่สุด ได้แก่ มีการเรียกจัดลำดับคิวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (5.00) รองลงมาคือ เป็นห้องแอร์ มีความสะอาด (4.95) และเครื่องมือที่ใช้ประกอบกับการให้บริการฟันเทียมพระราชทานมีความทันสมัย ( $\bar{X} = 4.52$ ) ด้านที่มีอยู่ในระดับ มาก ได้แก่ มีป้ายระบุการบริการ และข้อมูลในการให้บริการชัดเจน ( $\bar{X} = 4.29$ ) และมีสถานที่นั่งเพียงพอในการให้บริการ ( $\bar{X} = 3.11$ ) ดังตารางที่ 3

ด้านความรู้สึกของผู้ป่วยหลังการใส่ฟันเทียม เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ด้านที่มีมากที่สุด ได้แก่ นอนหลับสบายมากขึ้น และรู้สึกหลับลึก ( $\bar{X} = 5.00$ ) รองลงมา คือ พุดขณะใส่ฟันเทียมได้อย่างมั่นใจ และพุดชัดมากยิ่งขึ้น ( $\bar{X} = 4.95$ ) รองลงมาคือ รู้สึกสบายใจมีความสุขมากและมีอารมณ์ดีคล้ายยิ้มมากขึ้น ( $\bar{X} = 4.88$ ) และระดับปานกลาง ได้แก่ มีปัญหาและรู้สึกเจ็บปวดในขณะเคี้ยวอาหาร ( $\bar{X} = 3.28$ ) และรู้สึกรำคาญขณะใส่ฟันเทียม มีความยุ่งยากในการทำ ความสะอาด ( $\bar{X} = 3.01$ ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยรายชื่อของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพฟันเทียมพระราชทานของผู้ป่วยโรงพยาบาลบุรีรัมย์

ลำดับ	ปัจจัย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	อันดับ
<b>ด้านฟันเทียมพระราชทาน</b>					
1	มีความทนทานแข็งแรง เหนียวแน่น ยึดแน่น	4.60	0.515	มากที่สุด	3
2	มีความยืดหยุ่น ใส่สบายดูสะอาดไม่ขัดเหงือก	4.73	0.447	มากที่สุด	2
3	เป็นวัสดุที่มีคุณภาพดี มีประสิทธิภาพที่ดีมากในขณะใช้งาน	4.53	0.502	มากที่สุด	4
4	เป็นวัสดุที่มีเนื้อฟันเทียมที่สวยงาม	5.00	0.000	มากที่สุด	1
5	เคี้ยวอาหารนุ่ม กรอบได้ง่ายขึ้น	5.00	0.000	มากที่สุด	1



ตารางที่ 4 ปัจจัยรายชื่อของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรงพยาบาลบุรีรัมย์ (ต่อ)

ลำดับ	ปัจจัย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	อันดับ
<b>ด้านการบริการของเจ้าหน้าที่</b>					
1	จัดเรียงลำดับการให้บริการได้อย่างเหมาะสม	4.64	0.482	มากที่สุด	4
2	ให้บริการช่วยเหลือสนับสนุนทันตแพทย์ในขณะที่ให้บริการได้อย่างดี	4.85	0.361	มากที่สุด	1
3	จัดที่นั่งคนไข้ได้อย่างเหมาะสม	4.39	0.491	มาก	5
4	ให้ข้อมูลก่อนเข้ารับบริการและหลังเข้ารับบริการได้อย่างเหมาะสม	4.79	0.407	มากที่สุด	2
5	หลังรับบริการมีการนัดเวลาและให้บริการในการทำฟันเทียมพระราชทานได้อย่างเหมาะสม	4.70	0.463	มากที่สุด	3
<b>ด้านการบริการของทันตแพทย์</b>					
1	พูดคุยอย่างเป็นกันเอง	4.26	0.609	มาก	5
2	แต่งกายสุภาพ สะอาด	5.00	0.000	มากที่สุด	1
3	จัดแต่งฟันเทียมได้อย่างเหมาะสมเข้ากับขนาดของฟันได้อย่างดี	4.84	0.371	มากที่สุด	2
4	อธิบายให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับฟันเทียมพระราชทานได้อย่างดี	4.46	0.762	มาก	4
5	ระยะเวลาในการให้บริการมีความรวดเร็ว เหมาะสม	4.60	0.493	มากที่สุด	3
<b>ด้านสถานที่ให้บริการ</b>					
1	เป็นห้องแอร์ มีความสะอาด	4.95	0.228	มากที่สุด	2
2	มีป้ายระบุการบริการ และข้อมูลในการให้บริการชัดเจน	4.29	0.458	มาก	4
3	มีสถานที่นั่งเพียงพอในการให้บริการ	3.11	0.791	ปานกลาง	5
4	มีการเรียกจัดลำดับคิวได้อย่างมีประสิทธิภาพ	5.00	0.000	มากที่สุด	1
5	เครื่องมือที่ใช้ประกอบกับการให้บริการฟันเทียมพระราชทานมีความทันสมัย	4.52	0.502	มากที่สุด	3
<b>ด้านความรู้สึกของผู้ป่วยหลังการใส่ฟันเทียม</b>					
1	พูดขณะใส่ฟันเทียมได้อย่างมั่นใจ และพูดชัดมากยิ่งขึ้น	4.95	0.272	มากที่สุด	2
2	รู้สึกสบายใจมีความสุขมากและมีอารมณ์ดีกล้ายิ้มมากขึ้น	4.88	0.488	มากที่สุด	3
3	รู้สึกรำคาญขณะใส่ฟันเทียม มีความยุ่งยากในการทำความสะดวก	3.01	1.355	ปานกลาง	5
4	มีปัญหาและรู้สึกเจ็บปวดในขณะที่เคี้ยวอาหาร	3.28	1.083	ปานกลาง	4
5	นอนหลับสบายมากขึ้น และรู้สึกหลับลึก	5.00	0.000	มากที่สุด	1

#### ส่วนที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นด้านเพศประมวลผลด้วยค่าสถิติ t-test

ผู้ตอบแบบสอบถามระหว่างชายและหญิงมีความคิดเห็นไม่แตกต่างกันใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสถานที่ให้บริการ ด้านการบริการของทันตแพทย์ ด้านการบริการของเจ้าหน้าที่ และด้านฟันเทียมพระราชทาน ส่วนอีกด้านหนึ่งคือ



ด้านความรู้สึกของผู้ป่วยหลังการใส่ฟันเทียม มีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน โดยนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอยู่ที่ .015 เพื่อทำให้เกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาค่าความแตกต่างโดยใช้ค่าสถิติของ F-test (One Way ANOVA) โดย Scheffe ซึ่งเป็นการใช้ตัวแปรต้น 3 ตัวแปรขึ้นไปในการวิเคราะห์ ดังตารางที่ 4

#### ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความคิดเห็นด้านเพศ

หัวข้อ	เพศ	N	Mean	S.D.	t	p value
ด้านสถานที่ให้บริการ	ชาย	23	4.37	.115	.362	.718
	หญิง	60	4.38	.091		
ด้านการบริการของทันตแพทย์	ชาย	23	4.65	.309	.433	.666
	หญิง	60	4.62	.320		
ด้านการบริการของเจ้าหน้าที่	ชาย	23	4.67	.219	.178	.860
	หญิง	60	4.68	.195		
ด้านฟันเทียมพระราชทาน	ชาย	23	4.50	.363	1.939	.056
	หญิง	60	4.35	.361		
ด้านความรู้สึกของผู้ป่วยหลังการใส่ฟันเทียม	ชาย	23	4.81	.294	2.573	.015*
	หญิง	60	4.94	.091		

\*p value<.05

#### ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบโดยใช้ด้านอาชีพ

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นในด้านอาชีพ ในทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสถานที่ให้บริการ ด้านการบริการของทันตแพทย์ ด้านการบริการของเจ้าหน้าที่ และด้านฟันเทียมพระราชทาน มีความคิดเห็นที่ไม่แตกต่างโดยนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นด้านความรู้สึกของผู้ป่วยหลังการใส่ฟันเทียม กลับมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน โดยนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอยู่ที่ .018 ดังตารางที่ 5

#### ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบโดยใช้ด้านอาชีพ

รายละเอียด	ช่วงระหว่าง	SS	df	MS	F	Sig.
ด้านสถานที่ให้บริการ	Between Groups	.009	3	.003	.305	.822
	Within Groups	.888	88	.010		
	Total	.897	91			
ด้านการบริการของทันตแพทย์	Between Groups	.293	3	.098	.985	.404
	Within Groups	8.741	88	.099		
	Total	9.035	91			



### ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบโดยใช้ด้านอาชีพ (ต่อ)

รายละเอียด	ช่วงระหว่าง	SS	df	MS	F	Sig.
ด้านการบริการของเจ้าหน้าที่	Between Groups	.173	3	.058	1.420	.242
	Within Groups	3.565	88	.041		
	Total	3.737	91			
ด้านพื้นที่มพระราชทาน	Between Groups	.271	3	.090	.664	.576
	Within Groups	11.969	88	.136		
	Total	12.240	91			
ด้านความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยหลังการใส่ฟันเทียม	Between Groups	.381	3	.127	3.517	.018*
	Within Groups	3.177	88	.036		
	Total	3.558	91			

\* $p$  value < .05

### ส่วนที่ 6 ความแตกต่างกันถึงการเปรียบเทียบความคิดเห็นในด้านความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยหลังการใส่ฟันเทียมพระราชทาน

ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการจะมีความคิดเห็นที่แตกต่างกับผู้ป่วยในทุกอาชีพ โดยนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนผู้ป่วยที่มีอาชีพ เกษตรกรรม ธุรกิจส่วนตัว และพนักงานเอกชน ทั้ง 3 อาชีพมีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน โดยนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังตารางที่ 6

### ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นในด้านความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยหลังการใส่ฟันเทียมพระราชทาน

Dependent Variable			Mean	Std.	Sig.	95% Confidence Interval	
			Difference (I-J)	Error		Lower Bound	Upper Bound
ด้านความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยหลังการใส่ฟันเทียม	เกษตรกรรม	ธุรกิจส่วนตัว	-.051	.062	.412	-.17	.07
		พนักงานเอกชน	.013	.081	.878	-.15	.17
		รับราชการ	.185*	.062	.004	.06	.31
	ธุรกิจส่วนตัว	เกษตรกรรม	.051	.062	.412	-.07	.17
		พนักงานเอกชน	.064	.096	.511	-.13	.26
		รับราชการ	.236*	.081	.004	.08	.40



### ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นในด้านความรู้สึกของผู้ป่วยหลังการใส่ฟันเทียมพระราชทาน (ต่อ)

Dependent Variable			Mean	Std.	Sig.	95% Confidence Interval	
						Difference	Error
			(I-J)			Bound	Bound
ด้านความรู้สึกของ ผู้ป่วยหลังการใส่ ฟันเทียม	พนักงาน	เกษตรกรรม	-.013	.081	.878	-.17	.15
	เอกชน	ธุรกิจส่วนตัว	-.064	.096	.511	-.26	.13
ฟันเทียม	รับราชการ	รับราชการ	.173	.096	.077	-.02	.36
		เกษตรกรรม	-.185*	.062	.004	-.31	-.06
	พนักงานเอกชน	ธุรกิจส่วนตัว	-.236*	.081	.004	-.40	-.08
		พนักงานเอกชน	-.173	.096	.077	-.36	.02

\*p value<.05

### ส่วนที่ 7 ผลการสัมภาษณ์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

1. เกี่ยวกับโครงการฟันเทียมพระราชทานครอบคลุมสิทธิที่อยู่แล้วแต่โครงการรากฟันเทียมอยากให้มีการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เพิ่มเติม และครอบคลุมทุกสิทธิการรักษา
2. บางครั้งผู้สูงอายุใส่ฟันไปแล้วแต่กลับใส่และใช้งานฟันเทียมไม่ได้เนื่องจากรู้สึกลำบาก รำคาญในการปรับตัว
3. ฟันเทียมหลวมไม่ยึดติด บดเคี้ยวอาหารไม่ได้ หรือประสบปัญหาเจ็บหลังการใส่ฟันแต่ไม่สะดวกมาพบทันตแพทย์ จึงแก้ไขเองหรือถูกถอดเก็บไว้ในกล่องไม่ได้ใช้งานแล้วพบปัญหาว่าก็ยังใช้งานฟันเทียมไม่ได้เท่าที่ตนคาดหวัง
4. ปัญหาในการออกใบนัดผิดตึก นัดเวลาผิด ทำให้ผู้ป่วย ต้องเสียเวลารอคอย หรือเดินไปมา
5. ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุต้องการให้นัดมารักษาในช่วงเช้าเนื่องจากไม่มีรถโดยสารกลับบ้านหรือสามารถติดรถญาติ/ลูกหลานมาส่งช่วงเช้าก่อนไปโรงเรียน/ ไปทำงานได้
6. ผู้สูงอายุแม้จะได้รับสิทธิทำรากฟันเทียม ฟรีตามโครงการกลับปฏิเสธเพราะรู้สึกกลัวเจ็บ กังวล ดูเป็นเรื่องยุ่งยาก ต้องมีการผ่าตัด มีความเจ็บปวดมาก ต้องมาอีกหลายครั้ง ไม่มีคนพามา
7. มีความพึงพอใจเพราะคิวรอคอยการใส่ฟันเทียมพระราชทาน ไม่นานมาก แต่ขั้นตอนในการทำฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปากต้องมาหลายครั้ง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถมาด้วยตนเองได้ มีปัญหาเรื่องค่าพาหนะเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล
8. ผู้ป่วยบางรายรู้สึกเสียตายนั่นธรรมชาติที่ต้องถอนฟันออก ไม่ต้องการเตรียมช่องปากก่อนทำฟันเทียม

### อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการให้บริการฟันเทียมพระราชทานของผู้ป่วยโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่า โดยภาพรวมมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับ มากที่สุด ซึ่งถือว่าประสิทธิภาพการให้บริการของโรงพยาบาลทำให้เกิด



ความพึงพอใจต่อผู้วิจัยบริการเป็นอย่างมาก แต่เมื่อพิจารณาในลักษณะของฟันเทียม พบว่า มีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับ Levin (1984) ได้กล่าวไว้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับชิ้นงานที่จะส่งผลต่อประสิทธิภาพของฟันเทียม มีองค์ประกอบหลายประการคือ ประการที่ 1 Preservation of the alveolar ridges ขึ้นอยู่กับการพิมพ์ปากเพื่อให้ได้รอยพิมพ์ที่ดี มีลักษณะของเนื้อ ประการที่ 2 เยื่อรองรับและโครงสร้างใกล้เคียงกับสภาพในช่องปาก การเลือกใช้วิธีการพิมพ์และวัสดุพิมพ์ให้เหมาะสม ควรครอบคลุมในเฉพาะส่วนที่ให้การรองรับแก่ฟันเทียมเท่าที่จำเป็นเท่านั้นเพื่อลดการทำอันตรายต่อฟันธรรมชาติ เนื้อเยื่อรองรับที่เหลือให้น้อยที่สุดซึ่งจะทำให้กระดูกที่รองรับเกิดการละลายตามมา ประการที่ 3 Support คือการต้านทานต่อการเคลื่อนที่แนวตั้งและจากแรงบิดเคี้ยว หรือแรงอื่น ๆ ซึ่งมีทิศทางลงสู่บริเวณส่วนรองรับของฟันเทียม ซึ่งในกรณีสูญเสียฟันธรรมชาติไป สันเหงือกกว้างและเนื้อเยื่อที่ปกคลุมจะเป็นส่วนสำคัญที่ให้การรองรับแก่ฟันเทียม ซึ่งอาจไม่สามารถต้านทานต่อแรงบิดเคี้ยวได้อย่างเพียงพอหรือแรงอื่นๆที่มาจากกรกลืน การบิดเคี้ยวที่ผิดปกติเช่น นิสัยขบฟันหรือเค้นฟันเป็นต้น โดยในการทำให้ได้ฟันเทียมที่มีประสิทธิภาพ สามารถให้การรองรับที่ดีจากสภาพสันเหงือกที่ละลายตัวมากได้นั้นสิ่งที่จำเป็นอย่างมากที่สุดก็คือการครอบคลุมบริเวณสันเหงือกที่ให้การรองรับแก่ฟันเทียมให้มากที่สุดโดยจะต้องไม่ไปขัดขวางหรือรบกวนการเคลื่อนไหวหรือหน้าที่ตามปกติของระบบการบิดเคี้ยวของผู้ป่วย ประการที่ 4 Retention การยึดติดของฟันเทียม คือความต้านทานต่อการหลุดของฟันเทียมในทิศทางตรงข้ามกับแนว ถอดใส่ฟันเทียม โดยจะทำหน้าที่ในการต้านแรงดึงจากอาหารหรือจากแรงโน้มถ่วงและแรงที่สัมพันธ์ขณะอ้าปากซึ่งอาจทำให้ฟันเทียมหลุดได้ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยึดติดของฟันเทียมประกอบด้วยแรง Adhesion, cohesion, interfacial surface tension, mechanical locking, peripheral seal, orofacial musculature โดยทั่วไปแล้ว peripheral seal เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีผลมากที่สุดต่อการยึดติดของฟันเทียมเนื่องจากทั้งแรง Adhesion, cohesion และ interfacial surface tension ต่างถูกจำกัดไว้ภายใต้ฐานฟันเทียมหรือบริเวณผิวสัมผัสของฟันเทียมกับเนื้อเยื่อในช่องปากซึ่ง peripheral seal จะช่วยในการป้องกันอาหารที่จะเข้าไปภายใต้ฐานฟันเทียมและทำให้การติดแน่นลดลง ประการที่ 5 Stability ความสามารถของฟันเทียมในการต้านทานการขยับออกจากตำแหน่งของฟันเทียมทั้งในแนวราบหรือแนวแกนหมุนขณะทำหน้าที่ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในขณะที่เคี้ยว พูด ผิวปาก ซึ่งสัมพันธ์กับการสร้างการสบฟันที่สมดุล การยึดติดที่ดี ไม่มีจุดสะดุดของฟันเทียมในช่องปาก มีรูปร่างและขนาดที่เหมาะสมทางด้าน polishing surface และมีการทำงานของกล้ามเนื้อช่องปากและการควบคุมฟันเทียมของผู้ป่วยที่ดี ประการที่ 6 Esthetics ความสวยงาม ขอบเขตของฟันเทียมเป็นส่วนกำหนดเค้ารูปของการแต่งแบบธรรมชาติและกำหนดตำแหน่งการเรียงฟันเพื่อให้แลดูเป็นธรรมชาติ และประการที่ 7 ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างขบวนการทำในคลินิก เช่นทันตแพทย์ขาดความชำนาญ ขาดความรู้ในการทำฟันเทียม ความไม่พร้อมของผู้ป่วย เช่น ไม่ให้ความร่วมมือกับทันตแพทย์ ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ความไม่พร้อมของเครื่องมือ วัสดุที่ใช้ และปัญหาจากความผิดพลาดทางห้องปฏิบัติการ

ปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคคล (ผู้ป่วย) ที่มีผลต่อความสำเร็จในใส่ฟันเทียม เพราะไม่ว่า จะเป็นเพศใด อาชีพใด จะมีลักษณะโครงสร้างของฟันและสันเหงือกที่แตกต่างกัน ต้องมีการประเมินโครงสร้างและลักษณะของฟันในเบื้องต้นก่อนที่จะดำเนินการใส่ฟันเทียมรวมถึงสภาวะจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับ ดนัย ยอดสุวรรณ (2560) ได้อธิบายเอาไว้ว่า การใส่ฟัน



เทียมจะต้องคำนึงถึงสภาพต่างๆ ดังนี้ ประการที่ 1 ต้องประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ และความต้องการของผู้ป่วยร่วมกัน เป็นองค์รวม ประการที่ 2 ประเมินทัศนคติของผู้ป่วยและความสามารถในการใช้ฟันเทียมเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ความต้องการใส่ฟันเทียมชุดใหม่ของผู้ป่วยอาจเกี่ยวข้องข้องกับการดำเนินชีวิตหลายด้าน บรรยากาศที่ไม่เหมาะสมในการพบกันครั้งแรกกับการเข้ารับการรักษาที่ทันตแพทย์อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ประทับใจ ประการที่ 3 หาสาเหตุของการสูญเสียฟันบ่งบอกถึงทัศนคติและนิสัยของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียฟันจากโรคปริทันต์ แสดงว่ามีการดูแลสุขภาพช่องปากได้ไม่เต็มปริมาณ กระดูกขาฟันที่เหลือ เหลืออยู่น้อยกว่าในผู้ป่วยที่มีการสูญเสียฟันจากโรคฟันผุ ประการที่ 4 พิจารณาดูระยะเวลาที่สูญเสียฟัน สามารถใช้ประเมินสภาวะการละลายตัวของกระดูกสันหลังออก ประการที่ 5 พิจารณาจำนวนชุดฟันเทียมที่เคยใส่ การสอบถามจำนวนชุดฟันเทียมที่เคยใส่มาเมื่อเทียบกับระยะเวลาที่สูญเสีย ประการที่ 6 พิจารณาฟันถึงไรฟันทั้งปาก ทำให้ทราบถึงปัญหาการใช้งาน ความคาดหวัง การดูแลสุขภาพเหงือกและฟันเทียมได้ ประการที่ 7 พิจารณาอายุการใช้งานของฟันเทียมที่มีอยู่หรือชุดปัจจุบัน สามารถบอกถึงความพึงพอใจ การเปลี่ยนแปลงสัน เหงือกที่อาจเกิดขึ้นได้ และ ประการที่ 8 เมื่อเริ่มวางแผนการรักษา ทันตแพทย์ควรแจ้งปัญหาที่อาจพบภายหลังใส่ฟันเทียม วิธีการป้องกันและแก้ไข ให้ผู้ป่วยทราบและยอมรับก่อน สิ่งที่สำคัญมากคือต้องพยายามให้ผู้ป่วยพูด จะได้ทราบความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยต่อฟันเทียม ในการตรวจผู้ป่วยนั้นจะต้องใช้ความพิถีพิถันค่อยๆ ตรวจทีละอย่าง ถ้ารีบร้อนเกินไปจะทำให้การวินิจฉัยคลาดเคลื่อนไม่เป็นผลดี ความล้มเหลวอาจเกิดขึ้นภายหลังได้

รูปแบบของการใส่ฟันเทียม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้บริการโดยใส่ฟันเทียมทั้งปาก แสดงให้เห็นว่า แนวโน้มผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะสูญเสียฟันธรรมชาติในการบดเคี้ยวมากขึ้นเช่นกัน จึงต้องใช้บริการโดยการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ซึ่งหากพิจารณาแล้วผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่จะใช้บริการด้านนี้ ซึ่งสอดคล้องกับ วิภารัตน์ ยวดยิ่ง (2563) ซึ่งทำวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพฟันเทียมประสิทธิภาพการบดเคี้ยวและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกับความสุขในการใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มักจะใช้บริการการใส่ฟันเทียมทั้งปาก และการใส่ฟันเทียมทั้งปากจะช่วยให้การบดเคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น จากข้อมูลพื้นฐานประชากรข้อมูลคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากใช้ดัชนี The Oral Impacts on Daily Performances (OIDP Index) ของ Adulyanon & Sheiham (1997) ทำการประเมินผลกระทบของช่องปากต่อคุณภาพชีวิตผ่านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 8 อย่างได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การพูด 3) การทำความสะอาดช่องปากและฟันเทียม 4) การประกอบกิจกรรมทั่วไป 5) การพักผ่อนนอนหลับ 6) การยิ้มหัวเราะได้โดยไม่อาย 7) การคงสภาพอารมณ์ที่เป็นปกติ และ 8) การติดต่อออกไปพบปะผู้อื่น สุขภาพช่องปากมีบทบาทที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม การมีสุขภาพช่องปากที่แข็งแรงจึงจะทำให้การบดเคี้ยว กัด กลืนอาหารเข้าสู่ร่างกายเป็นไปได้ตามปกติ นอกจากนี้สุขภาพช่องปากที่ดีไม่ใช่ว่าไม่มีความเจ็บปวด นำมาซึ่งสุขภาพจิตใจ อารมณ์ที่แจ่มใส มีภาพลักษณ์ที่ดีในการเข้าสังคม มีความมั่นใจและภูมิใจในตนเองนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Naorungroj (2015) พบว่าผู้สูงอายุช่วงอายุ 60-74 ปี มีฟันธรรมชาติเหลืออยู่ในช่องปากเฉลี่ยจำนวน 18.8 ซี่ การสูญเสียฟันส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุฟันผุที่รากฟัน โรคปริทันต์ ฟันสึก และการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี ในที่สุดเป็นปัญหาการสูญเสียฟันธรรมชาติทั้งปากเกิดเป็นสันเหงือกว่าง เมื่อ



พิจารณาแต่ละกิจกรรมที่ของผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากการสูญเสียฟันธรรมชาติบ่อยและรุนแรงที่สุด คือคุณภาพชีวิตในการรับประทานอาหารมาก ร้อยละ 45% การพูดออกเสียงและปัญหาการเข้าสังคม เป็นลำดับรองลงมา ร้อยละ 14.9% และ 6.8% ตามลำดับ และจากการศึกษาของ Bassetti et al (2016) พบว่าผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยฟันเทียมทั้งปาก เป็นผลกระทบมาจากสภาพช่องปาก ไม่มีความสุขและประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวต่ำที่สุด ส่วนการศึกษาของ กัญญวีย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์ (2567) ซึ่งทำวิจัยเรื่อง การทำฟันเทียมทั้งปากในผู้ป่วยสันเหงือกแบน : รายงานผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่จะไม่ค่อยมีฟัน หรือ ฟันอาจหลุดร่วงทั้งปาก ซึ่งมักจะนิยมใช้บริการการใส่ฟันเทียมพระราชทานทั้งปาก อย่างไรก็ตาม Bacher (2004) ได้ศึกษาพบว่า การทำฟันเทียมทั้งปากควรมีการพิมพ์ปากชั้นพื้นฐาน การทำถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคลควรทำให้พอดีกับลักษณะทางกายวิภาคของผู้ป่วยแต่ละราย ทุกกระบวนการเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากส่งผลต่อประสิทธิภาพของการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก ควรได้ขอบเขตของฟันเทียมที่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก และสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าถึงทันตแพทย์จะทำฟันเทียมได้ดีเพียงใดแต่เมื่อผู้ป่วยใช้ฟันเทียมไประยะเวลาหนึ่งก็จะมีปัญหาจากการที่สันกระดูกมีการละลายตัวเกิดขึ้นตลอดเวลา (Tallgren, 2003) ซึ่งปัญหาหลังการใส่ฟันเทียมด้วยการประเมินโดยทันตแพทย์และตัวผู้ป่วยเองอาจไม่สอดคล้องกัน กรณีที่ผู้ป่วยมีการยึดอยู่และความเสถียรภาพของฟันเทียมไม่ดี แต่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรว่ามีปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักถึงปัญหาของตัวฟันเทียม ทันตแพทย์ควรอธิบายถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นเช่นจะมีการละลายของกระดูกเพิ่มมากขึ้นเมื่อยังคงใส่ฟันเทียมที่หลวมและไม่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าทันตแพทย์ควรแนะนำให้ผู้ป่วยกลับมาตรวจดูสภาพฟันเทียมและสภาพช่องปากเป็นระยะๆ (Phuengchuen et al, 2023) ยังสอดคล้องการศึกษาในกรณีฟันเทียมหลวม ใช้บดเคี้ยวอาหารได้ไม่ดี ควรพิจารณาส่งต่อเพื่อทำการรักษารากฟันเทียมเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยว เพิ่มการยึดแน่นของฟันเทียมให้เกิดความสวยงามใกล้เคียงกับฟันธรรมชาติเพิ่มความมั่นใจให้ผู้สูงอายุมากขึ้นและผลดีในระยะยาวจะช่วยคงสภาพของกระดูกขากรรไกรได้ (Boven et al, 2015; Misch, 2007)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการให้บริการฟันเทียมพระราชทานของผู้ป่วยโรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยภาพรวมทั้ง 5 ด้าน พบว่า ด้านฟันเทียมพระราชทานมีมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการบริการของเจ้าหน้าที่ และด้านที่น้อยที่สุดคือความรู้สึกของผู้ป่วยหลังการใส่ฟันเทียม สาเหตุที่ผู้ป่วยพึงพอใจด้านฟันเทียมพระราชทานมากที่สุดอาจเป็นเพราะวัสดุทำฟันเทียมพระราชทานมีคุณภาพดี มีความยืดหยุ่นสูง สามารถที่จะใช้ในการบดเคี้ยวอาหารแข็งและอ่อนได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับความรู้สึกหลังจากการใช้บริการในหัวข้อย่อยที่พบว่าผู้ป่วยนอนหลับสบายมากขึ้น และรู้สึกหลับลึก รองลงมา คือ พูดขณะใส่ฟันเทียมได้อย่างมั่นใจ และพูดชัดมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ บุขกร อธิบุษกร (2561) ที่ทำวิจัยเรื่อง การติดตามผลการใส่ฟันเทียมทั้งปากของผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียม พระราชทานโรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม: 3-5 ปี ภายหลังจากการรักษา ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากที่ผู้มาใช้บริการฟันเทียมพระราชทานทั้งปากแล้ว พบว่า มีคุณภาพดี มีความยืดหยุ่นสูง โดยหลังจากที่มาใช้บริการแล้ว ไม่พบผู้สะท้อนการมีปัญหาของการใช้ฟันเทียมพระราชทาน การรักษาผู้ป่วยด้วยฟันเทียมทั้งปากให้ประสบผลสำเร็จนั้น ประกอบไปด้วยปัจจัยต่าง ได้แก่ สภาพภายในช่องปากของผู้ป่วย ทักษะและประสบการณ์ของทันตแพทย์ ชนิดของวัสดุพิมพ์ปากและความร่วมมือของผู้ป่วย ตัวฟัน



เทียมจะต้องมีการยึดอยู่ มีเสถียรภาพ รองรับแรงบิดเคี้ยวได้ดี กระจายแรงบิดเคี้ยวได้อย่างเหมาะสม ขยายฐานฟันเทียมให้แน่นยำและครอบคลุมมากที่สุดเพื่อลดแรงกระทำต่อหนึ่งหน่วยพื้นที่ มีการบันทึกความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่างที่ถูกต้องและการออกแบบการสบฟันที่เหมาะสม (Maroush et al, 2019) อีกทั้งยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ พรนภา พรชื่นวงศ์ และศศิธร วิทยาโกลม (2566) ซึ่งทำวิจัยเรื่อง อัตราการอยู่รอดของรากฟันเทียมในผู้สูงอายุใน โครงการ รากฟันเทียมพระราชทานเฉลิมพระเกียรติ ฯ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพของฟันเทียมทั้งปากหลังจากทำการรักษาด้วยรากฟันเทียมถือว่ามีความดีเยี่ยม เพราะมีการละลายตัวของกระดูกมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ร้อยละ 20.0 มีอัตราการอยู่รอดของรากฟันเทียม ร้อยละ 96.25 ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการอยู่รอดของรากฟันเทียมสัมพันธ์กับโรคที่เกี่ยวข้องของรากฟันเทียมและอวัยวะปริทันต์ หากไม่ได้ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและดูแลรักษาไม่ดี อาจมีการเกิดโรคเหงือกอักเสบและโรคครอบรากฟันเทียมอักเสบเกิดการสูญเสียกระดูกรองรับรากฟันเทียม ส่งผลเสียทำให้รากฟันเทียมโยกและหลุดได้

ผู้ป่วยสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภทคือ 1) ผู้ป่วยทั่วไปจะเป็นผู้ป่วยที่มีความเข้าใจน้อยในการรักษา ต้องการความรวดเร็ว ง่าย ราคาถูก จำเป็นต้องอธิบายถึงความสำคัญในการใส่ฟันเทียมให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เวลาในการรักษา การเลือกใช้ฟันเทียมที่มีความยุ่งยากซับซ้อนอาจเกิดปัญหาผู้ป่วยเหล่านี้ เช่น อาชีพลูกจ้างรายวัน ชวนา ชาวสวน ผู้ทำการค้ารายย่อย 2) ผู้ป่วยที่มีฐานะเศรษฐกิจปานกลาง จะเริ่มเห็นความสำคัญในการรับการรักษา มักมีเวลาเพียงพอที่จะมารับการรักษาได้ตามที่กำหนด เช่น อาชีพข้าราชการ พนักงานบริษัทระดับทั่วไป ข้าราชการเกษียณ 3) ผู้ป่วยที่มีฐานะเศรษฐกิจดี มองเห็นความสำคัญในการบูรณะรักษาแต่ก็มีข้อจำกัดในเรื่องเวลา เช่น นักธุรกิจ นักร้อง นักแสดง เจ้าของกิจการ นักการเมือง 4) ผู้ป่วยกลุ่มสุดท้ายคือผู้ป่วยที่มีฐานะเศรษฐกิจดีมาก มองเห็นความสำคัญในการรับการบูรณะรักษา และต้องการแนวทางการรักษาที่ดีที่สุด ใช้วัสดุที่ดีที่สุด มักมีความต้องการสูงในทุกๆ ด้าน ได้แก่ เจ้าของกิจการรายใหญ่ ผู้บริหารระดับสูง แต่แนวทางในเรื่องของอาชีพก็ยังคงต้องอาศัยการซักถามและพิจารณาร่วมกับข้อมูลอื่นๆเพิ่มเติม ก่อนจะลงมือวางแผนวิธีการในการบูรณะการใส่ฟัน ปัญหาที่มักจะมีกับผู้ป่วยหลังจากใส่ฟันเทียม คือ ข้อจำกัดในการใช้งานและความไม่สะดวกสบายที่พบ เช่น การไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ดี จนต้องหลีกเลี่ยงอาหารบางชนิดรวมทั้งการมีแผลในปาก ฟันเทียมกดเจ็บและการมีเศษอาหารติด เป็นการรบกวนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธุ์, ทรงชัย ฐิตโสสมกุล และไพฑูรย์ ดาวสดใส, 2557) นอกจากนี้พบการศึกษาที่ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้ารับบริการหรือติดตามผลการรักษาได้อย่างต่อเนื่องหลังจากใส่ฟันเทียม สาเหตุเกิดจากข้อจำกัดหลายประการ เช่น ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ข้อจำกัดด้านสุขภาพร่างกายในการเดินทางมารับการรักษา ต้นทุนค่าเสียโอกาสที่เกิดจากการมารับบริการ เวลาในการทำงานหารายได้เลี้ยงชีพที่สูญเสียไปจากการมารับบริการ ดังนั้นการฟื้นฟูสุขภาพช่องปากของผู้ที่สูญเสียฟันไม่เพียงแต่อาศัยความรู้ความสามารถของทันตแพทย์และการมีระบบประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานของภาครัฐที่ช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ ยังควรให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมซึ่งยังคงเป็นอุปสรรคในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของประเทศไทย (ณฤดี ลิ้มปวงทิพย์, 2562)



## การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ทางกลุ่มงานทันตกรรม สามารถนำข้อมูลที่ได้มาเพื่อพัฒนาระบบการบริการของกลุ่มงานทันตกรรม ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการได้รับการรักษาด้วยการใส่ฟันเทียมพระราชทาน และคำนึงถึงการกระบวนการทำฟันเทียมให้มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยมากขึ้น

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการดำเนินการวิจัยพบข้อเสนอแนะคือ มีสิ่งบางประการที่ผู้ป่วยสะท้อนว่า ควรมีการปรับปรุงได้แก่เรื่อง การมี ปัญหาและรู้สึกเจ็บปวดในขณะที่เคี้ยวอาหาร รู้สึกรำคาญขณะใส่ฟันเทียม มีความยุ่งยากในการดูแล และทำความสะอาด ข้อจำกัดในการวิจัยนี้ ไม่ได้มีการติดตามไปข้างหน้า 3-5 ปีเพื่อดูถึงประสิทธิภาพการใช้งานความพึงพอใจและปัญหาที่พบในผู้มารับบริการ ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาในเชิงลึกของคุณภาพชีวิตในช่องปากกับกิจกรรมแต่ละประเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน ทำการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตกับผู้ที่ไม่ได้ใส่ฟันเทียม ร่วมกับการประเมินประสิทธิภาพของฟันเทียมพระราชทานเพื่อทำการส่งต่อไปรักษาด้วยรากฟันเทียมพระราชทานในลำดับถัดไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนทำให้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยได้อย่างราบรื่น ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย และขอบคุณบุคลากรกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลบุรีรัมย์ทุกท่านที่ช่วยในการทำให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). โครงการฟันเทียมพระราชทานและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ.

สืบค้นจาก [https://ppdental.anamai.moph.go.th/elderly/denture\\_select\\_65.php](https://ppdental.anamai.moph.go.th/elderly/denture_select_65.php).

กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์. (2567). การทำฟันเทียมทั้งปากในผู้ป่วยสันหลังค่อม : รายงานผู้ป่วย. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 21(1), 52-64.

ณฤดี ลิ้มปวงทิพย์. (2562). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วิทยาศาสตร์ทันตแพทยศาสตร์*, 69(4), 369-378.

ดนัย ยอดสุวรรณ. (2560). *ฟันเทียมทั้งปาก 1. พิมพ์ครั้งที่ 2*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น ฉบับปรับปรุงใหม่*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: บริษัท สุวีริยาสาส์น จำกัด.

บุษกร ธีรนุกฤษณ์. (2561). การติดตามผลการใส่ฟันเทียมทั้งปากของผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียมพระราชทาน โรงพยาบาลพุทธมณฑลจังหวัดนครปฐม: 3-5 ปี หลังการรักษา. *วารสารแพทย์ เขต 4-5*, 37(1), 22-32.



## เอกสารอ้างอิง

- พรนภา พรชื่นชูวงศ์ และศศิธร วิทยาโกมล. (2566). อัตราการอยู่รอดของรากฟันเทียมในผู้สูงอายุในโครงการรากฟันเทียมพระราชทานเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารแพทย์ เขต 4-5*, 42(1), 15-26.
- พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธุ์, ทรงชัย จิตโสสมกุล และไพฑูรย์ ดาวสดใส. (2557). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากและความสัมพันธ์กับคุณภาพฟันเทียมและประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ประเมินด้วยดัชนี OHIP-EDENT ในรูปภาษาไทย. *วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์*, 64(1), 27-46.
- ภัศรา รัตนะ. (2565). การพัฒนาระบบบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านภายใต้รูปแบบ Huaiyot Model. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(2), 282-288.
- วิภารัตน์ ยวดยิ่ง. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพฟันเทียมประสิทธิภาพการบดเคี้ยวและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกับความสุขในการใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 6(2), 58-75.
- Adulyanon, S, & Sheiham, A. (1997). *Oral Impacts on Daily Performances. Measuring oral health and quality of life*. Slade GD, editor: Chapel Hill: University of North Carolina, 151-160.
- Bacher co. (2004). Complete denture prosthodontic the state of art. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 92(4), 309-315.
- Bassetti RG, Mericske-Stern R, Enkling N. (2016). Are there differences in the changes in oral health-related quality of life (OHRQoL) depending on the type (rigidity) of prosthetic treatment. *Journal Quintessence International*, 47, 749-757.
- Boven, G.C., Raghoobar, G.M., Vissink, A., & Meijer, H.J. (2015). Improving masticatory performance, bite force, nutritional state and patient's satisfaction with implant overdentures: a systematic review of the literature. *Journal of Oral Rehabilitation*, 42(3), 220-233.
- El Maroush MA, Benhamida SA, Elgendy AA, Elsaltani MH. (2019). Residual ridge resorption, the effect on prosthodontics management of edentulous patient: an article review. *Int J Sci Res Manag*, 7(9), 260-7.
- Levin, B. (1984). Impressions for Complete Dentures. Chicago: Quintessence Publishing Co. Ltd.
- Misch, C.E. (2007). Contemporary Implant Dentistry (3<sup>rd</sup> ed). St. Louis: Mosby.
- Naorungroj, S. (2015). Oral Health-Related Quality of Life in the Elderly: A Review and Future Challenges in Thailand. *Siriraj Medical Journal*, 67(5), 248-253. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/sirirajmedj/article/view/55227>.



### เอกสารอ้างอิง

Phuengchuen, P., Tumrasvin, W., & Limpuangthip, N. (2023). Hygiene behavior of complete denture wearers and distribution of plaque on their denture's tissue surface within three-month after denture delivery. *RSU International Research Conference*, 243-249. Retrieved from <http://doi.org./10.14458/RSU.res.2023.52>.

Tallgren, A. (2003). The continuing reduction of the residual alveolar ridges in complete denture wearers a mixed. Longitudinal study covering 25 years. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 89(5), 427-435.

Yamane, T. (1973). *Statistics: an introductory analysis*. New York: & Row.



## ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชัน ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง

อมราวดี แสงมณี<sup>1</sup> และทัศนีย์ หนูนารณ<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

<sup>2</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

(วันที่รับบทความ: 30 ตุลาคม 2567; วันที่แก้ไข: 21 มกราคม 2568; วันที่ตอบรับ: 23 มกราคม 2568)

### บทคัดย่อ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาทางสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและการเสียชีวิต การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชัน กลุ่มตัวอย่างคือสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงจำนวน 42 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชัน แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชัน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ที่ 64.45 (S.D.=5.174) และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็น 87.45 คะแนน (S.D.=4.521) โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรมีการส่งเสริมและนำไปใช้ในสถานพยาบาลต่างๆ เพื่อลดความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด

**คำสำคัญ:** ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, โปรแกรมการให้ความรู้, แอปพลิเคชัน, สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง

\*ผู้รับผิดชอบบทความ: ทัศนีย์ หนูนารณ; tassanee@bcnakhon.ac.th



## The Effect of an Educational Program Delivered via Application on Preventive Behaviors for Preterm Labor in High-Risk Pregnant Women

Ummarawadee Sangmanee<sup>1</sup> and Tassanee Noonart<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Antenatal Care Department, Surat Thani Hospital

<sup>2</sup>College of Nursing, Nakhon Si Thammarat

(Received: 30 October 2024; Revised: 21 January 2025; Accepted: 23 January 2025)

### Abstract

Preterm labor is significant health problem affecting pregnant women and infants that potentially leading to severe complications and mortality. The aimed of this study was to compare the preventive behaviors for preterm labor among high-risk pregnant women before and after receiving the educational program via a mobile application. The one-group pretest-posttest design was conducted. The sample was 42 pregnant women in the risk group. The research instruments consisted of an educational program via an application, a personal data questionnaire, and a behavior questionnaire on preventing premature labor. The results found that the mean score of preterm labor prevention behavior before receiving the program was 64.45 (S.D.=5.174) and increased to 87.45 (S.D.= 4.521) after receiving the program. Statistical tests showed that the sample group had statistically significant differences in the mean behavioral scores for preventing preterm labor after receiving the program ( $p<.001$ ). The educational program delivered via a mobile application may help preterm labor preventive behaviors in high-risk pregnant women that may be an option to promote the prevention of preterm labor in at-risk pregnant women.

**Keywords:** preterm labor, educational program, mobile application, high-risk pregnant women

\*Corresponding Author: Tassanee Noonart; tassanee@bcnnakhon.ac.th



## บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ โดยนับตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ หรือ ในกรณีที่ไม่ทราบอายุครรภ์หรืออายุครรภ์ไม่แน่นอน นับที่น้ำหนักรกแรกเกิดตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป (วิทยาลัยสูติ นรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2567) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาที่พบได้ ประมาณ 8-12% ของการคลอดในประเทศไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization, 2019) ในประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด เท่ากับร้อยละ 12.5 การคลอดก่อนกำหนดเป็น หนึ่งในสาเหตุหลักที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพของทารกและการเสียชีวิตในทารกแรกเกิด การคลอดก่อนกำหนด ทำให้ทารกยังไม่พร้อมที่จะเผชิญกับโลกภายนอก เนื่องจากอวัยวะต่าง ๆ ยังไม่พัฒนาเต็มที่ ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะ ต่าง ๆ ของทารกไม่สมบูรณ์ มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) หายใจลำบาก (respiratory distress syndrome: RDS) อาจมีภาวะแทรกซ้อน ลำไส้เน่าเปื่อย ภาวะจอตตาเจริญผิดปกติ หรือโรคปอดเรื้อรัง เลือดออกในสมอง และการติดเชื้อ ภาวะเหล่านี้หากเกิดรุนแรงมากจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการตายของทารกแรกเกิดตามมา (อุษา คงคา, 2565) เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตสูงขึ้น รวมถึงส่งผลต่อภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว สังคมและ ประเทศชาติ (เบญจวรรณ ละหุการ, วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, ทศณีย์ หนูนารถ และคณะ, 2563) อีกทั้งการเข้ารับการรักษาเป็นระยะเวลานาน ทำให้ขาดรายได้จากการหยุดงาน รวมถึงมีการใช้ค่าใช้จ่ายและงบประมาณที่สูงในการดูแลสตรี ตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด ในอเมริกามีค่าใช้จ่าย 8.4 พันล้านดอลลาร์ต่อปีและยังมีค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสภาพ ร่างกายของทารกแรกเกิดที่สูงจากการที่ทารกแรกเกิดต้องรักษาในห้องอภิบาลทารกแรกเกิด โดยมีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ เฉลี่ย 76,153 ดอลลาร์ และใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลนานเฉลี่ยรายละ 2-3 เดือน ประเทศไทยมีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 175,000 บาทต่อราย และประเทศต้องใช้งบประมาณดูแลปีละไม่ต่ำกว่า 5,000 ล้านบาทต่อปี (อุ๋นใจ กอนันตกุล, 2562) จากการดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดมีค่าใช้จ่ายที่สูง ใช้ทรัพยากรจำนวนมาก ต้องมีกุมารแพทย์ทารกแรกเกิดที่เชี่ยวชาญและต้องใช้ทรัพยากรในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไปเพื่อรองรับการช่วยเหลือทารกแรกเกิดที่คลอดก่อน กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนดระดับปฐมภูมิจะมุ่งเน้นไปที่การป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (ชลธิชา รักษาธรรม, ทวีศักดิ์ กสิผล และ กมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม, 2561) เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด และช่วยลด ผลกระทบต่อสังคม การรักษาจะขึ้นอยู่กับสาเหตุและภาวะที่เกิดขึ้นแต่ละบุคคล วิธีการป้องกันที่สำคัญคือการให้ความรู้ และเสริมสร้างพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมแก่สตรีตั้งครรภ์ โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงต่อ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์ก่อน ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือ อายุมารดาน้อยกว่า 18 ปี หรือมากกว่า 35 ปี เป็นต้น การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัยแก่สตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้สามารถ ช่วยป้องกันภาวะดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อาทิตยา แก้วน้อย, ศรีสมร ภูมณสกุล และสายลม เกิดประเสริฐ, 2561)



การให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนระยะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ความรู้ที่ถูกต้องจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การดูแลสุขอนามัย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การสังเกตอาการผิดปกติ ตามการอธิบายของทฤษฎีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือ Transtheoretical Model (TTM) ของ Prochaska และ DiClemente (1984) ได้อธิบายถึงกระบวนการสร้างความพร้อมของคนเราที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพของตนเองไปสู่การมีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ แต่เนื่องจากการให้ความรู้แบบดั้งเดิม เช่น การให้คำปรึกษาในคลินิกฝากครรภ์ การให้ความรู้การปฏิบัติที่เหมาะสมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดด้วยการบรรยาย มีข้อจำกัดด้านเวลาและความถี่ และสื่อสิ่งพิมพ์อาจไม่ดึงดูดความสนใจของสตรีตั้งครรภ์รุ่นใหม่ ซึ่งในยุคปัจจุบันเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างมากในด้านสุขภาพ แอปพลิเคชันยังสามารถให้ข้อมูลได้ตลอด 24 ชั่วโมง และสามารถปรับปรุงเนื้อหาให้ทันสมัยได้ง่าย การใช้แอปพลิเคชันเป็นสื่อในการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นวิธีการที่เข้าถึงง่ายและสามารถส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันในสตรีตั้งครรภ์ได้ จากพฤติกรรมเข้าถึงและการใช้เทคโนโลยีของคนรุ่นใหม่ จึงเหมาะสมในการนำเทคโนโลยี แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนมาใช้เป็นเครื่องมือให้ความรู้และติดตามพฤติกรรมสุขภาพ

โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันเป็นโปรแกรมที่ออกแบบมาเพื่อให้ข้อมูลและความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์แบบพกพาอื่น ๆ เกี่ยวกับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเพื่อเข้าถึงข้อมูลและความรู้ในเวลาที่ใช้ต้องการ การให้ข้อมูลและความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันสามารถช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์และความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มเสี่ยงได้ ทำให้ผู้ใช้เข้าใจถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพระหว่างการตั้งครรภ์อย่างถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทานอาหารหรือการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์หรือการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มเสี่ยง อาจมีการเพิ่มการตรวจสุขภาพระหว่างการตั้งครรภ์เพื่อตรวจสอบความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนด ซึ่งอาจช่วยในการตรวจและประเมินความเสี่ยงได้ทันที เพื่อการรักษาหรือดูแลเพิ่มเติมตามความเหมาะสม หากโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มเสี่ยงได้ ซึ่งจากผลการใช้สื่อแอปพลิเคชันบนมือถือต่อความรู้และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของคีตรา มยุขโชติ และ จุฬารัตน์ หัวหาญ (2564) พบว่า ภายหลังจากศึกษาสื่อแอปพลิเคชัน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับ กิตติยาพร สังข์ศรีสมบัติ, ชรินทร์พร มะชะรา, มนัสนันท์ พรหมศรี และคณะ (2565) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาน์ท์ สำหรับมารดาในการดูแลทารกแรกคลอดก่อนกำหนด พบว่าการพัฒนาการแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาน์ท์ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดนั้นสามารถเข้าถึงได้โดยการสแกน QR code ซึ่งแบ่งเป็นการให้



ความรู้ทางวิดีโอ และภาพอินโฟกราฟฟิก มารดาสามารถดูซ้ำได้ตลอดเวลาเท่าที่ต้องการ และการให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันฯ นั้นก็มีรูปแบบที่ชัดเจนมารดาสามารถถามหรือขอคำแนะนำผ่านช่องทางแชท เป็นแบบข้อความ รูปภาพ หรือคลิปวิดีโอได้ตลอด 24 ชั่วโมงจะมีผู้ดูแลระบบเข้ามาตอบคำถามหรือให้คำแนะนำ หลังจากที่ได้มารดาใช้แอปพลิเคชันฯ พบว่าหลังใช้มารดามีค่าเฉลี่ยมั่นใจในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนใช้มารดา มารดาและพยาบาลวิชาชีพ ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในการใช้ในระดับมากที่สุด

โปรแกรมการให้ความรู้ในงานวิจัยนี้ หมายถึง ชุดของกิจกรรมและเนื้อหาที่ออกแบบมาเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยนำเสนอผ่านแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน ประกอบด้วย 1) เนื้อหาความรู้ ประกอบไปด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วิธีการสังเกตอาการผิดปกติ แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) สื่อมัลติมีเดีย วิดีโอสาธิตการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และภาพประกอบเพื่อช่วยในการเข้าใจเนื้อหา 3) แบบทดสอบความรู้ กล่าวคือคำถามเพื่อประเมินความเข้าใจของผู้ใช้ และการให้ผลตอบกลับทันทีเพื่อเสริมความรู้ 4) การแจ้งเตือนให้อ่านเนื้อหาความรู้ใหม่ การเตือนให้ทำแบบทดสอบ ประเมินความรู้ 5) การติดตามสุขภาพ เช่น การบันทึกอาการประจำวัน การติดตามการปฏิบัติตามคำแนะนำ และ 6) ช่องทางการติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์ คือการส่งข้อความถึงพยาบาลหรือแพทย์เมื่อมีข้อสงสัยได้ โดยคาดหวังว่า โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างถูกต้อง ช่วยยืดอายุครรภ์จนอายุครรภ์ใกล้กำหนดคลอด หรือครบกำหนด ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับมารดาและทารกในครรภ์ ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ และลดค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการและโรงพยาบาลต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชัน

### สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชัน สูงกว่าก่อนรับโปรแกรม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

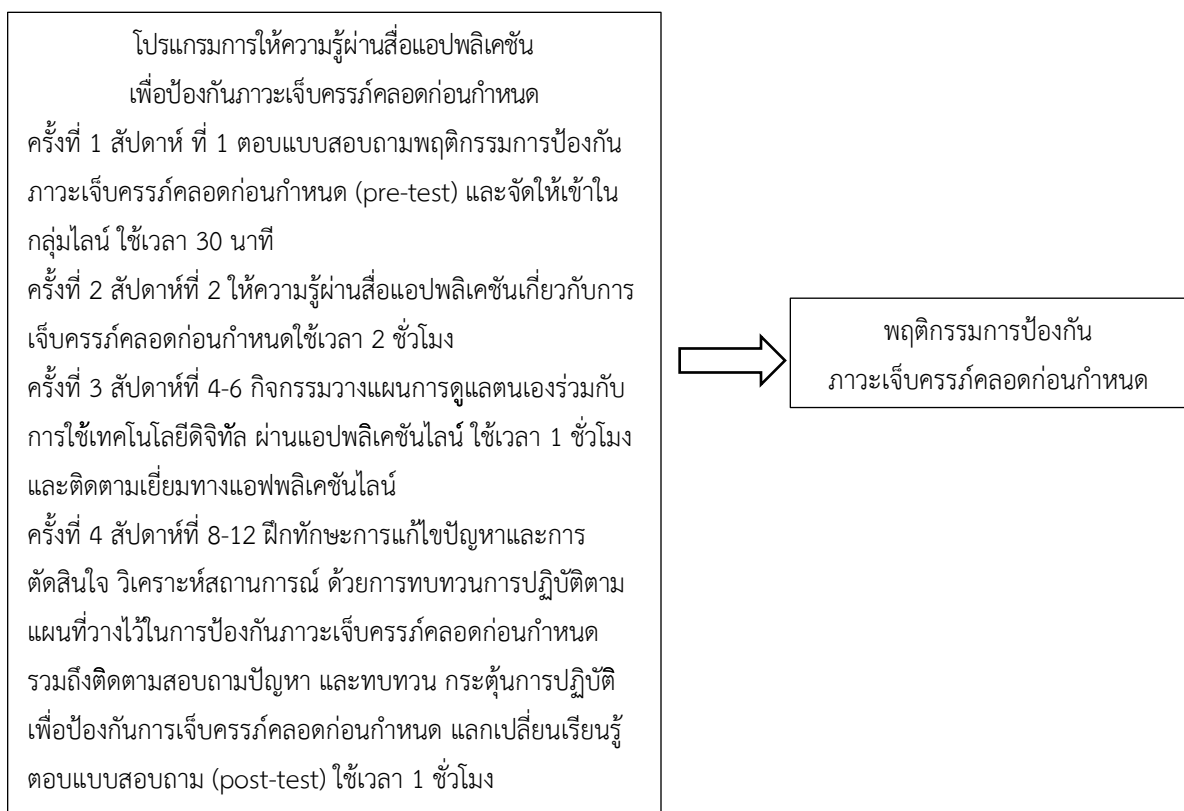
ใช้กรอบแนวคิดของ Health Belief Model (HBM) หรือ "แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ" เป็นทฤษฎีที่พัฒนาโดย Rosenstock, Becker และ Maiman (1988) ซึ่งใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยประกอบด้วยองค์ประกอบหลักๆ ดังนี้

- Perceived Susceptibility การรับรู้ถึงโอกาสที่จะเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
- Perceived Severity การรับรู้ถึงความรุนแรงและผลกระทบของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
- Perceived Benefits การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำและการใช้แอปพลิเคชันเพื่อป้องกัน



- Perceived Barriers การรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติตามคำแนะนำ
- Cue to Action สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพ เช่น การแจ้งเตือนจากแอปพลิเคชัน
- Self-Efficacy ความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ได้รับความรู้จากสื่อแอปพลิเคชันด้วยตัวเอง เป็นการเพิ่มการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ สามารถทบทวนได้ตลอดเวลาที่ต้องการ และฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน ติดตามกระตุนการศึกษาเรียนรู้ผ่านทางไลน์กลุ่ม ผลจากองค์ความรู้ที่ได้จากกระบวนการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันดังกล่าว ทำให้สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงเกิดความรู้ในข้อมูลข่าวสารถูกต้อง และสามารถฝึกปฏิบัติตามจนเกิดความมั่นใจ เกิดเจตคติที่ดี เป็นแนวโน้มในการกระทำพฤติกรรมในการนำความรู้มาการปฏิบัติตัวในการเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้จริง ส่งผลให้มีพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ดีตามมา



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย



## ระเบียบวิธีวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบ One-Group Pre-Post Test Quasi-Experimental Design  
ดังแผนภาพ

Pretest: O1	X	Posttest: O2	Follow-up
ความรู้เรื่องการคลอด ก่อนกำหนด	โปรแกรมการให้ความรู้ ผ่านสื่อแอปพลิเคชัน	ความรู้เรื่องการคลอด ก่อนกำหนด	พฤติกรรมป้องกันภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด

**ประชากร** คือ สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มาฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์  
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ถึง ตุลาคม 2567 คัดกรองสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงจากสตรี  
ตั้งครรภ์ทั้งหมด 868 คน ใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้

- 1) ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน
- 2) อายุครรภ์ปัจจุบันน้อยกว่า 37 สัปดาห์
- 3) มีภาวะปากมดลูกสั้น (cervical length < 25 mm) จากการตรวจอัลตราซาวด์
- 4) มีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ
- 5) มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
- 6) มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์
- 7) อายุมารดาน้อยกว่า 18 ปี หรือมากกว่า 35 ปี
- 8) ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ต่ำกว่า 18.5 หรือมากกว่า 30

### เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้

1. ไม่เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมาก่อนในครรภ์นี้
2. ได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด
3. ทารกในครรภ์ไม่มีความผิดปกติ
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

### เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้

1. สตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในกรณีฉุกเฉินหรือเข้าสู่ระยะการคลอดและมดลูกหด  
รัดตัว
2. มีภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงสูงอื่น ๆ ขณะตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์แฝด รกลอกตัวก่อนกำหนด ถุงน้ำคร่ำแตกก่อน  
กำหนด เป็นต้น
3. สตรีตั้งครรภ์ขอลอนตัวจากการวิจัย



**กลุ่มตัวอย่าง** คือ สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มาฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ ถึงอายุครรภ์ 36<sup>+6</sup> สัปดาห์ จำนวน 42 ราย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ถึง ตุลาคม 2567 โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling)

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size calculation) ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการหาค่าขนาดอิทธิพลความต่างจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันของกิตติยาพร สังขศรีสมบัติ และคณะ (2565) ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.98 แต่เพื่อให้การศึกษาครั้งนี้มีความน่าเชื่อถือ จึงใช้ค่าอำนาจการทดสอบ (power test) เท่ากับ 0.80 ความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 ค่าอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง (medium effect size) เท่ากับ 0.50 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน (Burns & Grove, 2009) ผู้วิจัยเพื่อการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 34 คน ดังสูตร (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2556)

$$n = \frac{34}{(1-.1)^2} = 41.98$$

ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 42 คน เพื่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล

## เครื่องมือการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

**ส่วนที่ 1** เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นโปรแกรมให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กิจกรรมวางแผนการดูแลตนเองร่วมกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ติดตามสอบถามปัญหา ทบทวนและติดตามกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม

**ส่วนที่ 2** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย 1) อายุ 2) ระดับการศึกษา 3) อาชีพ 4) รายได้ของครอบครัว 5) ความเพียงพอของ 6) ลักษณะครอบครัว 7) อายุครรภ์ปัจจุบัน 8) ภาวะเสี่ยงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 9) ประวัติการฝากครรภ์ 10) ประวัติการแท้ง และ 11) ลำดับการตั้งครรภ์

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของ SingSiricharoenku (2012) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบ่อย และ 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ โดยคะแนนต่ำ หมายถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่ดี คะแนนสูงหมายถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดดีมาก



## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชัน โดยตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 2 ท่าน พยาบาลชำนาญการแผนกห้องฝากครรภ์ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง และตรวจสอบได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ .88

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปหาความตรงของเนื้อหา โดยตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 2 ท่าน พยาบาลชำนาญการแผนกห้องฝากครรภ์ 1 ท่าน ปรับแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำมาคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามจนได้ CVI=1 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80

## จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เอกสารรับรองเลขที่ 078/2567 เลขที่โครงการวิจัย REC 67-0070 รับรองวันที่ 3 กรกฎาคม 2567 ถึง 3 กรกฎาคม 2568 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ สามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ มีลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ ณ แผนกฝากครรภ์ ของโรงพยาบาลดังกล่าว รวมทั้งขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองใช้โปรแกรมที่สร้างขึ้นในการศึกษาครั้งนี้กับสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. หลังจากได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงานแผนกฝากครรภ์ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ตลอดจนขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการทดลองตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขั้นดำเนินการทดลอง มีลำดับขั้นตอนดังนี้



ผู้วิจัยได้คัดเลือกสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย และสอบถามถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และหากสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ซึ่งการดำเนินการผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ครั้ง ซึ่งมีขั้นตอนการดังนี้

วันที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ ผู้วิจัยเข้าพบสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ และให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทำแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นให้การพยาบาลตามปกติ ใช้เวลา 15 นาที กลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันเพื่อการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเอง ณ โรงพยาบาลศูนย์ มี กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ ที่ 1 ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมประเมินพฤติกรรมป้องกันการภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และจัดให้เข้าในกลุ่มไลน์ ใช้เวลา 30 นาที

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ ที่ 2 ให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดใช้เวลา 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4-6 กิจกรรมวางแผนการดูแลตนเองร่วมกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง และติดตามเยี่ยมทางแอปพลิเคชันไลน์

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 8-12 ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ วิเคราะห์สถานการณ์ ด้วยการทบทวนการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ในป้องกันการภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมถึงติดตามสอบถามปัญหา และทบทวนติดตามกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันการภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทบทวน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง ผู้วิจัยสรุปและปิดโครงการ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติบรรยาย (Descriptive statistics) นำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงในระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชัน โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov หากการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน (pair t-test) หากการกระจายของข้อมูลไม่ปกติใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test



## ผลการวิจัย

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์จำนวน 42 คน โดยมีอายุเฉลี่ย 29.55 ปี (S.D.=8.373) อายุครรภ์เฉลี่ย 30.02 สัปดาห์ (S.D.=7.843) โดยมีรายได้เฉลี่ย 16,704.55 บาท (S.D.=10,123.263) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (N=42)

ข้อมูลส่วนบุคคล	$\bar{X}$	S.D.
อายุ (ปี)	29.55	
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	30.02	7.843
รายได้ (บาท/เดือน)	16,704.55	10,123.263

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 38.10 รายได้ของครอบครัวเพียงพอ ร้อยละ 85.71 ลักษณะครอบครัวอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 76.19 ไม่มีประวัติการแท้งบุตร ร้อยละ 90.48 ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่า มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) ร้อยละ 28.57 และมีประวัติการฝากครรภ์สม่ำเสมอ ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (N=42)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	2	4.76
มัธยมศึกษา	21	50.00
อนุปริญญา	10	23.81
ปริญญาตรี	7	16.67
อื่น ๆ	2	4.76
<b>ความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด</b>		
ฟันผุ/เหงือกอักเสบ	2	4.76
มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน	4	9.52
GDM	12	28.57
Elderly	5	11.90
Teenage	5	11.90
โรคหัวใจ	3	7.14
Obesity	9	21.43
Short CL	2	4.76



ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของของสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกำบังภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (N=42)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
รับราชการ	2	4.76
ค้าขาย	6	14.29
รับจ้าง	16	38.10
แม่บ้าน	8	19.05
ทำสวน	5	11.90
อื่น ๆ	5	11.90
<b>รายได้</b>		
เพียงพอ	36	85.71
ไม่เพียงพอ	6	14.29
<b>ลักษณะเป็นครอบครัว</b>		
ครอบครัวเดี่ยว	32	76.19
ครอบครัวขยาย	10	23.81
<b>ประวัติการฝากครรภ์</b>		
สม่ำเสมอ	42	100
<b>ประวัติการแท้ง</b>		
ไม่มีประวัติการแท้ง	38	90.48
มีประวัติการแท้ง	4	9.52

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมกำบังภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชัน

พบว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชัน สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงมีคะแนนพฤติกรรมกำบังภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม 23 คะแนน (95%CI=21.016-24.984) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p \text{ value} < .001$  ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชัน (N=42)

คะแนนพฤติกรรมการป้องกัน ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	$\bar{X}$	S.D.	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	p-value
			lower	Upper			
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้	64.45	0.61	21.016	24.984	23.374	41	<.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้	87.45	0.33					

\* p-value<.001

### การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันสามารถเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.001$ ) สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในประเด็นดังต่อไปนี้

ประสิทธิผลของการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชัน ผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังจากได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชัน คะแนนเฉลี่ยก่อนการได้รับโปรแกรมอยู่ที่ 64.45 และหลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็น 87.45 การเปลี่ยนแปลงนี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้สื่อแอปพลิเคชันในการส่งเสริมความรู้สามารถทำให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงมีความเข้าใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองมีประสิทธิภาพมากขึ้น การศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดการใช้แอปพลิเคชันเพื่อการให้ความรู้ในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงคือการศึกษาของ คีตรา มยุชโชติ, และจุฬารัตน์ หัวหาญ (2564) ซึ่งพบว่าการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันช่วยเพิ่มคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะด้านการระมัดระวังในพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เช่น การพักผ่อนให้เพียงพอและการลดความเครียด และการศึกษาผลของสื่อแอปพลิเคชันบนมือถือต่อความรู้และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดภายหลังการศึกษาสื่อแอปพลิเคชันกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับปานกลาง จุดเด่นของการใช้เทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพ การนำสื่อแอปพลิเคชันมาใช้ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสิ่งที่เหมาะสมในยุคที่ผู้คนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ผ่านโทรศัพท์มือถือ แนวทางการให้ความรู้ที่เข้าถึงได้ง่ายและสะดวกนี้สอดคล้องกับแนวคิด Health Belief Model (Rosenstock, 1988) ซึ่งระบุว่า การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจน รวมถึงการกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของการป้องกัน สามารถช่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Rubarth et al (2012) ที่พบว่าการใช้เทคโนโลยีในการให้ความรู้สามารถเพิ่มการมีส่วนร่วมและความเข้าใจของกลุ่มผู้



ใช้ได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในไทยที่สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการใช้แอปพลิเคชันเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมีการศึกษาของ เมธาวิ พรตเจริญ, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และพริยา ศุภศรี (2566) พบว่าแอปพลิเคชันที่ออกแบบมาเพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง และเพิ่มการดูแลสุขภาพตนเองพบว่าการเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญอย่างรวดเร็วและตรงตามความต้องการของผู้รับสารช่วยเพิ่มการรับรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วีรดา สุวะมาตย์ (2566) ซึ่งได้พัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง พบว่าแอปพลิเคชันดังกล่าวไม่เพียงแต่ช่วยให้ความรู้ แต่ยังเสริมสร้างความมั่นใจและการปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเทคโนโลยีแอปพลิเคชันสามารถเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง การใช้เทคโนโลยีนี้จึงควรได้รับการสนับสนุนและพัฒนาให้มีความครอบคลุมมากขึ้นในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการลดความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทารกและมารดา

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ดังนั้นสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้ในหลายด้าน ดังต่อไปนี้

1. การนำไปใช้ในงานวิชาชีพการพยาบาลบุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันไปใช้เป็นเครื่องมือในการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแก่สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้ โปรแกรมนี้ช่วยให้พยาบาลสามารถติดตามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถประเมินสถานการณ์และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์สามารถเรียนรู้และติดตามพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองผ่านแอปพลิเคชัน

2. โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการฝากครรภ์สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพสำหรับสตรีตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด การให้ข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันช่วยเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล ลดความจำเป็นในการเดินทางมาพบแพทย์บ่อยครั้ง และสามารถติดตามพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและลดการต้องนอนพักในโรงพยาบาล



3. ผลการวิจัยนี้สามารถเป็นข้อมูลในการวางนโยบายสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระดับชาติ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำแนวทางการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการให้ความรู้และติดตามพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง การนำแอปพลิเคชันมาใช้ในระดับสาธารณสุขสามารถขยายขอบเขตการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. สถาบันการศึกษาที่มีการสอนด้านการพยาบาลหรือวิทยาศาสตร์สุขภาพสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นตัวอย่างในกระบวนการเรียนการสอน เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนให้นักศึกษาได้เห็นถึงความสำคัญของการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในวิชาชีพการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. การขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมมากขึ้น การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 ราย ซึ่งอาจมีขอบเขตจำกัดสำหรับการสรุปผลในภาพรวมของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงในบริบทที่แตกต่างกัน ดังนั้นในงานวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและกระจายกลุ่มตัวอย่างในหลายพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในสถานพยาบาลหรือสังคมได้อย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น

2. การศึกษาผลกระทบระยะยาว เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภายในระยะเวลาที่จำกัด จึงยังไม่สามารถประเมินได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะคงอยู่ในระยะยาวหรือไม่ ดังนั้น ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อตรวจสอบว่าพฤติกรรมการป้องกันที่เกิดขึ้นจะคงอยู่ต่อไปอย่างต่อเนื่องหรือไม่หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม นอกจากนี้ ควรศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบต่อทารกหลังการคลอดว่ามีการลดลงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและผลกระทบอื่นๆ ต่อสุขภาพของทารกหรือไม่

3. การพัฒนาฟังก์ชันในแอปพลิเคชัน การวิจัยครั้งนี้ใช้แอปพลิเคชันเป็นเครื่องมือในการให้ความรู้และติดตามพฤติกรรมสุขภาพ แต่ยังมีพื้นที่สำหรับการพัฒนาเพิ่มเติม เช่น การเพิ่มฟังก์ชันในการให้คำปรึกษาแบบโต้ตอบระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ หรือการเชื่อมโยงกับการตรวจสุขภาพผ่านระบบดิจิทัล เช่น การส่งข้อมูลสุขภาพโดยอัตโนมัติไปยังโรงพยาบาลเพื่อให้บุคลากรสามารถติดตามและให้คำแนะนำได้ในเวลาที่เหมาะสม การพัฒนาเหล่านี้จะช่วยให้ออปพลิเคชันมีประสิทธิภาพมากขึ้นในการดูแลสตรีตั้งครรภ์

4. การวิจัยในกลุ่มประชากรอื่นๆ เพื่อให้เข้าใจถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย การวิจัยครั้งต่อไปอาจพิจารณาศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะต่างออกไป เช่น สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอื่น ๆ หรือในพื้นที่ที่มีการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังสามารถวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่มีข้อจำกัดในการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัล

5. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีอื่นในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในอนาคต ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีอื่นๆ ร่วมกับแอปพลิเคชัน เช่น การใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพและให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล การผสมผสานเทคโนโลยีเหล่านี้จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและป้องกันภาวะเจ็บครรภ์



คลอดก่อนกำหนด และควรรออกแบบแอปพลิเคชันที่สามารถรวบรวมข้อมูลระหว่างการใช้แอปพลิเคชัน เช่น ความถี่ในการเข้าใช้ ระบบสัญญาณอินเทอร์เน็ตฯ หลังการทดลองเพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ผลของโปรแกรมชัดเจนยิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

- กิตติยาพร สังข์ศรีสมบัติ, ชรินทร์พร มะชะรา, มั่นสนันท์ พรหมศรี และนิรันดร์ พานิช. (2565). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชัน ไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 16(2), 623-641.
- ชลทิชา รักษาธรรม, ทวีศักดิ์ กสิผล และกมลทิพย์ ชลัษธรรมเนียม. (2561). แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 348-56.
- เบญจวรรณ ละหุการ, วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, ทศณีย์ หนูนารถ และมลิวีย์ บุตรดำ. (2563). ความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Stress in preterm labour pain). *วารสารมหาจุฬานาคารทรรศน์*. 7(10), 101-114.
- เมธาวี พรตเจริญ, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และพิริยา ศุภศรี. (2566). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 31(3), 1-12.
- วิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2567). แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเรื่อง การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด.  
[https://www rtcog.or.th/files/1721716962\\_44081a80cc14759e3f7f.pdf](https://www rtcog.or.th/files/1721716962_44081a80cc14759e3f7f.pdf)
- วีรดา สุวะมาตย์. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต่อการรับรู้พฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบึงกาฬ. สืบค้นจาก <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/require/files/>
- ศีตรา มยุขโชติ, และจุฬารัตน์ หัวหาญ. (2564). ผลของสื่อแอปพลิเคชันบนมือถือต่อความรู้และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 36(1), 35-44.
- อรุณ จิรวัดนกุล. (2556). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). บริษัทวิทยพัฒน์.
- อาทิตยา แก้วน้อย, ศรีสมร ภูมנסกุล, และสายลม เกิดประเสริฐ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอายุครรภ์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 24(3), 264-278.
- อุ๋นใจ กอนันตกุล. (2562). การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนด เพื่อป้องกันรักษา. *สูตินรีแพทย์สัมพันธ์*, 28, 8-15.



## เอกสารอ้างอิง

- อุษา คงคา. (2565). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเป็น  
หุ้นส่วนทางการพยาบาล: การศึกษาวิจัยแบบพหุกรณี. *วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรม  
ราชชนนี จักรีรัช*. 2(1), 50-65.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). The transtheoretical approach: Crossing traditional  
boundaries of therapy. Dow Jones Irwin.
- Rubarth, L. B., Schoening, A. M., Cosimano, A., & Sandhurst., H. (2012). Women's experience of  
hospitalized bed rest during high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric Gynecology and  
Neonatal Nursing*, 41, 398-407.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief  
model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Singsiricharoenku S. (2012). The relationship between perceived preterm labor and preterm labor  
prevention of pregnant adolescents. [thesis]. [Khon kaen]; Khon Kean University.
- World Health Organization. (2019). World Prematurity Day 2012 [Online]. Retrieved from  
[http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/20121117\\_world\\_prematurity\\_day/en/index1.ht  
ml](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/20121117_world_prematurity_day/en/index1.html)



**การรับรู้ต่อสถานการณ์การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)  
ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต  
สาขาสาธารณสุขชุมชน สังกัดพระบรมราชชนก**

จิรัชยา สระชุม<sup>1</sup>, กรกฎ อ่อนคำ<sup>2</sup>, ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์<sup>2</sup>, และดาวรุ่ง คำวงศ์<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>2</sup>วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(วันที่รับบทความ: 10 ตุลาคม 2567; วันที่แก้ไข: 9 ธันวาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 2 มกราคม 2568)

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ต่อสถานการณ์การถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และเพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของนักศึกษา ระหว่างวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาขาสาธารณสุขชุมชน) สังกัดพระบรมราชชนก จำนวน 129 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 21 กุมภาพันธ์-28 มีนาคม 2567 ด้วยแบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและการรับรู้ต่อสถานการณ์การถ่ายโอน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการดำเนินการก่อนถ่ายโอน ด้านกลไก และกระบวนการถ่ายโอนภารกิจ ด้านการประเมินความพร้อม และด้านการดำเนินการหลังการถ่ายโอนภารกิจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อการถ่ายโอนภารกิจทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีคะแนนการรับรู้มากที่สุด คือ ด้านการดำเนินการหลังการถ่ายโอนภารกิจ ( $\bar{x}=4.04\pm 0.62$ ) รองลงมาคือ ด้านการดำเนินการก่อนถ่ายโอน ( $\bar{x}=4.01\pm 0.60$ ) ส่วนด้านที่มีการรับรู้น้อยที่สุดคือ ด้านกลไกและกระบวนการถ่ายโอนภารกิจ ( $\bar{x}=3.99\pm 0.60$ ) สำหรับผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่าง 4 วิทยาลัย ในสังกัดพระบรมราชชนก พบว่า กลุ่มตัวอย่างจากวิทยาลัยต่าง ๆ มีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การถ่ายโอนภารกิจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.001$ ) หลักสูตรและวิทยาลัยในสังกัดพระบรมราชชนกสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการวางแผนเพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมการให้ความรู้ ความเข้าใจและการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะสำเร็จการศึกษาเพื่อไปปฏิบัติงานในอนาคตต่อไป

**คำสำคัญ:** การรับรู้, การถ่ายโอน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, องค์การบริหารส่วนจังหวัด

**\*ผู้รับผิดชอบบทความ:** ดาวรุ่ง คำวงศ์; daoroong.k@scphpl.ac.th



## Perceptions of the Situation of the Transfer Tambon Health Promoting Hospitals (THPH) to the Provincial Administrative Organizations (PAOs) amongst the fourth-year of Public Health program (Community Public Health) under Praboromarajchanok Institute

Jirattchaya Sachum<sup>1</sup>, Khorokot Onkum<sup>2</sup>, Thawatchai Sattayasomboon<sup>2</sup>, and Daoroong Komwong<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Public Health Program student, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok,  
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

<sup>2</sup>Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,  
Praboromarajchanok Institute

(Received: 10 October 2024; Revised: 9 December 2024; Accepted: 2 Jan 2025)

### Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine the perceptions towards the transfer of Tambon Health Promoting Hospitals (THPH) to Provincial Administrative Organizations (PAOs), and to compare the perception scores among students from different colleges. A total of 129 fourth-year undergraduate students in Public Health program (community public health) of Praboromarajchanok Institute were recruited. Data was collected between February 21 and March 28, 2024, using an online questionnaire. The questionnaire included general information and perception towards the THPH transfer in four aspects: pre-transfer operations, transfer mechanisms and mission transfer processes, readiness assessment, and post-transfer mission operations. The data was analyzed using statistics including frequency, percentage, mean standard deviation, and one-way ANOVA.

The results showed that the students had high levels of perception towards all aspects of the THPH transfer. The aspect with the highest perception score was post-transfer operations ( $\bar{x}=4.04\pm 0.62$ ), followed by pre-transfer operations ( $\bar{x}=4.01\pm 0.60$ ). The aspect with the lowest perception score was mechanisms and processes of the transfer ( $\bar{x}=3.99\pm 0.60$ ). Comparison of perception scores among students from the four colleges revealed significant differences in overall perception ( $p<.001$ ). The curriculum and colleges under Praboromarajchanok Institute can utilize these findings to plan and develop guidelines for promoting knowledge, understanding, and preparedness of the students before graduation for their future careers.

**Keywords:** perception, transfer, Tambon Health Promoting Hospitals (THPH), Provincial Administrative Organizations (PAOs)

\*Corresponding author: Daoroong Komwong; daoroong.k@scphpl.ac.th



## บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 หมวดที่ 14 มาตรา 250 ได้ระบุว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่และอำนาจดูแลและจัดทำบริการสาธารณะและกิจกรรมสาธารณะตามหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยการจัดทำบริการสาธารณะและกิจกรรมสาธารณะใดที่สมควรให้เป็นหน้าที่และอำนาจโดยเฉพาะขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ ละรูปแบบ หรือให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการใด ให้เป็นไปตามที่กฎหมาย บัญญัติ (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2560) ทั้งนี้บทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจาย อำนาจให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 17 (19) (พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการ กระจายอำนาจให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542, 2542) และกฎกระทรวงมหาดไทยซึ่งออกตามความใน พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 (กฎกระทรวง, 2541) ได้กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีอำนาจและหน้าที่จัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตน โดยการจัดให้มีโรงพยาบาล จังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของ ประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับปฐมภูมิ ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอ.น.) มีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน โดยมีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การ รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ จากการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. และ สอ.น. ที่ผ่านมามีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2563 พบว่า มี รพ.สต. และ สอ.น. รวมทั้งสิ้น 65 แห่ง ที่ได้ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.66 จาก จำนวน รพ.สต. และ สอ.น. ทั้งหมด 9,787 แห่ง (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น, 2565) อย่างไรก็ตาม ในปีงบประมาณ 2566 ได้มีนโยบายถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. ให้แก่องค์การบริหารส่วน จังหวัด (อบจ.) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและการให้บริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น ซึ่งมีความ เกี่ยวข้องกับการออกประกาศเรื่องหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอน ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2564 (คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2564) และได้มีการออกแนวทางการถ่ายโอนเพื่อ เป็นอธิบายกระบวนการถ่ายโอน ตั้งแต่การดำเนินการเตรียมความพร้อมของส่วนราชการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและ องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เกณฑ์ตัวชี้วัด และขั้นตอนการประเมินความพร้อมขององค์กรบริหารส่วนจังหวัด รวมทั้งการ ดำเนินการหลังการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยอ้างอิงการยึดหลักการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน การรับประกันความต่อเนื่องของการจัดบริการ ด้านสุขภาพให้บริการประชาชน และการพัฒนาคุณภาพของการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่สอดคล้องกับบริบท ของแต่ละพื้นที่อย่างแท้จริง (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2565) ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ 2566 มีการถ่ายโอน รพ.สต.และ สอ.น. จากกระทรวงสาธารณสุข ไปยัง อบจ. จำนวน 3,263 แห่ง



โดยมีจังหวัดที่ถ่ายโอนทั้งหมด 6 จังหวัด สำหรับปีงบประมาณ 2567 ถ่ายโอนเพิ่ม 931 แห่ง รวมเป็น 4,194 แห่ง มีจังหวัดที่ถ่ายโอน รพ.สต.ไปทั้งจังหวัดเพิ่มเป็น 12 จังหวัด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2567)

หลังจากมีการประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกำหนดกรอบระยะเวลาในการดำเนินการ คณะกรรมการการสาธารณสุข (กมธ.สาธารณสุข) ของวุฒิสภา ในระยะเริ่มต้นของการถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 ได้มีหนังสือถึงนายกรัฐมนตรี สำนักงานเลขาธิการนายกรัฐมนตรี ขอให้ยับยั้งการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ลงวันที่ 8 ธันวาคม 2564 โดยหนังสือฉบับดังกล่าวได้อ้างถึง “บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะถ่ายโอนยังไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจ” และ “การถ่ายโอนไป อบจ. ครั้งนี้เป็นเรื่องใหม่ การถ่ายโอนที่ผ่านมาเป็นการถ่ายโอน รพ.สต. ไปองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาลเท่านั้น จึงไม่มีแผนและขั้นตอนการถ่ายโอนไป อบจ. ให้บุคลากรด้านสาธารณสุขรับทราบแต่อย่างใด” จากสถานการณ์ดังกล่าวบุคลากรที่แจ้งความจำนงและไม่ได้แจ้งความจำนงเพื่อขอรับโอนในแต่ละจังหวัด รวมทั้งการยื่นหนังสือของ กมธ.สาธารณสุข วุฒิสภา ขอให้ยับยั้งการถ่ายโอนภารกิจ (คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา, 2564) แสดงให้เห็นส่วนหนึ่งว่าบุคลากรอาจจะยังมีการรับรู้ในส่วนของภารกิจแตกต่างกัน และอาจมีความคาดหวังต่อการปฏิบัติงานภายใต้สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแตกต่างกัน และจากการศึกษาในระยะเริ่มต้นปีงบประมาณ 2566 ที่มีการถ่ายโอนในปีแรก ถึงการรับรู้และความคาดหวังเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดของบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่า การรับรู้ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ความคาดหวังอยู่ในระดับมาก ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการรับรู้เกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจของกลุ่มตัวอย่าง ยังคงต้องการสร้างความเข้าใจและการรับรู้ในแต่ละประเด็นเพิ่มขึ้น (ดาวรุ่ง คำวงศ์, 2565) จากการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งศึกษาถึงผลกระทบจากการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 พบว่า ในช่วงแรกของการถ่ายโอนส่งผลกระทบต่อทำให้บริการกับประชาชนในพื้นที่จากการไม่มีบุคลากรถ่ายโอนไปด้วยนั้น ทำให้ไม่มีผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. หรือการปิดบริการที่สามารถเคยดำเนินการได้ที่ รพ.สต. การสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายการให้บริการใน รพ.สต. มีการเปลี่ยนแปลง เช่น การยุติการส่งแพทย์หรือทีมสหวิชาชีพที่ไปให้บริการใน รพ.สต. ทันตภิบาลไม่สามารถปฏิบัติงานได้เนื่องจากไม่มีทันตแพทย์กำกับดูแลเช่นเดิมเหมือนที่อยู่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งยังพบว่า ในกิจกรรมการคัดกรองโรคไม่มีความชัดเจนในระบบการส่งต่อผู้ป่วยกรณีคัดกรองแล้วมีความผิดปกติและต้องส่งต่อไปยังรพ.แม่ข่าย ทั้งนี้สิ่งที่สำคัญต่อความต่อเนื่องในการทำงานของ รพ.สต. กับ รพ.แม่ข่าย ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์เดิมระหว่าง รพ.แม่ข่าย และเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (CUP) ว่าเป็นอย่างไร (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ 2567) นอกจากนี้ยังพบว่า มีตัวชี้วัดด้านผลการดำเนินงานหลายตัวชี้วัดที่บ่งชี้ถึงผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เช่น สถิติการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่พบว่าประชาชนที่อยู่ภายใต้การดูแลของ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. มีแนวโน้มได้รับการคัดกรองลดลงเมื่อเทียบกับปีก่อนถ่ายโอนและเมื่อเทียบกับ รพ.สต.ที่ไม่ได้ถ่ายโอน (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ 2566) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงสิทธิประโยชน์ สวัสดิการและความก้าวหน้าของบุคลากร รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. พบว่า มีความล่าช้าในการเบิกจ่ายค่าตอบแทน การประเมินผลเพื่อเลื่อนเงินเดือนไม่เป็นธรรม ความแตกต่างในเรื่องสวัสดิการ และบางสายงานไม่สามารถเติบโตได้ในงานของตนเอง (อติญาณ์ ศรีเกษ



ตริน และคณะ, 2567) อย่างไรก็ตามในการศึกษาด้านการจัดการกำลังคนพบว่า หลังการถ่ายโอนสำนักงบประมาณยังไม่ได้สนับสนุนงบประมาณเพื่อการสรรหาบุคลากรตามกรอบโครงสร้างอัตรากำลัง แม้ว่าจำนวนกำลังคนของ รพ.สต. มีกำลังคนเพิ่มขึ้นจากก่อนการถ่ายโอน ส่วนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต. พบว่าตัวแบบและลักษณะการให้บริการส่วนใหญ่ ยังใช้รูปแบบเดิมที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (อุดม ทุมโฆสิต และคณะ, 2567)

จากสถานการณ์การถ่ายโอน รพ.สต. และ สอ.น. ให้กับ อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 เป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขไทยในวงกว้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อบุคลากรสาธารณสุขและผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่จากการให้บริการ ทั้งนี้ผู้ที่กำลังจะเข้าสู่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน ในชั้นปีที่ 4 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของการเรียน เป็นกำลังสำคัญในอนาคตของระบบบริการระดับปฐมภูมิสืบเนื่องเมื่อสำเร็จการศึกษา รพ.สต. และ สอ.น. เป็นหน่วยบริการที่เป็นสถานที่ทำงานหลักของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร (วสส.) สังกัดพระบรมราชชนก นอกจากนี้ยังไม่มีการศึกษาถึงการรับรู้หรือการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาด้านสาธารณสุขก่อนสำเร็จการศึกษาในประเด็นดังกล่าว ดังนั้นการศึกษาการรับรู้ของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน ต่อสถานการณ์การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่นักศึกษาในชั้นปีสุดท้ายที่จะสำเร็จการศึกษาจำเป็นต้องมีความเข้าใจและการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงนี้ เพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานของตนเองในอนาคต ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนพัฒนาหลักสูตรการศึกษา การเตรียมความพร้อมของนักศึกษาในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาก่อนที่จะสำเร็จการศึกษาต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 4 ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร (วสส.) สังกัดพระบรมราชชนก ต่อสถานการณ์การถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการรับรู้ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 4 ระหว่างวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร (วสส.) สังกัดพระบรมราชชนก ต่อสถานการณ์การถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

### สมมติฐานของการวิจัย

นักศึกษาระดับชั้นปีที่ 4 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร (วสส.) สังกัดพระบรมราชชนก มีการรับรู้ต่อสถานการณ์การถ่ายโอนฯ แตกต่างกัน



## กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยได้กำหนดขึ้นตามองค์ประกอบของแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ประกอบด้วย 4 ด้านหลักๆ คือ การดำเนินการก่อนการถ่ายโอน กลไกและกระบวนการถ่ายโอนภารกิจ การประเมินความพร้อมของ และการดำเนินการหลังการถ่ายโอนภารกิจ (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2565)

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

การรับรู้ต่อสถานการณ์การถ่ายโอนกรณีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 4 ด้าน

1. ด้านการดำเนินการก่อนการถ่ายโอน (การเตรียมความพร้อมในการบริหารภารกิจด้านสาธารณสุข งบประมาณ และ การบริหารงานบุคคลของ อบจ.)
2. ด้านกลไกและกระบวนการถ่ายโอนภารกิจ
3. ด้านการประเมินความพร้อมของอบจ. เพื่อรองรับการถ่ายโอน
4. ด้านการดำเนินการหลังการถ่ายโอนภารกิจ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

**ประชากร** คือ นักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 4 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร (วสส.) สังกัดพระบรมราชชนก ทั้งประเทศไทย จำนวน 7 แห่ง ทั้งหมด 186 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ นักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 4 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ใน วสส. ที่มีการจัดการเรียนการสอนในปีการศึกษา 2566 จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ วสส.ขอนแก่น วสส.ชลบุรี วสส.พิษณุโลก และ วสส.ยะลา ทั้งนี้ วสส. อีก 3 แห่ง ได้แก่ วสส.อุบลราชธานี วสส. ตรัง และ วสส. สุพรรณบุรี ไม่มีนักศึกษาในชั้นปีที่ 4 ในปีการศึกษา 2566 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ มีสถานภาพการเป็นนักศึกษาขณะเก็บรวบรวมข้อมูล กำลังสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2566 และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ แสดงความประสงค์ขอลอนตัวจากการวิจัยระหว่างการตอบแบบสอบถาม ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้เนื่องจากมีภารกิจจำเป็น เช่น การรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นต้น กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบประชากร โดยแทนค่าประชากรเท่ากับ 186 คน กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ ร้อยละ 5 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดสัดส่วนของลักษณะที่สนใจเท่ากับ 0.5 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 126 คน (Ngamjarus &



Chongsuivatwong, 2016; Wayne, 1995) ทั้งนี้ได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 กรณีที่ข้อมูลอาจไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 133 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยกำหนดชั้นภูมิตามวิทยาลัย โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนประชากรในแต่ละวิทยาลัย หลังจากกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละ วิทยาลัยแล้ว ดำเนินการสุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ได้แบบสอบถาม กลับมาจำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละของการตอบกลับเท่ากับ 96.99

### เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ และวิทยาลัยที่กำลังศึกษา ลักษณะคำตอบเป็นแบบเติม และเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ต่อสถานการณ์การถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) กรณีข้อคำถามเชิงลบกลับคะแนนเป็นตรงกันข้าม และนำคะแนนเฉลี่ยมาจัดระดับการรับรู้มากที่สุด (4.50-5.00) มาก (3.50-4.49) ปานกลาง (2.50-3.49) น้อย (1.50-2.49) และน้อยที่สุด (1.00-1.49) (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2550)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ของแบบสอบถาม (IOC: Index Of Item Objective Congruence) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณา โดยข้อคำถามที่นำมาใช้มีค่า IOC รายข้ออยู่ในช่วง 0.67-1.00 หลังจากนั้นนำมาตรวจสอบ ความเที่ยงหรือความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการ วิจัยนี้ จำนวน 30 คน คำนวณด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในส่วน ของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ต่อสถานการณ์การถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. ได้ค่าเท่ากับ 0.90

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทางออนไลน์ โดยแนบลิงค์หรือ QR code หนังสือขอความ อนุเคราะห์ในแต่ละวิทยาลัย และหลักสูตรในแต่ละวิทยาลัยได้มอบหมายให้ตัวแทนชั้นปีที่ 4 ดำเนินการส่งต่อให้กับ นักศึกษาตามจำนวนที่ได้ระบุไว้ในขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยแบบสอบถามออนไลน์ในหน้าแรกได้ ชี้แจงถึงรายละเอียดโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้การแสดงความยินยอมเข้า ร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง มีข้อคำถาม 1 ข้อ สอบถามถึงความยินดีหรือไม่ยินดีเข้าร่วมการศึกษา หากไม่ยินดีเข้าร่วม ถือว่าเป็นการสิ้นสุดการวิจัย แต่หากยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะเข้าสู่หน้าของข้อคำถามเพื่อตอบแบบสอบถามต่อไป และ นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องและวิเคราะห์ข้อมูล



## การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและข้อมูลการรับรู้ต่อสถานการณ์การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) แสดงเป็น ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ ระหว่าง 4 วิทยาลัย และใช้ด้วยวิธี LSD เพื่อทดสอบกรณีที่พบว่ามีอย่างน้อย 1 คู่ที่มีความแตกต่าง (Post hoc analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

## จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 2/2567.1.11 ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 โดยได้ให้ความสำคัญในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมในการศึกษาครั้งนี้โดยยึดหลัก 3 ประการคือ หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence) หลักยุติธรรม (Justice) การเคารพสิทธิกลุ่มตัวอย่าง การให้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในหน้าแรกของแบบสอบถามออนไลน์ เพื่อการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย การเคารพในความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ โดยแบบสอบถามออนไลน์ไม่มีการให้ระบุ ชื่อ นามสกุล รวมทั้งไม่มีการรวบรวมอีเมลของผู้ตอบแบบสอบถามออนไลน์และแสดงผลการศึกษาเป็นภาพรวมเท่านั้น

## ผลการวิจัย

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 77.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.5 มีอายุต่ำกว่า 23 ปี และร้อยละ 34.9 ศึกษาอยู่ที่วสส.ยะลา ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=129)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	29	22.5
หญิง	100	77.5
<b>ช่วงอายุ (ปี)</b>		
≤23 ปี	122	94.5
>23 ปี	7	5.5



### ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร (วสส.) ที่กำลังศึกษา		
วสส. ขอนแก่น	26	20.2
วสส. ชลบุรี	19	14.7
วสส. พิษณุโลก	39	30.2
วสส. ยะลา	45	34.9

### ส่วนที่ 2 การรับรู้ในภาพรวมและรายด้านต่อสถานการณ์การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบจ.

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในภาพรวมและรายด้านต่อสถานการณ์การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.02 (S.D.=0.55) ด้านที่มีการรับรู้มากที่สุดคือ ด้านการดำเนินการหลังการถ่ายโอนภารกิจ ส่วนด้านที่มีการรับรู้น้อยที่สุดคือ ด้านกลไกและกระบวนการถ่ายโอนภารกิจ ดังตารางที่ 2

### ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในแต่ละด้าน (n=129)

การรับรู้รายด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการดำเนินการก่อนถ่ายโอน	4.01	0.60	มาก
ด้านกลไกและกระบวนการถ่ายโอนภารกิจ	3.99	0.60	มาก
ด้านการประเมินความพร้อมขององค์กรบริหารส่วนจังหวัด	4.00	0.65	มาก
ด้านการดำเนินการหลังการถ่ายโอนภารกิจ	4.04	0.62	มาก
การรับรู้ภาพรวม	4.02	0.55	มาก

สำหรับการรับรู้รายข้อในแต่ละด้านพบว่า ในภาพรวมมีการรับรู้อยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือการรับรู้ในเรื่องที่กระทรวงมหาดไทยทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการบริหารเงินบำรุงโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขและเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ( $\bar{X}=3.93\pm 0.82$ ) รองลงมาคือ คณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ก.ก.ถ.) ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและสนับสนุนในระดับชาติ ( $\bar{X}=3.95\pm 0.72$ ) ดังตารางที่ 3

### ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้ในแต่ละด้านแยกรายข้อ (n=129)

รายด้าน (รายข้อ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้
1. ด้านการดำเนินการก่อนถ่ายโอน			
- คณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่ประเมินความพร้อมของ อบจ.	3.99	0.79	มาก



**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้ในแต่ละด้านแยกรายชื่อ (ต่อ)

รายด้าน (รายชื่อ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้
<b>1. ด้านการดำเนินการก่อนถ่ายโอน</b>			
- อบจ.มีกลยุทธ์ด้านแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ 6 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน การควบคุมโรคติดต่อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และการบริหารจัดการและพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อผู้ป่วย	4.05	0.71	มาก
- การจัดสรรงบประมาณและการสนับสนุนยาเวชภัณฑ์ของรพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ.ต้องไม่แตกต่างจากเดิม	3.99	0.80	มาก
- กระทรวงมหาดไทยทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการบริหารเงินบำรุงโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขและเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	3.93	0.82	มาก
- การปรับปรุงกรอบอัตรากำลังตามแผนอัตรากำลัง ของอบจ.เพื่อรองรับการถ่ายโอน จะดำเนินการในระยะเวลา 3 ปี	3.97	0.75	มาก
- กองสาธารณสุขของอบจ.ทำหน้าที่ในการกำหนดโครงสร้างอัตรากำลังในการบริหารงานบุคคลภายในจังหวัดนั้นๆ	4.11	0.71	มาก
<b>2. ด้านกลไกและกระบวนการถ่ายโอนภารกิจ</b>			
- คณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ก.ก.ถ.) ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและสนับสนุนในระดับชาติ	3.95	0.72	มาก
- คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและสนับสนุนในระดับพื้นที่	4.02	0.69	มาก
- คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) มีหน้าที่และอำนาจในการส่งเสริมสนับสนุน กำกับดูแล และการประเมินผลการปฏิบัติราชการของรพ.สต.หรือในแต่ละจังหวัด	4.00	0.76	มาก
- นายองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) มีตำแหน่งเป็นประธานคณะกรรมการของอบจ.	4.01	0.75	มาก
- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีตำแหน่งเป็นกรรมการในคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)	4.01	0.73	มาก



ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้ในแต่ละด้านแยกรายชื่อ (ต่อ)

รายด้าน (รายชื่อ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้
<b>3. ด้านการประเมินความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อรองรับการถ่ายโอน</b>			
- ก่อนการถ่ายโอนจะมีการประเมินความพร้อมของ อบจ. มีทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ โครงสร้างองค์กร บุคลากร การเงินและการจัดสรรทรัพยากร และแผนพัฒนาสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต	4.01	0.73	มาก
- คณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ก.ก.ถ.) มีหน้าที่ดำเนินการประเมินความพร้อมของอบจ.ที่ยื่นความประสงค์ขอรับการถ่ายโอน รพ.สต.	3.98	0.75	มาก
- เกณฑ์การประเมินระดับความพร้อมของอบจ.ในการจัดการด้านสาธารณสุขมี 3 ระดับ ได้แก่ระดับดี ดีมาก และดีเลิศ	4.01	0.79	มาก
- หากผลการประเมิน อบจ.อยู่ในระดับดีเลิศ สามารถรับ รพ.สต. ได้ทุกแห่งตามจำนวนที่ อบจ. แจ้งความประสงค์ขอรับการถ่ายโอน	3.97	0.76	มาก
<b>4. ด้านการดำเนินการหลังการถ่ายโอนภารกิจ</b>			
- การกำหนดโครงสร้างและอัตรากำลังของอบจ.เป็นไปตามความประสงค์ของอบจ. ตามหลักการกระจายอำนาจและประกาศที่เกี่ยวข้อง 1.5 การปรับปรุงกรอบอัตรากำลังตามแผนอัตรากำลัง ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เพื่อรองรับการถ่ายโอน จะดำเนินการในระยะเวลา 3 ปี	3.98	0.72	มาก
- การถ่ายโอนบุคลากรจาก รพ.สต. ไปยังอบจ.ต้องมีสิทธิประโยชน์และความก้าวหน้าที่ได้ไม่ต่ำกว่าเดิม	4.08	0.79	มาก
- คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) มีหน้าที่ในการบริหารงบประมาณ การเงิน และบัญชีของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนมายัง อบจ.	4.05	0.70	มาก
- ทุก รพ.สต. ที่ถ่ายโอนให้แก่อบจ.ต้องได้รับขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริหารกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	3.99	0.72	มาก
- คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) มีหน้าที่กำกับ ติดตาม และประเมินผลของ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ.	4.06	0.70	มาก

สำหรับผลการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่าง 4 วิทยาลัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ที่มีต่อสถานการณ์การถ่ายโอน ของกลุ่มตัวอย่างมีอย่างน้อย 1 คู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$  value < .001) ทั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น มีการรับรู้ต่อสถานการณ์การถ่ายโอน มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรอื่นอีก 3 แห่ง ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างระหว่าง 4 วิทยาลัย (n=129)

วิทยาลัยที่กำลังศึกษา	จำนวน (คน)	$\bar{X}$	S.D.	F	p value
วสส.ขอนแก่น	26	4.33	0.53	7.15	<0.001
วสส.ชลบุรี	19	4.15	0.49		
วสส.พิษณุโลก	39	4.04	0.43		
วสส.ยะลา	45	3.76	0.59		

เมื่อทำการทดสอบว่าวิทยาลัยคูไหนที่มีการรับรู้ที่แตกต่างกัน (Post hoc analysis) พบว่า มีทั้งหมด 4 คู่ วิทยาลัย ที่มีคะแนนการรับรู้ที่แตกต่างกันได้แก่ 1) วสส.ขอนแก่น กับ วสส.พิษณุโลก 2) วสส.ขอนแก่น กับ วสส.ยะลา 3) วสส.พิษณุโลก กับ วสส.ยะลา และ 4) วสส.ชลบุรี กับ วสส.ยะลา ตัวเลขในตารางเป็นค่า Mean difference หรือความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยรายคู่ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้รายคู่วิทยาลัย (n=129)

วิทยาลัย	วสส.ขอนแก่น	วสส.ชลบุรี	วสส.พิษณุโลก	วสส.ยะลา
วสส.ขอนแก่น		0.18	0.28*	0.57*
วสส.ชลบุรี	-0.18		0.10	0.39*
วสส.พิษณุโลก	-0.28*	-0.10		0.29*
วสส.ยะลา	-0.57*	-0.39*	-0.29*	

\*p value<0.05

### อภิปรายผล

จากผลการศึกษาการรับรู้ของนักศึกษาต่อสถานการณ์การถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) พบว่า การรับรู้ในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากและคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้มีความแตกต่างกันระหว่าง วิทยาลัย

การรับรู้ของนักศึกษาภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก อาจมีสาเหตุที่เป็นไปได้จากหลายๆ ปัจจัย เช่น การที่นักศึกษาได้รับรู้ข่าวสารหรือมีการติดตามในประเด็นเกี่ยวกับการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. จากหลายๆ ช่องทาง ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาซึ่งเป็นช่วงเวลาหลังจากที่มีการถ่ายโอนไประยะหนึ่ง ทั้งจากสื่อออนไลน์ การสนทนาแลกเปลี่ยน ในชั้นเรียนของอาจารย์ผู้สอน หรือการจัดสัมมนาวิชาการที่หลักสูตรจัดเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ในปัจจุบัน จึงอาจเป็นเหตุผลที่เป็นไปได้ที่ส่งผลให้การรับรู้ในภาพรวมและในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก โดยระดับการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับมากนั้น อาจสะท้อนได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจถึงความสำคัญ ขั้นตอนและกระบวนการต่างๆ ในการถ่ายโอน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ที่กล่าวว่าการรับรู้ของแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความสามารถที่รับรู้ได้ของแต่ละบุคคล (พรชัย ลิขิตธรรม



โรจน์, 2558) และการได้รับข้อมูลเดียวกันซ้ำๆ ถือว่าเป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการรับรู้โดยเป็นการเน้นย้ำ ทำให้เกิดการรับรู้ได้ดีขึ้น เกิดการจดจำและมีความตระหนักเพิ่มขึ้น (สุพานี สฤกษ์วานิช, 2552)

นอกจากนี้จากผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ในภาพรวมมีความแตกต่างกันระหว่างวิทยาลัย โดยความแตกต่างที่เกิดขึ้นนี้อาจเป็นไปได้ว่าในพื้นที่ของจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของแต่ละวิทยาลัยมีสัดส่วนของการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. แตกต่างกัน ประกอบกับในช่วงแรกของการถ่ายโอนเป็นช่วงเวลาเดียวกันกับที่กลุ่มตัวอย่างซึ่งอยู่ในชั้นปีที่ 4 ฝึกประสบการณ์วิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิได้แก่ รพ.สต. โดยจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของวิทยาลัย 2 แห่ง ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดชลบุรี ที่ รพ.สต. ทุกแห่ง ถ่ายโอนไปยัง อบจ. อาจเป็นไปได้ว่าข่าวสารการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ที่เกิดขึ้นมีมากกว่าเมื่อเทียบกับจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของวิทยาลัยที่มีการถ่ายโอนน้อยกว่าร้อยละ 50 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2567) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า วสส. ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ร้อยละ 100 ได้แก่ วสส. ขอนแก่น และวสส. ชลบุรี มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงกว่า วสส. อีก 2 แห่ง ที่มีสัดส่วนของการถ่ายโอน รพ.สต. น้อยกว่า อาจเป็นเหตุผลที่เป็นไปได้ว่าเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลต่อการรับรู้ต่อสถานการณ์ถ่ายโอนที่มีความแตกต่างกันระหว่างวิทยาลัย และการที่นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ได้ออกฝึกประสบการณ์วิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิในช่วงการถ่ายโอน สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Theory) ของ Kolb (1984) ที่อธิบายว่าการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงมีผลต่อการรับรู้และความเข้าใจมากกว่าการเรียนรู้ทางอ้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงองค์กร การรับรู้ของบุคคลจะแตกต่างกันตามบริบทและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร (Armenakis & Harris, 2009) นอกจากนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ศึกษาในช่วงการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบต. หรือเทศบาลก่อนการถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 ของ ดุจเดือน ตั้งเสถียรและศศิพร โลจายะ (2562) ที่ศึกษาถึงความรู้ ความเข้าใจ และความพร้อมการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัย ซึ่งพบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ และความพร้อมต่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข โดยพบว่าความพร้อมการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข มีความแตกต่างกันในปัจจัยด้านตำแหน่งงานและตำแหน่งบริหาร การศึกษาของดาวรุ่ง คำวงศ์ (2565) ที่ศึกษาถึงการรับรู้และความคาดหวังเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ของบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพิษณุโลก พบว่าตำแหน่งงานปัจจุบันการมีตำแหน่งบริหาร และสถานะการแจ้งความจำนงการโอนย้ายของตนเอง มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และความคาดหวังเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ (Bruner & Goodman, 1947; Gibson, 2014) ที่กล่าวว่าสิ่งเร้าทำให้บุคคลเกิดความคิด ความรู้สึกจากสิ่งที่ได้ยินได้ฟัง จึงเกิดการเรียนรู้การแปลความ เกิดเป็นความเข้าใจโดยอาศัยความรู้หรือประสบการณ์เดิม ประกอบกับทัศนคติ ความสนใจ จนกระทั่งเกิดการตอบสนอง การรับรู้และตัดสินใจ จนทำให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ทั้งนี้ปัจจัยที่กำหนดหรือมีอิทธิพลต่อการรับรู้มีทั้งในส่วนของอิทธิพลจากภายนอก นั่นก็คือ ความเข้มและขนาดของสิ่งเร้า นั้น และอิทธิพลจากภายใน ได้แก่ แรงจูงใจ ความสนใจ ความคิดและจินตนาการ ความรู้สึกต่างๆ ความรู้และประสบการณ์เดิม ความพร้อมที่จะรับรู้ต่อสิ่งเร้านั้น



## การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน สังกัดพระบรมราชชนก สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาให้มีความรู้ ความเข้าใจและการเตรียมความพร้อมในชั้นปีสุดท้าย ก่อนที่จะสำเร็จการศึกษาต่อไปเพื่อไปปฏิบัติงานของตนเองในอนาคต

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจทำการศึกษามลของการรับรู้ต่อทัศนคติและพฤติกรรม โดยศึกษาถึงการรับรู้ที่นำไปสู่ทัศนคติที่ดีต่อการถ่ายโอน รพ.สต. หรือไม่ อย่างไร หรือการรับรู้ส่งผลต่อการปรับตัวของนักศึกษาเมื่อต้องปฏิบัติงานจริงใน รพ.สต. ภายใต้สังกัด อบจ. อย่างไร อาจศึกษาถึงปัจจัยหรือตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เช่น ทัศนคติ ความคาดหวัง และความกังวลของนักศึกษาต่อสถานการณ์การถ่ายโอนก่อนและหลังการสำเร็จการศึกษา รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถาบันการศึกษาหรือวิทยาลัย เช่น การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาหรือการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น เพื่อนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุง หลักสูตร เนื้อหา กิจกรรม และรูปแบบการเรียนการสอน เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็น ให้สอดคล้องกับภาคการทำงานในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ต่อไป นอกจากนี้อาจทำการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลถึงปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้หรือการศึกษาเชิงคุณภาพคู่ขนานกันกับเชิงปริมาณเพื่อจะได้ทราบถึงข้อมูลเชิงลึกและนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนานักศึกษาได้จริงต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกทุกแห่งที่เห็นความสำคัญและอนุญาตให้เก็บข้อมูล ขอขอบคุณนักศึกษาระดับชั้นปี 4 ทั้ง 4 วิทยาลัย ที่ตอบแบบสอบถามเพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วง

## เอกสารอ้างอิง

- กฎกระทรวง (พ.ศ.2541) ออกตามความในพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540. (2541). (วันที่ 16 กันยายน 2541). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 115 ตอนที่ 61 ก, หน้า 18. สืบค้นจาก <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/1694524.pdf>
- คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (2564). *ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด*. สืบค้นจาก <https://drive.google.com/file/d/1KsJrpk3UbC9Zp-qpFzzvBNwsvxK08e/view>



## เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา. (2564). ขอให้ยับยั้งการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด [หนังสือราชการ]. ที่ สว (กมส3) 0019/3303.
- จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์, นกษา สิงห์วีระธรรม, มโน มณีฉาย, ดาวรุ่ง คำวงศ์, นิตยธิดา ภัทรธีรกุล, สุพัศตรา เสนสาย และคณะ. (2566). การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566: ระยะที่ 1 การประเมินสัญญาณเตือนของผลกระทบต่อสถานะสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังและการจัดทำกรณีศึกษา. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5951>.
- จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์, นกษา สิงห์วีระธรรม, ดาวรุ่ง คำวงศ์ และมโน มณีฉาย. (2567). การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566: ระยะที่ 1 การประเมินสัญญาณเตือนของผลกระทบต่อสถานะสุขภาพ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 18(2), 152-72.
- ดาวรุ่ง คำวงศ์. (2565). การรับรู้และความคาดหวังเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดของบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพิษณุโลก [การศึกษาอิสระทางสาธารณสุข]. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ดุงเดือน ตั้งเสถียร และศศิพร โลจายะ. (2562). ความพร้อมการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 3(6), 21-33.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรชัย ลิขิตธรรมโรจน์. (2558). *พฤติกรรมองค์กร* (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์
- พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. (2542). สืบค้นจาก <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/1709100.pdf>
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. (วันที่ 6 เมษายน 2560). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 134 ตอนที่ 40 ก, หน้า 1. สืบค้นจาก <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/040/1.PDF>.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2567). ข้อมูลถ่ายโอนภารกิจ สอน./รพ.สต.ไปสู่ อปท. สืบค้นจาก <https://hsiu.hsri.or.th/index.php>.



## เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (2565). *แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนมัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด*. สืบค้นจาก <https://drive.google.com/file/d/1aldKh0TwdEIVLRLHB5Jdm95EFAKHyhAF/view>
- สุพานี สฤกษ์วานิช. (2552). *พฤติกรรมองค์การสมัยใหม่: แนวคิด และทฤษฎี(พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อดิญาณ์ ศรีเกษตริณ, ดารารวรรณ รองเมือง, อังสินี กันสุขเจริญ, รุ่งนภา จันทรา, อินทิรา สุขรุ่งเรือง, ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ. (2567). *สิทธิประโยชน์ สวัสดิการและความก้าวหน้าของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด*. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6213>
- อุดม ทุมโฆสิต, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, วรพิทย์ มีมาก, วีระวัฒน์ ปันนิตามัย, นิธินันท์ ธรรมากรนนท์, จันทรานุช มหากาญจน และคณะ. (2567). *สรุปภาพรวม โครงการวิจัยประเมินผลนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด*. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6134?show=full>
- Armenakis, A. A., & Harris, S. G. (2009). Reflections: Our journey in organizational change research and practice. *Journal of Change Management*, 9(2), 127-142.
- Bruner, J. S., & Goodman, C. C. (1947). Value and need as organizing factors in perception. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 42(1), 33-44.
- Gibson, J. J. (2014). *The Ecological Approach to Visual Perception: Classic Edition*. New York: Psychology Press.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice-Hall.
- Ngamjarus, C., & Chongsuvatwong, V. (2016). n4Studies: Sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. *Siriraj Medical Journal*, 68(3), 160-70.
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences* (6th ed.). New York: John Wiley&Sons, Inc.



## การพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัย จังหวัดอุบลราชธานี

ธีระพงษ์ แก้วภมร<sup>1</sup>, ชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์<sup>1</sup> และรุ่งรัตน์ พลະไกร<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ: 12 ธันวาคม 2567; วันที่แก้ไข: 11 มกราคม 2568; วันที่ตอบรับ: 13 มกราคม 2568)

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์ พัฒนาแบบแผน และประเมินการส่งเสริมระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัยจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีกระบวนการ 4 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัย เด็กอนุบาล 2 ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 497 คน ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัย โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กปฐมวัยจำนวน 30 คน ระยะที่ 3 การนำทดลองใช้รูปแบบ และประเมินผล ทุกอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี และระยะที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบฯ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กปฐมวัยจำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับสติปัญญาเด็ก 2-7 ปี และความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี (ฉบับย่อ) สำหรับครู/ผู้ดูแลเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ paired t-test ส่วนข้อมูล เชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และบริบท

ผลการวิจัย ระยะที่ 1 พบว่า เด็กอนุบาล 2 มีระดับสติปัญญาเฉลี่ย 97.9 (S.D.=16.3) โดยมีระดับสติปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง (90-109) มากที่สุดร้อยละ 44.9 รองลงมาคือ ระดับสติปัญญาที่บ (80-89) ร้อยละ 18.5 และระดับสติปัญญาสูงกว่าเกณฑ์ (110-119) ร้อยละ 15.1 ตามลำดับ สำหรับด้านความฉลาดทางอารมณ์ 3 ด้าน (ดี-เก่ง-สุข) ก่อนดำเนินการพัฒนาเท่ากับ 35.4 (S.D.=2.2) ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมระดับสติปัญญา พบว่า รูปแบบการส่งเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัยควรได้รับการร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนและส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยได้เกิดกระบวนการเรียนรู้ทักษะชีวิต และพัฒนาทักษะสมองส่วนหน้า อันจะนำไปสู่การเพิ่มศักยภาพเด็กปฐมวัย เมื่อดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาและประเมินผล ในระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปใช้และประเมินผล พบว่า ระดับสติปัญญาเฉลี่ย 101.4 (S.D.=13.4) ค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์หลังดำเนินการพัฒนาเท่ากับ 45.1 (S.D.=2.1) เมื่อเปรียบเทียบระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<.05) และระยะที่ 4 ปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญา โดยมีภาคีเครือข่ายหน่วยงานช่วยสนับสนุน อาทิ ศูนย์อนามัยที่ 10 ศูนย์สุขภาพจิตเขต 10 ชมรมผู้สูงอายุ และสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัยอย่างเหมาะสมต่อไป

**คำสำคัญ:** ระดับสติปัญญา, การส่งเสริมสุขภาพ, เด็กปฐมวัย, ความฉลาดทางอารมณ์

\*ผู้รับผิดชอบบทความ: รุ่งรัตน์ พลະไกร; rung.palakai@gmail.com



## Development of Promoting the Intellectual Level of the Early Childhood Model in Ubon Ratchathani Province

Theerapong Kaewpamorn<sup>1</sup>, Chaiyasit Ruangroj<sup>1</sup> and Rungrat Palakai<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Ubon Ratchathani Provincial Health Office

(Received: 12 December 2024; Revised: 11 January 2025; Accepted: 13 January 2025)

### Abstract

The research and development study aimed to analyze situation of the intellectual level, develop and evaluate the model to promote the intelligence of early childhood in Ubon Ratchathani province. There were four phases of this study. The first phase was the situation analysis of the intellectual level of 497 early childhood who study in kindergarten 2 in Ubon Ratchathani province. The second phase was the development the model for promoting early childhood by 30 experts. The third phase was the implementation and evaluation the model in Ubon Ratchathani Province, and the fourth phase was improvement the model. The data collection was questionnaires, intelligence quotient (IQ) assessment for children aged 2-7 years, and Emotional Intelligence Assessment for children aged 3-5 years (short version) for teachers/caregivers. Data analysis was conducted descriptive statistics, a paired t-test, and content and context analysis.

The results of the first phase found that the average IQ was 97.9 (S.D.=16.3), and the IQ of 90-109 was highest (44.9%), followed by the IQ of 80-89 (18.5%) and the IQ of 110-119 (15.1%), respectively. The average of the emotional intelligence before receiving the development program was 35.4 (S.D.=2.2). The second phase of development of intelligence promotion model found that the model should be cooperated by all stakeholders for supporting and encouraging early childhood children to learn life skills and develop frontal brain skills. The third phase found that the average IQ was 101.4 (S.D.=13.4), and the average emotional intelligence after development was 45.1 (S.D.=2.1). There was different statistically significant ( $p$ -value<.05) when comparing an average of emotional intelligence before and after implementing the model. The fourth phase improved the model through cooperation between all sectors such as Health Promotion Center 10, Mental Health Center 10, to promote early childhood learning and enhance skills appropriately.

**Keywords:** intellectual level, health promotion, early childhood, emotional quotient

**\*Corresponding author:** Rungrat Palakai; rung.palakai@gmail.com



## บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นทรัพยากรอันมีค่าที่ต้องช่วยกันประคับประคองและรังสรรค์ให้มีประสิทธิภาพเพื่ออนาคตของประเทศชาติ เพราะเด็กปฐมวัยจะเป็นผู้สืบทอดมรดกทางวัฒนธรรม เป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศ การลงทุนในเด็กปฐมวัยจะสร้างผลตอบแทนคืนสู่สังคมและระบบเศรษฐกิจได้มากถึง 6 เท่า (García & Heckman, 2021) ซึ่งการส่งเสริมพัฒนาการช่วงปฐมวัยเป็นการวางแผนที่สำคัญ และต้องลงทุนอย่างรวดเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นกลายเป็นพลเมืองที่มีผลิตภาพในอนาคต ดังนั้น เด็กปฐมวัยที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการทุกด้านสมวัย สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เปรียบเสมือนกุญแจที่จะเปิดไปสู่การพัฒนาประเทศในทุกมิติ

จากการสำรวจระดับสติปัญญาในเด็กระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โดยกรมสุขภาพจิต พบว่าเด็กไทยมีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญา เท่ากับ 102.78 ในขณะที่เด็กในเขตสุขภาพที่ 10 มีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญา เท่ากับ 98.44 และเด็กจังหวัดอุบลราชธานีมีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญา เท่ากับ 98.13 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในระดับประเทศ แต่เทียบกับการสำรวจในปี 2559 จังหวัดอุบลราชธานีมีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญา เพิ่มขึ้น 8.46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฉิววรรณ จงรักษณกิจ, มจรุตา สุวรรณโพธิ์, จันทร์อาภา สุขทัพพ์ และคณะ, 2565) โดยปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการสุขภาพของเด็ก ประกอบด้วย ความฉลาดทางเชาว์ปัญญา (Intelligence Quotient: IQ) เป็นความฉลาดทางการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ และการเชื่อมโยง ซึ่งความฉลาดทางเชาว์ปัญญาสามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ (จันทร์อาภา สุขทัพพ์, 2564) และความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient: EQ) เป็นความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง รู้จักควบคุมและแสดงออกอย่างมีความสุข ความฉลาดทางอารมณ์สามารถพัฒนาได้จากการเลี้ยงดู กระตุ้นพัฒนาเด็กอย่างถูกต้องตั้งแต่วัยเด็ก (จันทน์พิมพ์ สารากร, จุฑามาศ โชติบาง และมาลี เอื้ออำนาจ, 2563) เพราะการคิดของเด็กเกิดขึ้นตลอดเวลา เมื่อเด็กคิดสิ่งหนึ่งสิ่งใดจะเกิดเป็นพฤติกรรมหรือสะท้อนออกมาในรูปแบบการกระทำ เพราะสมองเป็นส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการคิด เด็กจะเริ่มต้นพัฒนาด้านการคิดผ่านการรับรู้ของประสาทสัมผัส ดังนั้น การสื่อสารความหมายประสบการณ์ต่างๆ จะช่วยพัฒนาได้เร็วขึ้น (อรุณี หรดาล, 2563)

ในสองทศวรรษที่ผ่านมาการพัฒนาสติปัญญาของเด็กปฐมวัยทำได้ในขอบเขตที่จำกัด โดยเฉพาะทักษะที่ต้องใช้การคิดและเหตุผล ประเทศไทยนำเอาแนวความคิด “คิดเป็น ทำเป็นและแก้ปัญหาเป็น” มาใช้แต่ยังกว้างขวางเนื่องจากเป็นเนื้อหาที่สอนถ่ายทอดยาก จึงจำเป็นต้องปรับแนวคิดและกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้เด็กปฐมวัยมีความรู้สึกสนุกกับการเรียนรู้ เพื่อเพิ่มทักษะให้เป็นคนเก่ง ฉลาด รู้จักคิดวิเคราะห์ และสร้างการใฝ่รู้ตลอดเวลา ด้วยการกระตุ้นผ่านการเสริมสร้างให้เด็กมีความฉลาดทางอารมณ์ และความเชาว์ปัญญา อันจะนำไปสู่การมีศักยภาพทางด้านสมองอย่างเต็มที่

ทั้งนี้ ในปี 2564 ผลการสำรวจระดับสติปัญญาในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ของจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า เด็กมีระดับสติปัญญาเท่ากับ 98.1 ซึ่งยังต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาในระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศ ดังนั้น เพื่อพัฒนาสุขภาพเด็กปฐมวัยในจังหวัดอุบลราชธานีให้มีทักษะการเรียนรู้ที่ดี จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องศึกษาแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัยในจังหวัดอุบลราชธานีที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มระดับสติปัญญาและความ



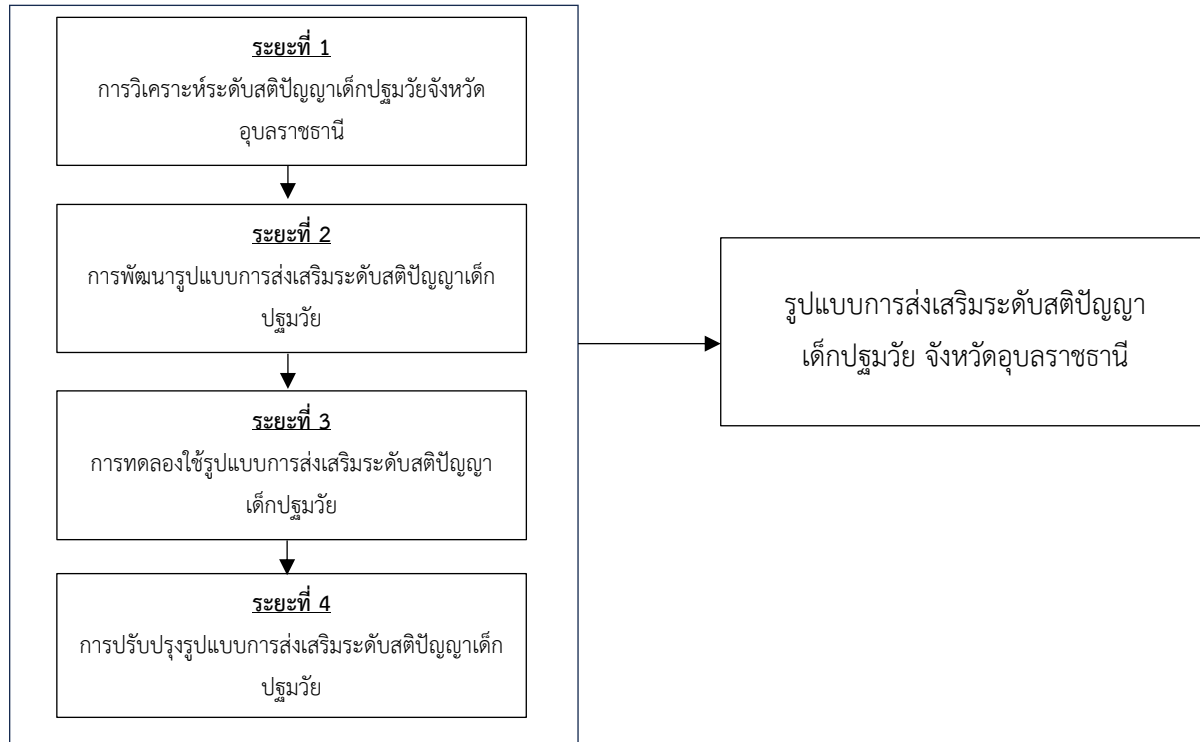
ฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัยในพื้นที่ อันจะนำไปสู่การช่วยยกระดับศักยภาพเด็กปฐมวัยให้อิสรภาพทางการเรียนรู้ทักษะต่างๆ ในสังคม สอดคล้องกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนทุกกลุ่มวัย ซึ่งเป็นประเด็นมุ่งเน้นในแผนพัฒนาระดับจังหวัดและประเทศต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์ระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัยในสถานศึกษา สังกัด จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัยในสถานศึกษา สังกัด จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อประเมินรูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัยในสถานศึกษา สังกัด จังหวัดอุบลราชธานี

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) และการส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาและยกระดับส่งเสริมระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัย โดยประยุกต์แนวคิดของการวิจัยและพัฒนา 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ระดับสติปัญญาเพื่อใช้เป็นข้อมูลนำเข้าวางแผนพัฒนา ระยะที่ 2 นำผลของสถานการณ์มาวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ ระยะที่ 3 นำแผนการส่งเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติ และระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์การพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัยจังหวัดอุบลราชธานี รายละเอียดในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



## ระเบียบวิธีวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้การศึกษา 4 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัยในสถานศึกษาสังกัด จังหวัดอุบลราชธานี โดยการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัย ใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กปฐมวัย

ระยะที่ 3 การนำทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัย และประเมินผลการใช้รูปแบบในทุกอำเภอของจังหวัดอุบลราชธานี พื้นที่ 25 อำเภอ ของจังหวัดอุบลราชธานีด้วยการศึกษาระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์

ระยะที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบ ด้วยกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กปฐมวัย เพื่อพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสมและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

**ประชากร** ได้แก่ เด็กอนุบาล 2 ที่ศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนทุกสังกัดในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ต้องได้รับการประเมินระดับสติปัญญาในปี 2569 ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 19,619 คน และผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาระบบการส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัย จำนวน 30 คน

## กลุ่มตัวอย่าง

**ระยะที่ 1** การวิเคราะห์สถานการณ์ระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กอนุบาล 2 เป้าหมายที่ต้องได้รับการประเมินระดับสติปัญญาในปี 2569 ในโรงเรียน 5 สังกัด ได้แก่ 1)โรงเรียนสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน 2)โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน 3)โรงเรียนในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น 4)โรงเรียนในสังกัดกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และ 5) โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 19,619 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2567) การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรไม่ทราบความแปรปรวนแต่ทราบขนาดของประชากร (Krejcie & Morgan, 1970) โดยคำนวณตามสูตรดังนี้

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{เมื่อ} \quad n_0 = \frac{z^2 \times s^2}{d^2}$$

โดยที่ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ จำนวนประชากรที่ใช้ในการคำนวณวิจัย

Z= ค่ามาตรฐานของพื้นที่ใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ในที่นี้เท่ากับ 1.96

S= ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าระดับสติปัญญานักเรียนชั้นประถม 1 ของจังหวัดอุบลราชธานี อิงจากการสำรวจระดับสติปัญญาฯ พ.ศ. 2564 (ฉิววรรณ จงรักษณกิจ และคณะ, 2565) ในที่นี้เท่ากับ 13.73



$d$ =ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาระหว่างกลุ่มตัวอย่างและประชากร (margin of error) ในที่นี้กำหนดร้อยละ 1.3 อิงจากการสำรวจระดับสติปัญญา พ.ศ. 2564 (ฉิขวรรณ จงรักษณกิจ และคณะ, 2565)

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 429 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 15% ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้จำนวนทั้งสิ้น 497 ราย ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Probability Random Sampling) ในนักเรียนอนุบาลที่เป็นเป้าหมายการประเมินระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ในปี 2569 ซึ่งปัจจุบันเด็กศึกษาอยู่ในระดับอนุบาล 2 ในโรงเรียน 5 สังกัดเป้าหมาย

**เกณฑ์การคัดเลือก** โดยเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) เป็นนักเรียนใน 5 สังกัดเป้าหมาย 2) ผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วม 3) สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ทุกกิจกรรม

**เกณฑ์การคัดออก** มีเกณฑ์การคัดออกดังนี้ 1) ไม่พร้อมทางกายภาพในการเข้าร่วมโครงการ 2) ไม่พร้อมกับการประเมินระดับสติปัญญา

**ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัยจังหวัดอุบลราชธานี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กปฐมวัยอย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด จำนวน 10 คน ระดับอำเภอ จำนวน 15 คน และระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 30 คน

**ระยะที่ 3** การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัยจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนในทุกสังกัดใน 25 อำเภอในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีเด็กอนุบาล 2

**ระยะที่ 4** การปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กปฐมวัยที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด จำนวน 10 คน ระดับอำเภอ จำนวน 15 คน และระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 30 คน

## เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 1 และ 3 และเครื่องมือเชิงคุณภาพ ในระยะที่ 2 และ 4 ดังนี้

### 1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ เขตที่อยู่ อาศัย สมาชิกในครอบครัว อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็ก และเด็กอนุบาล 2 ในความดูแล ประกอบด้วย พฤติกรรมการใช้หน้าจอ การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก การได้ฟังนิทาน

ส่วนที่ 1.2 แบบทดสอบระดับสติปัญญาเด็กด้วยเครื่องมือเชาว์เล็กในระดับ 2-7 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2546) ซึ่งเป็นคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญา ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต มีจำนวน 3 ข้อ ในแต่ละช่วงปี แผลผลจากความสามารถของเด็กแต่ละช่วงอายุ ดังนี้ IQ 120 ขึ้นไป หมายถึง ฉลาดมาก, IQ 110-119 หมายถึง ฉลาด, IQ 90-109 หมายถึง ปานกลาง (อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย), IQ 80-89 หมายถึง ทึบ, IQ 70-79 หมายถึง คาบเส้น, IQ 50-69 หมายถึง ปัญญาอ่อน และ IQ ต่ำกว่า 50 หมายถึง ปัญญาอ่อนมาก



ส่วนที่ 1.3 แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี (ฉบับย่อ) สำหรับครู/ผู้ดูแลเด็ก (กรมสุขภาพจิต, 2546) ซึ่งเป็นคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญา ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต โดยประเมินคุณลักษณะ 3 ด้าน ในช่วง 4 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 15 ข้อ (ข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 14) ข้อคำถามกำหนดให้เลือกตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ไม่เป็นเลยให้ 1 คะแนน เป็นบางครั้งให้ 2 คะแนน เป็นบ่อยครั้ง 3 คะแนน และเป็นประจำให้ 4 คะแนน ซึ่งแปลผลคะแนนโดยประยุกต์ใช้เกณฑ์แบบอิงกลุ่ม (Best & Kahn, 1977) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.51-4.00 หมายถึง มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับน้อยที่สุด

สำหรับคะแนนรวมรายด้านทั้ง 3 ด้าน (ด้านดี, ด้านเก่ง, ด้านสุข) แปลผล 3 ระดับได้แก่ ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ระดับปกติ และระดับสูงกว่าปกติ โดยคะแนนรวมด้านดี มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนคือ คะแนน 1-11 คะแนน หมายถึง ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ คะแนน 12-19 หมายถึง ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ และคะแนน 20 หมายถึง ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติ ส่วนผลรวมคะแนนด้านเก่ง คะแนน 1-12 คะแนน หมายถึง ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ คะแนน 13-19 หมายถึง ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ และคะแนน 20 หมายถึง ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติ และผลรวมคะแนนด้านสุข คะแนน 1-12 คะแนน หมายถึง ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ คะแนน 12-18 หมายถึง ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ และคะแนน 19-20 หมายถึง ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติ

## 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสนทนากลุ่มด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน

ส่วนที่ 2.1 การทบทวนรูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัยในจังหวัดอุบลราชธานีปัจจุบัน ประกอบด้วยรูปแบบใดบ้าง มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2.2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญาในอนาคตควรทำอย่างไร มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ

### การตรวจสอบคุณภาพ

ตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบทดสอบระดับสติปัญญาเด็กด้วยเครื่องมือเชาว์เล็กในระดับ 2-7 ปี ตามมาตรฐานสากล วิเคราะห์ค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.68 (ปราณี ชาญณรงค์ และบัณฑิต ศรีไพศาล, 2553) และแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี (ฉบับย่อ) สำหรับครู/ผู้ดูแลเด็ก ตามมาตรฐานสากล วิเคราะห์ค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.75 (ปราณี ชาญณรงค์ และบัณฑิต ศรีไพศาล, 2553) ส่วนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ และระยะที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบ จำนวน 5 ข้อ โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านพิจารณาตามเกณฑ์ความสอดคล้อง จากนั้นนำผลมาพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence :IOC) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00



## การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย
2. ระยะที่ 1 ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง และข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ระดับสติปัญญา ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กก่อนบูล 2 จำนวน 497 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือจากผู้ปกครองในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายทั้งผู้ปกครอง และเด็กในความดูแลในห้วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน 2567
3. ระยะที่ 2 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กปฐมวัย จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญในระดับจังหวัด ผู้เชี่ยวชาญในระดับอำเภอ และผู้เชี่ยวชาญในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัย และการปรับปรุงรูปแบบฯ ในห้วงเดือน พฤษภาคม 2567
4. ระยะที่ 3 เก็บข้อมูลความฉลาดทางอารมณ์ ประกอบด้วย ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข ในเดือนพฤศจิกายน 2567
5. ระยะที่ 4 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กปฐมวัย จำนวน 30 คน เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นการปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัย ในเดือนพฤศจิกายน 2567

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบ จำนวน ร้อยละ การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้วย paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content) และบริบท (Context)

## จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ทำในมนุษย์ โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมในการวิจัย ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมในมนุษย์ และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีมติเห็นชอบอนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัยโดยมีเอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2567-37 รหัสโครงการ SSJ.UB 37 วันที่รับรอง 14 กุมภาพันธ์ 2567



## ผลการวิจัย

**ระยะที่ 1** วิเคราะห์สถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัยจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า

จากการศึกษาพบว่า เด็กอนุบาล 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.12 อายุเฉลี่ย 5 ปี (S.D.=0.41) อยู่ในกลุ่มอายุ 5 ปี ร้อยละ 80.08 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 82.09 มีพฤติกรรมการใช้หน้าจอ ร้อยละ 87.73) ใช้เวลาเฉลี่ย 120 นาทีต่อวัน (S.D.=71.29) มีพฤติกรรมการใช้หน้าจอต่อวันมากกว่า 60 นาที ร้อยละ 50.91 ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 75.45 และได้รับฟังนิทานก่อนนอน ร้อยละ 57.55 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเด็กอนุบาล 2 (n=497)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	269	54.12
หญิง	228	45.88
2. อายุเด็ก (ปี)		
4 ปี	89	17.91
5 ปี	398	80.08
มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป	10	2.01
$\bar{X}=4.8$ , S.D.=0.4, Min=4, Max=6		
3. เขตที่อยู่อาศัย		
ในเขตเทศบาล	89	17.91
นอกเขตเทศบาล	408	82.09
4. พฤติกรรมการใช้หน้าจอ		
เล่นหน้าจอ	436	87.73
ไม่เล่นหน้าจอ	61	12.27
5. ระยะเวลาเล่นหน้าจอ		
<30 นาที	65	13.08
30-60 นาที	179	36.02
>60 นาที	253	50.91
$\bar{X}=119.7$ , S.D.=71.3, Min=8, Max=420		
6. ประวัติการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก		
ได้รับ	375	75.45
ไม่ได้รับ	122	24.55
7. การฟังนิทานก่อนนอน		
ได้ฟัง	286	57.55
ไม่ได้ฟัง	211	42.45



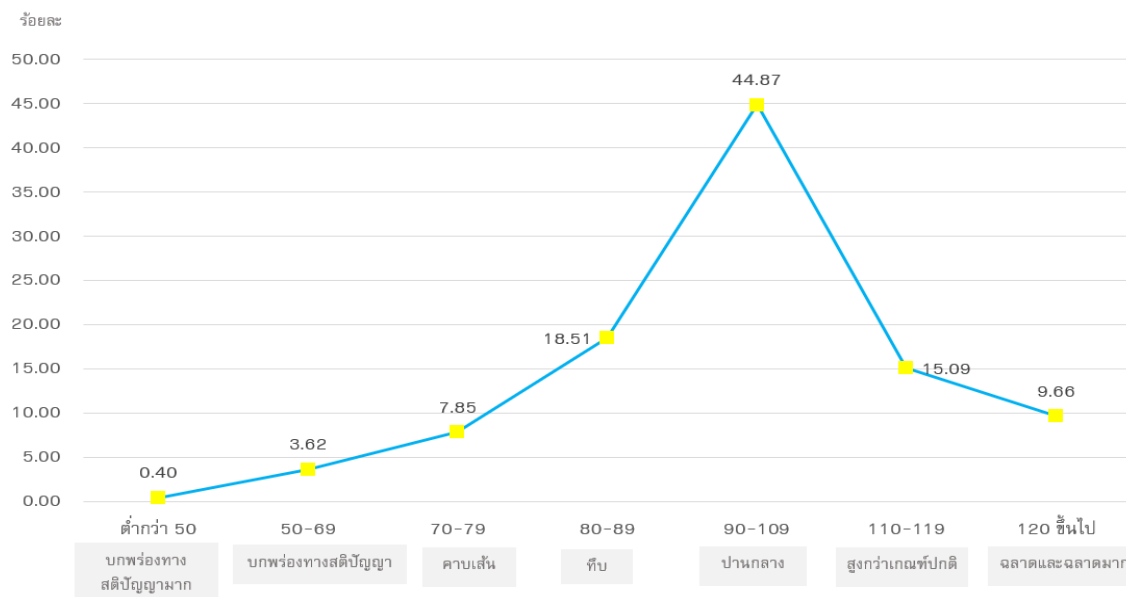
ในขณะที่ข้อมูลพ่อแม่ และผู้ดูแลเด็ก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.48 อายุเฉลี่ย 44 ปี (S.D.=13.07) อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.20 มีความสัมพันธ์กับเด็กโดยเป็นพ่อและแม่มากที่สุด ร้อยละ 54.53 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 31.39 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะส่วนบุคคลของพ่อแม่ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กอนุบาล 2 (n=497)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	102	20.52
หญิง	395	79.48
2. อายุพ่อแม่ผู้ดูแลเด็ก (ปี)		
น้อยกว่า 35 ปี	190	38.23
36-45 ปี	96	19.32
46-60 ปี	153	30.78
มากกว่า 60 ปี	58	11.67
$\bar{X}$ =43.6, S.D.=13.1, Min=14, Max=80		
3. อาชีพ		
เกษตรกร	239	66.20
รับจ้างทั่วไป	89	17.91
รับราชการ	15	3.02
ค้าขาย	32	6.44
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15	3.02
อาชีพอื่น ๆ	17	3.42
4. ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็ก		
พ่อ/แม่	271	54.53
ลุงป้า/น้าอา	20	4.02
ปู่ย่า/ตายาย	198	39.84
ญาติอื่นๆ	8	1.61
5. รายได้ (บาทต่อเดือน)		
<10,000 บาท	156	31.39
10,000-20,000 บาท	136	27.36
20,000-30,000 บาท	95	19.11
>30,000 บาท	110	22.13



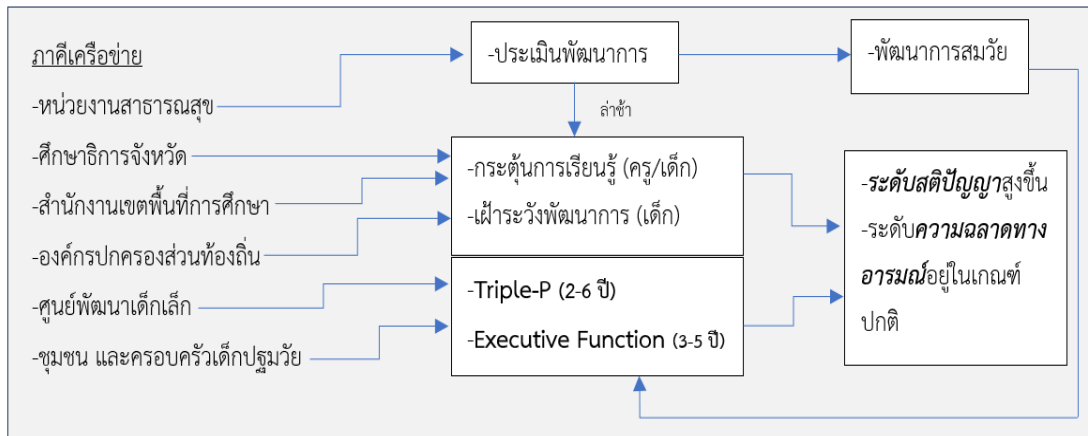
เมื่อพิจารณาระดับสติปัญญาของเด็กอนุบาล 2 พบว่า เด็กอนุบาล 2 มีระดับสติปัญญาเฉลี่ย 97.88 (S.D.=16.32) เด็กมีระดับสติปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง (90-109) มากที่สุดร้อยละ 44.87 รองลงมาคือ ระดับสติปัญญาทึบ (80-89) ร้อยละ 18.51 และระดับสติปัญญาสูงกว่าเกณฑ์ (110-119) ร้อยละ 15.09 ตามลำดับ โดยมีเด็กที่มีระดับสติปัญญาฉลาดและฉลาดมาก (120 ขึ้นไป) เพียงร้อยละ 9.66 ในขณะที่มีเด็กที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในระดับคาบเส้น (70-79) ร้อยละ 7.85 และมีเด็กที่อยู่ในระดับบกพร่องทางสติปัญญา (ต่ำกว่า 70) ร้อยละ 4.02 ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 ร้อยละของเด็กอนุบาล 2 ในระดับสติปัญญาเด็กแต่ละช่วง

## ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัย

จากข้อมูลสถานการณ์ในระยะที่ 1 นำมาวางแผนและพัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญ ได้แนวทางพัฒนาศักยภาพเด็กปฐมวัย โดยอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้เด็กได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้านพัฒนาการ และการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ ศึกษาธิการจังหวัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ชุมชน และครอบครัวเด็กปฐมวัย โดยใช้เครื่องมือ 2 ส่วนที่สำคัญ ได้แก่ 1) กระบวนการพัฒนาทักษะสมองส่วนหน้า (Executive Function) 2) การส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างวินัยเชิงบวก (Triple-P)



แผนภาพที่ 2 แผนพัฒนาการส่งเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัย

### ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัย

นำแผนการพัฒนาศักยภาพเด็กปฐมวัยมาใช้ในจังหวัดอุบลราชธานี โดยกระตุ้นการเรียนรู้ทั้งครูและเด็ก โดยใช้กระบวนการที่หลากหลาย เช่น EF และ triple-P สำหรับส่งเสริมศักยภาพเด็กก่อนอนุบาล 2 รวมถึงบูรณาการกับหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการหนุนเสริมให้เด็กเกิดทักษะการเรียนรู้ให้มากที่สุด โดยประเมินผลการเปลี่ยนแปลงด้วยการประเมินระดับสติปัญญา พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาเท่ากับ 101.37 (S.D.=13.38) และความฉลาดทางอารมณ์ 3 ด้าน ก่อนดำเนินการพัฒนา พบว่า ด้านดี ค่าเฉลี่ยของการอดทน และรอคอยได้มากที่สุดเท่ากับ 2.71 (S.D.=0.45) รองลงมาคือ ค่าเฉลี่ยการบอกขอโทษหรือแสดงท่าที่ยอมรับผิดเมื่อรู้ว่าทำผิดเท่ากับ 2.56 (S.D.=0.49) ส่วนด้านเก่ง ค่าเฉลี่ยการซักถามในสิ่งที่อยากรู้มากที่สุดเท่ากับ 2.65 (S.D.=0.47) รองลงมาคือ ค่าเฉลี่ยการยอมรับกฎเกณฑ์หรือข้อตกลงแม้จะผิดหวัง/ไม่ได้สิ่งที่ต้องการเท่ากับ 2.37 (S.D.=0.48) และด้านสุข ค่าเฉลี่ยการแสดงความรู้สึกภาคภูมิใจเมื่อได้รับคำชมเชย เช่น บอกเล่าให้ผู้อื่นรู้มากที่สุดเท่ากับ 2.65 (S.D.=0.47)

ผลของการประเมินระดับความฉลาดทางอารมณ์หลังดำเนินการพัฒนา พบว่า ด้านดี ค่าเฉลี่ยการอดทน และรอคอยได้ มากที่สุดเท่ากับ 2.80 (S.D.=0.69) รองลงมาคือค่าเฉลี่ยการบอกขอโทษหรือแสดงท่าที่ยอมรับผิดเมื่อรู้ว่าทำผิดเท่ากับ 2.77 (S.D.=0.82) ส่วนด้านเก่ง ค่าเฉลี่ยการยอมรับกฎเกณฑ์หรือข้อตกลง แม้จะผิดหวัง/ไม่ได้สิ่งที่ต้องการ มากที่สุดเท่ากับ 3.75 (S.D.=0.43) และด้านสุข ค่าเฉลี่ยการรู้จักหาของเล่น หรือกิจกรรมเพื่อสร้างความสนุกสนานเพลิดเพลินมากที่สุดเท่ากับ 3.63 (S.D.=0.48) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความฉลาดทางอารมณ์เด็กอนุบาล 2 (n=497)

ระดับความฉลาดทางอารมณ์เด็ก	ก่อนดำเนินการพัฒนา			หลังดำเนินการพัฒนา		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
<b>ด้านดี</b>						
1. แสดงความเห็นใจเมื่อเห็นเพื่อนหรือผู้อื่นทุกข์ร้อน เช่น บอกว่าสงสาร เข้าไปปลอบหรือเข้าไปช่วย	2.30	0.45	น้อย	2.26	0.43	น้อย
2. หยุดการกระทำที่ไม่ดีเมื่อผู้ใหญ่ห้าม	2.16	0.37	น้อย	2.73	0.46	ปานกลาง
3. แบ่งปันสิ่งของให้คนอื่น ๆ เช่น ขนม ของเล่น	2.13	0.33	น้อย	2.68	0.48	ปานกลาง
4. บอกขอโทษหรือแสดงท่าที่ยอมรับผิดเมื่อรู้ว่าทำผิด	2.56	0.49	ปานกลาง	2.77	0.82	ปานกลาง
5. อดทน และรอคอยได้	2.71	0.45	ปานกลาง	2.80	0.69	ปานกลาง
ผลรวมด้านดี	11.86	0.88	ปกติ	13.24	1.50	ปกติ
<b>ด้านเก่ง</b>						
6. อยากรู้อยากเห็นกับของเล่นหรือสิ่งแปลกใหม่	2.20	0.39	น้อย	3.02	0.14	ปานกลาง
7. สนใจ รู้สึกสนุกกับงานหรือกิจกรรมใหม่ๆ	2.29	0.45	น้อย	2.93	0.77	ปานกลาง
8. ซักถามในสิ่งที่อยากรู้	2.65	0.47	ปานกลาง	2.89	0.92	ปานกลาง
9. เมื่อไม่ได้ของเล่นที่อยากได้ก็สามารถเล่นของอื่นแทน	2.12	0.32	น้อย	3.38	0.68	ปานกลาง
10. ยอมรับกฎเกณฑ์หรือข้อตกลง แม้จะผิดหวัง/ไม่ได้สิ่งที่ต้องการ	2.37	0.48	น้อย	3.75	0.43	มาก
ผลรวมด้านเก่ง	11.62	1.06	ปกติ	15.95	1.38	ปกติ
<b>ด้านสุข</b>						
11. แสดงความภาคภูมิใจเมื่อได้รับคำชมเชย เช่น บอกเล่าให้ผู้อื่นรู้	2.65	0.47	ปานกลาง	2.89	0.31	ปานกลาง
12. รู้จักหาของเล่น หรือกิจกรรมเพื่อสร้างความสนุกสนาน เพลิดเพลิน	2.12	0.32	น้อย	3.63	0.48	มาก
13. แสดงอารมณ์สนุกหรือร่วมสนุกตามไปกับสิ่งที่เห็น เช่น ร้องเพลง กระโดดโลดเต้น หัวเราะเฮฮา	2.45	0.49	น้อย	3.47	0.72	ปานกลาง
14. เกือบตัว ไม่เล่นสนุกสนานกับเด็กคนอื่น ๆ	2.52	0.66	น้อย	2.39	0.90	น้อย
15. ไม่กลัวเมื่อต้องอยู่กับคนที่ไม่สนิทสนม	2.16	0.36	น้อย	3.48	0.87	ปานกลาง
ผลรวมด้านสุข	11.88	0.98	ปกติ	15.85	1.90	ปกติ

เมื่อพิจารณาผลของค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ก่อนดำเนินการพัฒนาเท่ากับ 35.37 (S.D.=2.15) และค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์หลังดำเนินการพัฒนาเท่ากับ 45.05 (S.D.=2.12) ทั้งนี้วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ก่อนและหลังด้วยสถิติ paired t-



test พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์  $t$  เท่ากับ 73.14,  $p < .001$  แสดงว่าความฉลาดทางอารมณ์ก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

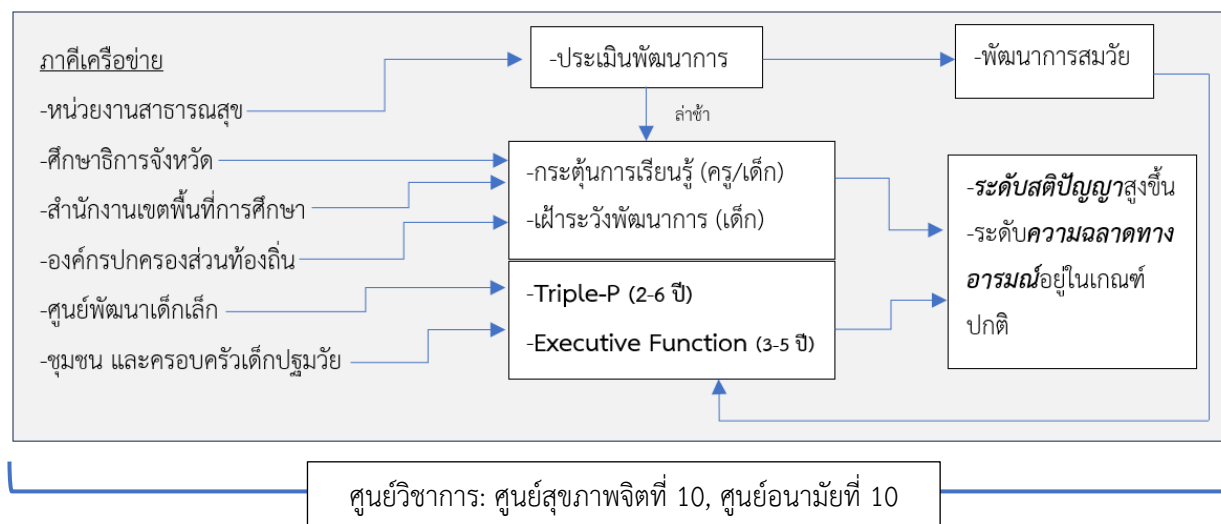
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา (n=497)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการพัฒนา		หลังดำเนินการพัฒนา		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญา	97.88	16.32	101.39	13.38	7.50	.001*
ค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์	35.37	2.15	45.05	2.12	73.14	.001*

\* $p$ -value<.05

#### ระยะที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัย

จากผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญา หลังการนำรูปแบบไปใช้และประเมินเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงด้วยความฉลาดทางอารมณ์ ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะในการเพิ่มความสมบูรณ์ของแนวทางปฏิบัติด้วยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี, ศูนย์สุขภาพจิตเขต 10 อุบลราชธานี, ชมรมผู้สูงอายุ, สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข, สมาคมแม่บ้านมหาดไทย สำนักงานกาชาดจังหวัด และ สสส. Node รวมไปถึงองค์กรอิสระ ซึ่งถือว่าเป็นต้นทุนของชุมชน เพื่อร่วมกันผลักดันการส่งเสริมระดับสติปัญญา และยกระดับศักยภาพเด็กปฐมวัย จังหวัดอุบลราชธานี



แผนภาพที่ 3 การปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัย



## อภิปรายผล

จากการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัย ในระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการพัฒนาทางสติปัญญาของเด็กปฐมวัย ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าเด็กอนุบาล 2 มีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากล (IQ=100) (Blom & Blom, 1989; Vanhanen, 2002) ซึ่งผลการวิเคราะห์ปัจจัยทางสังคมพบว่า 1 ใน 2 ของเด็กทั้งหมด ได้รับการเลี้ยงดูจากปู่ย่า/ตายาย ซึ่งเป็นคนข้ามรุ่น และมีเด็ก 1 ใน 4 คนไม่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก โดย 1 ใน 2 ของเด็กทั้งหมดยังได้รับการฟังก่อนนอน อธิบายได้ด้วยแนวคิดของ Greenfield & Bruner (1996) ว่าพัฒนาการทางเชาว์ปัญญามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ โดยในวัยเด็กจะมีความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างมีขีดจำกัดกว่าวัยผู้ใหญ่ ในช่วงวัยเด็กระดับสติปัญญาจึงมีอิทธิพลจากปัจจัยด้านอาหารและโภชนาการ ลักษณะการเลี้ยงดู และการส่งเสริมการเรียนรู้ ส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาศักยภาพทางสมองของเด็กตามช่วงวัยที่เหมาะสม จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับสติปัญญาของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ลักษณะการเลี้ยงดู/ ผู้เลี้ยงดูหลักที่ความสัมพันธ์กับระดับสติปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผดุงศักดิ์ ศรีवास และ เลิศชัย เจริญธัญรักษ์, 2561) สอดคล้องกับนโยบายของกรมอนามัย ที่มุ่งเน้นให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง นำเทคนิค กิน กอด เล่น เล่า นอน ผ้า อบอุ่น มาส่งเสริมทักษะเด็กปฐมวัย ให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วยกลยุทธ์การขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 2,500 วัน แรกของชีวิต ด้วยการเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยใน 4 ประเด็นมุ่งเน้น ประกอบด้วย อาหารและโภชนาการ การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม เพื่อให้เด็กปฐมวัยมีระดับสติปัญญาที่อยู่ในระดับเกณฑ์มาตรฐาน

การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญาซึ่งมีองค์ประกอบหลักจากปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การประเมินพัฒนาการ การเสริมศักยภาพที่หลากหลาย อาทิ การเสริมสร้างทักษะสมองส่วนหน้าเพื่อการสร้างวินัยเชิงบวก การกระตุ้นการเรียนรู้ การเสริมทักษะการใช้ชีวิตในช่วงปฐมวัย จะทำให้เด็กมีการพัฒนาศักยภาพที่ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Gardner (1993) และ Sternberg (1999) ที่เชื่อว่าองค์ประกอบสำคัญของการเพิ่มระดับสติปัญญาของเด็ก ประกอบด้วยความสามารถเฉพาะบุคคลที่ได้แต่กำเนิด และอิทธิพลด้านวัฒนธรรมต่อการเรียนรู้ในช่วงปฐมวัย โดยเฉพาะความฉลาดทางอารมณ์ถือว่าเป็นความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ของตนเองรู้จักควบคุมและแสดงออกอย่างเหมาะสม เข้าใจตนเองและผู้อื่น มีความมุ่งมั่น อดทน ปรับตัวได้ดีต่อปัญหา กล้าแสดงออก สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ซึ่งพัฒนาได้จากการเลี้ยงดู กระตุ้นพัฒนาเด็กอย่างถูกต้องในวัยเด็ก เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่จะมีความสุข และสามารถใชความสามารถทางสติปัญญาได้อย่างเต็มที่ (จันทร์อาภา สุขทรัพย์, 2564) ซึ่งเป็นรูปแบบที่การศึกษานี้พัฒนาขึ้น เพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัย

ผลของการนำรูปแบบฯ ไปใช้ และประเมินผลด้วยองค์ประกอบ ระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ยังมีความสำคัญกับเด็กปฐมวัย จากการศึกษาครั้งนี้ชี้ชัดว่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กหลังดำเนินการพัฒนามีความแตกต่างกับก่อนดำเนินการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัยจังหวัดอุบลราชธานี ที่เน้นการสร้างวินัยเชิงบวก และการเสริมทักษะสมองส่วน



หน้า ให้เด็กเกิดการเรียนรู้ โดยสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและบุคคลอื่นๆ เช่น พ่อแม่ ครู ผู้ดูแลเด็ก สมาชิกคนอื่นๆ ในสังคม เกิดการเรียนรู้เรื่องการสื่อสาร การใช้ภาษา รวมถึงแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความเข้าใจในสิ่งต่างๆ รอบตัวมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ เด็กแรกเกิดถึง 12 ปีเป็นช่วงวัยที่ต้องการ การขยายประสบการณ์ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่จะฝึกให้เป็นนิสัย เพื่อให้ได้แบบอย่างหรือแนวทางปฏิบัติของสังคม (นริศรา ตริยันธ์, 2562) อันจะนำไปสู่การส่งเสริมระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัยในจังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการศึกษาทำให้ทราบสถานการณ์ระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัย และปัจจัยทางสังคม การเลี้ยงดู ซึ่งค้นพบประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูโดยเฉพาะการเลี้ยงดูโดยคนข้ามรุ่น และใช้หน้าจอบ่อยเป็นระยะเวลานาน เป็นข้อมูลที่สามารถนำไปวางแผนเพิ่มศักยภาพเด็กปฐมวัยให้มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ และระดับสติปัญญาสูงขึ้นได้ โดยเฉพาะรูปแบบการเลี้ยงดูที่เน้นให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ภายใต้ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย อาทิ พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู และชุมชน รวมถึงครอบครัว ด้วยกระบวนการกระตุ้น การเสริมทักษะ การสร้างวินัยเชิงบวก และการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมกับเด็กปฐมวัย ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษา หน่วยงานสนับสนุน เช่น ศูนย์อนามัย ศูนย์สุขภาพจิต ให้การช่วยเหลือ และสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ อันจะเป็นแนวทางที่นำไปพัฒนาที่สำคัญต่อเด็กปฐมวัยและพัฒนาไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายในการส่งเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัยต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัยในระยะยาว เพื่อติดตามระดับสติปัญญาอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาทักษะทางการเรียนรู้ และความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย ที่จะนำไปสู่การยกระดับศักยภาพเด็กปฐมวัยให้มีระดับสติปัญญาที่สูงขึ้น
2. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่อการส่งเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัย ให้มีระดับสติปัญญาที่สูงขึ้น เพื่อสร้างกลไกการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกันขององค์กรที่เกี่ยวข้อง

### เอกสารอ้างอิง

- จันทพิมพ์ สารกร, จุฑามาศ โชติบาง และมาลี เอื้ออำนวย. (2563). ความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักเพื่อการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *พยาบาลสาร*, 47(2), 1-11
- ณิชาวรรณ จงรักชฌนกิจ, มธุรดา สุวรรณโพธิ์, จันทร์อาภา สุขทัพพ์, ประเสริฐ จุฑา และรัชดาวรรณ แดงสุข. (2565). ระดับสติปัญญานักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1: การสำรวจระดับชาติ พ.ศ. 2564. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 31(1), 1-11.
- นริศรา ตริยันธ์. (2562). ความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาโรงเรียนชุมชนทองประดิษฐ์อนุสรณ์ สำนักงานเขตทุ่งครุ กรุงเทพมหานคร. *ศิลปะการจัดการ*, (3)1, 43-52.



## เอกสารอ้างอิง

- บัณฑิต ศรีไพศาล และปราณี ชาญณรงค์. (2552). การศึกษาทบทวนองค์ความรู้ด้านทฤษฎีและเครื่องมือประเมินระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ (IQ และ EQ) เด็ก (A review of theoretical knowledge and a tool to assess intelligence and emotional intelligence (IQ and EQ) levels in children). ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปราณี ชาญณรงค์ และบัณฑิต ศรีไพศาล. (2553). รายงานวิจัยการพัฒนาเครื่องมือวิจัยเชิงสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กไทย (The development of a survey research instrument for Intelligence Quotients (IQ) test of Thai children). ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ผดุงศักดิ์ ศรีवास และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์. (2561). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับสติปัญญาของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 11(3), 14-21.
- จันทร์อาภา สุขทัพภ์. (2564). *เด็กรุ่นสร้างเด็กไทย ไอคิวดี : การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2564*. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- อรุณี หรดาล (2563). สอนอย่างไรให้เด็กปฐมวัยคิดเป็น. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 10(2), 211-228.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (1997). *Research in Education*. (7th ed). Boston: Allyn and Bacon.
- Blom, G., & Blom, G. (1989). *The Normal Distribution*. New York: Springer.
- Gardner, H. (1993). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*.
- García, J. L., & Heckman, J. J. (2021). Early childhood education and life-cycle health. *Health economics*, 30 Suppl 1(Suppl 1), 119-141. <https://doi.org/10.1002/hec.4148>
- Greenfield, P. M., & Bruner, J. S. (1996). Culture and Cognitive Growth. *International Journal of Psychology*, 1(2), 89-107. <https://doi.org/10.1080/00207596608247117>
- Krejcie, R.V., & Morgan, D. W. (1970). "Determining Sample Size for Research Activities". *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Sternberg, R. J. (1999). The Theory of Successful Intelligence. *Review of General Psychology*, 3(4), 292-316. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.3.4.292>
- Lynn, R., & Vanhanen, T. (2002). *IQ and the Wealth of Nations*. Westport, CT: Praeger. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.5040/9798400672408>



## การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี

ศุภชัย ยานะเรือง<sup>1</sup>, คณาพัฒน์ เล็บครุฑ<sup>2</sup>, รุจิรา มาตขาว<sup>3</sup>, อสิริยาภรณ์ สีสอง<sup>4</sup>, ปิยะณัฐฎ์ จันทวารีย์<sup>1\*</sup>,  
อรนุช วงศ์วัฒนาเสถียร<sup>5</sup>, มณฑิรา จันทวารีย์<sup>5</sup> และอดิศักดิ์ พละสาร<sup>5</sup>

<sup>1</sup> วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>2</sup> คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

<sup>3</sup> โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

<sup>4</sup> ศูนย์บริการสาธารณสุข 25 เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร, <sup>5</sup> คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

(วันที่รับบทความ: 30 สิงหาคม 2567; วันที่แก้ไข: 12 ธันวาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 8 มกราคม 2568)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในโรงเรียนขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ ของจังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ทุกข้อมีค่าระหว่าง 0.50 ถึง 1 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟามีค่าเท่ากับ 0.88 เก็บรวบรวมข้อมูลในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 169 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Kruskal-Wallis Test

ผลการวิจัยนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.78 รับเงินเฉลี่ยต่อวัน 35.59 บาท ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับแม่ ร้อยละ 64.97 ที่มีอาชีพเกษตรกรเป็นหลัก ร้อยละ 34.52 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=1.58$ , S.D.=0.32) ด้านอาการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ( $\bar{X}=1.96$ , S.D.=0.41) และด้านความสุขสบายทางสังคมมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ( $\bar{X}=1.28$ , S.D.=0.34) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในโรงเรียนขนาดเล็ก ( $\bar{X}=39.89$ , S.D.=8.39) ขนาดกลาง ( $\bar{X}=39.62$ , S.D.=8.54) และขนาดใหญ่ ( $\bar{X}=38.63$ , S.D.=8.12) ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า โรงเรียนขนาดเล็ก กลาง และใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากไม่ต่างกัน ( $p$ -value=.791) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในหลายด้าน โดยหน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถใช้ข้อมูลนี้ในการวางแผนและพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยไม่ละเลยโรงเรียนในทุกขนาด จึงจะช่วยให้การดูแลสุขภาพฟันของนักเรียนเป็นไปอย่างทั่วถึงและปรับปรุงกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ การให้ความรู้ด้านสุขภาพฟัน เช่น การจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหาร

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก, นักเรียน, โรงเรียน

\*ผู้รับผิดชอบบทความ: ปิยะณัฐฎ์ จันทวารีย์; peyanut@scphub.ac.th



## Comparison of Oral Health-Related Quality of Life Among Sixth Grade Students in Small, Medium, and Large Schools in Ubon Ratchathani Province

Supachai Yanarueng<sup>1</sup>, Khanaphan Lebkrut<sup>2</sup>, Rujira Madkhao<sup>3</sup>, Itsareeyaphorn Seesong<sup>4</sup>,  
Peyanut Juntavaree<sup>1\*</sup>, Oranuch Wongwattanasathien<sup>5</sup>, Montira Juntavaree<sup>5</sup>, and Adisak Phalasar<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,  
Praboromarajchanok Institute,

<sup>2</sup>Faculty of Dentistry, Bangkokthonburi University

<sup>3</sup>Thauthen Hospital, Nakhon Phanom Province, <sup>4</sup>Public Health Center 25 Huai Khwang, Bangkok Province

<sup>5</sup>Faculty of Science and Technology, Rajabhat Mahasarakham University

(Received: 30 August 2024; Revised: 12 December 2024; Accepted: 8 January 2025)

### Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study the oral health-related quality of life (OHRQoL) among sixth grade students and compare the mean OHRQoL scores across small, medium, and large schools in Ubon Ratchathani Province. The sample included 169 students selected through multi-stage sampling. Data were collected using a questionnaire consisting personal characteristics and OHRQoL form. The tools were verified with content validity (IOC:0.50-1), and reliability testing with Cronbach's alpha coefficient that was 0.88. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, along with the Kruskal-Wallis test, were used for data analysis.

The results found that most students were male (51.78%), an average daily allowance was 35.59 THB. The sample primarily lived with their mothers (64.97%) that major occupation was agriculture (34.52%). The overall OHRQoL was at a moderate level ( $\bar{X}$ =1.58, S.D.=0.32), the highest mean score was the symptom domain ( $\bar{X}$ =1.96, S.D.=0.41), and the lowest score was social well-being ( $\bar{X}$ =1.28, S.D.=0.34). There were no significant differences among students from small ( $\bar{X}$ =39.89, S.D.=8.39), medium ( $\bar{X}$ =39.62, S.D.=8.54), and large schools ( $\bar{X}$ =38.63, S.D.=8.12) ( $p$ =.791). These findings suggest public health authorities using this information to plan and develop oral health promotion programs for all school sizes that to ensure equitable dental care, dental health education, and hygiene practices such as brushing their teeth after meals.

**Keywords:** oral health-related quality of life, students, school

**\*Corresponding author:** Peyanut Juntavaree; peyanut@scphub.ac.th



## บทนำ

ปัญหาสุขภาพในช่องปากเป็นปัญหาสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขสำหรับประเทศไทย ซึ่งประชากรไทยจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งมีผลกระทบหรือปัญหาต่อคุณภาพชีวิต เกิดจากสภาวะช่องปากของตน (สุตาดวง กฤษฎาพงษ์, 2564) โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียน หากปล่อยจนลุกลามเกิดความเจ็บปวดทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารลดลง ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางกาย รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน การนอน และการเรียน ส่งผลต่อพัฒนาการทางสติปัญญา (St Leger, 2001) ส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาในด้านการบริหารจัดการ โดยเฉพาะโรงเรียนขนาดเล็กที่มีปัญหาด้านงบประมาณ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยรายหัวที่สูง งบประมาณไม่เพียงพอ ขาดวัสดุอุปกรณ์ และเทคโนโลยีสนับสนุน (กัญญากร เอี่ยมพญา, นิวัตต์ น้อยมณี, พรทิพย์ อ้นเกษม และคณะ, 2565) ทั้งนี้ การดำเนินงานทันตสาธารณสุข ปี 2565 ที่มีการกำหนดเป้าประสงค์เด็กวัยเรียนวัยรุ่นสุขภาพช่องปากดี โดยในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปรากฏจากฟันผุมากกว่า ร้อยละ 70 และได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากครอบคลุมมากกว่า ร้อยละ 50 ด้วยการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากที่มีคุณภาพและมีความครอบคลุมในโรงเรียน (สำนักทันตสาธารณสุข, 2565) แต่ในปัจจุบันก็ยังพบปัญหาทางทันตกรรมในเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

สภาวะสุขภาพในช่องปากเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีความชุกของโรคฟันผุ ร้อยละ 52.0 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.4 ซี่/คน สภาวะเหงือกอักเสบ ร้อยละ 66.3 พฤติกรรมสุขภาพในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 แปร่งฟันหลังอาหารกลางวัน ร้อยละ 44.7 ดื่มน้ำอัดลมทุกวัน ร้อยละ 13.4 และกินขนมกรุบกรอบทุกวัน ร้อยละ 32.6 การรับรู้และการรับบริการด้านสุขภาพ เคยปวดฟัน ร้อยละ 36.7 เคยหยุดเรียนเพราะไปทำฟัน ร้อยละ 12.2 เคยได้รับการตรวจฟัน ร้อยละ 84.7 เคยได้รับการรักษาฟันและเหงือก ร้อยละ 50.8 โดยสถานบริการภาครัฐยังคงเป็นสถานบริการหลักในการไปรับบริการในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (สำนักทันตสาธารณสุข, 2561) ดังนั้น เด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญที่ควรดำเนินการส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพ เพราะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบที่มาจากความเจ็บปวดทางช่องปากสูง (สำนักทันตสาธารณสุข, 2565) จึงควรมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดี

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก เป็นความสัมพันธ์ของสภาวะทันตสุขภาพช่องปากกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลในหลายด้าน เช่น ความมั่นใจและความพอใจ รวมถึงความเป็นอยู่ในสังคม หรือผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายที่มีผลต่อความสุขในการดำเนินชีวิตโดยรวม มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการ ด้านความจำกัดในการทำหน้าที่ ด้านความสุขสบายทางจิตใจ และด้านความสุขสบายทางสังคม (Locker, 1988) การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี อาศัยการส่งเสริมจากปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (อรฉัตร คุรุรัตน์ และฐิติมา เตียววัฒนวิวัฒน์, 2559) อีกทั้งเด็กวัยเรียนเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของการดำเนินงานทันตกรรมระดับประเทศ จึงจำเป็นต้องทราบข้อมูลที่สะท้อนถึงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก นอกเหนือจากข้อมูลของโรคในช่องปากเท่านั้น (สุตาดวง กฤษฎาพงษ์, 2564) แต่ปัจจุบันองค์ความรู้ยังไม่สมบูรณ์



จากการทบทวนผลการศึกษาคคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในนักเรียนปฐมศึกษา อาทิกการศึกษาของ จุฬนาริน วิทยวรรณกุล, อรวรรณ นามมนตรี, วรวัฒน์ แก่นจันทร์ และคณะ (2562) พบว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากใน นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ร้อยละ 70.78 เช่น ปัญหาการพูด การกิน และการยิ้ม ร้อยละ 55.5, 30.8 และ 19.2 (ตามลำดับ) ผู้ที่มีฟันผุได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพช่องปาก เป็น 3.78 เท่าของผู้ที่ไม่มีฟันผุ สำหรับการศึกษานี้ในต่างประเทศของ Berhan Nordin, Shoaib, Mohd Yusof, et al (2019) ที่ศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 11-12 ปี ในประเทศมาเลเซีย พบว่า ผลกระทบส่วนใหญ่มี ระดับความรุนแรง "น้อยมาก" ถึง "ปานกลาง" ผลกระทบส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารการทำความสะอาดช่อง ปาก และกิจกรรมในชีวิตประจำวัน แสดงให้เห็นว่า สภาวะทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

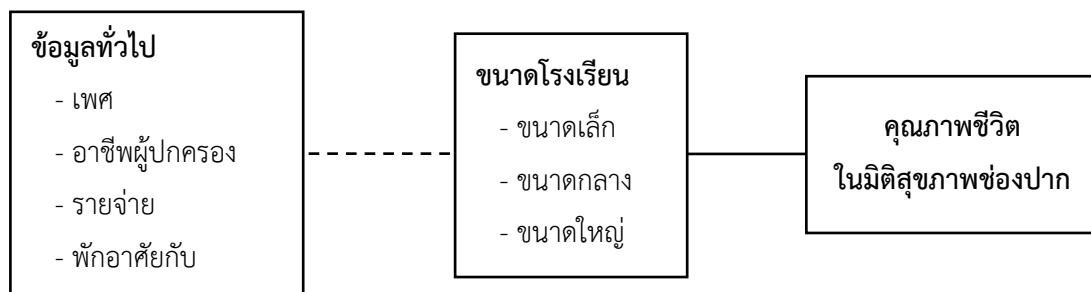
ด้วยเหตุผลดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาคคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระหว่างโรงเรียนขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี ทำให้ทราบผลกระทบจากโรคหรือภาวะในช่องปากที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน โดยคำนึงถึงความแตกต่างของขนาดโรงเรียน เพื่อสร้างความเท่าเทียมกันทางสุขภาพในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ ของจังหวัดอุบลราชธานี

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้องมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



## ระเบียบวิธีวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เป็นการศึกษา ณ จุดใดจุดหนึ่งของเวลา ศึกษาตัวแปร “ขนาดของสถานศึกษา” และ “คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก” ในช่วงเวลาเดียวกัน เก็บรวบรวมข้อมูลเพียงครั้งเดียว เริ่มต้นจากการกำหนดกลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในนักเรียนทั้งหมดโดยอาศัยความน่าจะเป็น รวบรวมข้อมูล ณ วันที่ 1-30 กันยายน 2565 ในโรงเรียนขนาดเล็ก (<119 คน) โรงเรียนขนาดกลาง (120-719 คน) และโรงเรียนขนาดใหญ่ (720-1,679 คน) (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาอุบลราชธานี เขต 1, 2565)

**ประชากร** คือ นักเรียนชายและหญิงที่ศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2565 โรงเรียนประถมศึกษาในเขตจังหวัดอุบลราชธานี ในเขตพื้นที่การศึกษาทั้ง 5 เขต นักเรียนทั้งหมด 18,077 คน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาอุบลราชธานี เขต 1, 2565)

### เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. โรงเรียนที่จัดสอนในระดับประถมศึกษา ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี
2. นักเรียนชายและหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2565

### เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ปกครองไม่ยินยอมให้เข้าร่วมวิจัย
2. นักเรียนไม่มาในวันที่ออกเก็บข้อมูล
3. นักเรียนย้าย หรือลาออกระหว่างทำการศึกษา

**กลุ่มตัวอย่าง** คือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2565 โรงเรียนประถมศึกษาในเขตจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 197 คน แบ่งออกเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาในโรงเรียนขนาดเล็ก 57 คน โรงเรียนขนาดกลาง 107 คน และโรงเรียนขนาดใหญ่ 33 คน จำนวนดังกล่าวได้มาจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G\* Power 3.1.9.7 แทนค่าดังนี้ ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.25 ความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi - Stage Stratified Random Sampling)

## เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 5 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามปลายปิด คือ ขนาดโรงเรียน เพศ การพักอาศัย อาชีพของผู้ปกครอง คำถามปลายเปิด คือ รายจ่าย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินดัชนี CPQ-TH11-14 ของ Locker (1998) แปลภาษาไทยโดย ธิรัตน์ นวนศรี และทรงชัย ลีโตโสภกุล (2557) จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอาการ 2) ด้านความจำกัดในการทำหน้าที่ 3) ด้านความสุขสบายทางจิตใจ



และ 4) ด้านความสุขสบายทางสังคม คำตอบเป็นตัวเลือก 4 ระดับ ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคย เกณฑ์การแปลความหมายคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก คือ ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00) และระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 2 ส่วน คือ แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคลและแบบสอบถามดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 3 คน ใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผลการตรวจสอบ พบว่า คำถามทุกข้อมีค่าระหว่าง 0.50 ถึง 1 รวมถึงดำเนินการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนปลาปากราษฎร์บำรุง จังหวัดนครพนม มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (1990) พบว่า แบบสอบถามดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.88

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึงวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ดังนี้

- 1) ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงเรียนประถมศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี แบ่งเป็นโรงเรียนขนาดเล็ก คือ โรงเรียนบ้านหนองสำราญ โรงเรียนบ้านโคกสมบุรณ์ โรงเรียนบ้านบอน โรงเรียนนางาม และโรงเรียนบ้านจิก โรงเรียนขนาดกลาง คือ โรงเรียนประชารัฐสามัคคี โรงเรียนบ้านท่าไทร และโรงเรียนบ้านจาม โรงเรียนขนาดใหญ่ คือ โรงเรียนจะหลวย รวมทั้งสิ้น 9 โรงเรียน และเมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงนัดหมายวันเวลาเก็บข้อมูล
- 2) ผู้วิจัยแจกแบบฟอร์มขอความยินยอมจากผู้ปกครองก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล พร้อมนัดหมายรับแบบสอบถามคืน เนื่องจากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ยังอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ปกครอง
- 3) เมื่อได้รับอนุญาตจากแบบฟอร์มยินยอม ผู้วิจัยประสานครูกับครูประจำชั้น เตรียมแบบสอบถามให้เพียงพอและเก็บข้อมูลนักเรียนตามวันที่กำหนด จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ใช้สำหรับอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีมากกว่า 2 กลุ่ม และมีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ จึงทดสอบการแจกแจงด้วยสถิติ Shapiro-Wilk W test พบว่า การแจกแจงข้อมูลโรงเรียนทั้ง 3 ขนาด เป็นแบบไม่ปกติ  $p\text{-value} < .001$  (อรุณ จิรวัดณ์กุล, 2547) จึงตัดสินใจเลือกใช้สถิติ Kruskal-Wallis test ซึ่งเป็นสถิติ



ที่เหมาะสม สำหรับอธิบายผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2565 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2566 เลขที่ SCPHUBS 012/2565

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.78 รายจ่ายเฉลี่ยต่อวัน จำนวน 35.59 บาท ปัจจุบันส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับแม่ ร้อยละ 64.97 รองลงมา คือ พ่อ ยาย และตา ร้อยละ 57.87, 28.43 และ 25.89 (ตามลำดับ) ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 34.52 รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป ค้าขาย และข้าราชการ ร้อยละ 28.93, 20.81 และ 11.17 ตามลำดับ และส่วนใหญ่เป็นโรงเรียนขนาดกลาง ร้อยละ 39.62

#### ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=1.58$ , S.D.=0.32) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านอาการ ( $\bar{X}=1.96$ , S.D.=0.41) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านความสุขสบายทางสังคม ( $\bar{X}=1.28$ , S.D.=0.34) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี ของโรงเรียนแต่ละขนาดแยกเป็นรายด้านและโดยภาพรวม (n=197)

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ของนักเรียน	โรงเรียน				แปลผล
	ขนาดเล็ก	ขนาดกลาง	ขนาดใหญ่	รวม	
	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)	
1. ด้านอาการ	1.96 (0.41)	1.99 (0.38)	1.84 (0.49)	1.96 (0.41)	ปานกลาง
2. ด้านความจำกัดในการทำหน้าที่	1.43 (0.35)	1.40 (0.40)	1.41 (0.42)	1.41 (0.39)	ปานกลาง
3. ด้านความสุขสบายทางจิตใจ	1.64 (0.42)	1.71 (0.50)	1.59 (0.45)	1.67 (0.47)	ปานกลาง
4. ด้านความสุขสบายทางสังคม	1.33 (0.37)	1.26 (0.33)	1.29 (0.28)	1.28 (0.34)	ปานกลาง
รวม	1.53 (0.32)	1.52 (0.32)	1.48 (0.31)	1.58 (0.32)	ปานกลาง

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าโรงเรียนแต่ละขนาดมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากไม่ต่างกัน (K.W.=0.46; p-value=.791) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ผลเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี เปรียบเทียบระหว่างโรงเรียนแต่ละขนาดที่แตกต่างกันด้วยวิธี Kruskal-Wallis Test (n=197)

โรงเรียน	n	$\bar{X}$	S.D.	Median	IQR	K.W.	p-value
ขนาดเล็ก	57	39.89	8.39	37	7		
ขนาดกลาง	107	39.62	8.54	38	8	0.46	0.791
ขนาดใหญ่	33	38.63	8.12	37	8		

\*p-value<.05

### อภิปรายผล

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพในช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า โดยภาพรวมคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น เศษอาหารติดตามซอกฟัน มีกลิ่นปาก มีแผลในช่องปาก เลือดออกตามไรฟัน รับประทานอาหารที่ชอบได้ลำบาก และวิตกกังวลว่าคนอื่นจะคิดอย่างไรเกี่ยวกับปัญหาในช่องปากของตน ปัญหาดังกล่าว กระทบต่อการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เกิดความรู้สึกอาย ไม่มั่นใจ และไม่สบายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Berhan Nordin, Shoab, Mohd Yusof, et al (2019) พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 11-12 ปี ในประเทศมาเลเซีย ผลกระทบส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรง "น้อยมาก" ถึง "ปานกลาง" โดยผลกระทบส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารการทำความสะอาดช่องปาก และกิจกรรมในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ St Leger (2001) พบว่า ฟันผุเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญในเด็กวัยเรียน หากปล่อยจนโรครุกลามเกิดความเจ็บปวดทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารลดลง ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางกาย อาการปวดยังรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน การนอน และการเรียน ส่งผลต่อพัฒนาการทางสติปัญญา รวมถึงขาดความมั่นใจในการพบปะผู้คน ส่งผลต่อบุคลิกภาพของเด็ก เด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี ใช้เวลาทำกิจกรรมในโรงเรียน 8-9 ชั่วโมงต่อวัน การส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะที่โรงเรียน ได้แก่ การให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก การฝึกทักษะการแปรงฟันหรือการเลือกซื้ออาหาร เช่น การคำนวณปริมาณสารอาหารตามฉลากโภชนาการ และการรณรงค์จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนเพื่อให้นักเรียนเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปาก จึงมีส่วนสำคัญทำให้เด็กเกิดความรู้ด้านสุขภาพ

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนขนาดเล็ก กลาง และใหญ่ ของจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า โรงเรียนขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน เนื่องจากโรงเรียนทุกระดับได้รับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ไม่แตกต่างกันจากบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข ด้วยการส่งเสริมความรู้ทางทันตกรรม การแปรงฟันอย่างถูกวิธี การตรวจฟันด้วยตนเอง การควบคุมการบริโภคอาหาร และการรับบริการทันตกรรม



สอดคล้องกับการศึกษาของ St Leger (2001) พบว่า โรงเรียนมีบทบาทสำคัญในการสร้างความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับเด็ก โดยเฉพาะการให้ความรู้ด้านการแปรงฟันที่ถูกต้อง การเลือกอาหารที่เหมาะสม และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน สอดคล้องกับนโยบายของ สำนักทันตสาธารณสุข (2565) ที่มีแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ปี 2565 ที่มีการกำหนดเป้าประสงค์เด็กวัยเรียนวัยรุ่นสุขภาพช่องปากดี โดยในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปรากฏจากฟันผุและได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากครอบคลุม ด้วยการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่มีคุณภาพและครอบคลุมในโรงเรียน การพัฒนาเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ที่ได้รับการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน อาทิ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ช่วยยกระดับการดูแลสุขภาพนักเรียนในทุกโรงเรียน โดยครอบคลุมทั้งโรงเรียนขนาดเล็ก กลาง และใหญ่ ทำให้ทุกโรงเรียนสามารถปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพและเท่าเทียมกัน

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. เน้นการส่งเสริมการแปรงฟันคุณภาพให้นักเรียนมีทักษะในใช้อุปกรณ์เสริมในการดูแลช่องปากตนเองอย่างถูกวิธี โดยเฉพาะเน้นประสิทธิภาพของกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน เพื่อกำจัดเศษอาหารที่อยู่ติดซอกฟันออกที่อาจส่งผลให้เกิดฟันผุในด้านประชิดหรือหินปูนสะสมในอนาคต
2. การส่งเสริมการจัดการสิ่งแวดล้อม เอื้อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมบริโภคที่ดีทั้งในโรงเรียนและชุมชน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากให้ดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การจัดทำโครงการยกระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก เพื่อพัฒนาให้คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6
2. การศึกษาการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ระหว่างในโรงเรียนของรัฐบาลกับโรงเรียนของเอกชน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี สังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ ตลอดจนขอขอบคุณนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และผู้ปกครองที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

- กัญญา เอี่ยมพญา, นิวัตต์ น้อยมณี, พรทิพย์ อ้นเกษม, อภิชาติ อนุกุลเวช และดาวประกาย ระโส. (2565). โรงเรียนขนาดเล็ก: ปัญหาที่ต้องตัดสินใจ. *วารสารสิรินธรปริทรรศน์*, 23(1), 315-329.



## เอกสารอ้างอิง

- จุพนาริน วิทยวรรณกุล, อรวรรณ นามมนตรี, และวรวัดน์ แก่นจันทร์. (2562). สภาวะสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษา จังหวัดขอนแก่น. *วารสารทันตภิบาล*, 30(2), 131-141.
- ธิดารัตน์ นวนศรี และทรงชัย ฐิตโสสมกุล. (2557). การดัดแปลงข้ามวัฒนธรรมของแบบประเมิน CPQ11-14 เพื่อวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนประถมศึกษา. *วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 37(3), 327-340. สืบค้นจาก <https://doi.org/10.58837/CHULA.CUDJ.37.3.7>
- สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 1. (2565). *ระบบสารสนเทศโรงเรียนในแต่ละเครือข่าย*. สืบค้นจาก <https://ubn1.go.th/site/index>
- สำนักทันตสาธารณสุข. (2561). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
- สำนักทันตสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา*. สืบค้นจาก <https://dental.anamai.moph.go.th/th/cms-of-545/177337>
- สุดาตวง กลุษาพงษ์. (2564). *ตัวกำหนดสุขภาพทางสังคมและการดำเนินงานกับประชากร: การนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก*. กรุงเทพฯ: คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรฉัตร คุรุรัตน์ และฐิติมา เดียววัฒน์วิวัฒน์. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาธารณสุขศาสตร์ ทันตสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 10(2), 115-126.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2547). *ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- Berhan Nordin, E. A., Shoaib, L. A., Mohd Yusof, Z. Y., Manan, N. M., & Othman, S. A. (2019). Oral health-related quality of life among 11–12 years old indigenous children in Malaysia. *BMC Oral Health*, 19, 1-10
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing* (5th ed.). New York: Harper Collins Publishers.
- Locker, D. (1998). Issues in measuring change in self-perceived oral health status. *Community dentistry and oral epidemiology*, 26(1), 41-47.
- St Leger, L. (2001). Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health promotion international*, 16(2), 197-205. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.197>.



ความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาทันตสาธารณสุข  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ  
ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

กันยารัตน์ ชีราวุฒิ<sup>1</sup>, ปิยะณัฐฎ์ จันทวารีย์<sup>1\*</sup>, จุฑามาศ ปุราชะท่าเม<sup>2</sup>, ธัญรัตน์ อินธิยา<sup>3</sup>, อรณุช วงศ์วัฒนาเสถียร<sup>4</sup>,  
มณฑิรา จันทวารีย์<sup>4</sup>, สุรัตนา เหล่าไชย<sup>4</sup> และวรวรรวิชา ตรีสุนย์<sup>4</sup>

<sup>1</sup> วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

<sup>2</sup> โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์, <sup>3</sup> ศูนย์บริการสาธารณสุข 24 เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร

<sup>4</sup> คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

(วันที่รับบทความ: 16 ตุลาคม 2567 ; วันที่แก้ไข: 13 มีนาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 20 มีนาคม 2568)

### บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง สภาพแวดล้อม การรับรู้ กับความเครียดของนักศึกษาในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1-30 กันยายน 2564 ประชากร คือนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 160 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมของวิทยาลัย การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา และความเครียดของนักศึกษา ตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ทุกข้อมีค่าระหว่าง 0.66 ถึง 1 วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82, 0.97 และ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.38 เกรดเฉลี่ยสะสมเท่ากับ 3.07 (S.D.=0.40) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 6,482 บาทต่อเดือน (S.D.=4,964) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.00 พักอาศัยที่หอพักเอกชน ร้อยละ 70.63 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 41.88 สูบบุหรี่ ร้อยละ 1.88 สภาพแวดล้อมวิทยาลัยไม่เอื้ออำนวย ร้อยละ 51.25 การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในระดับมาก ร้อยละ 70.00 และความเครียดของนักศึกษาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 54.38 สภาพแวดล้อมวิทยาลัยไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด (OR=1.15; 95% CI=0.61-2.14;  $p$ -value=.65) และการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด (OR=1.25; 95% CI=0.63-2.49;  $p$ -value=.50) แม้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อม การรับรู้ กับความเครียดอาจยังไม่ปรากฏชัดเจน แต่การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนและสุขภาพทางจิตใจยังคงเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม

**คำสำคัญ:** การรับรู้, สภาพแวดล้อมของวิทยาลัย, ความเครียด, นักศึกษา, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

\*ผู้รับผิดชอบบทความ: ปิยะณัฐฎ์ จันทวารีย์; peyanut@scphub.ac.th



## Study of Stress Among Bachelor of Public Health Students, Dental Public Health Program, Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani Province, During the COVID-19 Pandemic

Kanyarat Chirawut<sup>1</sup>, Peyanut Juntavaree<sup>1\*</sup>, Juthamat Purachathamme<sup>2</sup>, Thanyarat Inthiyai<sup>3</sup>,  
Oranuch Wongwattanasathien<sup>4</sup>, Montira Juntavaree<sup>4</sup>, Surattana Loachai<sup>4</sup> and Wanwisa Treesoon<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,  
Praboromarajchanok Institute, <sup>2</sup>Banmai Chaiyaphot Hospital, Buriram Province,

<sup>3</sup>Public Health Service Center 24 Bangkhen, Bangkok,

<sup>4</sup>Faculty of Science and Technology, Rajabhat Maharakham University

(Received: 16 October 2025; Revised: 13 March 2025; Accepted: 20 March 2025)

### Abstract

The cross-sectional study aimed to examine the relationship between environment, perception, and stress among students during the COVID-19 pandemic at Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani Province. Data were collected from September 1-30, 2021. The sample were 160 students from the first year to the fourth year Bachelor of Public Health students in the Dental Public Health program. The research instruments were a questionnaire covering personal information, environment, perception, and stress. The content validity tool was verified by three experts with item-objective congruence that value items were 0.66 to 1. The Cronbach's alpha coefficients were 0.82, 0.97, and 0.89, respectively. Statistical analyses included frequency, percentage, mean, standard deviation, and simple logistic regression. Results found that most students were female (84.38%), with an average GPA of 3.07 (S.D.=0.40). The average monthly expenditure was 6,482 Thai bath (S.D.=4,964), most students (95.00%) reported no underlying diseases, and 70.63% resided in private dormitories. Alcohol consumption and smoking rates were 41.88% and 1.88%, respectively. The perception of the college environment non-conducive was 51.25%. The COVID-19 awareness at the high level was 70.00% and reported low stress was 54.38%. There were no significant associations between the college environment (OR=1.15; 95% CI 0.61-2.14,  $p=.65$ ) or perception of COVID-19 (OR=1.25; 95% CI=0.63-2.49,  $p=.50$ ) and stress levels. Despite the lack of statistical significance, enhancing the college environment to support academic success and mental well-being.

**Keywords:** perception, college environment, stress, students, coronavirus disease (COVID-19)

\*Corresponding author: Peyanut Juntavaree; peyanut@scphub.ac.th



## บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) เกิดจากเชื้อไวรัส severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 เป็นโรคอุบัติใหม่เกิดขึ้นครั้งแรก ที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ปลายปี พ.ศ. 2562 อันถือเป็นเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในระดับนานาชาติ หลังจากนั้นมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลกและมีผู้ติดเชื้อโรคเป็นจำนวนมาก (World Health Organization, 2020) ซึ่งการติดเชื้อนี้ สามารถติดต่อกันได้ โดยการสูดหายใจเอาละอองฝอย เข้าสู่ร่างกาย ที่ออกมาจากผู้ป่วยที่ ไอ จาม หรือหายใจออก ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะมีอาการเล็กน้อย มีอาการของโรคอาจคล้ายไข้หวัด บางส่วนอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ปอดอักเสบ มักมีอาการไข้ ไอ เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก และอาจทำให้เสียชีวิตได้ (Singhal, 2020) ในปัจจุบันยาที่ใช้ในการรักษามีจำกัด อีกทั้งโรคติดเชื้อนี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงเศรษฐกิจทั่วโลก (HengLi et al, 2020) สถานการณ์การติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา ระดับโลก ข้อมูล ณ วันที่ 10 พฤษภาคม 2564 พบผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตมากที่สุดในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ติดเชื้อที่ยืนยันแล้วทั้งสิ้น 158,959,750 คน (World Health Organization, 2021) ส่วนในประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อสะสม 85,005 คน รุนแรง 1,151 คน เสียชีวิต 421 คน (กรมควบคุมโรค, 2564) การระบาดระลอกใหม่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ได้ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลให้กับผู้คนทั่วโลกและประชาชนไทย ซึ่งมีสาเหตุมาจากการรับรู้ข่าวสาร แล้วทำให้เกิดความกลัวว่าตนเองติดเชื้อไวรัส หรือตนเองนำเชื้อไวรัสมาแพร่กระจายสู่ครอบครัว เกิดความเครียดจากการที่จะต้องปรับตัวให้เข้ากับนโยบายของรัฐบาลที่ปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ในทุกๆ วัน (กรมสุขภาพจิต, 2564)

ความเครียดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนในทุกช่วงเวลา มนุษย์ทุกคนย่อมหลีกเลี่ยงความเครียดไม่พ้น ซึ่งความเครียดเกิดได้กับคนทุกเพศ ทุกวัย ทุกสถานภาพ และทุกอาชีพ (กรมสุขภาพจิต, 2563) ปัญหาความเครียดที่พบมักเกิดจากความกลัวการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ซึ่งเป็นผลจากการเข้าถึงข้อมูลที่หลากหลาย การรับฟังข่าวสารที่เพิ่มขึ้นจนทำให้เกิดความอ่อนล้าทางใจ และความรู้สึกไม่มั่นคงทั้งในเรื่องที่เกิดขึ้นจริงและสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (กรมสุขภาพจิต, 2564) ควรให้ความสำคัญกับภาวะความเครียดที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในปัจจุบันและเพิ่มขึ้นทุกปี โดยปัญหาต่าง ๆ เป็นสาเหตุให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ ความเครียดหรือวิตกกังวล ปัญหาความรัก และซึมเศร้า ร้อยละ 51.36, 21.39 และ 9.82 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2562)

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี มุ่งผลิตบัณฑิตด้านทันตสาธารณสุขที่มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากประชาชนและเป็นอีกหนึ่งสถาบันการศึกษาที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ที่ปฏิบัติตามมาตรการการควบคุมโรค และป้องกันโรค ของกรมควบคุมโรคอย่างเคร่งครัด กรณีมีประวัติเดินทางเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคหรือมีความเสี่ยงสูง ต้องกักกันตัวเองในที่พักอาศัย ทั้งนี้ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาทันตสาธารณสุข จัดการเรียนการสอนทั้งวิชาทั่วไปและวิชาชีพเฉพาะ เช่น ทันตกรรมคลินิก การรักษาโรคเหงือกอักเสบ การเคลือบหลุมร่องฟัน และการเคลือบฟลูออไรด์กับผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งนักเรียนต้องฝึกปฏิบัติการทางทันตกรรม (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี, 2563) ถือเป็นงานที่มีความเสี่ยงสูงในการได้รับเชื้อ การให้บริการใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยตรง ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยลดงานหัตถการ



ที่พุ่งกระจาย (มันชนรัตน์ ทรงเกียรติศักดิ์, สุธัญญารัตน์ ประชานันท์, อรุณโรจน์ นุเสน และคณะ, 2565) กระทบต่อการเรียนการสอนของนักศึกษาอาจทำให้เกิดปัญหาขึ้นได้เช่น การติดต่อกับผู้ป่วย การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ การเก็บคะแนนตามเกณฑ์ ที่ต้องทำให้เสร็จภายในเวลาที่กำหนด อาจทำให้นักศึกษาไม่สามารถดำเนินการได้ทันเวลา อาจส่งผลให้เกิดความเครียด ลดความตั้งใจในการศึกษา และอาจทำให้ผลการเรียนตกต่ำ รวมถึงอาจมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพในอนาคต

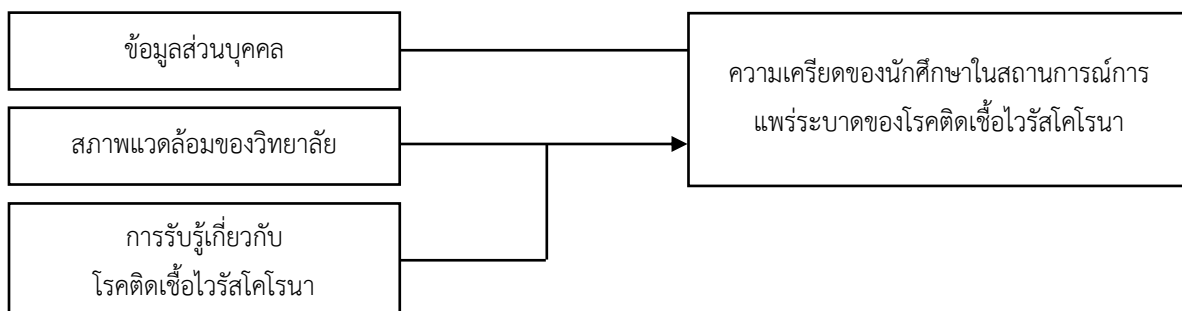
การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจของประชาชนทั่วโลก รวมถึงเศรษฐกิจและระบบการศึกษา โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการเรียนการสอนและมาตรการควบคุมโรค ความเครียดที่เกิดขึ้นอาจมาจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อ การปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน และแรงกดดันทางการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นหนึ่งในสถาบันที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาด โดยเฉพาะนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาทันตสาธารณสุข ซึ่งต้องฝึกปฏิบัติการทางทันตกรรมและปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคอย่างเข้มงวด ส่งผลให้เกิดความเครียดจากข้อจำกัดในการเรียนและการฝึกปฏิบัติที่ต้องทำให้ครบตามเกณฑ์ ความเครียดดังกล่าวอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมและการรับรู้ของนักศึกษา ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการศึกษาเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาในระยะยาว

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง สภาพแวดล้อมของวิทยาลัย การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา และความเครียดของนักศึกษาในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับ สภาพแวดล้อมของวิทยาลัย การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา และความเครียดของนักศึกษามาสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



## ระเบียบวิธีวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง ณ จุดใดจุดหนึ่งของเวลา (Cross-sectional analytic study) ดำเนินการศึกษาตัวแปร สภาพแวดล้อม การรับรู้ และความเครียดของนักศึกษา ในช่วงเวลาเดียวกัน เก็บรวบรวมข้อมูลเพียงครั้งเดียว ในระหว่างวันที่ 1-30 กันยายน 2564

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในประชากรทั้งหมด เป็นการศึกษาในนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 160 คน (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี, 2564)

### เกณฑ์การคัดเข้า

1. นักศึกษาของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
2. นักศึกษาที่กำลังศึกษาในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข
3. นักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 1-4

### เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่สมัครใจในการเข้าร่วมทำวิจัยในครั้งนี้
2. อยู่ในช่วงกักกันตัวเองตามมาตรการการควบคุมโรค ในระหว่างการสำรวจ

## เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 7 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามปลายปิด คือ เพศ โรคประจำตัว ที่พักอาศัย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ คำถามปลายเปิด คือ เกรดเฉลี่ย และค่าใช้จ่าย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสภาพแวดล้อมของวิทยาลัย ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ทางจิตใจและสังคม ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือของ คีรีบุณ จงวุฒิเวศร์, สมพร ร่วมสุข และวรรณภา แสงวัฒนะกุล (2547) มาใช้ในการวิจัยนี้ มีจำนวน 30 ข้อ คำตอบเป็นตัวเลือก 3 ระดับ ได้แก่ เหมาะสมมาก (3 คะแนน) เหมาะสมปานกลาง (2 คะแนน) และไม่เหมาะสม (1 คะแนน) เกณฑ์การแปลความหมายใช้วิธีการ Trimmed Mean ของ Zieky (1989) เป็นจุดตัด (Cut off point) แปลความหมายสภาพแวดล้อม คือ เอื้ออำนวย (คะแนน  $\geq 68.46$ ) และไม่เอื้ออำนวย (คะแนน  $< 68.46$ )

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ได้แก่ การรับรู้ข่าวสาร และการรับรู้ความเสี่ยง นำแนวคิดจาก ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Kasl & Cobb (1966) มาสร้างเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ มีจำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นตัวเลือก 3 ระดับ ได้แก่ รับรู้มาก (3 คะแนน) รับรู้ปานกลาง (2 คะแนน) และรับรู้น้อย (1 คะแนน) เกณฑ์การแปลความหมายใช้วิธีการ Trimmed Mean ของ Zieky (1989) เป็นจุดตัด (Cut off point)



แปลความหมายการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา คือ การรับรู้มาก (คะแนน  $\geq 54.33$ ) และการรับรู้่น้อย (คะแนน  $< 54.33$ )

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเครียดจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือจากแบบประเมินความเครียดสวนปรง (สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา, 2540) แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย (สุชีรา ภัทรยุตวรรัตน์, เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา และกนกรัตน์ สุขะตุงคะ, 2543) และแบบประเมินความเครียด ST5 (อรรพรรณ ศิลปกิจ, 2551) มาใช้ในการวิจัยนี้ มีจำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นแบบตัวเลือก 3 ระดับ ได้แก่ ประจํา (2 คะแนน) บางครั้ง (1 คะแนน) และไม่เคย (0 คะแนน) เกณฑ์การแปลความหมายใช้วิธีการ Trimmed Mean ของ Zieky (1989) เป็นจุดตัด (Cut off point) ความหมายความเครียดจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา คือ เครียดมาก (คะแนน  $\geq 21.91$ ) และเครียดน้อย (คะแนน  $< 21.91$ )

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 4 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามสภาพแวดล้อมของวิทยาลัย แบบสอบถามการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา และแบบสอบถามความเครียดจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ผ่านการทดสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ผลการตรวจสอบพบว่า คำถามส่วนที่ 1-4 ทุกข้อมีค่าระหว่าง 0.66 ถึง 1 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2-4 ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาชั้นปี 4 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (1990) ในการตรวจสอบความเชื่อมั่น พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามสภาพแวดล้อมของวิทยาลัย แบบสอบถามการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา และแบบสอบถามความเครียดจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา เท่ากับ 0.82, 0.97 และ 0.89 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1-30 กันยายน 2564 มีรายละเอียด ดังนี้

- 1) ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี และเมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงนัดหมายวันเวลาเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง
- 2) ผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถาม ซีแจงวัตถุประสงค์ และให้กลุ่มเป้าหมายลงลายมือชื่อแสดงความยินยอมก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลทุกคน พร้อมนัดหมายการรับแบบสอบถามคืน
- 3) เมื่อได้รับอนุญาตจากแบบฟอร์มยินยอม เตรียมแบบสอบถามให้เพียงพอและเก็บข้อมูลนักศึกษาตามวันที่กำหนด และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ต่อไป
- 4) ดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูล และได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 160 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 100



### การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็นสถิติเชิงพรรณนาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และต่ำสุด ในส่วนสถิติเชิงอนุมานนั้น ดำเนินการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติ Simple Logistic Regression แบบ Binary Outcome ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงกลุ่มใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิ พิจารณาแปรผลที่ละคู่

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2564 ถึงวันที่ 16 สิงหาคม 2565 เลขที่ SCPHUBS 007/2564

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.38 เกรดเฉลี่ยสะสมเท่ากับ 3.07 (S.D.=0.40) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 6,482 บาทต่อเดือน (S.D.=4,964) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.00 พักอาศัยที่หอพักเอกชน ร้อยละ 70.63 รองลงมา คือ บ้านตัวเอง และหอพักวิทยาลัย ร้อยละ 16.25 และ 11.25 ตั้มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 41.88 และสูบบุหรี่ ร้อยละ 1.88

#### ส่วนที่ 2 ข้อมูลสภาพแวดล้อม การรับรู้ และความเครียดจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

สภาพแวดล้อมของวิทยาลัย การรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา และความเครียดจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี มีความคิดเห็นว่า สภาพแวดล้อมของวิทยาลัยไม่เอื้ออำนวย ร้อยละ 51.25 มีการรับรู้มากเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ร้อยละ 70.00 มีความเครียดน้อย จากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ร้อยละ 54.38 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเชิงพรรณนา สภาพแวดล้อมของวิทยาลัย การรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา และความเครียดจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (N=160 คน)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
1. สภาพแวดล้อมของวิทยาลัย		
- ไม่เอื้ออำนวย (คะแนน < 68.46)	82	51.25
- เอื้ออำนวย (คะแนนเฉลี่ย ≥ 68.46)	78	48.75
$\mu=68.46, \sigma=12.10, \text{Max}=90, \text{Min}=30$		



**ตารางที่ 1** แสดงข้อมูลเชิงพรรณนา สภาพแวดล้อมของวิทยาลัย การรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา และความเครียดจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (ต่อ)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
2. การรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา		
- การรับรู้ต่ำ (คะแนน < 54.33)	48	30.00
- การรับรู้สูง (คะแนน $\geq$ 54.33)	112	70.00
$\mu=54.33, \sigma=8.03, \text{Max}=60, \text{Min}=20$		
3. ความเครียดจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา		
- เครียดน้อย (คะแนน < 21.91)	87	54.38
- เครียดมาก (คะแนน $\geq$ 21.91)	73	45.62
$\mu=21.91, \sigma=8.28, \text{Max}=40, \text{Min}=0$		

**ส่วนที่ 3** ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร สภาพแวดล้อม การรับรู้ กับความเครียดจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

สภาพแวดล้อมของวิทยาลัยไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (OR=1.15; 95% CI=0.61-2.14;  $p$ -value=.65) การรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (OR=1.25; 95% CI=0.63-2.49;  $p$ -value=.50) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร สภาพแวดล้อมของวิทยาลัย การรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา กับความเครียดจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (N=160 คน)

ตัวแปร	ความเครียดของนักศึกษา				OR	95% CI OR	$p$ -value
	เครียดน้อย		เครียดมาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. สภาพแวดล้อมของวิทยาลัย							.65
- ไม่เอื้ออำนวย	46	52.87	36	49.32	1	1	
- เอื้ออำนวย	41	47.13	37	50.68	1.15	0.61 to 2.14	
2. การรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา							.50
- การรับรู้ต่ำ	28	32.18	20	27.40	1	1	
- การรับรู้สูง	59	67.82	53	72.60	1.25	0.63 to 2.49	

\* $p$ -value<0.05



## อภิปรายผล

สภาพแวดล้อมของวิทยาลัยไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (OR=1.15; 95% CI=0.61-2.14;  $p$ -value=.65) เนื่องจาก การจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ยังคงดำเนินการที่วิทยาลัยฯ แม้จะอยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา โดยวิทยาลัยได้จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ได้แก่ เตรียมห้องเรียนที่กว้างขวาง การดูแลความสะอาดอุปกรณ์ การจัดที่นั่งที่เว้นระยะห่าง และการจัดการขยะอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้นักศึกษารู้สึกปลอดภัยจากการติดเชื้อและลดความกังวลได้ สภาพแวดล้อมในสถานศึกษาจึงไม่ได้เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียด ทั้งนี้ความเครียดส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยอื่น เช่น ความพร้อมเกี่ยวกับอุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์ ความเพียงพอของรายได้ของนักศึกษา ความสับสนจากข้อมูลข่าวสารที่ขัดแย้งกันระหว่างข้อมูลที่เชื่อถือได้และข่าวลวงเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มากกว่าจะเกิดจากสภาพแวดล้อมในสถานศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ลือมงคล (2564) พบว่า ความพร้อมของอุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์เป็นปัจจัยสำคัญ หากนักศึกษาไม่มีอุปกรณ์ที่รองรับแอปพลิเคชันการเรียน อุปกรณ์ชาร์จ หรือไม่มีคอมพิวเตอร์ จะทำให้การเข้าร่วมชั้นเรียนออนไลน์มีปัญหา เช่น การเข้าช้า หรือตามเพื่อนไม่ทัน ส่งผลให้คะแนนการเข้าเรียนและผลการสอบลดลง อาจทำให้เกิดความเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชฎาภา ประเสริฐทรง, จรินทร์วรรณ แสงหิรัญรัตนา และพรชญา กลัดแก้ว (2564) พบว่า สิ่งแวดล้อมในการเรียนมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ได้เปลี่ยนรูปแบบการศึกษา จากการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัยแบบออนไซต์เป็นการเรียนออนไลน์ที่บ้านหรือหอพัก นักศึกษาที่เคยเรียนในมหาวิทยาลัยต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สิ้นเชิง การเรียนที่บ้านหรือหอพักอาจไม่เอื้อต่อการเรียนเท่าที่ควร เนื่องจากต้องปรับตัวให้เข้ากับทั้งสภาพแวดล้อมและรูปแบบการเรียนที่เปลี่ยนไป

การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักศึกษา (OR=1.25; 95% CI=0.63-2.49;  $p$ -value=.50) เนื่องจาก กลุ่มประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ที่ศึกษาเรียนรู้ศาสตร์ทางการแพทย์และการสาธารณสุข เข้าใจกลไกการแพร่กระจายของโรคไวรัสและการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายอย่างลึกซึ้ง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา เกิดความคุ้นชินกับสถานการณ์และมาตรการป้องกันโรคได้ง่าย เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การเลือกรับประทานอาหาร และการรักษาระยะห่างทางสังคม ช่วยลดความกังวลแม้ว่าจะรับรู้ว่าเป็นโรคที่แพร่เชื้อได้และมีความอันตราย จึงทำให้นักศึกษารู้สึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ได้นอกจากนี้ ยังมีทักษะในการประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อ สามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมหรือสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถแยกแยะได้ระหว่างข้อมูลที่น่าเชื่อถือกับข่าวลวงเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นทักษะที่พึงมีของนักศึกษาในยุคปัจจุบัน สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ก่อให้เกิดความเครียดในนักศึกษาส่วนใหญ่เพียงเล็กน้อย ขัดแย้งกับการศึกษาของ กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์ และคณะ (2563) ที่พบว่า การรับรู้โรคติดเชื้อ



ไวรัสโคโรนา มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ของนักศึกษา เนื่องจากนักศึกษาปฏิบัติตัวตามมาตรการต่างๆ ด้วยดี เช่น การไม่เข้ากิจกรรมในสถานที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือการไม่ไปในสถานที่แออัดที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรเน้นการพัฒนาและปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยในสถาบันการศึกษา ถึงแม้ว่าจะไม่มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับความเครียด แต่การมีสภาพแวดล้อมที่ดีขึ้นจะสามารถส่งเสริมการเรียนรู้และสุขภาพจิตที่ดีในระยะยาว
2. ควรมีการสนับสนุนด้านจิตวิทยาและการให้คำปรึกษาแก่นักศึกษาอย่างต่อเนื่อง ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางอารมณ์ ลดความเครียด และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของนักศึกษาในการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายขอบเขตของการวิจัยไปยังนักศึกษาในสถาบันการศึกษารูปแบบอื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและมีความหลากหลายมากขึ้นเกี่ยวกับความเครียดในสถานการณ์ต่าง ๆ
2. นอกเหนือจากสภาพแวดล้อมและการรับรู้ การวิจัยครั้งถัดไปควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตวิทยาอื่นๆ เช่น การสนับสนุนทางสังคม การจัดการความเครียด และบทบาทของครอบครัวในช่วงวิกฤต
3. การวิจัยควรคำนึงถึงปัจจัยเพิ่มเติม เช่น สุขภาพจิต พฤติกรรมการนอนหลับ และการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อความเครียดของนักศึกษา
4. การศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความเครียดในช่วงเวลาที่แตกต่างกันดูการเปลี่ยนแปลงของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

### เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2564). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th>.
- กรมสุขภาพจิต. (2562). *รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย แยกตามช่วงอายุ*. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th>.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). *ความเครียดที่กระทบสุขภาพ*. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th>.
- กรมสุขภาพจิต. (2564). *โควิด-19 กับสุขภาพจิต*. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/covid19>.
- กฤษกันทร สุวรรณพันธ์, เสาวลักษณ์ ศรีดีเกษ, ลำพิ่ง วอนอก, สุพัฒน์ อาสนะ, วรรณศรี แวงงาม, กุลธิดา กิ่งสวัสดิ์ และคณะ (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 14(2), 138-147.



## เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา ลือมงคล. (2564). ความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีการเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *ชัยภูมิเวชสาร*, 41(2), 11-20.
- ศิริบุณ จงวุฒิเวศร์, สมพร ร่วมสุข และวรรณภา แสงวัฒนะกุล. (2547). *การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง, จรินทร์วรรณ แสงทิวรัตน์ และพรชญา กัดแก้ว. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 15(1), 14-28.
- มณฑนรัตน์ ทรงเกียรติศักดิ์, สุธัญญรัตน์ ประชานันท์, อรุณโรจน์ นุเสน และสุนันทา ชัยงาม. (2565). ความวิตกกังวลในการมารับบริการทางทันตกรรมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ของผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารทันตภิบาล*, 33(1), 86-98.
- วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี. (2563). *สรุปข้อมูลงานประกันคุณภาพการศึกษา ภาควิชาทันตสาธารณสุข*. อุบลราชธานี: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี.
- วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี. (2564). *สรุปข้อมูลกลุ่มงานวิชาการและประกันคุณภาพการศึกษา ปงบประมาณ 2564*. อุบลราชธานี: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี.
- สุชีรา ภัทรายุตวรรณ, เสียรชัย งามทิพย์วัฒนา และกนกรัตน์ สุขะตุงคะ. (2543). การพัฒนาแบบวัดความเครียดในคนไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 45(3), 237-250.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล วนิตา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). *การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง*. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- อรวรรณ ศิลปะกิจ. (2551). แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 16(1), 177-185.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of Psychological Testing (5th ed.)*. New York: Harper Collins Publishers.
- HengLi, H., Liu, S.-M., Yu, X.-H., Tang, S.-L., & Tang, C.-K. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Current status and future perspectives*. Retrieved from <https://reader.elsevier.com>.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 246-266.
- Singhal T. (2020). A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian journal of pediatrics*, 87(4), 281-286. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6>.



### เอกสารอ้างอิง

World Health Organization. (2020). *Global surveillance for human infection with novel coronavirus (2019-nCoV)*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/336097/WHO-2019-nCoV>.

World Health Organization. (2021). *COVID-19-WHO situation reports*. Retrieved from <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand-covid19>.

Zieky, M. J. (1989). Methods of setting standards of performance on criterion-referenced tests. *Studies in Educational Evaluation*, 15(4), 335–338.



## ผลของการนำโจทย์ทางจริยธรรมและกฎหมายทางการแพทย์

### ต่อทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเองของนักศึกษาพยาบาล

กิติวัฒนา ศรีวงศ์<sup>1</sup> และธนัญฐธมน มัธยะจันทร์<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

(วันที่รับบทความ: 3 กุมภาพันธ์ 2568; วันที่แก้ไข: 17 มีนาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 20 มีนาคม 2568)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเองของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้โจทย์ทางจริยธรรมและกฎหมายทางการแพทย์ ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา จำนวน 45 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แผนการเรียนรู้รายวิชาและโจทย์ปัญหา และ 2) แบบสอบถามทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเองของนักศึกษาพยาบาลโดยรวม ก่อนและหลังเรียนรู้ อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.92$  S.D.=0.61,  $\bar{X}=4.14$  S.D.=0.54) 2) คะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเองโดยใช้โจทย์ทางจริยธรรมและกฎหมายทางการแพทย์ในภาพรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเรียนรู้ ไม่แตกต่างกัน ( $p$  value>.05) เมื่อพิจารณาทักษะเป็นรายด้าน พบความแตกต่าง 3 ด้าน คือ 1) ด้านการคิดริเริ่มและมีอิสระในการเรียนรู้ 2) ด้านความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง และ 3) ด้านความสามารถในการใช้ทักษะการเรียนรู้และทักษะการแก้ปัญหา คะแนนเฉลี่ยหลังจัดการเรียนสูงกว่าก่อนเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า การใช้โจทย์ทางจริยธรรมและกฎหมายทางการแพทย์ ช่วยพัฒนาทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเองในด้านการคิดริเริ่มในการเรียนรู้ของตนเอง ความรับผิดชอบและทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งมีผลในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ต่อไปในอนาคต และผู้เรียนยังได้เรียนรู้การวิเคราะห์และแก้ปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งช่วยเตรียมความพร้อมในวิชาชีพการพยาบาล

**คำสำคัญ:** ทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเอง, โจทย์ทางจริยธรรมและกฎหมายทางการแพทย์, นักศึกษาพยาบาล

\*ผู้รับผิดชอบบทความ: ธนัญฐธมน มัธยะจันทร์; Thanatthamon.m@siu.ac.th



## The Effect of Ethics and Legal Nursing Issues on Self-Directed Learning Skills of Nursing Students

Kitivadhana Sriwong<sup>1</sup> and Thanatthamon Matthayachan<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Nursing Shinawatra University

(Received: 3 February 2025; Revised: 17 March 2025; Accepted: 20 March 2025)

### Abstract

This quasi-experimental study was to study the self-directed learning skills of nursing students using ethics and legal nursing issues. The study was conducted between August and November 2024. The sample group consisted of 45 second-year nursing students from the College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University. The research tools were the lesson plan with ethics and legal nursing issues, and the self-directed learning skills questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics including frequency distribution, percentages, mean, standard deviation and inferential statistics using paired sample t-tests.

The research results found that the overall mean scores of self-directed learning skills in nursing students before and after learning were at a high level ( $\bar{X}=3.92$ , S.D.=0.61,  $\bar{X}=4.14$ , S.D.=0.54). There were no significant differences of the overall mean scores of self-directed learning skills using ethics and legal nursing issues before and after study ( $p$ -value>.05). Considering specific components, there were statistically significant before and after study of three domains of Self-directed Learning skills including 1) initiative and independence in learning, 2) responsibility for one's own learning, and 3) ability to use educational and learning skills in solving problems ( $p$ -value<.05). Implementing of ethics and legal nursing issues can promote self-directed learning in terms of initiative and independence in learning, responsibility for one's own learning and ability to use educational and learning skills in solving problems that may effect on the development of future learning skills. In addition, learners learn to analyze and solve problems in nursing practice that prepare for the nursing profession.

**Keywords:** self-directed learning skills, ethics and legal nursing issues, nursing students

**\*Corresponding author:** Thanatthamon Matthayachan; Thanatthamon.m@siu.ac.th



## บทนำ

การจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 จะเน้นที่กระบวนการเรียนรู้มากกว่าเนื้อหาวิชา เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงหรือสร้างความรู้ด้วยตนเองผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีผู้สอนคอยกระตุ้นและให้การสนับสนุน (ศมนันท์ ทศนีย์ สุวรรณ และคณะ, 2565) การจัดการศึกษาในสาขาพยาบาลศาสตร์จึงแตกต่างจากในยุคก่อน ด้วยผู้เรียนเติบโตมาพร้อมกับเทคโนโลยี คำนึงเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ในการแสวงหา และเข้าถึงแหล่งความรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา (นฤมล มูลประเสริฐ และคณะ, 2566) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่ (Adult learning theory) ซึ่ง Knowles นักการศึกษาชาวอเมริกา อธิบายแนวคิดว่า วัยผู้ใหญ่มีแรงจูงใจภายในเป็นปัจจัยสำคัญในการเรียนรู้ ความเป็นอิสระในการชี้นำตนเอง สามารถดึงประสบการณ์มาใช้ในการเรียนรู้และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตได้ (Knowles, 1992; ปิยะ ศักดิ์เจริญ, 2558) เป็นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

การเรียนรู้แบบนำตนเอง (Self-directed learning) เป็นรูปแบบของการเรียนรู้ ที่ผู้เรียนมีบทบาทในการเรียนรู้ของตนเอง แสวงหาประสบการณ์ด้วยข้อมูลที่เพียงพอ จัดกระบวนการเรียนรู้อย่างอิสระ และมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง (ถนอมศักดิ์ ศรีจันทร์, 2567) การศึกษาของ Guglielmino & Long (2008) พบว่า การที่บุคคลจะเรียนรู้ด้วยตนเองได้นั้น ต้องมีลักษณะความพร้อมในการเรียนรู้ 8 องค์ประกอบ คือ 1) การเปิดโอกาสต่อการเรียนรู้ 2) มโนคติของตนเองในการเป็นผู้เรียนที่มีประสิทธิภาพ 3) การคิดริเริ่มและมีอิสระในการเรียนรู้ 4) ความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง 5) ความรักในการเรียน 6) ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ 7) การมองอนาคตในแง่ดี และ 8) ความสามารถในการใช้ทักษะการเรียนรู้และทักษะการแก้ปัญหา (Field, 1989; อีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน และเฉลิมขวัญ สิงห์วี, 2563) จากการพัฒนาทฤษฎีการศึกษามีการศึกษาเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบนำตนเอง อาทิ ขวัญเนตร ปุญญถาวร, โอภาส เกาไศยยาภรณ์ และจากรุวรรณ กฤตย์ประชา (2567) ศึกษาผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้รายวิชาออนไลน์ โดยบูรณาการพอดแคสต์ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ พบว่า ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ Wong et al (2021) ศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า การเรียนรู้แบบนำตนเอง พัฒนามาจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล ผู้เรียนที่มีความพร้อมจะเรียนรู้ด้วยการนำตนเองได้ดีกว่า หลายปีที่ผ่านมาการศึกษาในสาขาพยาบาลศาสตร์ มีการปรับกลยุทธ์การสอนที่เน้นผู้เรียน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ และทักษะสำคัญที่สถาบันการศึกษาส่งเสริมผู้เรียน คือ ทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งเกิดขึ้นผ่านทางกิจกรรมการเรียนรู้ กล่าวคือ เมื่อผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดกระบวนการคิด ก็จะนำประสบการณ์เดิมมาเชื่อมโยงในการแก้ปัญหา แสวงหาความรู้เพิ่มเติมนำไปสู่การแก้ปัญหา หรือเกิดองค์ความรู้ใหม่ และนำวิธีที่ถูกต้องไปประยุกต์ใช้แก้ปัญหาในครั้งใหม่ (ชญาภรณ์ เอกธรรมสุทธิ และเกสร สุวิหะศิริ, 2560) การศึกษาของ Hwang & Oh (2021) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการเรียนรู้แบบนำตนเองและความสามารถในการแก้ปัญหา พบว่าการเรียนรู้แบบนำตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการแก้ปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ศรีนยา พลสิงห์ชาญ อุทมขุยานัน อินทรเรือง และคมวัฒน์ รุ่งเรือง (2565) ศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาบูรณาการกับการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงในตนเอง ในรายวิชาจริยศาสตร์



และกฎหมายวิชาชีพทางการแพทย์ พบว่า ผู้เรียนมีการเปลี่ยนแปลงตนเองหลังจัดการเรียนรู้ 3 ระดับ ดังนี้ ระดับบุคคล คือ มีความรู้ ความเข้าใจในบทเรียนเพิ่มขึ้น ได้พัฒนาทักษะการสื่อสาร กล้าคิดกล้าแสดงออก และยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น ระดับกลุ่มคือ มีการทำงานเป็นทีม และเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคลมากขึ้น และระดับการเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติ คือให้การพยาบาลในประเด็นปัญหาทางจริยธรรมที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมเพิ่มขึ้น

จริยธรรม เป็นสิ่งที่มีอยู่ภายในตัวของทุกคน โดยพัฒนาจากจารีตประเพณี หลักศีลธรรม รวมถึงกฎหมาย การรับรู้และการแสดงออกทางจริยธรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญในการขัดเกลาทางสังคมของพยาบาล (Baker, 1987) แต่การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมจริยธรรมนั้น ต้องได้รับการสร้าง เสริม สะสมจากการเรียนรู้ในสภาพแวดล้อมและกระบวนการทางสังคม ตามวุฒิภาวะของแต่ละคน นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-2 จะมีพัฒนาการด้านจริยธรรมตามกฎเกณฑ์ของสังคม และพัฒนาจริยธรรมที่ดีขึ้นในด้านการดำเนินชีวิตและการคำนึงถึงผู้อื่นในชั้นปีที่ 3-4 (ชุตินา รักษ์บางแหลม, วรนิภา กรุงแก้ว, ดลปัทม์ ทรงเลิศ และคณะ, 2566) การบูรณาการจริยศาสตร์ในวิชาการพยาบาลจึงต้องเป็นไปตามสมรรถนะของผู้เรียนในแต่ละชั้นปี และลักษณะรายวิชา (อรัญญา เชาวลิต และทัศนีย์ นะแสง, 2559; นภัสกรณ วิฑูรเมธา, วิรินทร์ บินโสมเซ็น, และวิลารวรรณ เทียนทอง, 2562) แต่ปัจจุบัน ปัญหาคุณธรรมจริยธรรมในสังคมมีแนวโน้มสูงขึ้น ด้วยคนรุ่นใหม่ไม่เห็นความสำคัญ ไม่ยึดมั่นในหลักจริยธรรมทั้งส่วนบุคคลและวิชาชีพ (อศวเดช สละอวยพร, นฤมล จันทร์สุข และมณีดี ประสิทธิ์, 2565) เห็นได้จากสื่อมีการเผยแพร่ถึงพฤติกรรมจริยธรรมที่ไม่เหมาะสมของพยาบาล นำไปสู่การวิพากษ์วิจารณ์ และร้องเรียน ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาล โดยต้องได้รับการบ่มเพาะคุณธรรม จริยธรรม เพื่อให้ผู้รับบริการและสังคมมั่นใจว่าได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพที่มีคุณภาพและมีจริยธรรม (สภาการพยาบาล, 2562) แต่การที่บรรลุผลตามที่มุ่งหวังนั้น ต้องวิธีการสอน การประเมินผลที่ทันสมัย และสอดคล้องกับวิธีการเรียนรู้ที่เปลี่ยนไปของผู้เรียนในยุคปัจจุบัน (สุรีย์ จินเรือง, วิภาศิริ นราพงษ์ และปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์, 2561)

ผู้วิจัย เป็นผู้รับผิดชอบรายวิชาจริยธรรมและกฎหมายทางการแพทย์ ซึ่งจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 2 จึงสนใจที่จะนำโจทย์ทางจริยธรรมและกฎหมายทางการแพทย์ ในที่นี้หมายถึง สถานการณ์เกี่ยวกับจริยธรรมและกฎหมายในการปฏิบัติพยาบาล ใช้เป็นเครื่องมือให้ผู้เรียนฝึกคิดวิเคราะห์ เลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม สอดคล้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเอง ซึ่งเป็นทักษะสำคัญของผู้เรียนในยุคปัจจุบัน และปลูกฝังหลักจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ ก่อนที่ฝึกประสบการณ์และนำไปใช้ในสถานการณ์จริง

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 หลังจัดการเรียนโดยใช้โจทย์ทางจริยธรรมและกฎหมายทางการแพทย์

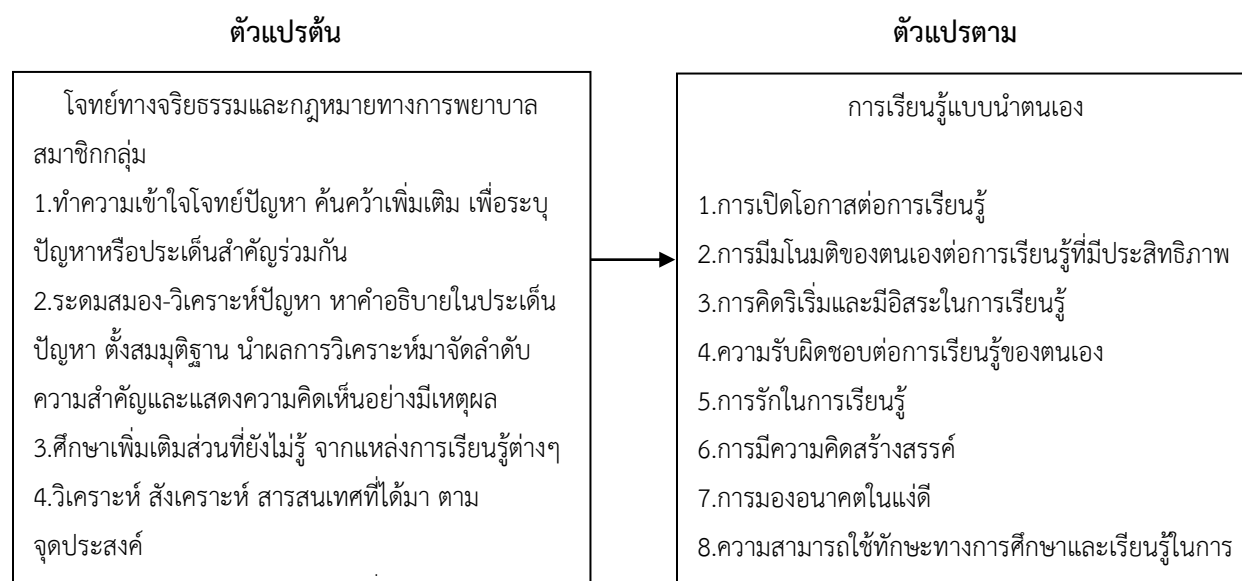
### สมมติฐานของการวิจัย

ทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเอง หลังจัดการเรียนโดยใช้โจทย์ทางจริยธรรมและกฎหมายทางการแพทย์หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน



## กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่ (Adult learning theory) และใช้โจทย์ทางจริยธรรมและกฎหมายทางการแพทย์ เป็นตัวกระตุ้นความอยากรู้ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การพบปัญหา: ทำความเข้าใจโจทย์ปัญหา ค้นคว้าเพิ่มเติม เพื่อระบุปัญหาาร่วมกัน 2) วิเคราะห์และเรียนรู้ประเด็นปัญหา: เพื่อหาคำอธิบายในประเด็นปัญหา ตั้งสมมติฐาน จัดลำดับความสำคัญและแสดงความคิดเห็น 3) การค้นพบและรายงานผล: ศึกษาเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่รู้ และแบ่งปันข้อมูลกัน 4) การนำเสนอและสะท้อนผล: ที่ได้จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์สารสนเทศที่ได้มา ตามจุดประสงค์ 5) การบูรณาการ และการประเมินผล: มีการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน สรุปและเสนอแนวทางเพื่อนำไปใช้ (พระพันธ์วัฒน์ ธรรมวาทคุณโน (ภูมิรัง) และวิทยา ทองดี, 2565) และพัฒนาไปเป็นการเรียนรู้แบบนำตนเอง (Self-directed learning) สรุปวางแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังจัดการเรียนรู้ (one-group pretest-posttest design) ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา จำนวน 107 คน ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567



**เกณฑ์การคัดเข้า** คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาจริยธรรมและกฎหมายทางการพยาบาล ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567 ยินดีเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ในการตอบแบบสอบถามก่อน-หลังการเรียนรู้ และการสะท้อนการเรียนรู้ ได้ตลอดระยะเวลาที่ดำเนินโครงการ

**เกณฑ์การคัดออก** คือ 1) เข้าร่วมในโครงการไม่ครบถ้วน ได้แก่ การตอบแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการเรียนรู้ และสะท้อนการเรียนรู้ 2) ขอลถอนตัว

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G\*POWER 3.1 test family เลือก t-test statistical test เลือก means: difference between two dependent means (matched pairs) Type of power analysis เลือก A priori: Compute required sample size-given  $\alpha$ , power, and effect size โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่คล้ายกัน ได้ค่าอิทธิพลขนาดกลาง (effect size) 0.95 (ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน และเฉลิมขวัญ สิงห์วี, 2563) ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูง แต่การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกกำหนดขนาดอิทธิพลที่ระดับปานกลาง (effect size) 0.50 ตามแนวทางของ Cohen (1988) เพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสม และลดความเสี่ยงของการประเมินค่าต่ำเกินไป ซึ่งอาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย โดยได้กำหนดค่านัยสำคัญของการทดลอง ( $\alpha$ ) 0.05 ค่าอำนาจกำลังทดสอบ (power) 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 45 คน และจากการคละกลุ่มผู้เรียนด้วยเกรดเฉลี่ยสะสมได้ผู้เรียน 10-11 คนต่อกลุ่ม สุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากทั้งหมด 10 กลุ่มๆละ 4-5 คน

## เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แผนการสอนรายวิชาจริยธรรมและกฎหมายทางการพยาบาล จำนวน 10 สัปดาห์ และโจทย์จำนวน 10 เรื่องเกี่ยวกับหลักจริยธรรมและแนวคิดทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ 1) การเคารพเอกสิทธิ์ 2) การทำประโยชน์ 3) การไม่ทำอันตราย 4) ความยุติธรรม 5) การบอกความจริง 6) ความซื่อสัตย์ 7) การทำหน้าที่แทน 8) ความรับผิดชอบ 9) ความร่วมมือ และ 10) ความเอื้ออาทร โดยให้กลุ่มวิเคราะห์พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม หาสาเหตุของปัญหา การรับผิดชอบกฎหมาย (แพ่ง, อาญา, วิชาชีพ) และหาแนวทางป้องกันการเกิดข้อร้องเรียนทางจริยธรรม และกฎหมาย

2. แบบสอบถามทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเอง ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้เรียน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ เกรดเฉลี่ยสะสมของผลการเรียนในปัจจุบัน และ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการค้นคว้าเพื่อการเรียนรู้ เป็นแบบเลือกตอบได้หลายข้อ ประกอบด้วย แหล่งและวิธีในการสืบค้น อุปกรณ์ในการสืบค้น และระยะเวลาในการสืบค้น

2.2 แบบสอบถามทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเอง โดยขออนุญาตใช้เครื่องมือของจิรัชยา เจียวัก (2566) นำมาดัดแปลง มีคุณลักษณะการเรียนรู้ 8 ประการ คือ การเปิดโอกาสต่อการเรียนรู้ (4 ข้อ) การมีมโนคติของตนเองต่อ



การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ (2 ข้อ) การคิดริเริ่มและมีอิสระในการเรียนรู้ (3 ข้อ) ความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง (3 ข้อ) การรักในการเรียนรู้ (2 ข้อ) การมีความคิดสร้างสรรค์ (3 ข้อ) การมองอนาคตในแง่ดี (4 ข้อ) และความสามารถใช้ทักษะทางการศึกษาและเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (3 ข้อ) รวม 24 ข้อ เป็นข้อความเชิงนิมิตหรือบวก แบบวัดที่ใช้เป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ-สม่ำเสมอ 4 หมายถึง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ หรือบ่อยครั้ง 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 หมายถึง ปฏิบัตินานๆครั้ง 1 หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติ

ใช้เกณฑ์การประเมินผลคะแนนของลิเคอร์ท์ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง อยู่ในระดับสูงมาก คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 0.01-1.50 หมายถึง อยู่ในระดับน้อยมาก (เกียรติกำจร กุศล และทัศนศรี เสมียนพร, 2558)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร ด้านการวัดและประเมินผลศึกษา และด้านการศึกษาและจิตวิทยา พัฒนาการ แผนการสอนรายวิชาจริยธรรมและกฎหมายทางการพยาบาลและโจทย์ปัญหา ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.80 แบบสอบถามแบบทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเอง ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.87 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี จำนวน 30 คน ค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.96

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยปฐมนิเทศรายวิชาและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
  2. ใช้เกรดเฉลี่ยสะสมในการคละผู้เรียน โดยแบ่งเกรดเฉลี่ยออกเป็น 4 กลุ่ม คือเกรดเฉลี่ย 2.00-2.50 แทนด้วย หมายเลข 1 เกรดเฉลี่ย 2.51-3.00 แทนด้วย หมายเลข 2 เกรดเฉลี่ย 3.01-3.50 แทนด้วย หมายเลข 3 และเกรดเฉลี่ย 3.51-4.00 แทนด้วย หมายเลข 4 จากนั้น คละหมายเลข 1-4 ให้ต่างกันภายในกลุ่ม แต่คล้ายคลึงกันระหว่างกลุ่ม ได้ผู้เรียน 10-11 คนต่อกลุ่ม จำนวน 10 กลุ่ม
- แต่ละกลุ่มจะได้รับโจทย์ 1 เรื่อง เกี่ยวกับหลักจริยธรรมและแนวคิดทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ให้กลุ่มวิเคราะห์พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม หาสาเหตุของปัญหา การรับผิดชอบทางกฎหมาย (แพ่ง, อาญา, วิชาชีพ) และหาแนวทางป้องกันการเกิดข้อร้องเรียนทางจริยธรรม และกฎหมาย
3. กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเองก่อนการเรียนรู้
  4. เมื่อได้รับโจทย์แต่ละกลุ่ม ดำเนินการ ดังนี้



- 4.1 ผู้เรียนแต่ละคนในกลุ่มทำความเข้าใจโจทย์ปัญหา ค้นคว้าเพิ่มเติมเพื่อระบุปัญหาหรือประเด็นสำคัญร่วมกัน
- 4.2 ระดมสมอง-วิเคราะห์ปัญหา หากอธิบายในประเด็นปัญหา ตั้งสมมุติฐาน นำผลการวิเคราะห์มาจัดลำดับความสำคัญและแสดงความคิดเห็นอย่างมีเหตุผล
- 4.3 ศึกษาเพิ่มเติมส่วนที่ยังไม่รู้ จากแหล่งการเรียนรู้ต่างๆ
- 4.4 วิเคราะห์ สังเคราะห์ สารสนเทศที่ได้มา ตามจุดประสงค์
- 4.5 ให้คำแนะนำ หรือคำปรึกษา 1-2 ครั้ง รวมถึงติดตามความก้าวหน้าของงาน ก่อนที่จะอภิปรายและเสนอแนวทางเพื่อนำไปใช้ ในสัปดาห์ที่ 10
5. จัดการเรียนรู้ตามแผนการสอนของรายวิชาที่กำหนดไว้ เป็นเวลา 10 สัปดาห์ๆละ 3 ชั่วโมง
6. สรุปผลการเรียนรู้ร่วมกัน
7. กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเองหลังการเรียนรู้ และสะท้อนการเรียนรู้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้การทดสอบค่าที (paired t-test) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเองก่อนและหลังการเรียนรู้ (one group pretest-posttest)

### จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา รหัสหนังสือรับรอง COA. 2-049/2024 study code: 67-674-2-2 ลงวันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงจุดประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือยุติการเข้าร่วม โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน เป็นเพศหญิง 43 คน (ร้อยละ 95.56) เพศชาย 2 คน (ร้อยละ 4.44) ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยสะสมของผลการเรียนในปัจจุบัน อยู่ในช่วง 3.01-3.50 จำนวน 37 คน (ร้อยละ 82.22) เมื่อสอบถามถึงการค้นคว้าข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ ผู้เรียนใช้แหล่งค้นคว้าข้อมูลมากกว่า 1 แหล่ง ใช้การสืบค้นในสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และสารสนเทศระบบเครือข่าย ร้อยละ 51.52 และ 24.24 ตามลำดับ มีเพียงส่วนน้อยที่ใช้ห้องสมุดภายในและภายนอกสถาบันการศึกษา ร้อยละ 19.39 และ 4.85 ตามลำดับ การค้นคว้าทางอินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง จำนวน 19 คน (ร้อยละ 42.22) รองลงมา 2-3 ชั่วโมง และ 4 ชั่วโมงขึ้นไป มีจำนวนเท่ากันคือ 12 คน ร้อยละ 26.67 และ 26.67



ตามลำดับ อุปกรณ์ในการสืบค้น ส่วนใหญ่ใช้ไอแพดหรือแท็บเล็ต รองลงมาใช้สมาร์ทโฟน ร้อยละ 45.09 และ 43.93 ตามลำดับ การสืบค้นข้อมูลบนอินเทอร์เน็ตใช้ search engine จาก Google และ You Tube ร้อยละ 33.33 และ 28.75 ตามลำดับ

## ส่วนที่ 2 ทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเอง

ผลการศึกษาทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเองของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้โจทย์ทางจริยธรรมและกฎหมายทางการแพทย์ คะแนนเฉลี่ยในภาพรวม ก่อนและหลังการเรียนรู้ การแปลผลคะแนนหมายถึง อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.92$  S.D.=0.61,  $\bar{X}=4.14$  S.D.=0.54) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเองก่อนและหลังการเรียนรู้ (N=45)

การเรียนรู้แบบนำตนเอง	ก่อน			หลัง		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. การเปิดโอกาสต่อการเรียนรู้	3.75	0.68	สูง	3.96	0.58	สูง
2. การมีมุมมองของตนเองต่อการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ	4.01	0.57	สูง	4.11	0.66	สูง
3. การคิดริเริ่มและมีอิสระในการเรียนรู้	3.37	0.86	ปานกลาง	3.75	0.64	สูง
4. ความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง	3.97	0.64	สูง	4.35	0.63	สูง
5. การรักในการเรียนรู้	4.06	0.82	สูง	4.30	0.67	สูง
6. การมีความคิดสร้างสรรค์	3.99	0.77	สูง	4.18	0.69	สูง
7. การมองอนาคตและการเรียนรู้ในแง่ดี	4.26	0.79	สูง	4.28	0.62	สูง
8. ความสามารถใช้ทักษะทางการศึกษาและเรียนรู้ในการแก้ปัญหา	3.95	0.71	สูง	4.26	0.65	สูง
ค่าเฉลี่ยรวม	3.92	0.61	สูง	4.14	0.54	สูง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเองโดยใช้โจทย์ทางจริยธรรมและกฎหมายทางการแพทย์ในภาพรวม ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังเรียนไม่แตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน ( $t=1.88$ ,  $p\text{-value}=.07$ ) เมื่อพิจารณาทักษะรายด้าน พบว่า 1) ด้านการคิดริเริ่มและมีอิสระในการเรียนรู้ คะแนนเฉลี่ยหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t=2.62$ ,  $p\text{-value}=.01$ ) 2) ด้านความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง คะแนนเฉลี่ยหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t=2.69$ ,  $p\text{-value}=.01$ ) และ 3) ด้านความสามารถใช้ทักษะทางการศึกษาและเรียนรู้ในการแก้ปัญหา หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=2.02$ ,  $p\text{-value}=.05$ ) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเอง ก่อนและหลังการเรียนรู้ (N=45)

การเรียนรู้แบบนำตนเอง	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. การเปิดโอกาสต่อการเรียนรู้	3.75	0.68	3.96	0.58	1.64	.11
2. การมีโมเมติของตนเองต่อการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ	4.01	0.57	4.11	0.66	0.76	.45
3. การคิดริเริ่มและมีอิสระในการเรียนรู้	3.37	0.86	3.75	0.64	2.62*	.01
4. ความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง	3.97	0.64	4.35	0.63	2.69*	.01
5. การรักในการเรียนรู้	4.06	0.82	4.30	0.67	1.50	.14
6. การมีความคิดสร้างสรรค์	3.99	0.77	4.18	0.69	1.28	.21
7. การมองอนาคตและการเรียนรู้ในแง่ดี	4.26	0.79	4.28	0.62	0.14	.89
8. ความสามารถให้ทักษะทางการศึกษาและเรียนรู้ในการแก้ปัญหา	3.95	0.71	4.26	0.65	2.02*	.05
ค่าเฉลี่ยรวม	3.92	0.61	4.14	0.54	1.88	.07

\*p-value < .05

## อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการนำโจทย์ทางจริยธรรมและกฎหมายทางการแพทย์มาต่อทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเองของนักศึกษาพยาบาล อภิปรายผลได้ ดังนี้

1. นักศึกษามีทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเองโดยใช้โจทย์ทางจริยธรรมและกฎหมายทางการแพทย์ในภาพรวมก่อนและหลังเรียนรู้ อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่าผู้เรียนจัดอยู่ในกลุ่ม Generation Z หรือ Digital Natives เป็นกลุ่มคนที่มีความสามารถในการใช้เครื่องมือทางเทคโนโลยี เรียนรู้ได้ดีจากการมองเห็นและการมีปฏิสัมพันธ์ ชอบค้นคว้าข้อมูลและเลือกแหล่งการเรียนรู้ด้วยตนเอง จากระบบสารสนเทศที่พัฒนาอย่างรวดเร็ว และมีบทบาทในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้เกิดในยุคนี้ มีทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่โดดเด่น สอดคล้องกับการศึกษาของโสทรตรีย์ แพน้อย, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และอติญาณ์ ศรีเกษตริน (2566) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก หนึ่งในนั้นคือ ทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และการศึกษาของ Sadeghi et al (2024) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง

2. คะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเองโดยใช้โจทย์ทางจริยธรรมและกฎหมายทางการแพทย์ในภาพรวม ก่อนและหลังเรียนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p-value > .05) อาจเกิดจาก ผู้เรียนไม่สามารถเลือกหัวข้อที่ตรงกับความสนใจ หรือความถนัดอย่างแท้จริง อาจจะไปลดทอนกระบวนการเรียนรู้รายบุคคล ส่งผลให้ขาดแรงจูงใจ ดังนั้น การเรียนรู้ที่ไม่ได้เกิดจากความต้องการของผู้เรียน ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวผู้เรียน อาจส่งผลให้ทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเอง ก่อนและหลังเรียนไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ Knowles (1992) ที่เน้นบทบาทการเรียนรู้ของผู้เรียน โดยอธิบายว่า การเรียนรู้แบบนำตนเอง เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากแรงจูงใจภายในของผู้เรียน กระบวนการเรียนรู้



เป็นลำดับจากชั้นหนึ่ง ไปสู่อีกชั้นหนึ่ง เพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ การศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดนี้ เช่น ขจิตา มัชฌิมา, เผ่าไทย วงศ์เหลา, ธนกร สุทธิสนธิ์ และคณะ (2564) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษา พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสิทธิภาพแห่งตน การมุ่งอนาคตควบคุมตน และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของสุชีรา วิบูลย์สุข และวิจิตรอง สิตไทย (2560) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองมากที่สุดคือ แรงจูงใจภายในและการรับรู้ความสามารถของตนเอง นอกจากนี้ Garrison (1997) ยังมีความเห็นว่าคุณลักษณะของผู้เรียนเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนรู้แบบนำตนเอง โดยมีแนวคิดที่ ผู้เรียนต้องรู้สึกรับผิดชอบในการจัดการตนเอง (Self-managing) และใช้ทักษะการตรวจสอบตนเอง (Self-monitoring) การศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดนี้ เช่น สุนทรี เจียรวิทย์กิจ และสุภาภมาศ ผาติประจักษ์ (2566) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในบทเรียนออนไลน์ และการเรียนรู้แบบผสมผสานกับการเรียนรู้แบบนำตนเอง โดยศึกษาพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองใน 3 มิติ ได้แก่ การจัดการตนเอง การตรวจสอบตนเอง และการเปลี่ยนแปลงตนเอง พบว่า ความพึงพอใจในการเรียนรู้แบบผสมผสานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเรียนรู้แบบนำตนเอง คะแนนการเรียนรู้แบบนำตนเองในภาพรวม อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการจัดการตนเอง (Self-managing) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านการตรวจสอบตนเอง (Self-monitoring) และด้านการเปลี่ยนแปลงตนเอง (Self-modifying) ตามลำดับ และ Hu et al (2024) ศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้ด้วยแพลตฟอร์ม Tronclass ร่วมกับการเรียนรู้แบบทีมต่อการเรียนรู้แบบนำตนเองและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล พบว่า คะแนนทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเอง 4 ด้าน คือ แรงจูงใจ การจัดการตนเอง การทำงานเป็นทีม และความสามารถในการค้นหาข้อมูล หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน และมีคะแนนสอบทั้งกลางภาคและปลายภาค สูงกว่าผู้เรียนที่สำเร็จการศึกษาแล้ว และผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. โจทย์ทางจริยธรรมและกฎหมายทางการแพทย์ พัฒนาทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเอง 3 ด้าน คือ ด้านการคิดริเริ่มและมีอิสระในการเรียนรู้ ด้านความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และด้านความสามารถใช้ทักษะทางการศึกษาและเรียนรู้ในการแก้ปัญหา พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายว่า จากการศึกษาที่ผู้เรียนต้องศึกษาทั้งในชั้นเรียน และศึกษาเพิ่มเติมนอกชั้นเรียน รวมถึงได้เรียนรู้ร่วมกับเพื่อนในกระบวนการทำงานกลุ่ม แสดงให้เห็นว่า โจทย์ทางจริยธรรมและกฎหมายทางการแพทย์ มีส่วนในการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีการคิดค้นหาคำตอบด้วยตัวเอง เพื่อวิเคราะห์ปัญหา หาทางออกที่เหมาะสมกับโจทย์ที่ได้รับ และส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบทั้งต่อตนเองและผู้อื่น สอดคล้องกับแนวคิดของ Spear & Mocker (1984) ที่ว่า สิ่งแวดล้อมรอบตัวของผู้เรียน มีส่วนกระตุ้นหรือผลักดันให้เกิดการเรียนรู้ เช่น การศึกษาของ เพชร รองพล, มณีนุช รองพล, จิรนนท์ แก้วมา และคณะ (2566) ที่พบว่า สภาพแวดล้อมในการเรียนรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



## การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษา แม้ในภาพรวมจะไม่แตกต่างกัน แต่ก็แสดงให้เห็นว่า การใช้โจทย์ทางจริยธรรมและกฎหมายทางการพยาบาล ช่วยพัฒนาทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเองในด้านการคิดริเริ่มในการเรียนรู้ของตนเอง ความรับผิดชอบ และทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งมีผลในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ต่อไปในอนาคต และผู้เรียนยังได้เรียนรู้การวิเคราะห์และแก้ปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งช่วยเตรียมความพร้อมในวิชาชีพการพยาบาล

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เลือกกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมกับการเรียนรู้แบบนำตนเอง ขยายขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลาย เพิ่มความแม่นยำและสามารถนำไปใช้ในวงกว้าง รวมถึงให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเลือกประเด็นที่สนใจ เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้
2. ปรับปรุงเครื่องมือในการวัดทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเองในมิติอื่น
3. ออกแบบการวิจัยในระยะยาว เพื่อติดตามการพัฒนาทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเอง และการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิรัชยา เจียวักก ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ให้คำปรึกษา รวมถึงข้อเสนอแนะในการดำเนินงานวิจัย อาจารย์และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี ที่ช่วยเหลือในการทดลองใช้แบบสอบถาม และ นักศึกษาพยาบาลปีที่ 2 ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

## เอกสารอ้างอิง

- เกียรติกำจร กุศล และทัศนศรี เสมียนพร. (2558). ความสามารถในการเรียนรู้แบบชี้นำตนเองในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(3), 127-138.
- ขจิตา มัชฌิมา, เผ่าไทย วงศ์เหล่า, ธนกร สุทธิสนธิ์ และสมพร เทพฉิม. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์*, 16(1), 15-30.
- ขวัญเนตร ปุญญถาวร, โอภาส เกาไศยยาภรณ์ และจากรุวรรณ กฤตย์ประชา. (2567). การพัฒนารายวิชาออนไลน์ระบบเปิดสำหรับมหาชนโดยบูรณาการพอดแคสต์ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ เพื่อส่งเสริมผลฤทธิ์ทางการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสารสนเทศและการเรียนรู้*, 35(1), 99-113.



## เอกสารอ้างอิง

- จิรัชยา เจียวก๊ก. (2566). ผลของการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้าน เพื่อส่งเสริมความสามารถการเรียนรู้แบบนำตนเองและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการจัดการสุขภาวะชุมชน สำหรับนักศึกษาสาขาวิชาพัฒนาสังคม. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 46(4), 13-25.
- ชญานรณ์ เอกธรรมสุทธิ และเกสร สุวิริยะศิริ. (2560). การสร้างความรู้ ผ่านทักษะการคิดแก้ปัญหา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 33(1), 177-183.
- ชุตินา รักษาบางแหลม, วรนิภา กรุงแก้ว, ดลปัทฏ์ ทรงเลิศ, จตุพร ต้นตะโนนกิจ และนภาดล สีหพันธ์. (2566). การพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลผ่านการเรียนรู้ตามสภาพจริง. *วารสารมหาจุฬานาครธรรม์*, 10(8), 188-201.
- ถนอมศักดิ์ ศรีจันทรา. (2567). การพัฒนาการเรียนรู้แบบนำตนเองของนิสิตในรายวิชา 361 มศว เพื่อชุมชน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 9(7), 1332-1342.
- ธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน และเฉลิมขวัญ สิงห์วี. (2563). การจัดการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ด้วยตนเอง. *วารสารสังคมและมนุษยศาสตร์*, 46(1), 218-253.
- นภัสกรณ์ วิฑูรเมธา, วิรินทร์ บินโฮเซ็น, และวิลาวรรณ เทียนทอง. (2562). *การพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต*. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยรังสิต, สืบค้นจาก <https://rsuir-library.rsu.ac.th/bitstream/123456789/1399/1/Naphasakon%20Vitoonmetha.pdf>
- นฤมล มูลประเสริฐ, จุติพร สอนจ้อย, พิยะดา อุดเสน, พัชริดา จันทร์ฉาย, พิมประพรรณ พรหมเทศ และอังศวีร์ จันทะโคตร. (2566). ทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. *วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 2(2), 58-72.
- ปิยะ ศักดิ์เจริญ. (2558). ทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่และแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเอง: กระบวนการเรียนรู้เพื่อการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต. *วารสารทหารบก*, 16(1), 8-13.
- พระพันธ์วัฒน์ ธมมาพฒโน (ภูมิรัง) และวิทยา ทองดี. (2565). การจัดการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-based Learning). *วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์*, 7(1), 967-976.
- เพชร รองพล, มณีนุช รองพล, จิรนนท์ แก้วมา และพัทธ์รดา ยาประเสริฐ. (2566). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้กับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ*, 15(2), 255-266.
- ศมนนันท์ ทศนีย์สุวรรณ, เพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว, ทิพมาส ชินวงศ์, กันตพร ยอดไชย, ปราณีย์ คำจันทร์ และจิรนนท์ กุลทนนท์. (2565). ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุกรายวิชา โภชนบำบัดตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *วารสารพยาบาลกชาดไทย*, 15(1), 235-249.



## เอกสารอ้างอิง

- ศรินยา พลสิงห์ชาญ, อุตม์ชญาณ์ อินทรเรือง และคมวัฒน์ รุ่งเรือง. (2565). ผลการจัดการเรียนรู้โดยประยุกต์ใช้แนวคิดที่จิตตปัญญาบูรณาการร่วมกับการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงในตนเอง: กรณีศึกษาการจัดการเรียนรู้ในรายวิชาจริยศาสตร์และกฎหมายวิชาชีพทางการพยาบาล. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 10(7), 3079-3094.
- โคตรตรีย์ เพ็ญน้อย, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และอติญาณ์ ศรีเกษตริน. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 6(1), 1-14 e261282.
- สภาการพยาบาล. (2562). *คู่มือส่งเสริมจริยธรรมสำหรับองค์กรพยาบาล: กลไกและการปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท จุดทอง จำกัด.
- สุชีรา วิบูลย์สุข และวิรงรอง สิตไทย. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนักศึกษาแพทย คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. *เวชบันทึกศิริราช*, 10(2), 83-89.
- สุนทรีย์ เจียรวิทยกิจ และสุภามาศ ผาติประจักษ์. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในบทเรียนออนไลน์และความพึงพอใจในการเรียนรู้แบบผสมผสานกับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนักศึกษาพยาบาลปริญญาตรีในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล*, 29(1), 117-132.
- สุรีย์ จินเรือง, วิภาศิริ นราพงษ์ และปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์. (2561). การศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์สาขาพยาบาลศาสตร์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(2), 207-216.
- อรัญญา เขาวลิต และทัศนีย์ นະແສ. (2559). จริยธรรมในการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(3), 261-270.
- อัครเดช สละอวยพร, นฤมล จันทร์สุข และมณี ดีประสิทธิ์. (2565). การพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชัน. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*. 28(1), 1-13.
- Baker, P.D. (1987). Moral competency: An essential element in the socialization of professional nurses. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*, 10(1), 8-14. <https://doi.org/10.1097/00003727-198705000-00004>.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed). New Jersey: Erlbaum.
- Field, L. (1989). An investigation into the structure, validity, and reliability of guglielmino's self-directed learning readiness scale. *Adult Education Quarterly*, 39(3), 125-139. <https://doi.org/10.1177/0001848189039003001>.



## เอกสารอ้างอิง

- Garrison, D.R. (1997). Self-directed learning: Toward a comprehensive model. *Adult Education Quarterly*, 48(1), 18–33. <https://doi.org/10.1177/074171369704800103>.
- Guglielmino, L.M., & Long, H.B. (2008). *Why self-directed learning*. Retrieved from [https://www.taosinstitute.net/files/Content/5693976/Scott\\_International\\_Journal\\_of\\_Self\\_Directed\\_Learning\\_2008.pdf](https://www.taosinstitute.net/files/Content/5693976/Scott_International_Journal_of_Self_Directed_Learning_2008.pdf).
- Hu, L., Li, S., & Zhou, L. (2024). Effect of tronclass combined with team-based learning on nursing students' self-directed learning and academic performance: a pretest-posttest study. *BMC Medical Education*, 24(752), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05741-3>.
- Hwang, Y., & Oh, J. (2021). The relationship between self-directed learning and problem-solving ability: The mediating role of academic self-efficacy and self-regulated learning among nursing students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1738), 1-9. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041738>.
- Knowles, M.S. (1992). Applying principles of adult learning in conference presentations. *Adult Learning*, 4(1), 11-14. <https://doi.org/10.1177/104515959200400105>.
- Sadeghi, N., Janatolamkn, M., Rezaeian, S., Rashi, M., & Khatony A. (2024). Exploring self-directed learning readiness and related factors: the role of time management skills in nursing students. *BMC Medical Education*, 24(1088), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06083-w>.
- Spear, G.E., & Mocker, D.W. (1984). The organizing circumstance: Environmental determinants in self-directed learning. *Adult Education Quarterly*, 35(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/0001848184035001001>
- Wong, F.M.F., Tang, A.C.Y., & Cheng, W.L.S. (2021). Factors associated with self-directed learning among undergraduate nursing students: A systematic review. *Nursing Education Today*, 104, 1-21. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104998>.



## การพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลลำพูน

ศรียรรณ เรืองวัฒนา<sup>1\*</sup>, อรทัย ธรรมป็อก<sup>1</sup>, พรธนา แก้วคำปา<sup>1</sup> และแสงอรุณ สุขสำราญ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

<sup>2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

(วันที่รับบทความ: 22 ตุลาคม 2567; วันที่แก้ไข: 10 มกราคม 2568; วันที่ตอบรับ: 13 มกราคม 2568)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลลำพูน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน ในระดับผู้บริหาร จำนวน 12 คน ระดับปฏิบัติการ จำนวน 142 คน และข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำแนกเป็นก่อนใช้รูปแบบ ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2567 จำนวน 106 ราย และหลังใช้รูปแบบ ระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2567 จำนวน 135 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบประเมินความรู้ แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางของรูปแบบ แบบบันทึกข้อมูลการติดเชื้อในกระแสเลือดจากเวชระเบียน แบบประเมินความพึงพอใจ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสถิติ Paired Samples t-test และ Fisher exact probability test

ผลการศึกษาศาสนการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่า การพยาบาลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ประเมิน NEWS Score ไม่ถูกต้อง ไม่มีการค้นหาตำแหน่งติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงครบทุกราย รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง ระยะก่อนจำหน่าย และหลังใช้รูปแบบพยาบาลวิชาชีพมีความรู้เพิ่มสูงขึ้น สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.99 เป็นร้อยละ 98.11 เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<.05) และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}$ =4.31, S.D.=0.36) สรุปรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ ช่วยพัฒนาความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และบรรลุเป้าหมายการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง

**คำสำคัญ:** รูปแบบการพยาบาล, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, การพยาบาลแบบมุ่งเป้า 1 ชั่วโมง

\*ผู้รับผิดชอบบทความ: ศรียรรณ เรืองวัฒนา; r.sriwan\_icu@hotmail.com



## A Development of Nursing Care Model for Sepsis Patients, Lamphun Hospital

Sriwan Ruangwattana<sup>1\*</sup>, Oratai Thummapok<sup>1</sup>, Pornthana Kaewkampa<sup>1</sup> and Sangaroon Suksumran<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nursing Department, Lamphun Hospital, Lamphun Province

<sup>2</sup>Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Phrae

(Received: 22 October 2024; Revised: 10 January 2025; Accepted: 13 January 2025)

### Abstract

The purposes of this action research were to study the situation, develop a model and evaluate the outcomes of implementing the nursing model for patients with sepsis in Lamphun Hospital. The sample groups were registered nurses in the nursing department in Lamphun Hospital that composed 12 executive level nurses, 142 practical level nurses. Of 106 sepsis's patients before the use of the model between March and May 2024 and 135 cases after the use of the model between June and August 2024 were recruited. The tools used to conduct the research include the nursing care model for sepsis patients. The tools used to collect data include semi-structured interviews, knowledge assessments, observation forms for compliance with the pattern guidelines, medical record data recording forms and satisfaction assessments. Data analysis used descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation and inferential statistics include: Paired Samples t-test and Fisher exact probability test.

The results of the study on the nursing situation of patients with sepsis in the bloodstream found that nursing was varied practices, incomplete recording of patient data, inaccurate assessment of NEWS Score, no assessment for infection sites in risk patients. Nursing care model for sepsis patients included nursing care for patients in the early stages, continuous care period, and before patient discharge. The results of after using the model, nurse's knowledge increased, accuracy perform nursing activities increased from 85.99% to 98.11%. There was a statistically significant result in nursing care for patients with antibiotic in 1 hour ( $p < 0.05$ ). The nurses were satisfied with the model ( $\bar{X}=4.31$ ,  $S.D.=0.36$ ). In conclusion, the developed model might improve the nurses' knowledge and nursing ability to achieve the nursing goal for patients with 1-hour sepsis bundle.

**Keywords:** nursing care model, sepsis, 1-hour sepsis bundle

**\*Corresponding author:** Sriwan Ruangwattana; r.sriwan\_icu@hotmail.com



## บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะเร่งด่วนฉุกเฉิน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรโลก ในปี พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลก รายงานว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสูงถึง 48.9 ล้านคนและเสียชีวิตถึง 11 ล้านคน (World Health Organization, 2022) ในประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 รายต่อปี และเสียชีวิต 45,000 รายต่อปี มีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 34.65 และ 32.46 ในปี 2564 และ 2565 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ร้อยละ 30 หรืออาจสรุปได้ว่ามีผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย ทุก 3 นาที และมีผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิต 5 ราย ทุก 1 ชั่วโมง (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ตลอดจนเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและสาธารณสุขทั่วโลก ทำให้อุบัติการณ์การเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา อาทิเช่น ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่หลงเหลือ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เป็นต้น (Hajj et al, 2018) ทั้งนี้ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะของโรคที่มีความซับซ้อนไม่มีอาการ อาการแสดง หรือการทดสอบใดที่มีความไว และจำเพาะในการวินิจฉัยที่ถูกต้องร้อยละเก้าสิบ (Evans et al, 2021) ถึงแม้ว่าในปัจจุบันความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น มีความก้าวหน้าในการรักษาโรคคือ มียาต้านจุลชีพ และเทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่ดีขึ้น แต่อัตราตายของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อกระแสเลือดยังคงสูงอยู่ เนื่องจากการวินิจฉัยทำได้ยาก เพราะผู้ป่วยมักมีอาการแสดงที่แตกต่างกัน (Garcia et al, 2018)

ด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้มีการพัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพเรื่อยมา อาทิเช่น สมาคมเวชบำบัดวิกฤตทั้งในยุโรปและสหรัฐอเมริกา ได้ร่วมมือกันพัฒนาและรณรงค์ให้ใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Surviving Sepsis Campaign: SSC) สำหรับการรักษาเริ่มแรก และมีการปรับปรุงทุก 4 ปี ซึ่งแนวทางจากการรักษานี้ เน้นการช่วยชีวิตเบื้องต้น และการดูแลในอีก 24 ชั่วโมง โดยในปี 2018 มีการปรับเป้าหมายการรักษาโดยลดระยะเวลาจาก 6 ชั่วโมง ให้เหลือเพียง 1 ชั่วโมง มีแนวปฏิบัติการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภายใน 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย การประเมินค่าแลคเตทในเลือด การเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อจุลชีพ การดูแลและการให้ยาปฏิชีวนะออกฤทธิ์อย่างกว้าง การดูแลให้ได้รับสารน้ำชนิดคริสตอลลอยด์ 30 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม หากพบว่ามีความดันโลหิตต่ำ หรือค่าแลคเตทในเลือด มากกว่าหรือเท่ากับ 4 มิลลิโมลต่อลิตร ทั้งนี้แนวทางปฏิบัติในปี 2018 นี้มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดที่แสดงถึงความเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ การลดอัตราการเกิดภาวะช็อก และอัตราการตายในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือด จึงมีเรื่องของ "เวลา" เป็นเงื่อนไขสำคัญ (Levy et al, 2018) และล่าสุดในปี 2021 ยังคงมุ่งเน้นในเรื่องจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภายใน 1 ชั่วโมง โดยมีแนวปฏิบัติใหม่เพิ่มเติม ในส่วนของการแนะนำให้โรงพยาบาลเพิ่มโปรแกรมการคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยฉุกเฉินหรือในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง แนะนำให้เจาะเลือดหาค่าแลคเตทในผู้ป่วยเสี่ยงสูง เป็นต้น (Evans et al, 2021)

โรงพยาบาลลำพูน เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ขนาด 411 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มอายุกรรม ทีมสหสาขาวิชาชีพได้นำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย มาใช้เป็นแนวทางใน



การดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 ถึงแม้ว่าจะมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแล้วก็ตาม ในระหว่างปี 2564-2566 ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 473 ราย, 170 ราย และ 272 ราย ตามลำดับ ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 9.3, 10.6 และ 9.2 ตามลำดับ ในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด มีจำนวน 241 ราย, 126 ราย และ 335 ราย ตามลำดับ และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก มีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 15.4, 40.7 และ 41.2 ตามลำดับ (โรงพยาบาลลำพูน, 2567) จากการทบทวนเวชระเบียนในปี 2567 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแผลเลือดเกิดภาวะช็อก และมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงเกินเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ในปี 2567 ต้องน้อยกว่าร้อยละ 26 และในปี 2568 ต้องน้อยกว่าร้อยละ 24 จากการวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วย ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและเสียชีวิต พบว่าการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง การติดตามดูแลผู้ป่วยตามคะแนน NEWS Score การเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อพบการปนเปื้อน การประสานข้อมูลการพยาบาลดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพในการพยาบาลดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง ก่อให้เกิดความล่าช้าในการรายงานแพทย์ได้ทันเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและเสียชีวิตในที่สุด

จากสถานการณ์ของโรงพยาบาลลำพูน ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มโรคอายุรกรรม และมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบกับความปลอดภัยจากการติดเชื้อเป็นหนึ่งในนโยบาย 2P safety ที่มุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพบริการที่สร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และความปลอดภัยถือเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของระบบสุขภาพ ซึ่งในบริบทของโรงพยาบาลลำพูน ถึงแม้ว่าจะได้นำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่เนื่องด้วยกระบวนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับ คือแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเข้าสู่กระบวนการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และไปยังหอผู้ป่วยสามัญ ขึ้นอยู่กับทักษะและประสบการณ์ของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ซึ่งในแต่ละหอผู้ป่วยมีกิจกรรมการพัฒนาความรู้และทักษะบุคลากรที่แตกต่างกัน อีกทั้งในระดับโรงพยาบาล ถึงแม้จะมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน แต่ไม่มีแผนงานหรือกิจกรรมรองรับในด้านการพัฒนาความรู้และทักษะการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้เห็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพไม่ชัดเจน ประกอบกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ และทักษะของผู้ปฏิบัติแต่ละบุคคล และยังไม่มีการประเมินผลลัพธ์เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างเป็นระบบ จึงเป็นการยากที่จะตัดสินคุณภาพการบริการที่ผู้ป่วยได้รับ อีกทั้งปัญหาการหมุนเวียนอัตรากำลังของพยาบาล และมีพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่รับเข้ามาปฏิบัติงานในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ทำให้การติดตามประเมินอาการผู้ป่วยไม่มีความต่อเนื่อง เกิดความล่าช้าในขั้นตอนการประเมิน และการประเมินซ้ำ ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลลำพูน ให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของหอผู้ป่วย สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาใช้ในการพัฒนารูปแบบ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา โดยการมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลวิชาชีพ ด้วยการเพิ่มศักยภาพ พัฒนางค์



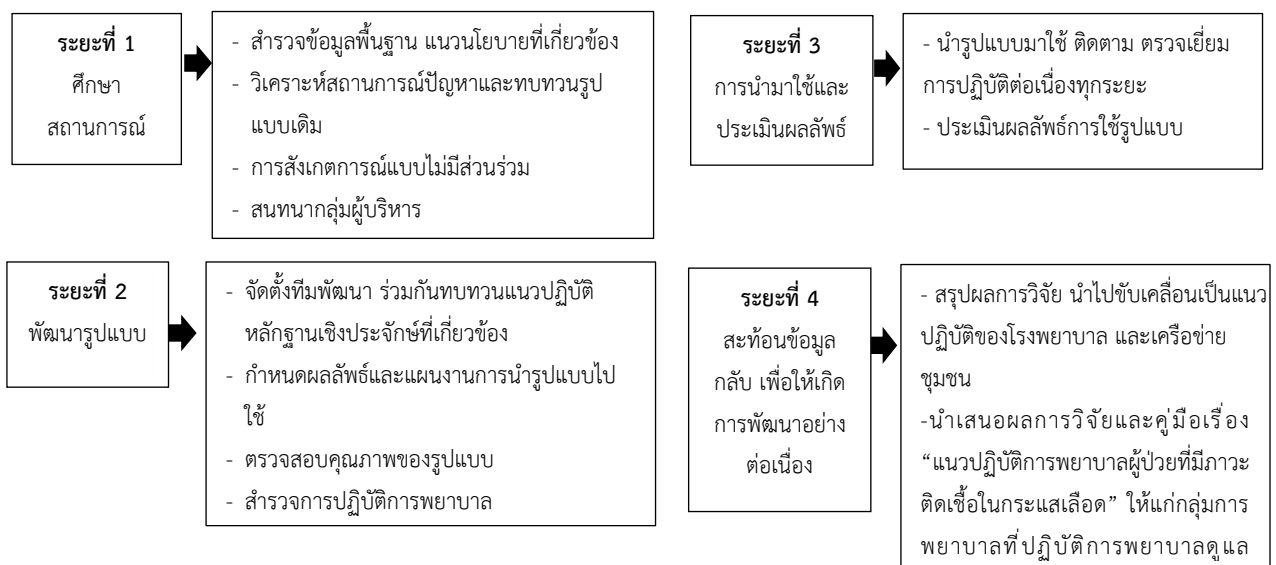
ความรู้ ทักษะการนิเทศเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้สามารถค้นพบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เข้าสู่กระบวนการรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว อันจะส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงในที่สุด

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลลำพูน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลลำพูน
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลลำพูน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ได้ประยุกต์ใช้ แนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1998) เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยกระบวนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนคิด ดำเนินการทั้ง 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ และระยะที่ 4 สะท้อนข้อมูลกลับ ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ประชากร ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลำพูน ที่ปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และ 2) เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลลำพูน จำนวนทั้งหมด 420 คน ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2567



กลุ่มตัวอย่างที่ 1 คือ ผู้บริหารทางการแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ

#### เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ไม่ต่ำกว่า 2 ปี 2) พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และ 3) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

#### เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในระหว่างการลาภักหรือลาศึกษาต่อในระหว่างการเก็บข้อมูล และไม่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในระหว่างการลาป่วย ลาคลอด หรือลาศึกษาต่อในระหว่างการเก็บข้อมูล และไม่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 คือ ด้านข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปี 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีผลตรวจร่างกายพบ NEWS score  $\geq 5$  และ 3) ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดหรือข้อห้ามในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่เป็นสตรีตั้งครรภ์ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ (Refer in) จากโรงพยาบาลอื่นที่ได้รับการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมาก่อน 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อ (Refer out) ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ตั้งแต่แรกรับ 4) ผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย และ 5) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนได้รับการรักษา

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 และ 2 ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจงกับผู้บริหารทางการแพทย์ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการทุกคน และข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระหว่างเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2567 จากการดำเนินโครงการวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างผู้บริหารทางการแพทย์ ในตำแหน่งระดับหัวหน้างาน/กลุ่มงาน เข้าเกณฑ์การวิจัย จำนวน 12 คน พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ จำนวน 142 คน ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเข้าเกณฑ์การวิจัย จำนวนรวมทั้งสิ้น 241 ราย แบ่งเป็นก่อนใช้รูปแบบ ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม จำนวน 106 ราย และหลังใช้รูปแบบ ระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม จำนวน 135 ราย

#### เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด บูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย (2558) Surviving Sepsis Campaign Guideline (SSC 2021) และแนวคิดการนิเทศทางการแพทย์พยาบาล



ของ Proctor (2010) ร่วมกับแนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วย ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2561) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างผู้บริหารในระยะเวลาศึกษาสถานการณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ปัญหาและอุปสรรคในการพยาบาลผู้ป่วย และปัจจัยที่สนับสนุนให้การพยาบาลผู้ป่วยประสบความสำเร็จ

2.2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล ประสบการณ์การอบรมด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย (2558) Surviving Sepsis Campaign Guideline (SSC 2021) จำนวน 24 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด และไม่แน่ใจ ให้คะแนนตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน กำหนดช่วงระดับความรู้ ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ/น้อย (0-8 คะแนน) มีความรู้ในระดับปานกลาง (9-16 คะแนน) และมีความรู้ในระดับสูง/มาก (17-24 คะแนน)

2.3) แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย (2558) Surviving Sepsis Campaign Guideline (SSC 2021) ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติได้ถูกต้อง/ครบถ้วน (1 คะแนน) ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน)

2.4) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย เก็บข้อมูลหัตถ์จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่มารับบริการใน โรงพยาบาลลำพูน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ แหล่งติดเชื้อ โรคร่วม และผลลัพธ์การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง (1-hour sepsis bundle) ประกอบด้วย 1) การได้รับเจาะเลือดส่งตรวจค่าแลคเตทในเลือด 2) การได้รับเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ 3) การได้รับยาปฏิชีวนะแบบครอบคลุมภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย 4) การได้รับการดูแลให้ได้รับสารน้ำ crystalloid fluid 30 ml/kg (กรณีที่ไม่มีข้อห้ามในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ) 5) การได้รับการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาในกลุ่ม vasopressor และอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

2.5) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งออกเป็น 5 ระดับคะแนน (5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน) ได้แก่ มีความพึงพอใจมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00) มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40) น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60) และน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80) ตามลำดับ



## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ดำเนินการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence; IOC) ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 1 ท่าน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลผู้เชี่ยวชาญชั้นสูง 1 ท่าน แล้วนำเครื่องมือมาปรับปรุง แก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยรวมผลการตรวจสอบค่า IOC อยู่ที่ระหว่าง 0.96-1.00 และทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบประเมินความรู้ และแบบสังเกตการปฏิบัติ ทดสอบโดยใช้สูตร KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.92 และ 0.96 ตามลำดับ และแบบประเมินความพึงพอใจ ทดสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคกับกลุ่มทดลองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ผลการทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

กระบวนการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มี 4 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์** ใช้ระยะเวลาในการศึกษาสถานการณ์ 2 เดือน ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ดำเนินการสำรวจข้อมูลพื้นฐานแนวนโยบายที่เกี่ยวข้องและสถานการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินการพยาบาลผู้ป่วย ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง และจัดเวทีสนทนากลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล

**ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ** ใช้ระยะเวลาในการพัฒนา 3 เดือน ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2567 ดำเนินการจัดตั้งทีมพัฒนารูปแบบ ร่วมกันทบทวนข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสร้างร่างรูปแบบ พร้อมทั้งสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือกับผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกันปรับรูปแบบวางแผนในการดำเนินการนำรูปแบบไปสู่การปฏิบัติ สำรวจการปฏิบัติของพยาบาล พร้อมกับบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยก่อนใช้รูปแบบ และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การนิเทศทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อความปลอดภัย” ในแต่ละกลุ่มการพยาบาล ในระหว่างวันที่ 4-8 มีนาคม 2567 โดยมีกิจกรรมการประเมินความรู้ก่อนใช้รูปแบบ การให้ความรู้เรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และแนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วย และทำ workshop ฝึกปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มละ 5-10 คน แบบหมุนเวียนในแต่ละกลุ่มการพยาบาล

**ระยะที่ 3 ขั้นการนำรูปแบบมาใช้** ใช้ระยะเวลาใน 3 เดือน ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2567 โดยผู้วิจัยและทีมพัฒนาร่วมวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยรายบุคคล พร้อมกันนั้นให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยตามแผนที่กำหนดไว้ การติดตาม ตรวจสอบ การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกวัน ทุกระยะของกิจกรรมการพยาบาล พร้อมทั้งมีการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย บันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประเมินความรู้ และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้รูปแบบ



**ระยะที่ 4** ขั้นการสะท้อนข้อมูลกลับ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลาใน 2 เดือน ระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนตุลาคม 2567 คณะผู้วิจัยสรุปผลการวิจัย นำเสนอผลการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน และคณะผู้บริหารทางการแพทย์ เพื่อนำไปขับเคลื่อนเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลลำพูน และเครือข่ายชุมชนต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปข้อคิดเห็นจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารทางการแพทย์ และข้อคิดเห็นจากการระดมสมองพยาบาลวิชาชีพ เพื่อร่วมกันออกแบบรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ประกอบด้วย 2.1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์และบรรยายข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ผลลัพธ์ทางคลินิกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และ 2.2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสถิติ Paired Samples t-test วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังใช้รูปแบบ และค่าสถิติ Fisher exact probability test ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาล ผลลัพธ์การใช้ 1-hour sepsis bundle และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

### จริยธรรมการวิจัย

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำพูน หมายเลขรับรอง Ethic LPN 0114/2566 รับรองวันที่ 26 ธันวาคม 2566

### ผลการวิจัย

**ส่วนที่ 1** สถานการณ์การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลลำพูน

จากการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน แนวนโยบายที่เกี่ยวข้อง พบว่า โรงพยาบาลลำพูนมีการนำแนวปฏิบัติของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย (2558) มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่เนื่องด้วยกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม คือแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การเข้าสู่กระบวนการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และไปยังหอผู้ป่วยสามัญ ขึ้นอยู่กับทักษะและประสบการณ์ของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ซึ่งในแต่ละหอผู้ป่วยมีกิจกรรมการพัฒนาคูลากรที่แตกต่างกัน และจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและทบทวนรูปแบบเดิม พบว่าการกำหนดหลักเกณฑ์กลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง การติดตามดูแลผู้ป่วยตามคะแนน NEWS Score การเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อพบการปนเปื้อน การประสานและส่งต่อข้อมูลไม่ต่อเนื่อง ตลอดจนจากการการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม พบการปฏิบัติการพยาบาลไม่ถูกต้อง เช่น บันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ประเมิน NEWS Score การเจาะเลือดไม่ถูกต้อง ไม่มีการค้นหาตำแหน่งติดเชื้อ



ในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงครบทุกราย สอดคล้องกับผลการสนทนากลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์ พบว่ารูปแบบการพยาบาลเดิม ยังไม่ความชัดเจนในการระบุผู้รับผิดชอบในแต่ละระยะ การบันทึกและการส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน

## ส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลลำพูน

จากการศึกษาสถานการณ์ในระยะที่ 1 จึงได้มีการจัดตั้งทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ผู้วิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมอุบัติเหตุ และนักวิชาการด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ รวมจำนวน 4 คน ร่วมกันสรุปสถานการณ์ สังเคราะห์แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย (2558) และ Surviving Sepsis Campaign Guideline (SSC 2021) กำหนดผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล ที่มุ่งพัฒนาความรู้ ทักษะการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และผลลัพธ์ทางคลินิกแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง (1-hour sepsis bundle) โดยกำหนดแผนงานการนำรูปแบบไปใช้ในระหว่างมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2567 หลังจากนั้นกำหนดรูปแบบใหม่ และตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบกับอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมจำนวน 3 คน หลังจากนั้นนำรูปแบบมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ครอบคลุม 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกรับ 2) การพยาบาลผู้ป่วยระยะดูแลต่อเนื่อง และ 3) การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนจำหน่าย ภายหลังจากได้รูปแบบได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การนิเทศทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อความปลอดภัย” ในแต่ละกลุ่มการพยาบาล ในระหว่างวันที่ 4-8 มีนาคม 2567 โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้ แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติการการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

## ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลลำพูน

ผลลัพธ์ของการนำรูปแบบมาใช้ ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ ความรู้ ทักษะการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ความพึงพอใจต่อรูปแบบของพยาบาลวิชาชีพ และผลลัพธ์ทางคลินิกแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง ดังนี้

### 3.1 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 38.81 ปี (S.D.=8.07) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.36 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลเฉลี่ย  $\pm$  ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ  $14.12 \pm 6.04$  โดยทุกคนเคยมีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 100 และเคยมีประสบการณ์ได้รับความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 50.70

ผลการประเมินความรู้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่า ค่าสถิติ  $t = -20.934$  และค่า  $p\text{-value} < .001$  แสดงว่า คะแนนความรู้ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนการใช้รูปแบบพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการ



พยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=14.49$ , S.D.=2.81) และหลังใช้รูปแบบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=19.97$ , S.D.=1.96) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n=142)

คะแนนความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	$\bar{X}\pm S.D.$	t	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ	14.49±2.81	-20.934	<.001*
หลังใช้รูปแบบ	19.97±1.96		

\*p-value<.05

ผลการประเมินทักษะการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าโดยรวมพยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.99 เป็นร้อยละ 98.11 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	ก่อนใช้รูปแบบ (n=106)			หลังใช้รูปแบบ (n=135)			p-value
	ปฏิบัติถูกต้อง (จำนวนครั้ง)	สังเกต (จำนวนครั้ง)	ปฏิบัติที่ถูกต้อง (ร้อยละ)	ปฏิบัติถูกต้อง (จำนวนครั้ง)	สังเกต (จำนวนครั้ง)	ปฏิบัติที่ถูกต้อง (ร้อยละ)	
ระยะแรกรับ	730	848	86.08	1055	1080	97.69	<.001*
ระยะดูแลต่อเนื่อง	1370	1590	86.16	1987	2025	98.12	<.001*
ระยะก่อนจำหน่าย	361	424	85.14	534	540	98.88	<.001*
การปฏิบัติในภาพรวม 3 ระยะ	2461	2862	85.99	3576	3645	98.11	<.001*

\*p-value<.05

ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า โดยรวมพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.31$ , SD=0.36) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ความพึงพอใจต่อรูปแบบ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านเนื้อหา			
เนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย	4.43	0.49	มากที่สุด
ความง่ายและสะดวกในการนำไปใช้	4.27	0.62	มากที่สุด
ความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	4.37	0.65	มากที่สุด



ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
<b>ด้านการปฏิบัติการพยาบาล</b>			
ช่วยพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วย	4.15	0.69	มาก
ช่วยพัฒนาความรู้ในการพยาบาลดูแลผู้ป่วย	4.53	0.53	มากที่สุด
ช่วยพัฒนาการสื่อสารการพยาบาลดูแลผู้ป่วยของทีมนสหสาขาวิชาชีพ	4.10	0.54	มาก
ช่วยให้มีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย	4.32	0.60	มากที่สุด
มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการให้การพยาบาลผู้ป่วย	4.39	0.56	มากที่สุด
มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน	4.29	0.59	มากที่สุด
<b>ด้านการนำไปใช้</b>			
สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	4.30	0.57	มากที่สุด
ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปแนวทางเดียวกัน	4.33	0.54	มากที่สุด
ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลดูแลที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพและเกิดความปลอดภัย	4.25	0.58	มากที่สุด
ภาพรวม	4.31	0.36	มากที่สุด

3.2 ผลลัพธ์ด้านการพยาบาลแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย พบว่าก่อนใช้รูปแบบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.66 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 63.71 ปี แผลงติดเชื้อส่วนใหญ่พบที่ระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 47.16 และมีโรคร่วม ร้อยละ 91.50 หลังใช้รูปแบบ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.29 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 62.15 แผลงติดเชื้อส่วนใหญ่คือที่ระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 44.44 และมีโรคร่วม ร้อยละ 82.96

ผลลัพธ์การพยาบาลแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง พบว่าหลังใช้รูปแบบโดยรวมเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ทั้งในด้านอัตราการได้รับการเจาะเลือดส่งตรวจค่าแลคเตทในเลือดภายใน 1 ชั่วโมง จากร้อยละ 83.02 เป็นร้อยละ 97.78 อัตราการได้รับการเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง จากร้อยละ 83.02 เป็นร้อยละ 100.00 อัตราการได้รับการบริหารยาปฏิชีวนะแบบครอบคลุมภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย จากร้อยละ 86.79 เป็นร้อยละ 97.78 อัตราการได้รับการดูแลให้ได้รับสารน้ำ crystalloid fluid 30 ml/kg (กรณีที่ไม่มียข้อห้ามในการให้ IV) ภายใน 1 ชั่วโมง จากร้อยละ 84.91 เป็นร้อยละ 99.26 และอัตราการได้รับการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาในกลุ่ม vasopressor ภายใน 1 ชั่วโมง จากร้อยละ 88.68 เป็นร้อยละ 97.78 นอกจากนี้พบว่า อัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหลังใช้รูปแบบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนใช้รูปแบบมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 28.30 และหลังใช้รูปแบบลดลงเหลือร้อยละ 8.89 ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ผลลัพธ์การพยาบาลแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

การพยาบาลแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง	ก่อนใช้รูปแบบ (n=106)		หลังใช้รูปแบบ (n=135)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1) อัตราการได้รับการเจาะเลือดส่งตรวจค่าแลคเตทในเลือดภายใน 1 ชั่วโมง	88	83.02	132	97.78	<.001*
2) อัตราการได้รับการเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง	88	83.02	135	100.00	<.001*
3) อัตราการได้รับการบริหารยาปฏิชีวนะแบบครอบคลุมภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย	92	86.79	132	97.78	0.002*
4) อัตราการได้รับการดูแลให้ได้รับสารน้ำ crystalloid fluid 30 ml/kg (กรณีที่ไม่มีข้อห้ามในการให้ IV.) ภายใน 1 ชั่วโมง	90	84.91	134	99.26	<.001*
5) อัตราการได้รับการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยากลุ่ม vasopressor ภายใน 1 ชั่วโมง	94	88.68	132	97.78	0.006*
6) อัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	30	28.30	12	8.89	<.001*

\*p-value<.05

## อภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลลำพูน อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. ระยะเวลาศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ค้นพบว่า การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีปัญหาและอุปสรรคด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ไม่มีกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพไม่ถูกต้องและครบถ้วน สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปทุมราชวงศา ของ อุไรวรรณ วิสัยรัตน์ (2561) พบว่า สภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปทุมราชวงศา มีแนวปฏิบัติการพยาบาลไม่ชัดเจน การสื่อสารและสร้างความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาลไม่ทั่วถึง การกำกับติดตามประเมินอาการผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง ขณะที่การศึกษาสถานการณ์การจัดการเพื่อได้รับยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่หน่วยตรวจฉุกเฉินของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในประเทศไทย ของ อิติสุตา ชื่นใจ (2564) พบว่าการจัดกำลังบุคลากรทางการพยาบาลยังไม่เพียงพอ ส่งผลต่อการให้บริการล่าช้า และการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ไม่มีความชัดเจนของระบบการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ เป็นต้น

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จากการศึกษาสถานการณ์ข้างต้นนำมาสู่การพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและบูรณาการ



หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย (2558) Surviving Sepsis Campaign Guideline (SSC 2021) และแนวคิดการนิเทศทางการพยาบาล ของ Proctor (2010) ร่วมกับแนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วย ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2561) มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล ลำพูน ประกอบการพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย มุ่งผลลัพธ์การพยาบาลแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง เนื่องด้วยกระบวนการวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการพยาบาล ทุกระยะการพยาบาล ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมเสนอปัญหา ความต้องการ และร่วมปฏิบัติ จึงทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย คือ ความปลอดภัย ที่ถือเป็นหลักสำคัญของการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพบริการทางการพยาบาล ด้วยประโยชน์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จึงทำให้มีการนำหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างหลากหลาย อาทิ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม ของอังกฤษ เกียรติमानะโรจน์ (2564) และการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ของ วันวิสาข์ สุวรรณ (2566) เป็นต้น

ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ค้นพบว่าโดยรวมพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด โดยประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ช่วยพัฒนาความรู้ในการพยาบาลดูแลผู้ป่วย เนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปแนวทางเดียวกัน เป็นต้น เนื่องด้วยการพัฒนารูปแบบทุกระยะเปิดโอกาสให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ ร่วมปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ร่วมรับรู้ถึงผลของการพัฒนารูปแบบร่วมกัน ดังนั้นจึงส่งผลให้บุคลากรพยาบาลที่ร่วมใช้รูปแบบนี้ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วันวิสาข์ สุวรรณ (2566) พบว่าพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมใช้รูปแบบมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด โดยประเมินว่ารูปแบบสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางเดียวกันในหน่วยงาน พัฒนาทักษะ และความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

3. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ค้นพบว่า ด้านความรู้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า หลังใช้รูปแบบพยาบาลวิชาชีพมีความรู้เพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องด้วยกระบวนการวิจัยนี้ได้นำแนวคิดการนิเทศทางการพยาบาล ของ Proctor (2010) ร่วมกับแนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วย ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2561) มากำหนดกิจกรรมการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การนิเทศทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อความปลอดภัย” มุ่งเน้นให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพทุกระดับ พร้อมกับมีกิจกรรมการทำ workshop โดยการแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติการแบบหมุนเวียนให้ครอบคลุมทุกกลุ่มการพยาบาล จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ร่วมใช้รูปแบบ มีความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วันวิสาข์ สุวรรณ (2566) ได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวังสามหมอ ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ



พบว่าหลังดำเนินการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี เพิ่มจากร้อยละ 40.9 เป็นร้อยละ 86.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ค้นพบว่าโดยรวมพยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.99 เป็นร้อยละ 98.11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีกิจกรรมในขั้นตอนการพัฒนาทั้งการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การทำ workshop พร้อมทั้งมีการติดตาม ตรวจสอบ การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกวัน ทุกระยะของกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวมถึงการสนับสนุนให้กำลังใจแก่พยาบาลวิชาชีพ นำความรู้ที่ได้รับ มาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิชญพันธ์ จันทระ และคณะ (2565) พบว่า หลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง พยาบาลพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของ วันวิสาข์ สุวรรณ (2566) พบว่า โดยรวมพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ถูกต้องระดับสูงเพิ่มจากร้อยละ 72.7 เป็น 100.0

ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ค้นพบว่าโดยรวมพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด โดยประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ช่วยพัฒนาความรู้ในการพยาบาลดูแลผู้ป่วย เนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปแนวทางเดียวกัน เป็นต้น เนื่องด้วยการพัฒนารูปแบบทุกระยะเปิดโอกาสให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ ร่วมปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ร่วมรับรู้ถึงผลของการพัฒนารูปแบบร่วมกัน ดังนั้นจึงส่งผลให้บุคลากรพยาบาลที่ร่วมใช้รูปแบบนี้ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วันวิสาข์ สุวรรณ (2566) พบว่าพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมใช้รูปแบบมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด โดยประเมินว่ารูปแบบสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางเดียวกันในหน่วยงาน พัฒนาทักษะ และความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

ผลลัพธ์การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง พบว่าโดยรวมเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งในด้านอัตราการได้รับการเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง จากร้อยละ 83.02 เป็นร้อยละ 97.78 อัตราการได้รับการเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง จากร้อยละ 83.02 เป็นร้อยละ 100.00 อัตราการได้รับการบริหารยาปฏิชีวนะแบบครอบคลุมภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย จากร้อยละ 86.79 เป็นร้อยละ 97.78 อัตราการได้รับการดูแลให้ได้รับสารน้ำ crystalloid fluid 30 ml/kg (กรณีที่ไม่ห้ามในการให้ IV) ภายใน 1 ชั่วโมง จากร้อยละ 84.91 เป็นร้อยละ 99.26 และอัตราการได้รับการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยากลุ่ม vasopressor ภายใน 1 ชั่วโมง จากร้อยละ 88.68 เป็นร้อยละ 97.78 นอกจากนี้พบว่า อัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหลังใช้รูปแบบ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องด้วยกระบวนการพัฒนารูปแบบนี้ได้มีการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านความรู้ ด้วยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การทำ



workshop การติดตาม ตรวจสอบ การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกวัน ทุกระยะของกิจกรรมการพยาบาล จึงมีผลให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิชญพันธ์ จันทระ และคณะ (2565) พบว่า การพยาบาลดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมายคือ มีการส่งแลคเตทในเลือดภายใน 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 95.90 การเจาะเลือดเพาะเชื้อ 2 ขวด ก่อนให้ยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 98.60 การได้รับยาต้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้างขวางภายใน 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 95.90 อัตราการได้รับสารละลาย crystalloid fluid ภายใน 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 93.10 การได้รับ vasopressor คิดเป็นร้อยละ 80.80 ผลลัพธ์ของปฏิบัติตาม 1-hour Sepsis Bundle ได้แก่ การเกิดภาวะช็อกเมื่อครบเป้าหมายการรักษาภายใน 6 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 16.40 และพบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 28.80 และผลการศึกษาของ วิมลรัตน์ เสนาะเสียง (2566) พบว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมงร้อยละ 94.87 อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 96.29 การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยร้อยละ 96.29 การให้สารน้ำ 30 ml/kg/hr ร้อยละ 100 ส่วนอัตราตายผู้ป่วย Sepsis พบร้อยละ 5.19 เป็นต้น

สรุปการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ ช่วยพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพและก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีต่อผู้ป่วย

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรกำหนดให้มีกิจกรรมการนิเทศทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อความปลอดภัยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง พร้อมทั้งมีการประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ และจัดให้มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งเชื่อมโยงประสานกับเครือข่ายชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนา ระบบการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างครอบคลุมและทั่วถึง

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการพยาบาลดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสม และทันสมัยตามสถานการณ์

### เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). KPI 3 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง แผนการตรวจราชการกระทรวง

สาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

จิติสดา ชื่นใจ. (2564). การจัดการเพื่อได้รับยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยตรวจฉุกเฉิน: การวิเคราะห์สถานการณ์. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



## เอกสารอ้างอิง

พิชญพันธ์ จันทระ, สมพร ศรีทันดร, ฐิตินันท์ วัฒนะชัย, ณ์ัฐพล ยูวณิช และกิตติศักดิ์ หมั่นเขตรกิจ. (2565). ผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมงของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า*, 5(3), 68-82.

โรงพยาบาลลำพูน. (2567). *ข้อมูลหน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลลำพูน ปี 2567*. (เอกสารอัดสำเนา).

วิมลรัตน์ เสนาะเสียง. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (SEPSIS) โรงพยาบาลสมเด็จพระนวมัยลิ่งแวงล้อมและสุขภาพชุมชน, 8(3), 661-667.

วันวิสาข์ สุวรรณ. (2566). *ผลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี*. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี.

สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวปฏิบัติของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย ปี 2558*. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4*. กรุงเทพฯ: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

อังคณา เกียรติมานะโรจน์. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 5(9), 27-43.

อุไรวรรณ วิสัยรัตน์. (2561). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปทุมราชวงศา*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., et al. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Critical Care Medicine*, 49(11), 1063-1143.

Garcia, R. A., Spitzer, E. D., Kranz, B., & Barnes, S. (2018). A national survey of interventions and practices in the prevention of blood culture contamination and associated adverse health care events. *American Journal of Infection Control*, 46(5), 571-576.

Hajj, J., Blaine, N., Salavaci, J., & Jacoby, D. (2018). The centrality of sepsis: A review on incidence, mortality, and cost of care. *Healthcare*, 6(3), 90.

Levy, M. M., Evans, L. E., & Rhodes, A. (2018). The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. *Critical Care Medicine*, 46(6), 997-1000.

Kemmis, S. & McTaggart, R. (1998). *The action research planer*. (3<sup>rd</sup>ed.). Victoria: Deakin University.



### เอกสารอ้างอิง

Proctor B. (2010). *Training for the supervision alliance attitude, skills and intention In Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge.

Society of Critical Care Medicine. (2021). Surviving sepsis campaign guidelines 2021. Retrieved from: <https://sccm.org/Clinical-Resources/Guidelines/Guidelines/Surviving-Sepsis-Guidelines-2021>

World Health Organization. (2022). *WHO calls for global action on sepsis - cause of 1 in 5 deaths worldwide*. Retrieved from: <https://www.who.int/news/item/08-09-2022-who-calls-for-global-action-on-sepsis--cause-of-1-in-5-deaths-worldwide>.



## ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกคลอดปกติ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

อาทิตยา บุญธรรม<sup>1</sup>, ขวัญจิตร สงวนโรจน์<sup>2</sup> และทัศนีย์ หนูนารถ<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

<sup>2</sup>มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

<sup>3</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(วันที่รับบทความ: 26 พฤศจิกายน 2567; วันที่แก้ไข: 3 กุมภาพันธ์ 2568; วันที่ตอบรับ: 21 กุมภาพันธ์ 2568)

### บทคัดย่อ

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นหนึ่งในวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญสำหรับมารดาและทารก อย่างไรก็ตามพบว่าอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวในมารดาวัยรุ่นยังคงอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรกคลอดปกติ การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกคลอดปกติ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านแอปพลิเคชันไลน์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกคลอดปกติ ที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2567 จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกคลอดปกติ แบบสอบถามการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและแบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 17 ปี (S.D.=1.56) และกลุ่มทดลองมีค่าอายุเฉลี่ย 16.5 ปี (S.D.=0.73) กลุ่มควบคุมมีมารดา ร้อยละ 66.67 ที่ไม่มีปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ในขณะที่กลุ่มทดลอง ร้อยละ 70.83 ที่ไม่มีปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p=.004$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านแอปพลิเคชันไลน์สามารถเพิ่มอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกคลอดปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น โปรแกรมนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในกลุ่มมารดาวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** สมรรถนะแห่งตน, การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา, มารดาวัยรุ่น, แอปพลิเคชันไลน์

\*ผู้รับผิดชอบบทความ: ทัศนีย์ หนูนารถ; tassanee@bcnnakhon.ac.th



## Effects of The Self-Efficacy Promotion Program Through the LINE Application on Success in Breastfeeding Children of Normal First Vaginal Delivery Teenage Mothers in Maharat Nakhon Si Thammarat Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

Athitaya Buntham<sup>1</sup>, Kwanchit Sanguanroj<sup>2</sup> and Tasanee Noonart<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>Postpartum ward Maharat Nakhon Si Thammarat Hospital

<sup>2</sup>Bansomdejchaopraya Rajabhat University

<sup>3</sup>Boromrajonani College of Nursing, Nakhonsithammarat, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

(Received: 26 November 2024; Revised: 3 February 2025; Accepted: 21 February 2025)

### Abstract

Breastfeeding is an important health promotion for mothers and infants. However, the rate of exclusive breastfeeding among adolescent mothers remains low, especially adolescent mothers who gave normal vaginal delivery in the first time. This quasi-experimental study was to compare the exclusive breastfeeding rates between adolescent mothers who received a self-efficacy promotion program via the LINE application and adolescent mothers who received standard nursing care. There were 48 adolescent mothers giving normal vaginal delivery in the first time at Maharat Nakhon Si Thammarat Hospital that were recruited in the study. They were divided 24 adolescent mothers into experimental group and 24 adolescent mothers into a control group. The study implemented between October and December 2024. The research tools were a self-efficacy promotion program via the LINE application, and the breastfeeding questionnaires. The tools were validated by five experts with a content validity index of 1.0. The reliability was calculated using Pearson's correlation coefficient that a reliability value was 1.0. The results found that the control groups' mean age was 17 years (S.D.=1.56) and the mean age of the experimental group was 16.5 years (S.D.=0.73). Of 66.67 percent the control group did not have problems with exclusive breastfeeding, while 70.83 percent of the experimental group did not have problems with exclusive breastfeeding. There was significant difference in the rate of exclusive breastfeeding between the experimental and control groups ( $p=.004$ ). This indicates that the self-efficacy promotion program through the LINE application might increase the rate of breastfeeding in adolescent mothers with normal vaginal delivery in the first time. Therefore, this program can be applied to promote breastfeeding among adolescent mothers.

**Keywords:** self-efficacy, exclusive breastfeeding, adolescent mothers, line application

\*Corresponding author: Tasanee Noonart; tassanee@bcnnakhon.ac.th



## บทนำ

การตั้งครรภ์และการคลอดในมารดาวัยรุ่นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยข้อมูลในปี 2018 ระบุว่า อัตราการคลอดบุตรในวัยรุ่นเฉลี่ยอยู่ที่ 44 คนต่อมารดา 1,000 คนในกลุ่มอายุ 15-19 ปี (World Health Organization [WHO], 2021a) สำหรับประเทศไทย แม้อัตราการคลอดในวัยรุ่นจะลดลงจากปี 2558-2562 (จาก 44.8 เป็น 31.3 คนต่อมารดา 1,000 คน) แต่ยังคงสูงกว่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ไม่เกิน 10 คนต่อ 1,000 คน (กรมอนามัย, 2562) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถือเป็นวิธีสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยสามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ถึง 823,000 คนต่อปี (WHO, 2021b) องค์การอนามัยโลกและ UNICEF แนะนำให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเป็นเวลา 6 เดือน และควรต่อเนื่องถึงอายุ 2 ปีร่วมกับอาหารเสริม (UNICEF, 2021) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์หลากหลายสำหรับทารก น้านมแม่มีสารอาหารที่ครบถ้วน ช่วยให้ทารกมีพัฒนาการทางสมอง ลดความเสี่ยงโรคอ้วนและเบาหวาน และเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ลดการติดเชื้อในทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร (Lowdermilk et al, 2019; WHO, 2021b) นอกจากนี้ยังช่วยให้ทารกมีสุขภาพจิตที่ดี ลดอารมณ์โกรธ และสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารกจากการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินที่ทำให้ทารกสงบและรู้สึกปลอดภัย (Krol & Grossmann, 2018) สำหรับมารดา การให้นมบุตรช่วยลดภาวะตกเลือดหลังคลอด ส่งเสริมการหดตัวของมดลูก ลดน้ำหนักหลังคลอด และลดความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านมและรังไข่ นอกจากนี้ยังช่วยลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ทำให้มารดาารู้สึกผ่อนคลาย (Lowdermilk et al, 2019; WHO, 2021b; กรมอนามัย, 2562)

ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขของไทยตั้งเป้าหมายไว้ว่าในปี 2573 ทารกควรได้รับนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนในอัตราร้อยละ 60 (กรมอนามัย, 2562) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากจังหวัดนครศรีธรรมราชในปี 2566 ชี้ให้เห็นว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด โดยอัตราการคลอดของมารดาวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีอยู่ที่ร้อยละ 17.79 และในปี 2565 มีเด็กเพียงร้อยละ 28.6 ที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวจนถึง 6 เดือน (กรมอนามัย, 2566) สถานการณ์นี้เด่นชัดในเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี ระนอง และชุมพร โดยเฉพาะจังหวัดนครศรีธรรมราชที่มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยที่สุดในเขตและลดลงอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 30.5, 25.8 และ 18.5 ในปี 2564-2566) (กรมอนามัย, 2566) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นสาเหตุด้านบวกที่สามารถทำนายระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้นวิธีการที่จะช่วยให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นเกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เสริมพลังอำนาจ เพื่อให้มีความเชื่อมั่นและความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ชี้ให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีจากการสนับสนุนสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม เสาวลักษณ์ คำของ และมยุรี นีรัตราดร (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นในชุมชน พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การส่งเสริมสมรรถนะ



แห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ส่งผลให้มารดาที่มีบุตรคนแรกมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมนี้ผ่านการบรรยายและการใช้วีดิทัศน์ในการแสดงตัวแบบสัญลักษณ์ คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการติดตามทางโทรศัพท์ มีคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารและการเรียนรู้ ควรพิจารณาใช้สื่อที่หลากหลายและทันสมัย เช่น การใช้สื่อดิจิทัลหรือสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งสามารถเพิ่มความน่าสนใจและความเข้าใจของมารดาได้มากขึ้น (ศุทธิณี รุจิระพงศ์, 2562) จากการพิจารณาเทคโนโลยีปัจจุบัน แอปพลิเคชันไลน์ซึ่งเป็นที่นิยมในการสื่อสารของคนส่วนใหญ่สามารถช่วยให้การสื่อสารรวดเร็วและสะดวกขึ้น โดยสื่อสารได้ทั้งภาพและเสียง ทำให้เกิดความเข้าใจที่ดียิ่งขึ้น (สมิธิ พิฑูรพงศ์ และ ธรรมยุทธ ปัญญาโสภณ, 2561) การใช้เทคโนโลยี เช่น ไลน์ในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพจะเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงข้อมูล สร้างความสนใจ และช่วยให้ผู้รับข้อมูลเข้าใจและจดจำเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น (บรรจง พลไชย และณิทยา พรหมสาขา ณ สกลนคร, 2561) ทั้งนี้มารดาวัยรุ่นคนแรกเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพราะมีวุฒิภาวะไม่เพียงพอในการเป็นมารดา ขาดความมั่นใจในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นต้น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะประสบผลสำเร็จและเกิดประโยชน์สูงสุดทั้งมารดาและทารกได้นั้น จึงควรได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่มีการบูรณาการร่วมกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านแอปพลิเคชันไลน์นี้พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ของของแบนดูรา (Bandura, 1997) โปรแกรมส่งเสริมประกอบด้วยแหล่งข้อมูล 4 ด้าน ดังนี้ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ส่งเสริมให้มารดาฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยตนเองจนเกิดความมั่นใจ 2) การได้เห็นตัวแบบ ให้มารดาชมวิดีโอของมารดาตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อเป็นตัวอย่างให้มารดาเรียนรู้และทำตาม 3) การชักจูงด้วยคำพูด ใช้คำพูดที่สร้างแรงบันดาลใจให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยให้การชักจูงทั้งที่โรงพยาบาลและผ่านข้อความในไลน์ที่มีสติ๊กเกอร์ประกอบ ซึ่งการยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ประเมินและให้การดูแลร่างกาย ควบคู่กับสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองและไว้วางใจ ช่วยให้มารดาเรียนรู้ว่าความยากลำบากในช่วงแรกของการให้นมเป็นเรื่องปกติและสามารถเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ โปรแกรมนี้ยังใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้มารดาเข้าถึงข้อมูลสำคัญผ่านสมาร์ทโฟน ทบทวนความรู้ได้ทุกเมื่อ และสามารถขอคำปรึกษาผ่านข้อความ ภาพ เสียง หรือวิดีโอคอล ลดข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ ทำให้มารดาวัยรุ่นคนแรกมีสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนั้นในมารดาวัยรุ่นคนแรกตลอดปกติ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านแอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



### สมมติฐานการวิจัย

มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกคลอดปกติ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านแอปพลิเคชันไลน์มีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1989; 1997; 2001) และต่อมาได้ขยายแนวคิดให้กว้างขึ้นและเปลี่ยนชื่อทฤษฎีเป็นทฤษฎีการเรียนรู้เชิงปัญหาทางสังคม โดยแบนดูราได้อธิบายถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองไว้ว่าเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ หรือระดับความท้าทายของงานที่กำลังเผชิญอยู่ และความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้

#### โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านแอปพลิเคชันไลน์

**ครั้งที่ 1 หลังคลอดครบ 8 ชั่วโมง** สร้างสัมพันธภาพ ประเมินประสบการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาใช้เวลา 30 นาที

**ครั้งที่ 2 หลังคลอดครบ 24-48 ชั่วโมง** นำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ให้ความรู้เกี่ยวกับเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา การสร้างน้ำนม และฝึกทักษะการอุ้มให้นมและการดูดนม ใช้เวลา 45 นาที

**ครั้งที่ 3 หลังคลอดครบ 72 ชั่วโมง** กิจกรรมวางแผนการดูแลตนเองร่วมกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยมีเนื้อหาความรู้เทคนิควิธีการปฏิบัติในการให้นมให้ประสบความสำเร็จ ปัญหาที่อาจพบในระยะให้นมและแนวทางการแก้ไข ใช้เวลา 45 ชั่วโมง

**ครั้งที่ 4 ภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน ถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด**

- หลังจำหน่ายกลับบ้านวันที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 3 หลังคลอด มีวิดีโอสาธิตการบีบเก็บน้ำนมมาจากเต้าด้วยมือ วิธีการป้อนนมด้วยถ้วย ข้อปฏิบัติสำหรับมารดาที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน

- สัปดาห์ที่ 4 ถึงวันที่ 28 หลังคลอด ประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สอบถามถึงปัญหาหรืออุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พร้อมทั้งให้การส่งเสริมที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละรายผ่านทางไลน์

- สัปดาห์ที่ 5 ถึงวันที่ 41 หลังคลอด ส่งข้อความเตือนมาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ตามนัด

- สัปดาห์ที่ 6 วันที่ 42 หลังคลอดตอบแบบสอบถามการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

ความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



## ระเบียบวิธีวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental)

**ประชากร** คือ มารดาหลังคลอดในเขตพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นมารดาหลังคลอดที่บุตรสุขภาพดีตั้งแต่วัยหลังคลอด ถึง 6 สัปดาห์ ที่ อายุ 15-19 ปี ครรภ์แรกคลอดปกติ และพักรักษาตัวหลังคลอดในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จนถึงจำหน่าย จำนวน 154 ราย

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกคลอดปกติ ที่บุตรสุขภาพดี หลังคลอด ถึง 6 สัปดาห์ หลังคลอด ที่มีอายุ 15-19 ปี ซึ่งเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช จนจำหน่ายจำนวน 48 คน จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

**เกณฑ์การคัดเข้า** มีดังนี้

1. อายุ 15-19 ปี
2. ตั้งครรภ์เดี่ยว ครบกำหนด และเป็นครรภ์แรก
3. มารดาสามารถลุกจากเตียงได้หลังคลอดครบ 8 ชั่วโมง
4. มารดามีคะแนนความเจ็บปวดแผล น้อยกว่า 5 คะแนน ประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดแบบตัวเลข (Numerical Pain Rating Scale [NRS])
5. มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น โรคนิ่ว ความดันโลหิตสูง ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะติดเชื้อหลังคลอด เป็นต้น
6. บุตรไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ภาวะลิ่มเลือดระดับปานกลางถึงรุนแรงที่ไม่ได้รับการแก้ไข ภาวะหายใจลำบาก เป็นต้น
7. มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในระดับน้อยหรือปานกลาง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 14-51 คะแนน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยเสาวลักษณ์ คำของ และมยุรี นิรัตธราดร (2560)
8. มีลักษณะห้วนและเต้านมปกติ
9. สามารถสื่อสาร ทั้งการฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
10. มีโทรศัพท์ชนิดสมาร์ทโฟนสามารถติดต่อทางโทรศัพท์และมีความสามารถในการใช้แอปพลิเคชันไลน์
11. ยินยอมและสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

**เกณฑ์การคัดออก** มีดังนี้

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามแผนการวิจัย
2. มารดามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระหว่างการศึกษา เช่น โรคนิ่ว โรคความดันโลหิตสูง มี ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะติดเชื้อหลังคลอด เป็นต้น
3. บุตรมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระหว่างการศึกษา เช่น ภาวะหายใจลำบาก ภาวะตัวเหลืองที่ต้องได้รับ



การรักษา เป็นต้น

### การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ เป็นการคำนวณโดยไม่ทราบขนาดประชากรทั้งหมด โดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1 ซึ่งออกแบบมาเพื่อการวิเคราะห์ขนาดกลุ่มตัวอย่างในลักษณะที่ไม่ได้จำกัดประชากร (infinite population) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .95 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 และขนาดอิทธิพลที่ต้องการศึกษา (effect size) จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (โบว์ชมพู บุตรแสงดี, กรรณิการ์ กันธะรักษา และจันทรรัตน์ เจริญสันติ, 2556) ได้คำนวณอิทธิพลเท่ากับ .967 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมด 40 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการศึกษาร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน จากนั้นจับคู่รายบุคคล (matched subjects) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด (matched pair) โดยพิจารณาจากอายุ (อายุน้อยกว่า 18 ปี และอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี) และระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ก่อนทำการทดลอง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 14-51 คะแนน (ระดับน้อยและปานกลาง) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

### เครื่องมือการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อความสำเร็จในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกคลอดปกติ แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

1.1 โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรกคลอดปกติ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ผู้วิจัยให้การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นรายบุคคลผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง ในระยะหลังคลอดจำนวน 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 นาที และกิจกรรมครั้งที่ 4 ดำเนินกิจกรรมเมื่อมารดากลับบ้านต่อเนื่องจนถึงระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด

กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ประเมินประสบการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

กิจกรรมครั้งที่ 2 นำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ให้ความรู้เกี่ยวกับเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา การสร้างน้ำนม และฝึกทักษะการอุ้มให้นมและการดูนม



กิจกรรมครั้งที่ 3 กิจกรรมวางแผนการดูแลตนเองร่วมกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยมีเนื้อหาความรู้เทคนิควิธีการปฏิบัติในการให้นมให้ประสบความสำเร็จ ปัญหาที่อาจพบในระยะให้นมและแนวทางการแก้ไข

กิจกรรมครั้งที่ 4 มีวิดีโอสาธิตการบีบเก็บน้ำนมมาจากเต้าด้วยมือ วิธีการป้อนนมด้วยถ้วย ข้อปฏิบัติสำหรับมารดาที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เน้นการประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สอบถามถึงปัญหาหรืออุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พร้อมทั้งให้การส่งเสริมที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละรายผ่านทางไลน์

1.2 แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยเพื่อการติดตามและบันทึกข้อมูลการติดตาม คำถามประกอบด้วยประสบการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ชนิดของนมที่มารดาให้แก่บุตร ปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหา ติดตามเมื่อครบสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 หลังคลอดของมารดาแต่ละราย ผ่านการโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ตามความสะดวกของมารดา โดยใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

1.3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยเสาวลักษณ์ คำของ และมยุรี นิรัตรวราร (2560) โดยมีข้อความทั้งหมด 14 ข้อ โดยมีมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คะแนนเท่ากับ 5 หมายถึง มีความมั่นใจมากที่สุดที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรม คะแนนเท่ากับ 4 หมายถึง มีความมั่นใจที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรม คะแนนเท่ากับ 3 หมายถึง มีความมั่นใจปานกลางที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรม คะแนนเท่ากับ 2 หมายถึง มีความมั่นใจน้อยที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรม และคะแนนเท่ากับ 1 หมายถึง ไม่มีความมั่นใจที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรม เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ดังนี้

14-32 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับน้อย

33-51 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง

52-70 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมาก

1.4 เครื่องมือประเมินความปวดแบบตัวเลข (Numerical Pain Rating Scale [NRS]) เป็นเครื่องมือที่ใช้ผู้วิจัยใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กำหนดเป็นคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า คือ มีคะแนนความปวด น้อยกว่า 5 คะแนน ซึ่งเครื่องมือประเมินความปวดแบบตัวเลขนี้ใช้กับผู้ป่วยที่เข้าใจความหมายของตัวเลข และสามารถประเมินความปวดเป็นตัวเลขได้ โดยมีความหมาย ดังนี้ 0=ไม่ปวดเลย, 1-3=ปวดน้อย, 4-6=ปวดปานกลาง, 7-9=ปวดมาก และ 10=ปวดมากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการลาคลอด และลักษณะครอบครัว



2.2 แบบสอบถามการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะข้อคำถามปลายเปิด และปลายปิด จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม ชนิดของนมที่ให้แก่บุตร ระยะเวลาความตั้งใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว และสาเหตุที่ยุติการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว เพื่อประเมินการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกคลอดปกติ และแบบสอบถามการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการผดุงครรภ์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการผลิตสื่อการสอน 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้อง การจัดลำดับเนื้อหา ความเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1 จากนั้นนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรกที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (Try out) จำนวน 10 ราย ประเมินการเข้าใจเนื้อหา ความเหมาะสมของลำดับขั้นตอน พบว่ามีข้อเสนอแนะให้เพิ่มระดับเสียงบรรยายของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยจึงปรับแก้ไขโดยได้นำลำโพงขยายเสียงไปใช้ประกอบการดำเนินกิจกรรม สำหรับแบบสอบถามการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

2. แบบสอบถามการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และแบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบบันทึกที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน และพยาบาล 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสม จนมีความเห็นตรงกัน จึงนำมาใช้ในการศึกษา จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้จริง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

#### ขั้นตอนการเตรียมการ

1. การเตรียมตัวผู้วิจัยในการเป็นผู้ดำเนินการสอนและการให้คำแนะนำ โดยผู้วิจัยได้รับการฝึกทักษะการดูแลมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่คลินิกนมมารดา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์



2. ผู้วิจัยดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาล และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. ผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้าพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหลังคลอด จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มประชากร คือ มารดาหลังคลอดในเขตพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นมารดาหลังคลอดที่บุตรสุขภาพดีตั้งแต่ระยะหลังคลอด ถึง 6 สัปดาห์ ที่ อายุ 15-19 ปี ครรภ์แรกคลอดปกติ และพักรักษาตัวหลังคลอดในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชจนถึงจำหน่าย เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติของเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก โดย มีอายุ 15-19 ปี ตั้งครรภ์เดียว ครบกำหนด และเป็นครรภ์แรก มารดาสามารถลุกจากเตียงได้หลังคลอดครบ 8 ชั่วโมง ประเมินความปวดแบบตัวเลข (NRS) แล้วมีคะแนนความเจ็บปวดแผล น้อยกว่า 5 คะแนน มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะติดเชื้อหลังคลอด เป็นต้นบุตรไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ภาวะลื่นติดระดับปานกลางถึงรุนแรงที่ไม่ได้รับการแก้ไข ภาวะหายใจลำบาก เป็นต้น มีคะแนนรวมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในช่วง 14-51 คะแนน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีลักษณะหัวนมและเต้านมปกติ สามารถสื่อสาร ทั้งการฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์ชนิดสมาร์ตโฟนสามารถติดต่อทางโทรศัพท์และมีความสามารถในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ และยินยอมและสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

4. เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตัวคุณสมบัติเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ข้อมูลการวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เริ่มจากการแนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการทำวิจัย รายละเอียดของงานวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยนั้นจะไม่มีผลใด ๆ กับการได้รับการบริการจากหอผู้ป่วยหลังคลอด

5. ผู้วิจัยแนะนำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างขณะที่อยู่ในระหว่างการดำเนินการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจประมาณ 15 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในแบบฟอร์มที่เตรียมไว้

6. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่อยู่ในช่วง 14-51 คะแนน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกันโดยนำมาจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยพิจารณาองค์ประกอบคือ อายุ และระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา



## ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

### 1. ขั้นตอนดำเนินการในกลุ่มควบคุม

1.1 กิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหลังคลอด หลังคลอดครบ 8 ชั่วโมง โดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที นัดหมายกลุ่มตัวอย่างตามการนัดตรวจหลังคลอดของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์ พร้อมทั้งขอเบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อ

1.2 กิจกรรมครั้งที่ 2 คลอด 24-48 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังคลอดตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการให้ความรู้ คำแนะนำ รวมไปถึงการให้คำปรึกษาเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

1.3 กิจกรรมครั้งที่ 3 หลังจำหน่ายกลับบ้าน ถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด ขณะที่อยู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาตามปกติ และหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช เปิดรับให้คำปรึกษาหากพบปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา แจ้งให้ทราบถึงการสิ้นสุดการทำวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถาม ผู้วิจัยขอเพิ่มผู้ติดต่อในแอปพลิเคชันไลน์เพื่อมอบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาหลังคลอด

### 2. ขั้นตอนดำเนินการในกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังคลอด ตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีการให้ความรู้ และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของมารดาหลังคลอดแบบรายกลุ่ม ร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกคลอดปกติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 กิจกรรมครั้งที่ 1 หลังคลอดครบ 8 ชั่วโมง ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหลังคลอด สังเกตความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ ขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2.1.1 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงขั้นตอนและอธิบายโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกคลอดปกติ

2.1.2 ผู้วิจัยประเมินความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง อาการไม่สุขสบาย เช่น อาการปวดแผลหลังคลอด อาการอ่อนเพลีย เป็นต้น และหาแนวทางในการแก้ไข เพื่อบรรเทาอาการเหล่านั้น พร้อมทั้งกระตุ้นทางอารมณ์เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

2.1.3 ผู้วิจัยสอบถามถึงประสบการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับฟัง หรือได้ทราบจากผู้อื่น พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว การฝึกทักษะจนเกิดความมั่นใจ ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ประสบความสำเร็จได้ด้วยตนเอง



2.1.4 ผู้วิจัยชักจูงใจด้วยคำพูด กล่าวชมเชย และให้กำลังใจในขณะที่กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

2.2 กิจกรรมครั้งที่ 2 หลังคลอดครบ 24-48 ชั่วโมง ดำเนินกิจกรรมโดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที

2.2.1 ผู้วิจัยประเมินความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง อาการไม่สุขสบาย และหาแนวทางในการแก้ไข

2.2.2 ผู้วิจัยสร้างความเชื่อมั่นจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

2.2.3 ผู้วิจัยชักจูงใจด้วยคำพูด กล่าวชมเชย และให้กำลังใจในขณะที่กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และพูดชักจูงใจเพื่อนำใจให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว

2.2.4 ผู้วิจัยนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ ผ่านสื่อวีดิทัศน์ความรู้เกี่ยวกับเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา การสร้างน้ำนม และฝึกทักษะการอุ้มให้นมและการดูนม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็น ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เพื่อบอกเล่าประสบการณ์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว

2.2.5 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาที่อาจพบในระยะให้นมและแนวทางการแก้ไข และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการอุ้มให้นมและการดูนมที่ถูกริธีเพื่อให้เกิดความมั่นใจ

2.3 กิจกรรมครั้งที่ 3 หลังคลอดครบ 72 ชั่วโมง โดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที กิจกรรมประกอบด้วย

2.3.1 ผู้วิจัยประเมินความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง อาการไม่สุขสบาย และหาแนวทางในการแก้ไข พร้อมทั้งกระตุ้นทางอารมณ์เพื่อสร้างความเชื่อมั่น

2.3.2 สร้างความเชื่อมั่นว่าจะสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวได้ ประเมินความรู้และทักษะการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

2.3.3 ให้ความรู้เทคนิควิธีการปฏิบัติในการให้นมให้ประสบความสำเร็จ ปัญหาที่อาจพบในระยะให้นมและแนวทางการแก้ไข

2.3.4 ผู้วิจัยขอเพิ่มผู้ติดต่อในแอปพลิเคชันไลน์ และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับการติดตามเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน และให้กลุ่มตัวอย่างสแกนคิวอาร์โค้ดเพื่อรับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

2.4 กิจกรรมครั้งที่ 4 ภายหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน ถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด

2.4.1 หลังจำหน่ายกลับบ้านวันที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 3 หลังคลอด มีวิดีโอสาธิตการบีบเก็บน้ำนมมาจากเต้าด้วยมือ วิธีการบ้วนนมด้วยถ้วย ข้อปฏิบัติสำหรับมารดาที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน มีการติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตามเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกประมาณ 15-30 นาที เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ได้ตลอดเวลา หรือสามารถสอบถามทางโทรศัพท์ได้ในเวลา 08.00-20.00 น.



2.4.2 สัปดาห์ที่ 4 หลังคลอด วันที่ 28 หลังคลอด เพิ่มเติมการประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 51 คะแนน จะสอบถามถึงปัญหาหรืออุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พร้อมทั้งให้การส่งเสริมที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย

2.4.3 สัปดาห์ที่ 5 หลังคลอด วันที่ 41 หลังคลอด ส่งข้อความเตือนการมาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ตามนัด

2.4.4 สัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด วันที่ 42 หลังคลอด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างภายหลังตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

2.4.5 ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบถึงการสิ้นสุดการทำวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วจึงนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดย

1.1 อายุ นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ t- test

1.2 สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการลาคลอด ลักษณะครอบครัว และปัญหาของการไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ หรือสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซคต์ (Fisher's exact test)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาความตั้งใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนำเสนอระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติแมน-วิทนีย์ ยู

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคามนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ A027/2567 รหัสโครงการวิจัยที่ 076-2567 รับรองวันที่ 1 กันยายน 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ สามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวม และ



นำไปใช้ประโยชน์ในทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างเช่น ใบบินยอมเข้าร่วมการวิจัย

## ผลการวิจัย

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุมมีอายุสูงสุด 19 ปี อายุต่ำสุด 14 ปี ( $\bar{X}=17$ , S.D.=1.56) และกลุ่มทดลองมีค่าอายุสูงสุด 19 ปี อายุต่ำสุด 14 ปี ( $\bar{X}=16.5$ , S.D.=0.73) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางนำเสนอค่าเปรียบเทียบความแตกต่างของอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ t-test

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=24)		t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
อายุ	17	1.56	16.5	0.73	11.022	1.00

\*p value=.05

กลุ่มควบคุมสถานภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 83.3 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสเป็นคู่ร้อยละ 70.8 ระดับการศึกษาของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ที่มัธยมต้น คิดเป็นร้อยละ 58.3 ขณะที่กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ที่มัธยมปลาย คิดเป็นร้อยละ 50 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 75 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีอาชีพหลักคือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 66.7 รายได้ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในช่วงเดียวกันช่วง 5,000-10,000 บาท/เดือน ส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุมร้อยละ 70.8 และกลุ่มทดลองร้อยละ 79.2 ไม่ได้ลาคลอด กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 70.8 และกลุ่มทดลองร้อยละ 75 ดังตารางที่ 2

สาเหตุที่ไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว พบว่า กลุ่มควบคุมมีมารดาจำนวน 16 คน ร้อยละ 66.7 ที่ไม่มีปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ในขณะที่กลุ่มทดลองมีมารดา 17 คน ร้อยละ 70.8 ที่ไม่มีปัญหา และพบสาเหตุอื่น ๆ เช่น การเจ็บปวดแผลหลังคลอด อาการเจ็บเต้านม และเต้านมคัดตึง พบเป็นสัดส่วนเพียงเล็กน้อยในทั้งสองกลุ่ม ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติฟิชเชอร์เอ็กแซค พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสาเหตุที่มารดาไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวระหว่างสองกลุ่มที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ ฟิชเชอร์เอ็กแซค (Fisher's exact test)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 24)		กลุ่มทดลอง (n = 24)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพสมรส					
คู่	20	83.33	17	70.83	0.980
หม้าย	0	0.00	5	20.83	



ตารางที่ 2 ตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติฟิชเชอร์ เอ็กแซค (Fisher's exact test) (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 24)		กลุ่มทดลอง (n = 24)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพสมรส					
หย่าร้าง	2	8.33	1	4.17	
แยกกันอยู่	2	8.33	1	4.17	
ระดับการศึกษา					
ประถม	3	12.50	1	4.17	.254
มัธยมต้น	14	58.33	11	45.83	
มัธยมปลาย	7	29.17	12	50.00	
อาชีพ					
รับจ้าง	4	16.67	4	16.67	
ค้าขาย	1	4.17	3	12.50	.000*
เกษตรกร	1	4.17	16	66.67	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18	75.00	1	4.17	
รายได้ (บาท/เดือน)					
น้อยกว่า 5,000	5	20.83	7	29.17	
5,000-10,000	9	37.50	13	54.17	.277
10,000-15,000	8	33.33	4	16.67	
มากกว่า 15,000	2	8.33	0	0.00	
ระยะเวลาการลาคลอด					
1 เดือน	2	8.33	1	4.17	
2 เดือน	0	0.00	3	12.50	
3 เดือน	3	12.50	0	0.00	.175
มากกว่า 3 เดือน	2	8.33	1	4.17	
ไม่ได้ลาคลอด	17	70.83	19	79.17	
ลักษณะครอบครัว					
ครอบครัวเดี่ยว	7	29.17	6	25.00	1.000
ครอบครัวขยาย	17	70.83	18	75.00	
ปัญหาของการไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว					
ไม่มีปัญหา	16	66.67	17	70.83	1.000
เจ็บแผลหลังคลอด	2	8.33	3	12.50	
อาการเจ็บเต้านม	4	16.67	3	12.50	
เต้านมคัดตึง	2	8.33	1	4.17	

\*p-value=.05



## ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมมีผู้ที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีผู้ที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 70.83 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p=.004$ ) สรุปได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านแอปพลิเคชันไลน์มีผลต่อการเพิ่มอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยในมารดาวัยรุ่นครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 3

## ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=24)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่สำเร็จ	4	33.33	3	29.17	.004*
สำเร็จ	16	66.67	17	70.83	

\*p-value=.05

## ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบระยะเวลาความตั้งใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระยะเวลาความตั้งใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p=.003$ ) ดังตารางที่ 4

## ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบระยะเวลาความตั้งใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ t-test

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=24)		t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ระยะเวลาความตั้งใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวย (ปี)	2.00	0.973	2.50	0.837	8.222	.003*

\*p-value=.05

## การอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยในมารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตรครั้งแรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านแอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากผลการวิจัย พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยในมารดาวัยรุ่นครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.004$ ) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม และเมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาความตั้งใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม พบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.003$ ) ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน



พัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ของ Albert Bandura ที่เน้นเกี่ยวกับความเชื่อมั่นของบุคคลในความสามารถของตนที่จะทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามที่ต้องการ การมีสมรรถนะแห่งตนสูงจะส่งผลให้บุคคลสามารถตั้งเป้าหมายและประสบความสำเร็จได้มากขึ้น (Bandura, 1989; 1997; 2001) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ การมีประสบการณ์ตรง (Mastery Experiences) การประสบความสำเร็จในการทำสิ่งต่าง ๆ จะช่วยเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน เช่น การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่อง การเรียนรู้จากแบบอย่าง (Vicarious Experiences): การเห็นตัวอย่างของมารดาคนอื่นที่ประสบความสำเร็จในสิ่งที่คล้ายคลึงกันจะช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคม (Social Persuasion) โปรแกรมที่ใช้แอปพลิเคชันไลน์ช่วยให้ผู้เข้าร่วมได้รับการสนับสนุนและคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มที่มีประสบการณ์คล้ายกัน มารดาที่เข้าร่วมโปรแกรมมีระยะเวลาความตั้งใจและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดายาวนานขึ้น สะท้อนถึงความมั่นใจและสมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการสนับสนุนและคำแนะนำผ่านแอปพลิเคชันไลน์

แม้ว่าการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในกลุ่มมารดาวัยรุ่น มารดาวัยรุ่นต้องเผชิญกับความท้าทายหลายประการ เช่น ขาดความมั่นใจในทักษะการเลี้ยงลูก ขาดประสบการณ์ และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคม งานวิจัยชี้ว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลที่เหมาะสมและประเมินติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์ สามารถเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาในมารดาวัยรุ่นได้ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ที่ใช้อยู่ในงานวิจัยนี้เป็นเครื่องมือที่เข้าถึงง่ายและสามารถช่วยลดข้อจำกัดเหล่านี้ โดยแอปพลิเคชันสามารถเป็นช่องทางในการส่งเสริมข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา วิธีการเลี้ยงที่ถูกต้อง และการรับมือกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความเจ็บปวดหรืออาการเต้านมคัดตึง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสมาชิกครอบครัว (สุนิสา สารวงค์, 2565) ซึ่งพบว่าการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยสมาชิกครอบครัวช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดา

สรุปโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านแอปพลิเคชันไลน์แสดงผลในเชิงบวกต่อการเพิ่มอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนในมารดาวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนผ่านสื่อดิจิทัลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การใช้แอปพลิเคชันไลน์ช่วยเสริมความมั่นใจ เพิ่มความตั้งใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

การนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ประโยชน์สามารถทำได้หลายแนวทาง โดยเน้นไปที่การปรับปรุงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นและการให้การสนับสนุนหลังคลอด ดังนี้

1. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จากผลการวิจัยที่ชี้ว่าการใช้แอปพลิเคชันไลน์ช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนหน่วยงานด้านสุขภาพสามารถพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมที่ออกแบบให้ใช้สื่อออนไลน์เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้สะดวกขึ้น และขยายโปรแกรมให้ครอบคลุมมารดาวัยรุ่นกลุ่มอื่น ๆ ทั่วประเทศ



2. การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลวิจัยไปใช้ในการฝึกอบรมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในการส่งเสริมและให้คำปรึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ โดยเน้นการสร้างเชื่อมั่นและสมรรถนะแห่งตนของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. การสนับสนุนทางสังคมและชุมชน สามารถจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนสำหรับมารดาวัยรุ่นในชุมชนหรือในโรงพยาบาล โดยมีการใช้แอปพลิเคชันเช่นไลน์เป็นเครื่องมือเชื่อมโยงการติดต่อระหว่างมารดา บุคลากรทางการแพทย์ และกลุ่มสนับสนุน เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและกำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

4. หน่วยงานภาครัฐอาจพิจารณานำผลการวิจัยนี้ไปพัฒนานโยบายหรือมาตรการในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้เทคโนโลยีเป็นตัวช่วยเพื่อให้มารดาเข้าถึงการดูแลและสนับสนุนได้ง่ายขึ้น เพิ่มโอกาสให้เด็กได้รับนมแม่อย่างเต็มที่

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและขยายกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมพื้นที่อื่น ๆ จะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยและทำให้สามารถวิเคราะห์ผลลัพธ์ได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมและครอบครัวที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวและผู้นำชุมชน รวมถึงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้เห็นภาพรวมของการสนับสนุนเชิงสังคมที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. ศึกษาผลของการใช้แอปพลิเคชันอื่น ๆ นอกเหนือจากแอปพลิเคชันไลน์ เช่น แอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้น โดยเฉพาะสำหรับการให้ข้อมูลและคำแนะนำเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการสนับสนุนมารดาผ่านเทคโนโลยีที่หลากหลาย

4. ควรติดตามผลในระยะยาวเพื่อวัดผลกระทบของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงวัยต่าง ๆ ของเด็ก เช่น หลังอายุ 6 เดือนและ 2 ปี เพื่อวัดว่ามารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานเพียงพอและมีผลต่อสุขภาพของเด็กอย่างไร

### เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2562). แนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์กรมอนามัย.

กรมอนามัย. (2566). รายงานสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์กรมอนามัย.

บรรจง พลไชย และณัฏยา พรหมสาขา ณ สกลนคร. (2561). การศึกษาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น.

มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



## เอกสารอ้างอิง

- โบว์ชมพู บุตรแสงดี, กรรณิการ์ กันธะรักษา, และ จันทรัตน์ เจริญสันติ. (2014). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 40(3), 1-10.
- ศุทธิณี รุจิระพงศ์. (2562). ผลของโปรแกรมติดตามส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาผ่าน Facebook ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 12 สัปดาห์ของมารดาทำงานนอกบ้าน. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 20(2), 69-81.
- สมิธ พิฑูรพงศ์ และธรรณูธร ปัญญาโสภณ. (2561). *แนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ในกลุ่มวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนิสา สารวงค์. (2565). ผลของการสนับสนุนจากครอบครัวผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 37(2), 45-59.
- เสาวลักษณ์ คำของ และมยุรี นีรัทธราดร. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 47(1), 31-43.
- Bandura, A. (1989). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
- Bandura, A. (2001). *Social cognitive theory: An agentic perspective*. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1-26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Krol, K. M., & Grossmann, T. (2018). Psychological effects of parenting on adolescents: An overview. *Current Opinion in Psychology*, 20, 55-60. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.09.001>
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, M. C., & Alden, K. R. (2019). *Maternity and women's health care* (12th ed.). Elsevier.
- UNICEF. (2021). *Breastfeeding recommendations*. Retrieved from <https://www.unicef.org>
- World Health Organization. (2021a). *Guideline: Implementing maternal health care interventions*. WHO Press.
- World Health Organization. (2021b). *Guidelines on infant feeding*. Retrieved from <https://www.who.int>



## ผลการรักษานิวในท่อน้ำดีด้วยวิธีการส่องกล้องผ่านทางเดินอาหารและท่อน้ำดี

### โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

ภัทรดิศ จุลภักดีเกื้อหนุน\*

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

(วันที่รับบทความ: 9 กุมภาพันธ์ 2568; วันที่แก้ไข: 2 เมษายน 2568; วันที่ตอบรับ: 4 เมษายน 2568)

#### บทคัดย่อ

นิ่วในถุงน้ำดีและทางเดินน้ำดีเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การรักษาแบบดั้งเดิมใช้การผ่าตัดเปิดซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนและการพักฟื้นที่ยาวนาน ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมการรักษาแบบเจ็บน้อย ทำให้โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมเริ่มให้บริการรักษานิวในท่อน้ำดีด้วยวิธีส่องกล้อง (ERCP) ตั้งแต่ปี 2562 การศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษานิวในท่อน้ำดีด้วยวิธี ERCP โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย 103 รายที่ได้รับการรักษาระหว่างปี 2563-2565 ใช้แบบบันทึกข้อมูล 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา ข้อมูลเหตุการณ์ และภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและใช้ Chi-square test ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่าอัตราความสำเร็จในการรักษาอยู่ที่ร้อยละ 81.55 สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่รายงานในช่วงร้อยละ 70-90 ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือตับอ่อนอักเสบ ร้อยละ 8.74 และท่อน้ำดีอักเสบ ร้อยละ 2.91 การใช้เทคนิคซับซ้อนที่ผสมผสานวิธีการหลายอย่าง เช่น การรักษาพร้อมกันโดยการตัดกล้ามเนื้อหูรูดส่วนปลายของท่อน้ำดี ขยายทางเข้าท่อน้ำดีด้วยบอลลูนชนิดพิเศษที่ขยายตัวในลักษณะที่ควบคุมได้ สลายนิ่วให้แตกออกเป็นชิ้นเล็กๆโดยการขบ และใช้อุปกรณ์ลากนิ่วออกมาด้วยบอลลูน มีอัตราความสำเร็จร้อยละ 100 ขณะที่หัตถการใช้เวลา 10-30 นาทีที่มีอัตราความสำเร็จร้อยละ 95.12 ซึ่งสูงกว่าการใช้เวลานานกว่า 60 นาที ร้อยละ 64.86 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปพัฒนาแนวทางการเลือกเทคนิคที่เหมาะสมในการรักษา การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และการพัฒนาทักษะของทีมแพทย์ ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มอัตราความสำเร็จและลดภาวะแทรกซ้อนในการรักษานิวในท่อน้ำดีด้วยวิธี ERCP ได้ในอนาคต

**คำสำคัญ:** นิวในท่อน้ำดี, การส่องกล้อง ERCP, ภาวะแทรกซ้อน

\*ผู้รับผิดชอบบทความ: ภัทรดิศ จุลภักดีเกื้อหนุน; phakpimon18@gmail.com



## Treatment Outcomes of Bile Duct Stones Using Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography at Detudom Crown Prince Hospital

Patharadit Julapakdeekurnun\*

Department of Surgery Detudom Crown Prince Hospital

(Received: 9 February 2025; Revised: 2 April 2025; Accepted: 4 April 2025)

### Abstract

Gallstones and bile duct stones are common health problems in Thailand, particularly in the northeastern region. Traditional treatments involve open surgery that often leads to complications and lengthy recovery periods. Currently, the Ministry of Public Health promotes minimally invasive treatment to facilitate faster patient recovery. Detudom Crown Prince Hospital has been provided Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) services for bile duct stone treatment since 2019. The objective of this retrospective descriptive study was to evaluate treatment outcomes and complications associated with ERCP in bile duct stones' patients. Data were collected from medical records of 103 patients treated between January 2020 and December 2022. The tools for collection data were four-part data forms including general information, treatment factors, procedural details, and complications. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, and Fisher's exact tests used to analyze relationships between variables. The study found the success rate of treatment (81.55%) that consistent with other studies reporting ranges of 70-90%. The most common complications were pancreatitis (8.74%) and cholangitis (2.91%). The use of complex techniques combining multiple methods such as CRE+ EST+ Balloon+ Lithotripsy showed the success rate was 100%, while procedures lasting 10-30 minutes had a 95.12% success rate, significantly higher than procedures lasting over 60 minutes (64.86%) ( $p < .001$ ). These findings might be applied to develop guidelines for appropriate technique selection, patient risk screening, and medical team skill development that could improve success rates and reduce complications in future ERCP treatments for bile duct stones.

**Keywords:** bile duct stones, ERCP, complication

**\*Corresponding author:** Patharadit Julapakdeekurnun; phakpimon18@gmail.com



## บทนำ

นิ่วในถุงน้ำดีและทางเดินน้ำดีมีองค์ประกอบหลักคือคอเลสเตอรอล เม็ดสีน้ำดี และแคลเซียม ในตะวันตกส่วนใหญ่เป็นนิ่วคอเลสเตอรอล ขณะที่เอเชียมักพบนิ่วสีน้ำตาลหรือดำ (ร้อยละ 30-80) พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2565) ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีมักไม่มีอาการ (Cao et al, 2020) โดยกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า ร้อยละ 25 นิ่วอาจทำให้เกิดอาการปวด ทิดเชื้อ หรือขัดขวางการไหลของน้ำดี ร้อยละ 10-18 ของผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีมีนิ่วในท่อน้ำดีร่วมด้วย โรคนี้ในท่อน้ำดีเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในประเทศไทย พบได้ ร้อยละ 6 (กรมการแพทย์, 2563) การรักษาแบบดั้งเดิมมักใช้วิธีการผ่าตัดเปิด ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและการพักฟื้นที่ยาวนาน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายส่งเสริมการรักษาแบบเจ็บน้อย (Minimally Invasive Surgery) เพื่อลดความเสี่ยงและระยะเวลาในการฟื้นตัวของผู้ป่วย

สำหรับวิธีการรักษานิ่วในท่อน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography (ERCP) เป็นหัตถการที่ใช้กล้องส่องตรวจและรักษาความผิดปกติของท่อน้ำดีและตับอ่อน ซึ่งรวมถึงการรักษานิ่วในท่อน้ำดี วิธีนี้ช่วยลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดเปิดและช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น หัตถการนี้มีประโยชน์ทั้งในการวินิจฉัยและรักษาได้พร้อมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Ijun Du et al (2023) แม้ว่าการรักษานิ่วในท่อน้ำดีโดยวิธีส่องกล้องฯจะมีประโยชน์ในการรักษาภาวะทางเดินน้ำดีและตับอ่อน แต่ก็มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่หลากหลาย ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย (Khafaf et al, 2019) คือ ตับอ่อนอักเสบ ร้อยละ 7.7 ท่อน้ำดีอักเสบ ร้อยละ 7.1 เลือดออก ร้อยละ 1.3 ในยุโรปการรักษานิ่วในท่อน้ำดีโดยวิธีส่องกล้องฯเป็นการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการ มีความปลอดภัย แม้ในกรณีอักเสบเฉียบพลัน และมีประสิทธิภาพสูงในการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Gutt et al, 2020) ปัจจัยสำคัญที่ผลต่อความสำเร็จของการรักษาด้วยวิธีส่องกล้องฯ คือ ประสบการณ์ของแพทย์และลักษณะของนิ่ว และลักษณะของนิ่วที่เป็น Muddy stone มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พีรตล พรหมใต้, 2566)

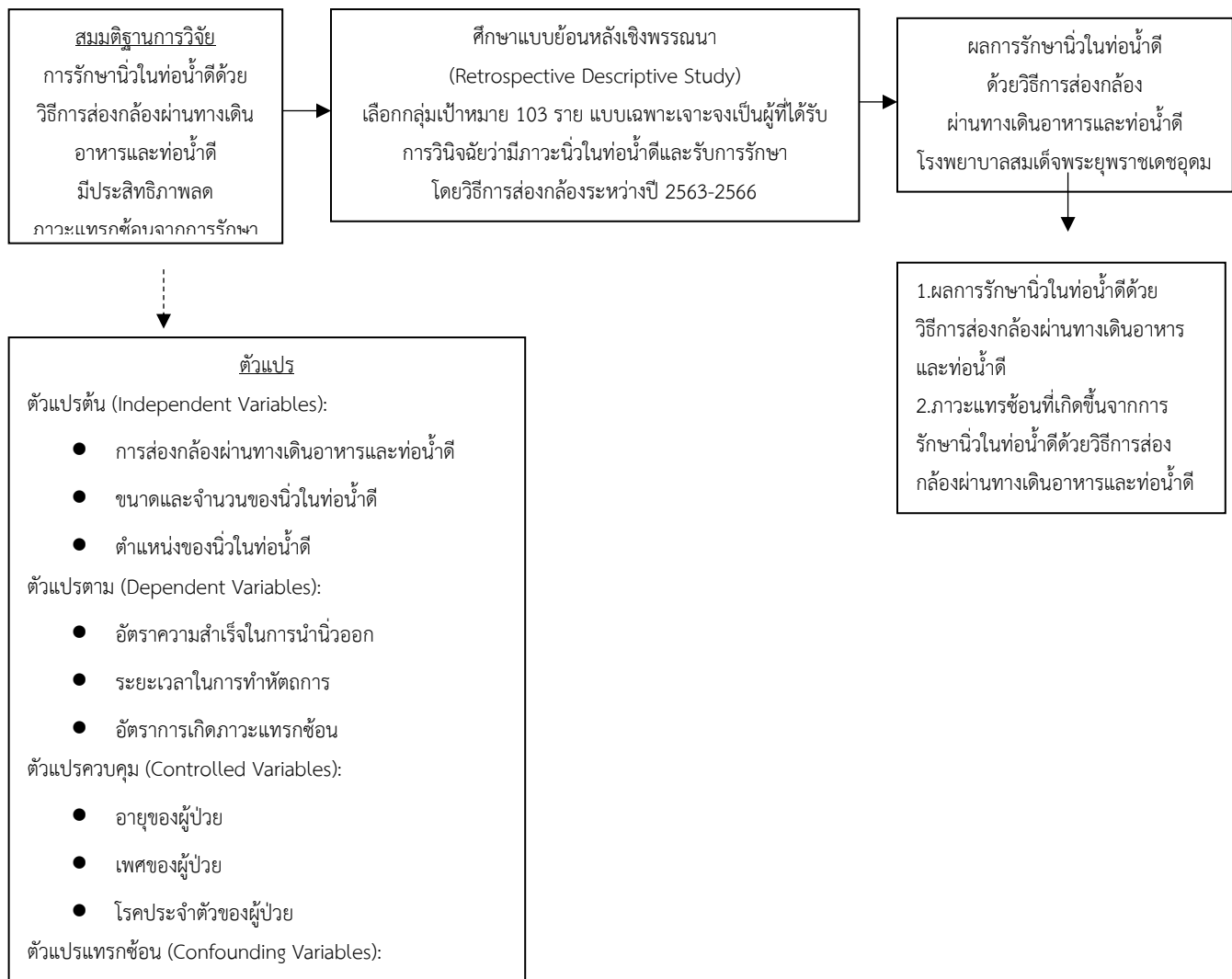
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมได้เริ่มให้บริการการรักษานิ่วในท่อน้ำดีโดยวิธีส่องกล้องฯ ตั้งแต่ปี 2562 โดยศัลยแพทย์ทั่วไป แนวทางการรักษาเป็นรูปแบบผู้ป่วยใน ที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมกับการตรวจร่างกาย มีการประเมินก่อนการผ่าตัดร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายเพื่อความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการกระจายการบริการทางการแพทย์ขั้นสูงสู่โรงพยาบาลในระดับภูมิภาค งานวิจัยนี้มุ่งเน้นที่จะศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรักษานิ่วในท่อน้ำดีด้วยวิธีการรักษานิ่วในท่อน้ำดีโดยวิธีส่องกล้องฯ ที่ดำเนินการโดยศัลยแพทย์ทั่วไป ในช่วงระยะเวลา 3 ปี (2563-2565) เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการรักษานิ่วในท่อน้ำดีด้วยวิธีส่องกล้องฯ ในบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการรักษาและการบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ ผลการศึกษายังอาจมีส่วนช่วยในการเปรียบเทียบผลลัพธ์การรักษา กับสถาบันอื่นๆ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ



## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการรักษานิวในท่อน้ำดีด้วยวิธีการส่องกล้องผ่านทางเดินอาหารและท่อน้ำดี
2. เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษานิวในท่อน้ำดีด้วยวิธีการส่องกล้องผ่านทางเดินอาหารและท่อน้ำดี

## กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



## ระเบียบวิธีวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective Descriptive Study) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากงานเวชระเบียน ภายใต้แนวปฏิบัติการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เป็นข้อมูลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อน้ำดี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 – 31 ธันวาคม 2565 ข้อมูลการรักษาประกอบด้วย

1.การรักษาสำเร็จ (Success) คือ สามารถเอานิวในท่อน้ำดีออกโดยวิธีการส่องกล้องผ่านทางเดินอาหารและท่อน้ำดีในครั้งแรก และไม่มีนิ่วหลงเหลือ ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องทำการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อเอานิวออกเพิ่มเติม

2.การรักษาไม่สำเร็จ (Failure) คือ ไม่สามารถเอานิวในท่อน้ำดีออกโดยวิธีการส่องกล้องผ่านทางเดินอาหารและท่อน้ำดีในครั้งแรก รวมถึงผู้ป่วยที่จำเป็นต้องทำการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อเอานิวออกเพิ่มเติม

3.ภาวะแทรกซ้อนคือ (Complication) คือ ภาวะตับอ่อนอักเสบ ภาวะตับอักเสบ ภาวะการติดเชื้อในทางเดินน้ำดี ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ภาวะลำไส้เล็กหรือท่อน้ำดีทะลุ

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรในการศึกษานี้คือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องผ่านทางเดินอาหารและท่อน้ำดี (ERCP) ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวนทั้งสิ้น 336 คน การศึกษานี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

**เกณฑ์คัดเข้า** ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยผู้วิจัย 2) ใช้เทคนิคการผ่าตัดเป็นเทคนิคเดียวกัน 3) มีข้อมูลครบถ้วนในระบบฐานข้อมูล HOSxP

**เกณฑ์คัดออก** คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือเงื่อนไขพิเศษที่อาจทำให้การรักษาด้วย ERCP ไม่เหมาะสม ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 103 คน

## เครื่องมือการวิจัย

การศึกษานี้รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษานิวในท่อน้ำดีด้วยวิธีส่องกล้อง ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ในช่วงระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยใช้วิธีการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) เครื่องมือที่ใช้สำหรับศึกษาผลการรักษานิวในท่อน้ำดีด้วยวิธีส่องกล้อง ERCP คือ แบบบันทึกการส่องกล้องตรวจทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography; ERCP) แบบเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 4 ส่วน จำนวน 12 ข้อ ประกอบไปด้วย 1.แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัว 2.แบบบันทึกปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา ประกอบด้วย สภาวะผู้ป่วย (Condition) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) การติดเชื้อในท่อน้ำดี (Cholangitis) ขนาดท่อน้ำดี (CBD size) และลักษณะของนิ่ว (Stone type) 3.แบบบันทึกการส่องกล้องตรวจทางเดินน้ำดีและตับอ่อน บันทึกข้อมูลหัตถการที่ใช้ และระยะเวลาในการทำหัตถการ 4.แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน ครอบคลุมการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ ฝีในตับ (Liver abscess) การอักเสบของท่อน้ำดี (Cholangitis) ตับอ่อนอักเสบ (Pancreatitis) เลือดออก (Bleeding) การทะลุ (Perforation) และการเสียชีวิต (Death)



## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกการส่องกล้องตรวจทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography; ERCP) จัดทำโดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยวิธีการส่องกล้อง ERCP และได้ปรับให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา(Content Validity) และมีการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญมีค่า IOC (Index of item objective congruence) เท่ากับ 0.93 ตรวจสอบระดับความเชื่อมั่น(Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.76

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัสโรคนิวในท่อน้ำดี (ICD-10-CM) K80.3-K80.7 และได้รับการรักษาด้วยวิธีส่องกล้องผ่านทางเดินอาหารและท่อน้ำดี ซึ่งมีรหัสหัตถการ (ICD-10-CM) 51.1
- 2.ดำเนินการสืบค้นและรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบัน เพื่อการเข้าถึงข้อมูลดังกล่าว
- 3.ข้อมูลที่รวบรวมจะถูกบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลที่ออกแบบมาโดยเฉพาะ โดยไม่มีการระบุข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยได้ เช่น ชื่อ-นามสกุล และเลขประจำตัวโรงพยาบาล (Hospital Number; HN) เพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยและปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัย
- 4.ตัวแปรที่ศึกษาข้อมูลที่จะถูกรวบรวมประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายละเอียดของหัตถการ ผลการรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
- 5.ข้อมูลที่รวบรวมได้จะถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติที่เหมาะสม เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการรักษานิวในท่อน้ำดีด้วยวิธีส่องกล้องฯ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

รวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล บันทึกข้อมูลที่ได้จากฐานข้อมูลโปรแกรม HOSxP (version 3.67.8.28) ลงในโปรแกรม Microsoft excel (version 365) จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม IBM SPSS (version 27.0.1.0) ข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และผลลัพธ์ คือ อัตราความสำเร็จ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งมีผลต่อความสำเร็จของการรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในการรักษานิวในท่อน้ำดีด้วยวิธีการส่องกล้องฯ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}<0.05$



## จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2567-12.025 รับรองวันที่ 27 ธันวาคม 2567

## ผลการวิจัย

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยรักษาตัวในท่อน้ำดีด้วยวิธีการส่องกล้องฯ ภายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.31 อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 52.43 มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-22.99 ร้อยละ 39.81 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.14 ดังตารางที่ 1

### ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย	ผู้ป่วยทั้งหมด (n=103) จำนวน(ร้อยละ)	Success (n=84) จำนวน(ร้อยละ)	Failure (n=19) จำนวน(ร้อยละ)
<b>เพศ</b>			
ชาย	58(56.31)	47(55.95)	11(57.89)
หญิง	45(43.69)	37(44.05)	8(42.11)
<b>อายุ (ปี)</b>			
น้อยกว่า 30 ปี	6(5.83)	6(7.14)	0(0)
30-40 ปี	7(6.80)	6(7.14)	1(5.26)
41-50 ปี	23(22.33)	21(25.00)	2(10.53)
51-60 ปี	13(12.62)	8(9.52)	5(26.32)
มากกว่า 60 ปี	54(52.43)	43(51.19)	11(57.89)
<b>BMI</b>			
น้อยกว่า 18.5	14(13.59)	12(14.29)	2(10.53)
18.5-22.99	41(39.81)	32(38.10)	9(47.37)
23-24.99	23(22.33)	20(23.81)	3(15.79)
25-30.00	16(15.53)	14(16.67)	2(10.53)
มากกว่า 30.00	9(8.74)	6(7.14)	3(15.79)
<b>โรคประจำตัว</b>			
ไม่มี	64(62.14)	52(61.90)	12(63.16)
มี	39(37.86)	32(38.10)	7(36.84)



## ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับผลลัพธ์การรักษา (สำเร็จหรือล้มเหลว) โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  ปัจจัยสำคัญที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับผลการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือชนิดของนิ่ว ( $p = .002$ ) โดยพบว่านิ่วชนิด Muddy มีอัตราความสำเร็จสูงถึงร้อยละ (ร้อยละ 32.14 ของกลุ่มที่รักษาสำเร็จ) ในขณะที่นิ่วชนิด Unknown พบในผู้ป่วยส่วนใหญ่ และอัตราล้มเหลวสูงถึงร้อยละ 94.74 ของกลุ่มที่รักษาล้มเหลวทั้งหมด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา

ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย	ผู้ป่วยทั้งหมด (N=103)	Success (n=84)	Failure (n=19)	p-value
Condition				.619
Elective	70(67.96)	58(69.05)	12(63.16)	
Emergency	33(32.04)	26(30.95)	7(21.21)	
Sepsis				.122
มี	24(23.30)	17(20.24)	7(36.84)	
ไม่มี	79(76.70)	67(79.76)	12(63.16)	
Cholangitis				.073
มี	36(34.95)	26(30.95)	10(52.63)	
ไม่มี	67(65.05)	58(69.05)	9(47.37)	
CBD size				.925
< 1 cm	75(72.82)	61(72.62)	14(73.68)	
≥ 1 cm	28(27.18)	23(27.38)	5(26.32)	
Stone				.002*
None	1(0.97)	1(1.19)	0(0.00)	
Facet	18(17.48)	17(20.24)	1(5.26)	
Muddy	27(26.21)	27(32.14)	0(0.00)	
Unknown	57(55.34)	39(46.43)	18(94.74)	

\*p-value < .05

## ส่วนที่ 3 หัตถการและระยะเวลา

การศึกษาผลการรักษาโดยพิจารณาจาก หัตถการ (Procedure) และระยะเวลา (Duration) โดยคิดร้อยละจากจำนวนผู้ป่วยแต่ละประเภทหัตถการ พบว่า หัตถการบางประเภทมีอัตราความสำเร็จในการรักษาที่สูงกว่าหัตถการอื่น โดยเฉพาะกลุ่มหัตถการที่ซับซ้อนหรือมีการใช้เครื่องมือเพิ่มเติม เช่น CRE + EST + Balloon + Lithotripsy และ



CRE + EST + Balloon + Lithotripsy + Stent อัตราความสำเร็จร้อยละ 100 หัตถการ ERCP ซึ่งเป็นวิธีการรักษาแบบเฉพาะเจาะจงสำหรับบางกรณี พบว่ามีอัตราความล้มเหลวร้อยละ 100 การศึกษาระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย พบว่าระยะเวลาที่มีกลุ่มที่ใช้เวลาระหว่าง 10-30 นาที มีอัตราความสำเร็จ ร้อยละ 95.12 กลุ่มที่ใช้ระยะเวลาในการรักษาน้อยกว่า 10 นาที พบว่าไม่มีความสำเร็จในการรักษาเลย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 หัตถการและระยะเวลา

ข้อมูลหัตถการ	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (N=103)	Success (n=84)	Failure (n=19)	p-value
Procedure				<.001*
-Balloon+stent	1	1(100.00)	0(0.00)	
-CRE+EST+Balloon	1	1(100.00)	0(0.00)	
-CRE+EST+Balloon+stent	1	1(100.00)	0(0.00)	
-CRE+EST+Balloon+Lithotripsy	20	20(100.00)	0(0.00)	
-CRE+EST+Balloon+Lithotripsy +stent	14	14(100.00)	0(0.00)	
-ERCP	1	0(0.00)	1(100.00)	
-EST	13	0(0.00)	13(100.00)	
-EST + Lithotripsy	1	0(0.00)	1(100.00)	
-EST + Lithotripsy +stent	1	1(100.00)	0(0.00)	
-EST+Balloon+stent	12	12(100.00)	0(0.00)	
-EST+Balloon+ Lithotripsy	16	15(93.75)	1(6.25)	
-EST+Balloon+ Lithotripsy +stent	15	14(93.33)	1(6.67)	
-EST+Stent	7	5(71.43)	2(28.57)	
Duration				<.001*
-น้อยกว่า 10 นาที	1	0(0.00)	1(100.00)	
-10-30 นาที	41	39(95.12)	2(4.88)	
-30-45 นาที	24	21(87.50)	3(12.50)	
-มากกว่า 60 นาที	37	24(64.86)	13(35.14)	

\*p-value<.05

#### ส่วนที่ 4 ภาวะแทรกซ้อน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยทั้งหมด 103 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.62 ของผู้ป่วยทั้งหมด ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดคือ Pancreatitis โดยเกิดขึ้นใน 9 ราย



คิดเป็นร้อยละ 69.23 ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พบเลยในระหว่างการศึกษา ได้แก่ การมีเลือดออก (Bleeding), การทะลุของอวัยวะ (Perforation) หรือการเสียชีวิต (Death) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ภาวะแทรกซ้อน (N=13)

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวนของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน
Liver abscess	1(7.69)
Cholangitis	3(23.08)
Severity	
Mild	3(23.08)
Moderate	0(0.00)
Severe	0(0.00)
Pancreatitis	9(69.23)
Severity	
Mild	7(53.85)
Moderate	0(0.00)
Severe	2(15.38)
Bleeding	0(0.00)
Perforation	0(0.00)
Death	0(0.00)

### อภิปรายผล

การศึกษาผลการรักษานิวในท่อน้ำดีด้วยวิธี ERCP ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบว่าความสำเร็จในการรักษาร้อยละ 81.55 ซึ่งเป็นผลมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ การประเมินปัจจัยเสี่ยงทั้งสภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย รวมถึงลักษณะของนิ่ว การวางแผนการรักษาอย่างเป็นระบบ รวมถึงการเตรียมความพร้อมของบุคลากรผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทาง การจัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์พิเศษสำหรับการผ่าตัด และประสบการณ์ของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Panambur et al, 2025) ที่พบอัตราความสำเร็จร้อยละ 76.2 ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ของแพทย์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ (Choi et al, 2015) ที่พบอัตราความสำเร็จเพิ่มจากร้อยละ 86 เป็น ร้อยละ 96 ที่มีปัจจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จมีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ สภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย ลักษณะของนิ่ว และประสบการณ์ของแพทย์ผู้ทำหัตถการร่วมกับการฝึกอบรมการส่องกล้องรักษาเพิ่มเติม

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือตับอ่อนอักเสบ (ร้อยละ 69.23) ซึ่งอาจจะเกิดจากการระคายเคืองของท่อตับอ่อนระหว่างการใส่อุปกรณ์ผ่านรูเปิดท่อน้ำดีร่วมกับผลของการฉีดสารทึบรังสีเข้าสู่ท่อตับอ่อน รองลงมาคือท่อน้ำดีอักเสบ (ร้อยละ 23.08) เกิดจากการระบายน้ำดีไม่สมบูรณ์หลังหัตถการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Khafaf et al (2019)



ที่พบภาวะแทรกซ้อนที่บ่อยที่สุดคือ ตับอ่อนอักเสบ (ร้อยละ 7.7) และท่อน้ำดีอักเสบ (ร้อยละ 7.1) คิดจากจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งสิ้น 155 ราย โดยมีข้อสังเกตว่าอัตราการเกิดตับอ่อนอักเสบและท่อน้ำดีอักเสบในการศึกษาของ Khafaf น้อยกว่าการศึกษานี้ ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างของเทคนิคการระบายน้ำดีภายหลังหัตถการ นอกจากนี้ การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในท่อน้ำดีหรือกระแสเลือดอยู่ก่อนแล้วมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับแนวทางของ European Society of Gastrointestinal Endoscopy: ESGE (Dumonceau et al, 2020) ที่แนะนำให้มีการเฝ้าระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การศึกษานี้พบว่าการใช้เทคนิคซับซ้อน เช่น CRE+EST+Balloon+Lithotripsy มีอัตราความสำเร็จสูงกว่าการใช้ EST เพียงอย่างเดียว เนื่องจากเทคนิคซับซ้อนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาในหลายขั้นตอน ทั้งการขยายท่อน้ำดี การขบนิ้วให้มีขนาดเล็กลงก่อนนำออก และการใช้บอลลูกกลิ้งขบนิ้วออกอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกรณีที่มีขนาดใหญ่มาก หรือมีรูปร่างซับซ้อน สอดคล้องกับ (Spinn et al., 2010) ที่พบว่าการรักษานี้มีขนาดใหญ่หรือซับซ้อนต้องใช้เทคนิคเฉพาะที่เหมาะสม กับขนาดและลักษณะของนิ้ว โดยพบว่าเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับนิ้วที่มีความซับซ้อนคือการใช้วิธีผสมผสาน โดยเฉพาะการใช้บอลลูกกลิ้งขยายท่อน้ำดีร่วมกับการขบนิ้วก่อนนำออก ซึ่งช่วยลดแรงต้านจากท่อน้ำดีและเพิ่มโอกาสนำนิ้วออกได้สมบูรณ์ นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาการทำหัตถการที่เหมาะสมคือ 10-30 นาที ซึ่งให้ผลลัพธ์ดีกว่าการใช้เวลานานเกิน 60 นาที สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2016) ที่พบว่าระยะเวลาการทำหัตถการมีผลต่อความสำเร็จและภาวะแทรกซ้อน

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการพัฒนาแนวทางการรักษา ใช้เป็นแนวทางในการเลือกเทคนิคการรักษาที่เหมาะสมโดยเฉพาะการใช้เทคนิคการรักษาแบบซับซ้อน คือ การรักษาร่วมกันโดยการตัดกล้ามเนื้อหูรูดส่วนปลายของท่อน้ำดี (Endoscopic Sphincterotomy: EST) ขยายทางเข้าท่อน้ำดีด้วยบอลลูกกลิ้งชนิดพิเศษที่ขยายตัวในลักษณะที่ควบคุมได้ (Controlled Radial Expansion: CRE) สลายนิ้วให้แตกออกเป็นชิ้นเล็กๆโดยการขบ (Lithotripsy) และใช้อุปกรณ์ลูกกลิ้งขบนิ้วออกด้วยบอลลูกกลิ้ง (Balloon)
2. ด้านการดูแลผู้ป่วย นำผลการวิจัยไปปรับปรุงใช้ในการวางระบบการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะ Cholangitis และ Sepsis
3. ด้านการพัฒนาบุคลากร นำผลการศึกษามาสร้างแนวทางการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะแพทย์ รวมถึงสร้างแนวทางการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างทีม
4. ด้านการวิจัยต่อยอด การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการรักษาด้วยวิธีส่องกล้อง ERCP มีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ศัลยแพทย์มีแนวทางเวชปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม สามารถเลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสม มีแนวทางการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่ชัดเจน ยกย่องคุณภาพและประสิทธิภาพการรักษาด้วยวิธีส่องกล้อง ERCP ให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล



## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสมในการรักษานิวในท่อน้ำดี เพื่อเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จและลดภาวะแทรกซ้อน จึงควรส่งเสริมการฝึกอบรมและพัฒนาแพทย์อย่างต่อเนื่อง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และองค์ความรู้ระหว่างทีมแพทย์ พัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติปฏิบัติรวมถึงแนวทางการประเมินผู้ป่วยอย่างรอบคอบโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อในท่อน้ำดี ควรมีการติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินการกลับมาเป็นซ้ำของนิวในท่อน้ำดี รวมถึงการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะร่วมอื่นๆ ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเทคนิคการรักษานิวในท่อน้ำดีแบบต่างๆ เพื่อพัฒนาแนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). การประเมินทางเศรษฐศาสตร์การผ่าตัดผ่านกล้องเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดแบบเปิดในการรักษานิวในท่อน้ำดี.
- พิรตล พรหมใต้. (2566). ผลการรักษานิวในท่อน้ำดีด้วยวิธีการส่องกล้องผ่านทางเดินอาหารและท่อน้ำดีในโรงพยาบาล กาศสินธุ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(2), 220-228.
- ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (2565). *นิวในท่อน้ำดี*. สืบค้นจาก <https://www.rcst.or.th/web-upload/filecenter/CPG/Gallstone%20.html>
- Cao, Z., Wei, J., Zhang, N., Liu, W., Hong, T., He, X., et al. (2020). Risk factors of systematic biliary complications in patients with gallbladder stones. *Irish journal of medical science*, 189(3), 943-947. <https://doi.org/10.1007/s11845-019-02161-x>
- Choi, J., Malik, N., Drachman, D., Adler, D., & Nadir, A. (2015). Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) outcomes can improve after further training for an individual already experienced in ERCP. *Minerva Gastroenterologica e Dietologica*, 61(3), 117-120.
- Dumonceau, J. M., Kapral, C., Aabakken, L., Papanikolaou, I. S., Tringali, A., Vanbiervliet, G., et al. (2020). ERCP-related adverse events: European Society of gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*, 52(2), 127-149.
- Gutt, C., Schläfer, S., & Lammert, F. (2020). The treatment of gallstone disease. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117(9), 148-158.
- Khafaf, A., Rad, N., & Mohammad Alizadeh, A. H. (2019). Evaluating the outcomes of endoscopic retrograde cholangiopancreatography: indications and complications. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 9: 529-535.



### เอกสารอ้างอิง

- Kim, S. B., Kim, K. H., & Kim, T. N. (2016). Comparison of outcomes and complications of endoscopic common bile duct stone removal between asymptomatic and symptomatic patients. *Digestive Diseases and Sciences*, *61*(1), 1172-1177.
- Panambur, A. B., Paraashar, R., & Pérez, A. J. (2025). *A single-center, prospective study focused on quality indicators, success rate, features, outcomes, and indications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) practice at a tertiary care hospital*. *3*(1), 1-10.  
<https://doi.org/10.23880/jmcs-16000134>.
- Spinn, M. P., Wolf, D. S., Verma, D., & Lukens, F. J. (2010). Prediction of which patients with an abnormal intraoperative cholangiogram will have a confirmed stone at ERCP. *Digestive Diseases and Sciences*, *55*(1), 1484-1484.



## ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1

### วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

จิรสุดา ทะเรรัมย์<sup>1\*</sup>, สุรศักดิ์ ปลื้มจิต<sup>1</sup>, กมลรส กลองชัย<sup>1</sup>, กรรณิการ์ เสาธงทอง<sup>1</sup>, กรองทอง ชำนิพันธ์<sup>1</sup>,

กัญญานันท์ พักตร์ใส<sup>1</sup>, คเชนทร์ เชื้อบัณฑิต<sup>1</sup>, จุฑามาศ ตีสินา<sup>1</sup>, ศรชัย สิงห์ทอง<sup>1</sup> และศุภาวดี มีทอง<sup>1</sup>

<sup>1</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(วันที่รับบทความ: 3 กุมภาพันธ์ 2568; วันที่แก้ไข: 7 เมษายน 2568; วันที่ตอบรับ: 10 เมษายน 2568)

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการปรับตัวและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 จำนวน 136 คน ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม 2567 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ 2) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม 3) แบบสอบถามการเผชิญปัญหา 4) แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง และ 5) แบบสอบถามการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88, 0.67, 0.93, 0.79 และ 0.98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีภูมิลำเนาในจังหวัดสุรินทร์ ระดับการปรับตัวโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=112.92$ ,  $S.D.=15.72$ ) ได้แก่ ด้านสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมของวิทยาลัย ผู้สอน สภาพแวดล้อม และกลุ่มเพื่อน แสดงให้เห็นถึงการมีระบบสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งและการดูแลนักศึกษาที่มีประสิทธิภาพ ขณะที่การปรับตัวด้านการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึงความท้าทายในการเปลี่ยนผ่านสู่การเรียนรู้ระดับอุดมศึกษา สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่าการเผชิญปัญหา ( $r=.812$ ,  $p\text{-value}<.01$ ) มีผลสูงสุด รองลงมาคือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ( $r=.547$ ,  $p\text{-value}<.01$ ) ความฉลาดทางอารมณ์ ( $r=.456$ ,  $p\text{-value}<.01$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคม ( $r=.433$ ,  $p\text{-value}<.01$ ) จากผลวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหา การจัดระบบที่ปรึกษาระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา การส่งเสริมทักษะการคิดวิเคราะห์ และการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยนำแนวทางเหล่านี้บูรณาการเข้ากับกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาปรับตัวได้ดีทั้งด้านวิชาการ อารมณ์ และสังคม ซึ่งส่งเสริมให้นักศึกษาประสบความสำเร็จทั้งในการศึกษาและการประกอบวิชาชีพพยาบาลในอนาคต

**คำสำคัญ:** ปัจจัย, การปรับตัว, นักศึกษาพยาบาล

\*ผู้รับผิดชอบบทความ: จิรสุดา ทะเรรัมย์; jirasuda.wk@gmail.com



## Factors Affecting the Adjustment of First-Year Nursing Students

### Boromarajonani College of Nursing, Surin

Jirasuda Tareram<sup>1\*</sup>, Surasak Pluemjit<sup>1</sup>, Kamonrot Klongchai<sup>1</sup>, Kannika Saothongthong<sup>1</sup>, Krongthong Chamniphon<sup>1</sup>, Kanyanat Paksai<sup>1</sup>, Kachen Chuebundit<sup>1</sup>, Jutamas Deesanit<sup>1</sup>, Sonchai Singthong<sup>1</sup>, Supawadee Meethong<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of nursing, Praboromranchanok institute

(Received: 3 February 2025; Revised: 7 April 2025; Accepted: 10 April 2025)

### Abstract

The cross-sectional descriptive research aimed to examine the level of adaptation and its associated factors among the first-year nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Surin. The sample consisted of 136 first-year students enrolled in the Bachelor of Nursing Science program. The sample were purposive sampling. Data were collected from August to December 2024. The research instruments were: 1) The Emotional Intelligence Assessment, 2) The Social Support Questionnaire, 3) The Problem Coping Questionnaire, 4) The Self-Esteem Questionnaire, and 5) The Adaptation Questionnaire. The reliabilities were tested using Cronbach's alpha coefficient, the following values were obtained 0.88, 0.67, 0.93, 0.79 and 0.98, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation, and Pearson's correlation coefficient at a significance level of .05.

The research found that most participants were female and domiciled in Surin Province. The overall adaptation among first-year nursing students was high level ( $\bar{x}=112.92$ , S.D.=15.72), particularly in the areas of social, participation in college activities, instructors, environment, and peer groups. These findings indicated the presence of strong social support systems and effective student care. Meanwhile, academic adaptation was moderate level, which reflects the challenges of the transition to higher education. The relationships between variables found that problem-solving ability was the highest correlation with adaptation ( $r=.812$ ,  $p\text{-value}<.01$ ), followed by self-esteem ( $r=.547$ ,  $p\text{-value}<.01$ ), emotional intelligence ( $r=.456$ ,  $p\text{-value}<.01$ ), and social support ( $r=.433$ ,  $p\text{-value}<.01$ ).

**Keywords:** factor, adaptation, student nurse

**\*Corresponding author:** Jirasuda Tareram; jirasuda.wk@gmail.com



## บทนำ

ปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในหลายด้านทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้บุคคลต้องมีการปรับตัวอย่างรวดเร็ว เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพ (เนติยา แจ่มทิม, ปุรินทร์ ศรีศลักษณ์ และดารินทร์ พนาสันต์, 2566) การปรับตัวจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสะดวกทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงมีผลโดยตรงต่อสุขภาพจิตและความสามารถในการเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ บุคคลที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจนั้นสามารถจัดการกับความเครียดได้ดี รักษาสุขภาพจิตในระดับที่เหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Southwick et al, 2016)

สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ซึ่งอยู่ในช่วงการเปลี่ยนแปลงจากระดับมัธยมศึกษาสู่ระดับอุดมศึกษา การปรับตัวถือเป็นกระบวนการที่สำคัญต่อความสำเร็จในการเรียนและพัฒนาสู่บทบาทวิชาชีพพยาบาล นักศึกษาต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในหลายมิติ เช่น การเรียนที่มีเนื้อหาซับซ้อนขึ้น การเรียนรู้ที่ต้องการการวิเคราะห์และปฏิบัติจริง รวมถึงการปรับตัวกับตารางเรียนที่เข้มข้น แรกกดดันจากการฝึกปฏิบัติ และความเครียดจากความคาดหวังในวิชาชีพ (จุฑาภรณ์ ยอดเสนีย์, 2563; ธเนศ แม้นอินทร์, 2564) การสร้างความสัมพันธ์ใหม่กับเพื่อนร่วมชั้น คณาจารย์ และบุคลากรทางการแพทย์ก็เป็นส่วนสำคัญในการปรับตัวด้านสังคมและอารมณ์ เพื่อช่วยให้นักศึกษาสามารถเรียนรู้และปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ยุซรอ เล้าแม, มยุรี ยีปาไล๊ะ, เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา และคณะ, 2564) นอกจากนี้ความสามารถในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเองและการมีสุขภาพจิตที่เข้มแข็งยังเป็นปัจจัยที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถเผชิญกับความท้าทายต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากไม่มีการสนับสนุนที่เหมาะสม อาจทำให้เกิดความเครียดสะสมและส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ดังนั้น การศึกษาการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาหลักสูตรและแนวทางการสนับสนุนที่เหมาะสม เพื่อให้นักศึกษาสามารถปรับตัวได้ดีและเติบโตเป็นพยาบาลที่มีคุณภาพในอนาคต (สุริยัน อันทองทิม, ภูกิจ เล้าจรรย์กุล, ศศิวิมล พจน์พาณิชย์พงศ์ และคณะ, 2560; Wong & Chan, 2020)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นสถาบันการศึกษาที่เปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมาอย่างยาวนาน และมีการรับนักศึกษาใหม่ในทุกปี โดยนักศึกษาที่เข้าศึกษาได้รับการคัดเลือกจากทั่วประเทศ เมื่อเข้าสู่การศึกษานักศึกษาต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของวิทยาลัยในหลายด้าน เช่น ด้านการเรียน ด้านสังคม ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของวิทยาลัย ด้านผู้สอน ด้านสภาพแวดล้อม และด้านกลุ่มเพื่อน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของนักศึกษา (นุชนาถ อุมูดี, พวงสร้อย วรกุล, บุญโรม สุวรรณพาหุ และคณะ, 2565) ทั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของยุซรอ เล้าแม และคณะ (2564) ที่ศึกษาการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 1 ในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ พบว่า โดยรวมแล้วนักศึกษามีระดับการปรับตัวอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=111$ , S.D.=13.30) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า การปรับตัวด้านอารมณ์และอัตมโนทัศน์ ด้านกิจกรรมและสัมพันธภาพ และด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับสูง ขณะที่การปรับตัวด้านร่างกายและด้านการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษา



นี้สะท้อนให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 แม้จะสามารถปรับตัวได้ดีในหลายด้าน แต่ยังคงเผชิญความท้าทายในบางมิติ โดยเฉพาะด้านร่างกายและด้านการเรียน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความเข้มข้นของหลักสูตร ลักษณะของการเรียนการสอนที่แตกต่างจากระดับมัธยมศึกษา รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ ดังนั้น การพัฒนาแนวทางสนับสนุนเพื่อช่วยให้นักศึกษาสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในทุกมิติ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลประสบความสำเร็จทั้งในด้านการเรียนและการดำเนินชีวิตภายในรั้ววิทยาลัย

การปรับตัวจึงเป็นกระบวนการที่มีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินชีวิตและการอยู่ร่วมกันในสังคม ซึ่งแต่ละบริบทย่อมมีความแตกต่างกันไป นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ที่เข้าสู่สภาพแวดล้อมใหม่ จำเป็นต้องปรับตัวในหลายด้าน และจากความสำคัญของการปรับตัวของนักศึกษา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ โดยเน้นวิเคราะห์ใน 6 มิติดังกล่าว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนถึงบริบทที่แท้จริงของนักศึกษาในสถาบันแห่งนี้ เพื่อเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมการปรับตัวของนักศึกษาให้เหมาะสม และช่วยสนับสนุนการเรียนรู้การใช้ชีวิตในรั้ววิทยาลัย ตลอดจนการพัฒนาไปสู่วิชาชีพพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

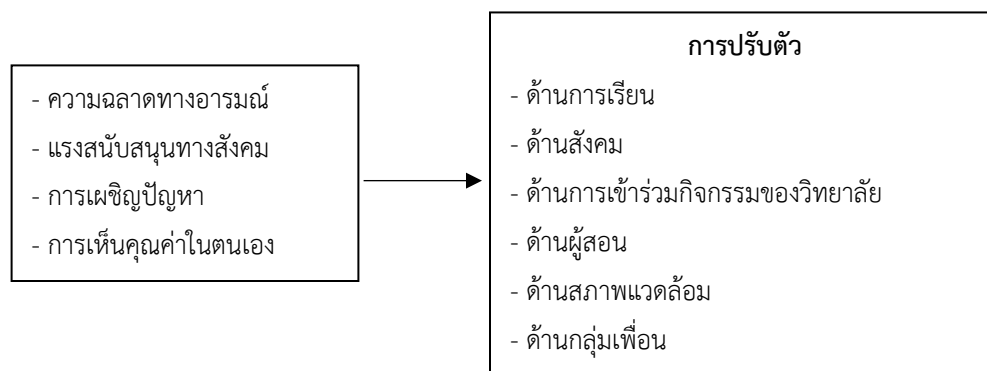
### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา การเห็นคุณค่าในตนเอง ต่อการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

### กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



## ระเบียบวิธีวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยนี้ใช้การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive study)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษานี้ทำการศึกษาในประชากรคือนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 รุ่นที่ 37 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2567 จำนวน 136 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม 2567

**เกณฑ์การคัดเลือก** มีดังนี้

1. นักศึกษาพยาบาลศาสตร ชั้นปีที่ 1 ในปีการศึกษา 2567
2. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

**เกณฑ์การคัดออก** มีดังนี้

1. นักศึกษาพยาบาลศาสตร ชั้นปีที่ 1 ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้สมบูรณ์หรือเจ็บป่วยกะทันหัน
2. นักศึกษาที่ทำเรื่องลาออกระหว่างเก็บข้อมูล

## เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและการขออนุญาตใช้เครื่องมือต่าง ๆ มาปรับปรุงและปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและให้เหมาะสมกับประเด็นที่ต้องการศึกษา โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ ภูมิลำเนา ประเภทโรงเรียน เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด

ตอนที่ 2 แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ สำหรับผู้ใหญ่ (อายุ 18 – 60 ปี) ของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2546) จำนวน 52 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) ด้านดี หมายถึง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง รู้จักเห็นใจผู้เห็นใจผู้อื่นและมีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม ประกอบด้วย 3 ด้านย่อย ได้แก่ 1.1) ด้านควบคุมตนเอง (ข้อ 1 ถึง ข้อ 6) 1.2) ด้านเห็นใจผู้อื่น (ข้อ 7 ถึง ข้อ 12) 1.3) ด้านรับผิดชอบ (ข้อ 13 ถึง ข้อ 18)

2) ด้านเก่ง หมายถึง ความสามารถในการรู้จักตนเอง มีแรงจูงใจ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาและแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ประกอบด้วย 3 ด้านย่อย ได้แก่ 2.1) ด้านมีแรงจูงใจ (ข้อ 19 ถึง ข้อ 24) 2.2) ด้านตัดสินใจและแก้ปัญหา (ข้อ 25 ถึง ข้อ 30) 2.3) ด้านสัมพันธภาพ (ข้อ 31 ถึง ข้อ 36)

3) ด้านสุข หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข ประกอบด้วย 3 ด้านย่อย ได้แก่ 3.1) ด้านภูมิใจในตนเอง (ข้อ 37 ถึง ข้อ 40) 3.2) ด้านพอใจในชีวิต (ข้อ 41 ถึง ข้อ 46) 3.3) ด้านสุขสงบทางใจ (ข้อ 47 ถึง ข้อ 52)



การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยการให้คะแนนดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อ 1, 4, 6, 7, 10, 12, 14, 15, 17, 20, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 34, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 46, 48, 49 และ 50 แต่ละข้อกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่จริง 1 คะแนน จริงบางครั้ง 2 คะแนน ค่อนข้างจริง 3 คะแนน จริงมาก 4 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ 2, 3, 5, 8, 9, 11, 13, 16, 18, 19, 21, 24, 26, 27, 29, 30, 33, 35, 37, 40, 45, 47, 51 และ 52 แต่ละข้อกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่จริง 4 คะแนน จริงบางครั้ง 3 คะแนน ค่อนข้างจริง 2 คะแนน จริงมาก 1 คะแนน

โดยเลือกตอบเพียงข้อเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นในข้อคำถามนั้น การแปลผลระดับคะแนนรวมความฉลาดทางอารมณ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามกรมสุขภาพจิต ดังนี้ ระดับต่ำกว่าปกติ (คะแนน<138) ระดับปกติ (138-170 คะแนน) และระดับสูงกว่าปกติ (คะแนน>170)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาดัดแปลงจากไพศาล แยมวงษ์ (2555) จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ การสนับสนุนจากอาจารย์ จำนวน 5 ข้อ การสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 5 ข้อ การสนับสนุนจากเพื่อน จำนวน 5 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน น้อยที่สุด 1 คะแนน โดยเลือกตอบเพียงข้อเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นในข้อคำถามนั้น การแปลผลระดับคะแนนรวมแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 3 ระดับ ตาม Rating Scale (Best, 1977) ดังนี้ ระดับต่ำ (15.00-34.99 คะแนน) ระดับปานกลาง (35.00-54.99 คะแนน) และระดับสูง (55.00-75 คะแนน)

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการเผชิญปัญหา ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาดัดแปลงจากอนุพงศ์ จันทร์จุฬา และชัยพฤติน ชำนาญ (2559) จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ประกอบด้วย 2 ด้าน ดังนี้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา จำนวน 5 ข้อ การเผชิญปัญหาแบบจัดการกับอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน น้อยที่สุด 1 คะแนน โดยเลือกตอบเพียงข้อเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นในข้อคำถามนั้น การแปลผลระดับคะแนนรวมการเผชิญปัญหา แบ่งเป็น 3 ระดับ ตาม Rating Scale (Best, 1977) ดังนี้ ระดับต่ำ (10.00-23.32 คะแนน) ระดับปานกลาง (23.33-36.65 คะแนน) และระดับสูง (36.66-50 คะแนน)

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาดัดแปลงจากมนต์สินี วิเศษคามินทร์ (2565) จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งเป็นการเห็นคุณค่าในตนเองเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ และการเห็นคุณค่าในตนเองเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเชิงบวก ดังนี้ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน น้อยที่สุด 1 คะแนน และคะแนนเชิงลบ ดังนี้ มากที่สุด 1 คะแนน มาก 2 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 4 คะแนน น้อยที่สุด 5 คะแนน โดยเลือกตอบเพียงข้อเดียวที่ตรงกับ



ความคิดเห็นในข้อคำถามนั้น การแปลผลระดับคะแนนรวมการเห็นคุณค่าในตนเอง แบ่งเป็น 3 ระดับ ตาม Rating Scale (Best, 1977) ดังนี้ ระดับต่ำ (10.00-23.32 คะแนน) ระดับปานกลาง (23.33-36.65 คะแนน) และระดับสูง (36.66-50 คะแนน)

ตอนที่ 6 แบบสอบถามการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาดัดแปลงจากนันทิชา บุญละเอียด (2554); นิรมล สุวรรณโคตร (2553) และจุฑาภรณ์ ยอดเสนีย์ (2563) จำนวน 29 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ การปรับตัวด้านการเรียน จำนวน 5 ข้อ การปรับตัวด้านสังคม จำนวน 5 ข้อ การปรับตัวด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของวิทยาลัย จำนวน 5 ข้อ การปรับตัวด้านผู้สอน จำนวน 5 ข้อ การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อม จำนวน 4 ข้อ และการปรับตัวด้านเพื่อน จำนวน 5 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน น้อยที่สุด 1 คะแนน โดยเลือกตอบเพียงข้อเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นในข้อคำถามนั้น การแปลผลระดับคะแนนรวมการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ แบ่งเป็น 3 ระดับ ตาม Rating Scale (Best, 1977) ดังนี้ ระดับต่ำ (29.00-67.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (67.67-106.33 คะแนน) และระดับสูง (106.34-145 คะแนน) เมื่อกำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็นแต่ละรายด้าน 3 ระดับ ตาม Rating Scale (Best, 1977) การปรับตัวด้านการเรียน ด้านสังคม ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของวิทยาลัย ด้านผู้สอน และด้านเพื่อน ระดับต่ำ (5.00-11.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (11.67-18.33 คะแนน) และระดับสูง (18.34-25 คะแนน) และการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมระดับต่ำ (4.00-9.32 คะแนน) ระดับปานกลาง (9.33-14.65 คะแนน) และระดับสูง (14.66-20 คะแนน)

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content Validity) โดยแบบสอบถามนั้นได้ผ่านผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำไปหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม หรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC : Index of item objective congruence) ความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา การเห็นคุณค่าในตนเอง และการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.97, 0.91, 0.97, 1.00 และ 0.94 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าในช่วง 0.91 - 1.00 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากร จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการเผชิญปัญหา แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88, 0.67, 0.93, 0.79 และ 0.98 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ และอาจารย์ประจำชั้น จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างและให้ทำแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง



และการแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามการวิจัยประมาณ 1 ชั่วโมง ผู้วิจัยจัดเตรียมแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ คือ Google Forms เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ตอบแบบสอบถามโดยส่งลิงค์เข้ากลุ่มไลน์ชั้นปีผ่านอุปกรณ์ส่วนตัว ได้แก่ โทรศัพท์มือถือ หรือคอมพิวเตอร์ และเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป
2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรต้น (ความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา การเห็นคุณค่าในตนเอง) และตัวแปรตาม (การปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์)

### จริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โครงการได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ รหัส P-EC 03-08-67 รับรองวันที่ 23 สิงหาคม 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผลการเรียน รวมถึงแจ้งข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ตลอดจนนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นอย่างดี และทำลายข้อมูลทั้งหมดภายหลังจากเผยแพร่รายงานวิจัยเรียบร้อยแล้ว

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.7 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 10.3 ภูมิลำเนาในจังหวัดสุรินทร์ ร้อยละ 63.2 และต่างจังหวัด ร้อยละ 36.8 ประเภทของโรงเรียนมัธยมมีขนาดกลาง ร้อยละ 41.9 และเกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) คือ เกรดเฉลี่ย 3.51 - 4.00 ร้อยละ 89.7 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ภูมิลำเนา ประเภทของโรงเรียน และเกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) (n=136)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	122	89.7
ชาย	14	10.3



**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ภูมิภาคตามเขต ภูมิลำเนา ประเภทของโรงเรียน และเกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ภูมิลำเนา</b>		
ในจังหวัดสุรินทร์	86	63.2
ต่างจังหวัด	50	36.8
<b>ประเภทของโรงเรียน</b>		
โรงเรียนขนาดเล็ก	23	16.9
โรงเรียนขนาดกลาง	57	41.9
โรงเรียนขนาดใหญ่	24	17.6
โรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ	32	23.5
<b>เกรดเฉลี่ยสะสม(GPAX)</b>		
เกรดเฉลี่ย 3.51-4.00	122	89.7
เกรดเฉลี่ย 3.01-3.50	13	9.6
เกรดเฉลี่ย 2.51-3.00	1	0.7

**ส่วนที่ 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนระดับการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=112.92$ , S.D.=15.72) สำหรับการปรับตัวในแต่ละด้านพบว่า การปรับตัวด้านสังคม ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของวิทยาลัย ด้านผู้สอน ด้านสภาพแวดล้อม และด้านกลุ่มเพื่อน อยู่ในระดับสูง ส่วนการปรับตัวด้านการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนระดับการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง (n=136)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
การปรับตัวโดยรวม	112.92	15.72	สูง
การปรับตัวในแต่ละด้าน			
ด้านการเรียน	18.19	2.96	ปานกลาง
ด้านสังคม	20.60	3.17	สูง
ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของวิทยาลัย	18.94	3.62	สูง
ด้านผู้สอน	19.71	2.71	สูง
ด้านสภาพแวดล้อม	14.90	2.70	สูง
ด้านกลุ่มเพื่อน	20.58	3.08	สูง



**ส่วนที่ 3** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนระดับความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา การเห็นคุณค่าในตนเองต่อการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ในระดับสูงกว่าปกติ ( $\bar{X}=179.68$ , S.D.=15.82) รองลงมาคือการเผชิญปัญหา ( $\bar{X}=38.90$ , S.D.=5.96) การเห็นคุณค่าในตนเอง ( $\bar{X}=37.70$ , S.D.=5.90) และแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=47.78$ , S.D.=5.39) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับ ความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม การปรับตัวของนักศึกษา การเผชิญปัญหา การเห็นคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มตัวอย่าง (n=136)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ความฉลาดทางอารมณ์	179.68	15.82	สูงกว่าปกติ
แรงสนับสนุนทางสังคม	47.78	5.39	ปานกลาง
การเผชิญปัญหา	38.90	5.96	สูง
การเห็นคุณค่าในตนเอง	37.70	5.90	สูง

**ส่วนที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา การเห็นคุณค่าในตนเองต่อการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r=.456$ ) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r=.433$ ) การเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงต่อการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r=.812$ ) และการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r=.547$ ) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา การเห็นคุณค่าในตนเอง ต่อการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง (n=136)

ตัวแปร	การปรับตัว (r)	p-value
ความฉลาดทางอารมณ์	.456	.01*
แรงสนับสนุนทางสังคม	.433	.01*
การเผชิญปัญหา	.812	.01*
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.547	.01*

\*p-value<.05



## อภิปรายผล

1. ระดับการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 รุ่นที่ 37 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ระดับการปรับตัวโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=112.92$ ,  $S.D.=15.72$ ) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพภายในวิทยาลัย โดยวิทยาลัยมีโครงการเตรียมความพร้อมสำหรับนักศึกษาใหม่ ก่อนเข้าศึกษา และมีระบบการดูแลจากอาจารย์ที่ปรึกษาในรูปแบบ "ครอบครัวกัลยาณมิตร" ซึ่งช่วยให้อาจารย์สามารถดูแลนักศึกษาได้อย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ยังมีระบบ "พี่เถาว์" และ "พี่เทค" ที่เป็นรุ่นพี่คอยให้คำแนะนำและดูแลนักศึกษาใหม่ รวมถึงมีครูประจำชั้นที่ช่วยดูแลทั้งด้านการเรียนและการใช้ชีวิตภายในวิทยาลัย กิจกรรมเหล่านี้ช่วยเสริมสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างรุ่นพี่รุ่นน้อง รวมถึงระหว่างอาจารย์และนักศึกษา ส่งผลให้นักศึกษาส่วนใหญ่สามารถปรับตัวได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยูซุรอ เล้าแม, มยุรี ยิปาโล๊ะ, เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา และคณะ (2564) และวันสนันท์ ขลิบปิ่น และมนสนันท์ หัตถศักดิ์ (2563) ที่พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีการปรับตัวอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การปรับตัวด้านการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตเมื่อนักศึกษาเข้าสู่สถาบันการศึกษาใหม่ นักศึกษาต้องปรับตัวต่อการใช้ชีวิตในหอพัก รวมถึงต้องปรับตัวให้เข้ากับรูปแบบการเรียนที่แตกต่างจากระดับมัธยมศึกษา นักศึกษาต้องมีความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น และต้องมีทักษะในการบริหารเวลาให้เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Karimi Mirzanezam et al (2024) พบว่าความสามารถในการรับรู้และปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมการเรียนการสอนทางคลินิกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปรับตัวทางวิชาการของนักศึกษาพยาบาล

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา การเห็นคุณค่าในตนเอง ต่อการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ความฉลาดทางอารมณ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาล ความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ และควบคุมอารมณ์ของตนเอง รวมถึงการเข้าใจผู้อื่น ช่วยให้นักศึกษาสามารถจัดการกับความเครียด ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ใหม่ และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมชั้นและอาจารย์ได้ดีขึ้น (Jawabreh, 2024; Tung & Rong, 2022) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Codier et al (2019) พบว่านักศึกษาพยาบาลที่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์สูงมีแนวโน้มที่จะมีผลการเรียนและการตัดสินใจทางคลินิกที่ดีกว่า

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาล โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และอาจารย์ มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้นักศึกษาสามารถเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงได้อย่างมั่นคง โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนผ่านจากมัธยมศึกษาสู่ชีวิตในระดับอุดมศึกษา การมีผู้ที่สามารถให้คำปรึกษาช่วยเหลือ หรือรับฟัง จะช่วยลดความวิตกกังวล ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่มความมั่นคงทางจิตใจ และเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ (Reeve et al, 2021) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Labrague et al (2018) พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อนมีผลอย่างมากต่อการลดภาวะความเครียดในนักศึกษาพยาบาล ซึ่งนำไปสู่การปรับตัวในเชิงบวก

การเผชิญปัญหาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงต่อการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะการใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (problem-focused coping) ซึ่งมีประสิทธิภาพมากกว่ากลยุทธ์



แบบหลีกเลี่ยง (avoidance coping) ในการลดความเครียดและปรับตัวเข้าสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Li et al(2022) ยืนยันว่าการเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหาช่วยส่งเสริมความเป็นอยู่ทางจิตใจและสมรรถภาพการเรียนรู้ของนักศึกษา

การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาล โดยกล่าวได้ว่านักศึกษาที่มีความเชื่อมั่นและเห็นคุณค่าในตนเองจะมีแนวโน้มในการตัดสินใจอย่างมีเหตุมีผลสามารถยอมรับจุดอ่อนของตน และกล้าเผชิญกับความล้มเหลวโดยไม่ย่อท้อ การมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนส่งผลต่อความสามารถในการเผชิญกับปัญหาและการปรับตัว นักศึกษาที่มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูงมักจะมีแรงจูงใจในการเรียน และมีความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ท้าทายได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของไฉไล เทียงกมล และคณะ (2564) พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของนักศึกษา ในขณะที่การศึกษาโดย Akçan & Sönmez (2020) พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับระดับการปรับตัวและคุณภาพชีวิตของนักศึกษา

สรุปได้ว่า ความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ การพัฒนาและส่งเสริมปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้นักศึกษามีความพร้อมทั้งด้านจิตใจและทักษะในการเผชิญกับความท้าทายและปรับตัวเข้าสู่สภาพแวดล้อมการเรียนรู้ใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลออกแบบกิจกรรมการเตรียมความพร้อมนักศึกษาใหม่ โดยให้นักศึกษาได้รับการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และการเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาเป็นรายบุคคล ให้สามารถปรับตัวในการเรียนระดับอุดมศึกษาได้ดียิ่งขึ้น ตลอดจนเป็นแนวทางให้อาจารย์ประจำชั้นหรืออาจารย์ที่ปรึกษาได้ติดตามและดูแลนักศึกษาในกำกับติดตามให้นักศึกษาสามารถใช้ชีวิตในการเรียนระดับอุดมศึกษาจนสำเร็จต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 จึงควรมีการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในชั้นปีอื่น ๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในภาพรวมของสถาบันเกี่ยวกับการปรับตัวของนักศึกษาศาสตร์แต่ละชั้นปี
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. ควรศึกษาวิจัยเชิงทำนายเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์



## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรื คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ ตลอดจนขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต (2546). *แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับผู้ใหญ่ (อายุ 18-60 ปี)*. กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.
- จุฑาภรณ์ ยอดเสนีย์. (2563). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของนักศึกษาคณะบริหารธุรกิจมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 หลักสูตร 4 ปี ภาคปกติ ที่เข้าศึกษาปีการศึกษา 2563*. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- ไฉไล เทียงกมล, อารญา โถวรุ่งเรือง, เนาวนิจ พึ่งจันทร์เดช, กานดา สายวงศ์เทือก, ยุวดี แตรประสิทธิ์, กาญจนา คงมัน และคณะ. (2564). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจวารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 1(3)*. 1-12.
- ธเนศ แม้นอินทร์. (2564). *การปรับตัวของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 สถาบันเทคโนโลยีจอร์ตา.วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต, 16(2)*, 75-91.
- นิรมล สุวรรณโคตร. (2553). *การปรับตัวของนิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยนเรศวร*. [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาการอุดมศึกษา]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นุชนาถ อุมูดี, พวงสร้อย วรกุล, บุญโรม สุวรรณพาหุ และจิระวัฒน์ ต้นสกุล. (2565). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้.วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 14(3)*, 34-48.
- นันทิชา บุญละเอียด. (2554). *การปรับตัวของนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เนติยา แจ่มทิม, ปุรินทร์ ศรีศัลักษณ์ และ ดารินทร์ พนาสันต์. (2566). *ปัจจัยการปรับตัวที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก.วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 18(2)*, 140-152.
- ไพศาล แยมวงษ์. (2555). *การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ [สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการแนะแนว]*. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.



## เอกสารอ้างอิง

- มนต์สินี วิเศษคามินทร์. (2565). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวในการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ของพนักงานบริษัท ฟู้จี้ฟิล์ม บิลซิเนส อินโนเวชั่น (ประเทศไทย) จำกัด. จิตวิทยา คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.
- ยุซรอ เล้าแอม, มยุรี ยิปาโล๊ะ, เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา และภาชีน่า บุญลาภ. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 22(3), 135-146.
- วันสนันท์ ขลิบปิ่น และมนัสสนันท์ หัตถศักดิ์. (2563). ปัจจัยที่มีต่อความสัมพันธ์กับการปรับตัวของนักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยดุสิตธานี. *วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี*, 14(3), 578-594.
- สุรียัน อ้นทองทิม, ภูกิจ เล้าจรรย์กุล, ศศิวิมล พงษ์พานิชพงศ์ และชลิตตาภรณ์ ดวงดีบ. (2560). การปรับตัวของนักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 สถาบันอุดมศึกษาภายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิชาการฉบับมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 23(1), 18-25.
- อนุพงศ์ จันทร์จุฬา และชัยพฤตติน ชำนาญ. (2559). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยชายที่เข้ารับการบำบัดรักษาเยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา. กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข.
- Akçan, R., & Sönmez, M. (2020). The role of self-esteem in adjustment and quality of life in nursing education. *Journal of Psychiatric Nursing*, 11(3), 167–173. Retrieved from: <https://doi.org/10.14744/phd.2020.00017>
- Karimi Mirzanezam, A., Ghahramanian, A., Ghafourifard, M., Davoodi, A., Bagheriyeh, F., & Hajieskandar, A. (2024). Nursing students' perception of the clinical learning environment and its impact on academic adjustment: a cross-sectional descriptive study. *BMC Medical Education*, 24(1), 1543. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06562-0>
- Best, J. W. (1977). *Research in education*(3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Codier, E., Kamikawa, C., & Kuhn, P. (2019). Emotional intelligence and self-efficacy in nursing students. *Journal of Nursing Education*, 58(5), 301-306. Retrieved from: <https://doi.org/10.3928/01484834-20190419-02>
- Jawabreh, H. A. (2024). The relationship between emotional intelligence and clinical decision-making among fourth-year nursing students. *SAGE Open Nursing*, 10, 1–8. Retrieved from: <https://doi.org/10.1177/23779608241272459>



## เอกสารอ้างอิง

- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., & Gloe, D. S. (2018). Social support and coping strategies as predictors of perceived stress among nursing students. *Journal of Nursing Education, 57*(6), 347-352. Retrieved from: <https://doi.org/10.3928/01484834-20180522-06>
- Li, Y., Zhang, J., & Wang, L. (2022). The role of problem-solving coping strategies in enhancing psychological well-being and academic performance in nursing students. *Journal of Nursing Education and Practice, 12*(4), 45-55. Retrieved from: <https://doi.org/10.5430/jnep.v12n4p45>
- Reeve, J., Tseng, C. M., & Tseng, Y. M. (2021). How students' perceptions of support from teachers and classmates influence their academic outcomes: A meta-analytic review. *Educational Psychology Review, 33*(3), 621-639. Retrieved from: <https://doi.org/10.1007/s10648-021-09515-7>
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2016). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology, 7*(1), 293-301. Retrieved from: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.29303>
- Tung, Y. T., & Rong, J. R. (2022). Exploring the mediating effect of emotional intelligence on perceived stress and interpersonal relationships among nursing students. *Journal of Professional Nursing, 38*, 57-63. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.11.009>
- Wong, M. L., & Chan, C. Y. (2020). Psychosocial adjustment and academic performance in nursing students: A longitudinal study. *Journal of Nursing Education, 59*(6), 312-319.



## ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

### อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์

กัญญารัตน์ บุญแสน<sup>1</sup>, บุชราภรณ์ จันทัก<sup>1</sup>, ยุทธนา แยกคาย<sup>1\*</sup> และวรรณนิภา สิริง<sup>1</sup>

<sup>1</sup>วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(วันที่รับบทความ: 28 มีนาคม 2568; วันที่แก้ไข: 12 เมษายน 2568; วันที่ตอบรับ: 17 เมษายน 2568)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 381 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม 2567 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75 และ 0.76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่าแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับสูงและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การสูบบุหรี่ และการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ตามลำดับ ซึ่งตัวแปรเหล่านี้ร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 18.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ออกแบบโครงการหรือกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดทำสื่อสุขภาพหรือกลยุทธ์การสื่อสารเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการป้องกัน, ภาวะแทรกซ้อนทางไต, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

\*ผู้รับผิดชอบบทความ: ยุทธนา แยกคาย; yutthanaya@scphpl.ac.th



## Factors Influencing Preventive Behaviors for Diabetic Kidney Disease Complications among Type 2 Diabetes Patients in Tha Tako District, Nakhon Sawan Province

Kanyarat Boonsan<sup>1</sup>, Budsaraporn Chantak<sup>1</sup>, Yutthana Yaebkai<sup>1\*</sup> and Wannipa Seerung<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,

Praboromarajchanok Institute

(Received: 28 March 2025; Revised: 12 April 2025; Accepted: 17 April 2025)

### Abstract

This descriptive research was to examine factors influencing preventive behaviors for diabetic kidney disease complications among type 2 diabetes patients between February and March 2024. The sample consisted of 381 type 2 diabetes patients from Tha Tako District, Nakhon Sawan Province. The sample were selected through systematic sampling. Data was collected using questionnaires including protection motivation and preventive behaviors for diabetic kidney disease complications among type 2 diabetes patients. Content validity of research tools were verified by 3 experts, content validity index (CVI) scores ranging from 0.67 to 1.00. Cronbach's alpha coefficients were 0.75 and 0.76, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The results found that the motivation for protection in preventing diabetic kidney complications was at a high level and the behaviors for diabetic kidney disease complications among type 2 diabetes patients were at a high level. Factors influencing preventive behaviors for diabetic kidney disease complications among type 2 diabetes patients were alcohol consumption, perceived barriers, smoking consumption, and educational level at the upper secondary or vocational certificate level. These variables significantly predicted 18.2% of the variance in preventive behaviors for diabetic kidney disease complications among type 2 diabetes patients at the .05 level. The findings of this study might be applied to development the programs or activities for modifying health behaviors, as well as the creation of health education materials or communication strategies to enhance motivation for preventing diabetic kidney disease complications among patients with type 2 diabetes.

**Keywords:** preventive behaviors, diabetic kidney disease complications, type 2 diabetes patients

**\*Corresponding author:** Yutthana Yaebkai; yutthanaya@scphpl.ac.th



## บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus: T2DM) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ที่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลกอันเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป (World Health Organization, 2023) ในปี 2564 ประเทศกำลังพัฒนามีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 537 ล้านคน และคาดว่าจะจำนวนนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนภายในปี 2573 และจะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคนภายในปี 2588 ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คิดเป็นกว่าร้อยละ 90.0 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด และมักไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่เริ่มแรกซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง (กรมควบคุมโรค, 2566) โรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่เกิดขึ้นในหลอดเลือดขนาดใหญ่และขนาดเล็ก เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะจอตาประสาทตาเสื่อม (American Diabetes Association, 2019) โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มักเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตหรือโรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Kidney Disease: DKD) ระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติจึงทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจและการรักษาช้าทำให้การดำเนินการของโรคมากขึ้นนำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) ซึ่งไม่สามารถรักษาด้วยยาที่ทำให้ไตฟื้นคืนสู่สภาพเดิม ต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานที่ต้องเผชิญกับการบำบัดและการเจ็บป่วย (Xu et al, 2024) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงเศรษฐกิจทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ เนื่องจากต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจำนวนมากในการรักษา ประเทศกำลังพัฒนาอย่างประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงถึง 6.5 ล้านคน ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 4 ของภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (International Diabetes Federation, 2021) พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.4 โดยอ้างอิงจากระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากอดอาหาร 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose: FPG) หรือระดับค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) หรือเคยได้รับการวินิจฉัยทางคลินิก ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุและเพศหญิงจะมีความชุกสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณารายภูมิภาคพบว่ากรุงเทพมหานครมีความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปสูงสุดของประเทศ ร้อยละ 13.8 รองลงมาคือ ภาคกลาง ร้อยละ 13.2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 12.6 ภาคเหนือ ร้อยละ 12.0 และภาคใต้ ร้อยละ 11.2 ตามลำดับ ในขณะที่ภาคกลางมีความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ร้อยละ 12.4 โดยควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 34.7 ของผู้ที่ได้รับการรักษาแล้ว ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 50.0 (วิชัย เอกพลากร, 2564) ในทำนองเดียวกัน จังหวัดนครสวรรค์เป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ในภาคเหนือตอนล่างหรือภาคกลางตอนบนมีสถานการณ์โรคเบาหวานที่น่าเป็นห่วงพบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 58,227 คน ในปี 2563 เป็น 66,609 คน ในปี 2566 คิดเป็นอัตราการความชุกจากร้อยละ 8.2 เป็นร้อยละ 9.2 โดยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปพบมากที่สุด และมีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 2.2 ในปี 2566 กลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 22.1 ที่สำคัญคือ โรคไตเรื้อรังเป็นโรคร่วมที่พบในผู้ป่วยโรคเบาหวานและอัตราการคัดกรองภาวะไตเสื่อมในช่วง 5 ปี (ปี 2562-2566) เฉลี่ยเพียงร้อยละ 72.9 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 80.0 ส่วนในระดับอำเภอท่าตะโกพบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในปี 2566 รวมจำนวน



3,812 คน หรือร้อยละ 8.5 ของประชากรในพื้นที่ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีแนวโน้มของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ แต่ยังพบข้อจำกัดในด้านความรู้ ความตระหนัก และแรงจูงใจในการป้องกันโรค (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2567) จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) เป็นทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคหรือการลดพฤติกรรมเสี่ยง โดยเน้นถึงกระบวนการประเมินภัยคุกคาม (Threat appraisal) และการประเมินการเผชิญปัญหา (Coping appraisal) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ผลักดันให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความเชื่อว่าการปฏิบัติตามพฤติกรรมแนะนำสามารถลดความเสี่ยงได้ และตนเองมีความสามารถเพียงพอในการลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยไม่มีต้นทุนหรืออุปสรรคมากเกินไป (Floyd, Prentice-Dunn & Rogers, 2000) เพื่อวิเคราะห์แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การสนับสนุนการออกแบบสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจ และการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เหมาะสม

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์

### สมมติฐานของการวิจัย

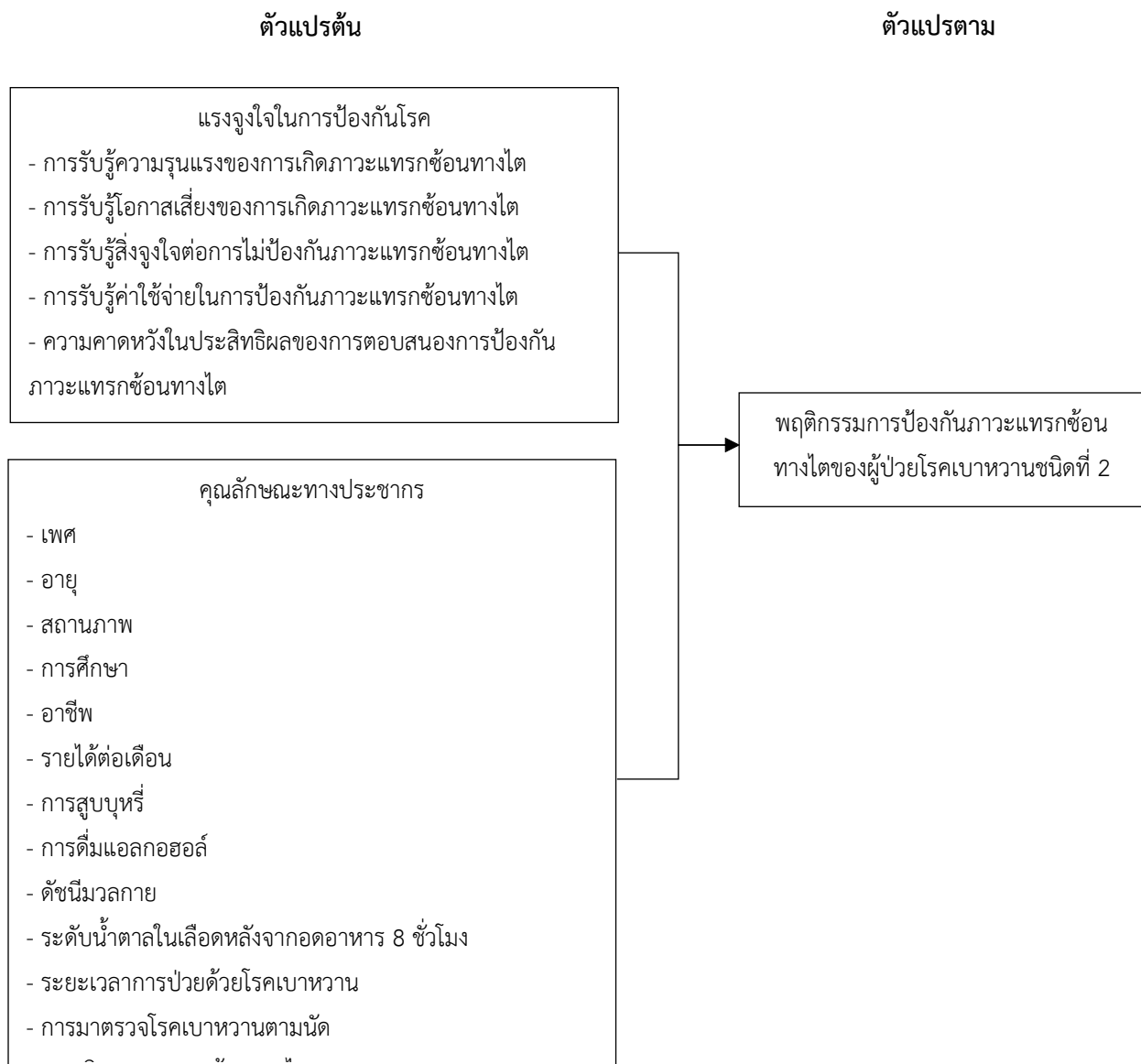
ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้สิ่งจูงใจต่อการไม่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ค่าใช้จ่ายในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และคุณลักษณะทางประชากร มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) ของ Floyd, Prentice-Dunn & Rogers (2000) เป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยเน้นกระบวนการทางปัญญา 2 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินภัยคุกคามประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และ 2) การประเมินแนวทางการเผชิญประกอบด้วย ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรค ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกัน



โรค และการรับรู้ค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรค รวมถึงการรับรู้สิ่งจูงใจต่อการไม่ป้องกันโรค ซึ่งเป็นแรงจูงใจเชิงลบจากพฤติกรรมเสี่ยง ทั้งนี้ แรงจูงใจในการป้องกันโรคจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความเชื่อว่าการปฏิบัติตามพฤติกรรมแนะนำสามารถลดความเสี่ยงได้และตนเองมีความสามารถเพียงพอในการลงมือปฏิบัติ โดยไม่มีต้นทุนหรืออุปสรรคมากเกินไป (Floyd, Prentice-Dunn & Rogers, 2000) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



## ระเบียบวิธีวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** คือ การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม 2567

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 1,000 คน (โรงพยาบาลท่าตะโก, 2566)

**เกณฑ์การคัดเลือกเข้า** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และติดตามกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะของไตที่ผิดปกติตั้งแต่ระดับ 3-5 ที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลท่าตะโก อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ศึกษา 1 ปีขึ้นไป สามารถเข้าใจภาษาไทยสื่อสารได้ สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และยินดีให้ข้อมูล

**เกณฑ์การคัดออก** คือ มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน และไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย และย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่นขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งได้จากคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณการค่าเฉลี่ยประชากร (Wayne, 1995) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 381 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling technique) ซึ่งเรียงลำดับตัวอักษร ก-ฮ ของรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์ กำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่กลุ่มตัวอย่างทุกหน่วยประชากร คำนวณหาอัตราส่วนระหว่างประชากรและขนาดตัวอย่าง การจับฉลากหากกลุ่มตัวอย่างคนแรกของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย และกลุ่มตัวอย่างคนต่อไปจะถูกสุ่มอย่างเป็นระบบตามระยะห่างของช่วงที่คำนวณได้จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ตามลำดับ

## เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากรอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน การมาตรวจโรคเบาหวานตามนัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต และโรคร่วม โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

2. แบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้สิ่งจูงใจต่อการไม่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ค่าใช้จ่ายในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่



เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 30 ข้อ การแปลความหมายคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) คือ 1) คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับสูง

3. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 13 ข้อ การแปลความหมายคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) คือ 1) คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับสูง

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 1 ท่าน ได้คำนวณความตรงตามเนื้อหา (Index of item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน (Browne, 1995) แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้สิ่งจูงใจต่อการไม่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ค่าใช้จ่ายในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับ 0.71, 0.85, 0.84, 0.86, 0.82, 0.74 และ 0.76 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างช่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในเดือนกุมภาพันธ์ถึง



มีนาคม 2567 หลังจากผู้วิจัยได้รับข้อมูลครบเรียบร้อยแล้วจะตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน และความถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลการศึกษาดำเนินการทางสถิติในลำดับต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน การมาตรวจโรคเบาหวานตามนัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต และโรคร่วม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. การวิเคราะห์ข้อมูลแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

### จริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ได้พิจารณาและรับรองโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์ เอกสารรับรองเลขที่ SCPHPL 2/2567.2.1 วันที่รับรอง 1 กุมภาพันธ์ 2567 วันสิ้นสุดการรับรอง 1 กุมภาพันธ์ 2569

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.2 มีอายุเฉลี่ย 70.34 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 81.9 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.1 ประกอบอาชีพเกษตรกรหรือเลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 49.9 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,254.88 บาท ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 98.4 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 98.4 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์สมส่วน (18.5-22.9 kg/m<sup>2</sup>) ร้อยละ 35.2 มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากอดอาหาร 8 ชั่วโมงเฉลี่ย 140.22 mg/dl มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 12.73 ปี มาตรวจโรคเบาหวานตามนัด ร้อยละ 84.8 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 99.0 และมีโรคร่วมกับโรคเบาหวาน ได้แก่ โรคมะเร็ง ร้อยละ 0.8 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 57.5 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 6.8 โรคไต ร้อยละ 14.4 โรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 1.3 และโรคอื่นๆ ร้อยละ 19.2



## ส่วนที่ 2 ข้อมูลแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ค่าใช้จ่ายในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้สิ่งจูงใจต่อการไม่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n=381)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
<b>แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต</b>	3.73	0.54	ระดับสูง
1. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต	3.71	0.71	ระดับสูง
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต	3.80	0.89	ระดับสูง
3. การรับรู้สิ่งจูงใจต่อการไม่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	3.44	0.94	ระดับปานกลาง
4. การรับรู้ค่าใช้จ่ายในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	4.03	0.79	ระดับสูง
5. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	3.67	0.76	ระดับสูง
6. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	3.74	0.81	ระดับสูง
<b>พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต</b>	3.68	0.43	ระดับสูง

## ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์ เรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากมากไปหาน้อยได้ ดังนี้ ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 คือ การดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตน้อยกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (กลุ่มอ้างอิง) ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 10.4 ( $R^2=0.104$ ) เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดื่มแอลกอฮอล์ คะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตจะลดลง 11.201 คะแนน ( $b=-11.201$ ) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2 คือ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.7 เป็นร้อยละ 15.1 ( $R^2$  Change=0.047,  $R^2=0.151$ ) เมื่อคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตจะเพิ่มขึ้น 0.264



คะแนน ( $b=0.264$ ) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 3 คือ การสูบบุหรี่ โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตน้อยกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สูบบุหรี่ (กลุ่มอ้างอิง) ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.7 เป็นร้อยละ 16.8 ( $R^2 \text{ Change}=0.017$ ,  $R^2=0.168$ ) เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูบบุหรี่ คะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตจะลดลง 6.717 คะแนน ( $b=-6.717$ ) และตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 4 คือ ระดับการศึกษา โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตน้อยกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา (กลุ่มอ้างอิง) ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.5 เป็นร้อยละ 18.2 ( $R^2 \text{ Change}=0.015$ ,  $R^2=0.182$ ) เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ คะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตจะลดลง 3.566 คะแนน ( $b=-3.566$ ) ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 18.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน การมาตรวจโรคเบาหวานตามนัด ระยะของโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้สิ่งจูงใจต่อการไม่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ค่าใช้จ่ายในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์ ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงการวิเคราะห์หาค่าถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ( $n=381$ )

ตัวแปรพยากรณ์	$R^2$	$R^2 \text{ Change}$	$\beta$	b	s.e. of b	t	p-value
การดื่มแอลกอฮอล์ (ไม่ดื่มแอลกอฮอล์=กลุ่มอ้างอิง)	0.104	0.104	-0.252	-11.201	2.247	-4.985	<.001*
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	0.151	0.047	0.192	0.264	0.065	4.082	<.001*
การสูบบุหรี่ (ไม่สูบบุหรี่=กลุ่มอ้างอิง)	0.168	0.017	-0.151	-6.717	2.219	-3.027	.003*
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ประถมศึกษา=กลุ่มอ้างอิง)	0.182	0.015	-0.125	-3.566	1.362	-2.617	.009*

Constant ( $a$ )=43.285,  $R=0.427$ ,  $R^2=0.182$ , Adjusted  $R^2=0.174$ ,  $F=20.979$ ,  $MSE=25.420$

\* $p$ -value<.05

จากผลการวิเคราะห์สามารถเขียนสมการในการพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้



พฤติกรรมกำบังกำบังภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2=43.285-11.201 (การดื่มแอลกอฮอล์)+0.264 (การรับรู้อุปสรรคของการกำบังภาวะแทรกซ้อนทางไต)-6.717 (การสูบบุหรี่)-3.566 (การศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ)

## อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า แรงจูงใจในการกำบังภาวะแทรกซ้อนทางไตและพฤติกรรมกำบังภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำบังภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้อุปสรรคของการกำบังภาวะแทรกซ้อนทางไต การสูบบุหรี่ และการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ตามลำดับ ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมกำบังภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 18.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมกำบังภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. การดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีพฤติกรรมกำบังภาวะแทรกซ้อนทางไตน้อยกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (กลุ่มอ้างอิง) เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดื่มแอลกอฮอล์จะมีพฤติกรรมกำบังภาวะแทรกซ้อนทางไตจะลดลง อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 1.60 เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่สะท้อนถึงการดำเนินชีวิตที่ขาดการควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการกำบังโรคที่ลดลง และมักละเลยการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างเคร่งครัดจนลดความสามารถในการควบคุมตนเองซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของกระบวนการตัดสินใจด้านสุขภาพมักส่งผลให้บุคคลละเลยการประเมินความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต และค่าใช้จ่ายในการกำบังภาวะแทรกซ้อนทางไต รวมถึงลดทอนความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการกำบังภาวะแทรกซ้อนทางไต และการรับรู้อุปสรรคของการกำบังภาวะแทรกซ้อนทางไต เมื่อการควบคุมตนเองลดลงจะมีแนวโน้มการปฏิบัติพฤติกรรมกำบังภาวะแทรกซ้อนทางไตลดลงเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาจตระหนักถึงผลเสียต่อสุขภาพอยู่บ้างแต่การได้รับรางวัลจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive rewards) เช่น ความเพลิดเพลิน ความผ่อนคลาย หรือความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งรางวัลระยะสั้นเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะลดแรงจูงใจในการกำบัง เนื่องจากบุคคลอาจประเมินว่าผลดีที่ได้รับในทันทีมีคุณค่ามากกว่าความเสี่ยงทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต (Floyd, Prentice-Dunn & Rogers, 2000) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์จะมีภาวะไมโครอัลบูมินูเรีย (Microalbuminuria) สูงขึ้นแสดงให้เห็นความเสื่อมของไตเร็วกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (Sundararajan, Kumar & Mehta, 2022) ทั้งนี้ แรงจูงใจในการกำบังโรคจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความเชื่อว่าการปฏิบัติตามพฤติกรรมแนะนำสามารถลดความเสี่ยงได้และตนเองมีความสามารถเพียงพอในการลงมือปฏิบัติโดยไม่มีต้นทุนหรืออุปสรรคมากเกินไป (Floyd, Prentice-Dunn & Rogers,



2000) สอดคล้องกับการศึกษาของมนศรณีย์ สมหมาย, ชนัญญา จิระพรกุล และเนาวรัตน์ มณีนิล (2564) พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นผู้สูงอายุ

2. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตจะเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถระบุหรือรับรู้อุปสรรคต่างๆ เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก หรือข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อม ฯลฯ โดยการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตทำหน้าที่เป็นตัวประเมินต้นทุนของการเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรค หากบุคคลสามารถตระหนักรู้และจัดการกับอุปสรรคในการดูแลสุขภาพได้จะส่งผลให้เกิดการกำหนดกลยุทธ์ที่เหมาะสมซึ่งส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแรงจูงใจในการป้องกันโรคจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความเชื่อว่าการปฏิบัติตามพฤติกรรมแนะนำสามารถลดความเสี่ยงได้และตนเองมีความสามารถเพียงพอในการลงมือปฏิบัติโดยไม่มีต้นทุนหรืออุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตมากเกินไป (Floyd, Prentice-Dunn & Rogers, 2000) ทั้งนี้ Zhang et al (2025) ยังชี้ให้เห็นว่าการจัดการอุปสรรคทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพมีผลอย่างยิ่งต่อความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและชะลอภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีประสิทธิภาพ (López et al, 2023) สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญเรือน แก่นทอง, ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย, สุณี เลิศสินอุดม และคณะ (2562) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อชะลอการเสื่อมของไต หากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถจัดการอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมจะมีแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มขึ้น (นิภาดา วรโพธิ์, 2563)

3. การสูบบุหรี่ โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตน้อยกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สูบบุหรี่ (กลุ่มอ้างอิง) เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูบบุหรี่จะมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตจะลดลง อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูบบุหรี่ ร้อยละ 1.6 เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่สะท้อนถึงการดำเนินชีวิตที่ขาดการควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่ลดลง และมักละเลยการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างเคร่งครัดซึ่งมีผลโดยตรงต่อเส้นเลือดฝอยในไต เร่งให้เกิดภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้เร็วยิ่งขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง (López et al, 2023) โดยกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยังสูบบุหรี่มีค่าอัตราการกรองของไตที่ผิดปกติ (estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) ลดลงเร็วกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สูบบุหรี่อย่างชัดเจน (Xie et al, 2018) และยังเพิ่มความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทางไตถึง 2.3 เท่าเมื่อควบคุมตัวแปรร่วมด้านอายุและความดันโลหิต โลหิต (ณัฐนิชา สอนรัมย์, จุฑาธิป ศิลบุตร, ชูเกียรติ วิวัฒนวงศ์เกษม และคณะ, 2567) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang et al (2025) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่มักมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สูบบุหรี่ในหลายมิติไม่ว่าจะเป็นการควบคุมน้ำตาลในเลือด การรับประทานยา หรือการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อาจขาดการประเมินภัยคุกคามและแนวทางการเผชิญจึงส่งผลให้แรงจูงใจในการป้องกันโรคลดลง ทั้งนี้



แรงจูงใจในการป้องกันโรคจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความเชื่อว่าการปฏิบัติตามพฤติกรรมแนะนำสามารถลดความเสี่ยงได้และตนเองมีความสามารถเพียงพอในการลงมือปฏิบัติโดยไม่มีต้นทุนหรืออุปสรรคมากเกินไป (Floyd, Prentice-Dunn & Rogers, 2000)

4. การศึกษา โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตน้อยกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (กลุ่มอ้างอิง) เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ จะมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตจะลดลง อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 65.1 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 26.8 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 3.9 อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ร้อยละ 2.4 และปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 1.8 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ จะอยู่ในช่วงวัยทำงานอาจมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ มีข้อจำกัดด้านเวลาภาระหน้าที่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ฯลฯ ย่อมส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตตามคำแนะนำด้านสุขภาพได้อย่างเคร่งครัด ในขณะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา มักอยู่ในกลุ่มวัยสูงอายุหรือเกษียณอายุที่มีเวลาในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตตามคำแนะนำด้านสุขภาพได้มากกว่า อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่สูงกว่าไม่ได้หมายความว่า จะมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ดีเสมอไป เนื่องจากพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้แค่เพียงอย่างเดียว แต่มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นๆ และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันร่วมด้วย นอกจากนี้ Zhang et al (2025) ยังชี้ให้เห็นว่าระดับการศึกษาที่สูงกว่าไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นหากขาดความรู้และการสนับสนุนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสาคร นันทโกวัฒน์ และนิลภา จิระรัตนวรรณ (2568) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

5. ตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน การมาตรวจโรคเบาหวานตามนัด ระยะของโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้สิ่งจูงใจต่อการไม่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ค่าใช้จ่ายในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต (พงศธร เหลือหลาย และยุทธนา แยกคาย, 2564; นิสิตี ยิ้มรินทร์, 2565; Floyd, Prentice-Dunn & Rogers, 2000) ไม่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อธิบายได้ว่า ตัวแปรการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การสูบบุหรี่ และการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพมีอำนาจพยากรณ์พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 18.2 ซึ่งนอกเหนือจากนั้นเป็นตัวแปรอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ อาจจะมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของ



ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 42.7 ( $R=0.427$ ) ทั้งนี้ ควรทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมและเก็บรวบรวมตัวแปรให้ครอบคลุมในการวิจัยครั้งต่อไป

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการออกแบบโครงการและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การลด ละ เลิกดื่มแอลกอฮอล์หรือการสูบบุหรี่ และมุ่งเน้นการออกแบบกลยุทธ์และกิจกรรมที่ความเหมาะสมกับระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. หน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ค่าใช้จ่ายในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับสูง สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการรับรู้สิ่งจูงใจต่อการไม่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระดับปานกลาง ควรวางแผนให้คำปรึกษา คัดกรอง กำกับ และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

3. หน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบการจัดทำสื่อสุขภาพและแนวทางการสื่อสารเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมุ่งเน้นการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้สิ่งจูงใจต่อการไม่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ค่าใช้จ่ายในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อมุ่งประเด็นหาข้อมูลเชิงลึก ครอบคลุมความหลากหลายมากที่สุด และทำความเข้าใจปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่แตกต่างกันในพื้นที่ที่ต่างกันและในระยะเวลาที่ต่างกัน

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมและเก็บรวบรวมตัวแปรให้ครอบคลุมในการวิจัยครั้งต่อไป หรือใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) หรือการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research) เพิ่มเติม เพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาจนอกเหนือจากการวิจัยในครั้งนี้ และขยายขอบเขตประชากรที่หลากหลายมากขึ้น ตลอดจนขยายพื้นที่ศึกษาไปพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน



3. ควรพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้สิ่งจูงใจต่อการไม่ป้องกันโรค การรับรู้ค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้สามารถลดปัจจัยเสี่ยงและลดความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าตะโก หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณอาสาสมัครในโครงการวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2566). *กรมควบคุมโรค รมณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวาน และหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th>
- ขวัญเรือน แก่นทอง, ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย, สุณี เลิศสินอุดม และอัมพรพรรณ ธีรานุตร. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(3), 211-220.
- ณัฐนิชา สอนรัมย์, จุฑาธิป ศิลบุตร, ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม และปรารถนา สถิตย์วิภาวี. (2567). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 16(4), 159-170.
- นิภาดา วรโพธิ์. (2563). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอทันทัน จังหวัดอุทัยธานี* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.
- นิสิต ยิ้มรินทร์. (2565). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย*. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ*, 32(3), 9-23.
- พงศธร เหลือหลาย และยุทธนา แยกคาย. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 3(2), 61-74.
- มนศรณ์ สมหมาย, ชันญญา จิระพรกุล และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมไม่ได้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร: การศึกษาแบบจับคู่ย้อนหลัง. *วารสารควบคุมโรค*, 47(2), 289-299. <https://doi.org/10.14456/dcj.2021.26>



## เอกสารอ้างอิง

- โรงพยาบาลท่าตะโก. (2566). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC). สืบค้นจาก <https://nsn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- วิชัย เอกพลกร. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. (2567). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดนครสวรรค์ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ฉบับปรับปรุง เมษายน 2567. นครสวรรค์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์.
- สาคร นันทโกวัฒน์ และนิลภา จิระรัตนวรรณ. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 10(1), 575-586.
- American Diabetes Association. (2019). 11. Microvascular complications and foot care: Standards of medical care in diabetes-2019. *Diabetes Care*, 42(Suppl. 1), S124-S138. <https://doi.org/10.2337/dc19-S011>
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3<sup>rd</sup> ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Browne, R. H. (1995). On the use of a pilot sample for sample size determination. *Statistics in Medicine*, 14(17), 1933-1940.
- Floyd, D. L., Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (2000). A meta-analysis of research on protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(2), 407-429. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2000.tb02323.x>
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10<sup>th</sup> ed.). Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. Retrieved from <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
- López, D. S., Hernández Vargas, J. A., Urina-Jassir, M., Urina-Triana, M., & Franco, O. H. (2023). Reducing the gap of chronic kidney disease in low- and middle-income countries: What is missing? *Lancet Regional Health-Americas*, 28, 100625. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100625>
- Sundararajan, V., Kumar, A., & Mehta, R. (2022). Alcohol use and kidney function decline in patients with type 2 diabetes: A longitudinal cohort study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 186, 109841.
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (6<sup>th</sup> ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.



## เอกสารอ้างอิง

World Health Organization. (2023). *Diabetes*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Xie, Y., Bowe, B., Mokdad, A. H., Xian, H., Yan, Y., Li, T., et al. (2018). Analysis of the Global Burden of Disease study highlights the global, regional, and national trends of chronic kidney disease epidemiology from 1990 to 2016. *Kidney International*, *94*(3), 567-581.

<https://doi.org/10.1016/j.kint.2018.04.011>

Xu, W., Zhou, Y., Jiang, Q., Fang, Y., & Yang, Q. (2024). Risk prediction models for diabetic nephropathy among type 2 diabetes patients in China: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Endocrinology*, *15*, 1407348. <https://doi.org/10.3389/fendo.2024.1407348>

Zhang, Z. C., Wang, X. W., Li, S. B., Liu, Y. Q., Li, Y. M., & Jia, H. H. (2025). Barriers and facilitators of complications risk perception among rural patients with type 2 diabetes mellitus: A qualitative content analysis. *BMC Public Health*, *25*, 1110. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22299-x>



## การสำรวจความต้องการด้านการตรวจประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคม ของเด็กสมองพิการในโรงเรียนศรีสังวาลย์

ลัทธิกา หวังธำรง<sup>1</sup>, วิทยา ดวงงา<sup>2</sup> และจิราภรณ์ วรรณปะเช<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>สาขาวิชากายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

<sup>2</sup>แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพริ้นซ์ สุวรรณภูมิ

(วันที่รับบทความ: 21 มีนาคม 2568; วันที่แก้ไข: 11 เมษายน 2568; วันที่ตอบรับ: 17 เมษายน 2568)

### บทคัดย่อ

เด็กสมองพิการมีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวเนื่องจากมีความบกพร่องของกล้ามเนื้อขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในสังคมรวมถึงการเข้ารับการศึกษา อย่างไรก็ตามเด็กที่มีความสามารถดีระดับหนึ่ง จะสามารถเข้ารับการศึกษาในโรงเรียนการศึกษาพิเศษร่วมกับบริการฟื้นฟูความสามารถทางกาย แต่ในปัจจุบันยังขาดการประเมินมาตรฐานในเด็กกลุ่มนี้ ดังนั้นการวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการใช้งาน ความต้องการ และความพึงพอใจต่อเครื่องมือการตรวจประเมินความสามารถทางกาย และการมีส่วนร่วมทางสังคม ในกลุ่มตัวอย่างคือนักกายภาพบำบัดโรงเรียนศรีสังวาลย์ในประเทศไทยทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ นนทบุรี ขอนแก่น และเชียงใหม่ จำนวน 11 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณในช่วงเดือนมีนาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ.2563 เครื่องมือที่ใช้คือแบบสำรวจผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และเลือกนักกายภาพบำบัดจำนวนแห่งละ 2 คน เพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา พบว่าโรงเรียนทั้ง 3 แห่งมีการใช้แบบประเมินความสามารถทางกายกับเด็กสมองพิการในโรงเรียน มีความต้องการแบบประเมินที่สามารถประเมินด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการ (3.67-4.5 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5) และจากการสำรวจความพึงพอใจของแบบประเมินความสามารถทางกายของแต่ละโรงเรียน พบว่ามีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (4.0-4.67 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5) นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าแบบประเมินความสามารถทางกายยังมีข้อจำกัดเรื่องความชัดเจนและไม่ครอบคลุมหัวข้อในแบบประเมินความสามารถทางกายทั้งหมด และต้องการแบบประเมินด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการ เพื่อประเมินการทำกิจกรรมในครอบครัว การทำกิจกรรมในชุมชน กิจกรรมประจำวัน และทักษะทางด้านวิชาการ ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าโรงเรียนทั้ง 3 แห่ง มีการใช้แบบประเมินที่ยังไม่ชัดเจน ครอบคลุม และยังขาดแบบประเมินด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะช่วยเป็นแนวทางในการเลือก หรือพัฒนาแบบประเมินที่เหมาะสมและครอบคลุมตามความต้องการของนักกายภาพบำบัดที่จะใช้ประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการในโรงเรียนพิเศษได้

**คำสำคัญ:** เด็กสมองพิการ, แบบประเมินความสามารถ, การศึกษาพิเศษ, กายภาพบำบัด

\*ผู้รับผิดชอบบทความ: จิราภรณ์ วรรณปะเช; jirabhorn@g.swu.ac.th



## Surveying the Requirements of Physical Abilities Assessments and Social Participation of Children with Cerebral Palsy in Srisangwan School

Laksika Wangthomrong<sup>1</sup>, Wittaya Duangnga<sup>2</sup> and Jirabhorn Wannapakhe<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Division of Physical Therapy, Faculty of Physical Therapy, Srinakharinwirot University

<sup>2</sup>Physical therapy department, Princ Hospital Suvarnabhumi

(Received: 21 March 2025; Revised: 11 April 2025; Accepted: 17 April 2025)

### Abstract

Children with cerebral palsy often experience movement disorders due to gross motor impairments, which can significantly impact their ability to participate in daily life including school and social activities. However, children with a certain ability level can be attended in special education schools along with physical rehabilitation. Currently, special education schools lack standardized physical abilities and social participation evaluations. Therefore, this descriptive research aimed to study usability, needs, and satisfaction with physical ability and social participation assessment tools. The sample were physical therapists from the three Sri Sangwan schools in Thailand, Nonthaburi, Khon Kaen and Chiang Mai. Of 11 people collected quantitative data via an internet survey from March to June 2020 and two physical therapists were selected for an in-depth interview. The data were analyzed by descriptive statistics. The results found that all three schools used physical ability assessments with children with cerebral palsy in schools. There was a need for an assessment that could assess social participation of children with cerebral palsy (3.67-4.5 points out of 5). Satisfaction with the assessment of the physical ability of each school was found at a high level to the highest level of satisfaction (4.0-4.67 points from a full score of 5). In-depth interviews revealed that the physical ability assessment form still had limitations in terms of clarity and did not cover all topics in the physical ability assessment. An assessment form on social participation of children with cerebral palsy needed to assess family activities, community activities, daily routines, and academic skills. Conclusion, three schools used assessments that were not clear and comprehensive, and lacked assessments of social participation. The data obtained from this study may help to guide the selection or development of appropriate and comprehensive assessments according to the needs of physical therapists to assess the physical ability and social participation of children with cerebral palsy in special schools.

**Keywords:** children with cerebral palsy, functional assessment, special education, physical therapy

**\*Corresponding author:** Jirabhorn Wannapakhe; jirabhorn@g.swu.ac.th



## บทนำ

ภาวะสมองพิการ หรือ Cerebral palsy (CP) คือ ภาวะความผิดปกติของสมองส่วนกลางที่สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ช่วงก่อนคลอดและหลังคลอด หรือภาวะซ้ำซ้อนจากโรคลมชัก (Epilepsy) โดยส่งผลต่อการเคลื่อนไหวและการทรงท่าอย่างถาวร ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดการทำกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากเด็กสมองพิการมีความผิดปกติด้านการรับรู้สึกด้านต่างๆ เช่น การรับรู้ (Perception) การรู้คิด (Cognitive) การสื่อสาร (Communication) พฤติกรรมการตอบสนองการทำงานของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และรวมถึงปัญหาด้านสุขภาพอื่น (Patel, Neelakantan, Pandher, & Merrick, 2020; Upadhyay, Tiwari, & Ansari, 2020) โดยเด็กสมองพิการสามารถพบความผิดปกติและความรุนแรงของอาการแตกต่างกัน จำแนกได้หลายลักษณะ เช่น จำแนกตามความตึงตัวของกล้ามเนื้อ จำแนกตามส่วนร่างกายที่ได้รับผลกระทบ (Paul et al, 2022) หรือจำแนกตามความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Rana, Upadhyay, Rana, Durgapal, & Jantwal, 2017) ในเด็กสมองพิการได้มีการจำแนกระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวในแต่ละช่วงอายุ ด้วย Gross Motor Function Classification System (GMFCS) (Piscitelli, Ferrarello, Ugolini, Verola, & Pellicciari, 2021) อย่างแพร่หลาย รวมถึงการแปลเป็นฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในทางกายภาพบำบัดที่ใช้จำแนกความสามารถในการเคลื่อนไหวของเด็กสมองพิการ สามารถจำแนกได้ 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 เดินได้โดยไม่มีข้อจำกัด ระดับ 2 เดินได้โดยมีข้อจำกัด ระดับ 3 เดินได้โดยใช้อุปกรณ์ในการเคลื่อนที่ที่ใช้มือจับ ระดับ 4 เคลื่อนที่เองโดยมีข้อจำกัด เช่น ใช้การเคลื่อนที่โดยอาศัยอุปกรณ์เคลื่อนที่ที่ใช้ไฟฟ้า และระดับ 5 เคลื่อนย้ายโดยใช้รถเข็นนั่ง (Ramrit, Emasithi, Amatachaya, & Siritaratiwat, 2014)

การศึกษาที่ผ่านมาของ Burgess (2023) พบว่าเด็กสมองพิการมีการพัฒนาความสามารถด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมที่สอดคล้องกับความสามารถทางกาย และการทำกิจกรรมต่างๆ ระดับการมีส่วนร่วมทางสังคม นอกจากนี้ทักษะจะถูกพัฒนาตามอายุที่เพิ่มขึ้น และพบว่าในกลุ่มที่มีความสามารถทางกายดีและระดับสติปัญญาดี จะมีความสามารถด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมที่ดีและใกล้เคียงกับเด็กสุขภาพดีเมื่อเทียบในช่วงอายุเดียวกัน (Burgess et al, 2023) ซึ่งพบว่าความผิดปกติทางด้านร่างกายในเด็กสมองพิการทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคม (Ploypetch, Buasuk, & Pajareya, 2022) การพัฒนาความสามารถด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมเกิดขึ้นตั้งแต่วัยทารกถึง วัยทำงาน ซึ่งอาจมีพัฒนาการที่ไม่สมบูรณ์จากภาวะความพิการ ในเด็กสมองพิการวัยทารกจะมีพัฒนาการทางกายที่ล่าช้าเมื่อรวมผลกระทบจากผู้ปกครองที่มีความรู้สึกไม่สบายใจจะทำให้มีการสื่อสารทางกายลดลง เมื่อเข้าสู่วัยก่อนเข้าเรียนจะพบปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์กับสังคมและอารมณ์ที่ติดขัด ไม่ราบรื่น เนื่องจากเด็กสมองพิการมีทักษะการช่วยเหลือตนเองและทักษะการสื่อสารบกพร่อง ส่งผลต่อเนื่องถึงในวัยเรียน เด็กสมองพิการอาจจะไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อน และบุคคลรอบข้าง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ระดับความพิการ ระดับสติปัญญา ส่งผลต่อการเรียนรู้ทางวิชาการ และเข้าร่วมกิจกรรมภายในโรงเรียน อาจเป็นหนึ่งสาเหตุที่ทำให้เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นจึงมีพฤติกรรมแยกตัวอยู่คนเดียว ออกจากกลุ่มเพื่อน และครอบครัว และสุดท้ายเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยทำงาน หากยังไม่มีความสามารถดูแลตัวเอง หรือทำกิจกรรมต่างๆ จะต้องพึ่งพาครอบครัวเพื่อการดำรงชีวิต จึงเป็นเรื่องยากสำหรับการถูกยอมรับในบทบาท



ของการเป็นผู้ใหญ่ในสังคม และถูกผลักให้ออกจากสังคม ซึ่งส่งผลในทางลบต่อระดับคุณภาพชีวิต (Jongutchariya & Thongmak, 2022)

เด็กสมองพิการมีข้อจำกัดในการทำงานประสานสัมพันธ์ของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวร่างกาย และการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเข้าสู่ระบบการศึกษา (Bourke-Taylor et al, 2018) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่เด็กสมองพิการต้องได้รับการประเมินระดับความสามารถทางกายก่อนเข้าเรียนในโรงเรียน ซึ่งในประเทศไทยมีโรงเรียนที่มีระบบการเรียนการสอนพิเศษที่เหมาะสมกับความพิการของเด็ก โดยครูการศึกษาพิเศษ ร่วมกับการได้รับการฟื้นฟูความสามารถด้านอื่นๆ จากนักสหวิชาชีพ เช่น โรงเรียนศรีสังวาลย์ที่มีหลักสูตรการเรียนรู้อัตนวิชาการแบ่งตามกลุ่มสาระการเรียนรู้ต่างๆ ตามหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ มีการแบ่งระดับชั้นตั้งแต่ระดับชั้นอนุบาลจนถึงระดับชั้นมัธยมศึกษา มีการเลื่อนระดับชั้นโดยวิธีการสอบวัดระดับความรู้ และมีการให้การรักษาฟื้นฟูทั้งกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดร่วมด้วย โดยบทบาทของนักกายภาพบำบัดในโรงเรียนการศึกษามีหน้าที่ตรวจคัดกรอง ให้การรักษาทางกายภาพบำบัด และการตรวจประเมินก่อนและหลังการรักษาเด็ก (Pratt & Peterson, 2015) และมีหน้าที่เพิ่มเติม เช่น การเป็นครูเวรประจำวัน ดูแลเด็กในหอนอน งานประชาสัมพันธ์ และงานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมายเพิ่มเติมจากโรงเรียน โดยนักกายภาพบำบัดแต่ละโรงเรียนมีการพัฒนาแบบประเมินสำหรับเด็กสมองพิการเพื่อใช้ในการภายใน โดยแบบประเมินต่างๆ นั้น เป็นแบบประเมินที่มีการพัฒนาขึ้นมาเอง อ้างอิงและเลือกบางหัวข้อจากแบบประเมินมาตรฐานที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละโรงเรียน ซึ่งมีความแตกต่างกันในทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และขาดการทดสอบคุณสมบัติของการวัดของเครื่องมือ แต่แบบประเมินดังกล่าว อาจมีความไม่ครอบคลุม ขอบเขตในการประเมินกว้าง ใช้เวลาในการประเมินนาน และไม่ใช่วิธีมาตรฐาน ซึ่งหากมีการพัฒนา หรือมีแนวทางในการเลือกใช้แบบประเมินที่ชัดเจนมากขึ้น และสามารถประเมินได้ตามขอบเขตของการใช้งานได้จริง จะช่วยให้สามารถลดเวลาในการประเมินลง และกำหนดเป้าหมายในการรักษาเด็กสมองพิการได้ตรงประเด็นมากขึ้น ดังนั้นการรวบรวมข้อมูลแบบประเมินทางกายภาพบำบัดในโรงเรียนการศึกษาพิเศษ และความต้องการของนักกายภาพบำบัดในการตรวจประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการ จะช่วยเป็นข้อมูลพื้นฐานและแนวทางในการเลือกหรือพัฒนาแบบประเมินทางกายภาพบำบัดที่เป็นมาตรฐาน และเหมาะสมกับบริบทของโรงเรียนการศึกษาพิเศษมากยิ่งขึ้น

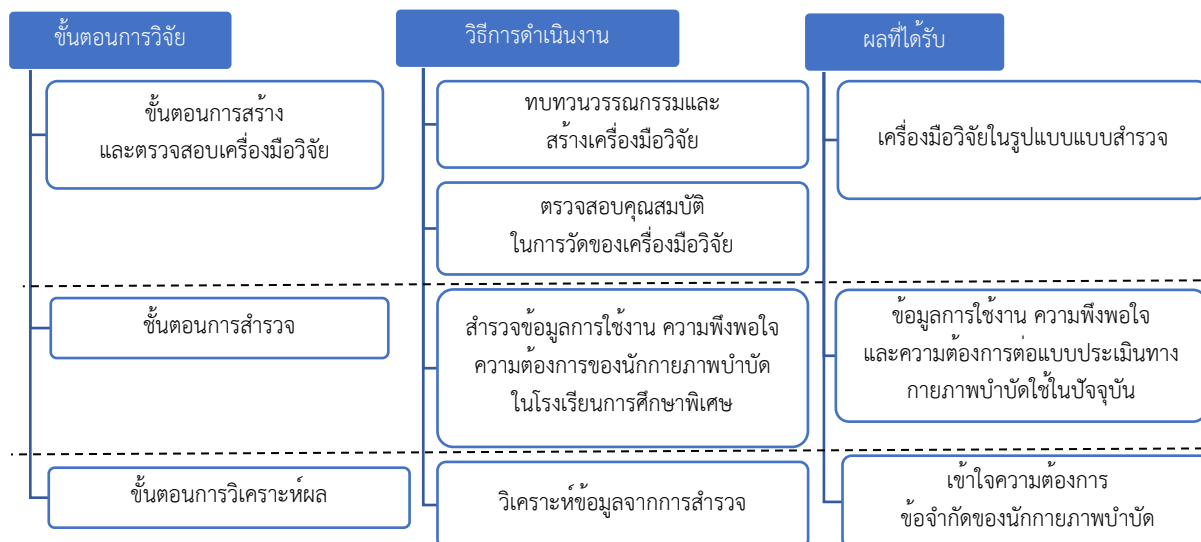
### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. สํารวจข้อมูลการใช้งานและความพึงพอใจของนักกายภาพบำบัดต่อแบบประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการในโรงเรียนศรีสังวาลย์ในปัจจุบัน
2. สํารวจความต้องการของนักกายภาพบำบัดด้านการตรวจประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการในโรงเรียนศรีสังวาลย์



## กรอบแนวคิดการวิจัย

การส่งเสริมการศึกษาพิเศษในเด็กสมองพิการควรคำนึงถึงการพัฒนาความสามารถทางกาย การมีส่วนร่วมทางสังคม ควบคู่ไปกับทักษะทางวิชาการ ดังนั้นการรักษาทางกายภาพบำบัดมีความจำเป็นในระบบการศึกษาพิเศษ และการตรวจประเมินเพื่อให้ทราบถึงปัญหาและระดับความสามารถของเด็ก สมองพิการ จึงเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญ จากข้อสังเกตที่นักกายภาพบำบัดในแต่ละโรงเรียนมีการใช้แบบประเมินที่หลากหลาย ซึ่งอาจจะสะท้อนถึงข้อจำกัดของเครื่องมือประเมินที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน การสำรวจเพื่อให้ทราบความต้องการและวัตถุประสงค์การประเมินทางกายภาพบำบัดของนักกายภาพบำบัดที่ทำงานในระบบการศึกษาพิเศษอาจเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญและต่อยอดให้เกิดการพัฒนาเครื่องมือที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและเป็นมาตรฐาน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง โดยการสร้างแบบสำรวจที่เป็นทั้งคำถามปลายปิด และคำถามปลายเปิด จากกลุ่มเป้าหมาย โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนการสร้างแบบสอบถาม ขั้นตอนการสำรวจ และการวิเคราะห์ข้อมูล

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** คือ นักกายภาพบำบัดทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนศรีสังวาลย์ทั้ง 3 แห่งทั่วประเทศ ได้แก่ นนทบุรี ขอนแก่น และเชียงใหม่ รวมเป็นจำนวน 11 คน

**เกณฑ์การคัดเข้า** คือ นักกายภาพบำบัดที่ทำงานอยู่ที่โรงเรียนศรีสังวาลย์ทั้ง 3 แห่ง ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 2 ปี

**เกณฑ์การคัดออก** คือ ผู้ที่ปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย



## เครื่องมือการวิจัย

แบบสำรวจความต้องการของนักกายภาพบำบัดในการประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการ แบบสำรวจประกอบด้วยข้อคำถามในรูปแบบคำถามปลายปิด และปลายเปิด เพื่อการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณแบ่งเป็นทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานอาสาสมัคร จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ปีประสบการณ์การทำงาน และหน่วยงาน

ส่วนที่ 2 การสำรวจประเภทและระดับความพึงพอใจต่อแบบประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมที่ใช้ในปัจจุบัน

2.1 การสำรวจประเภทเครื่องมือ โดยใช้คำถามปลายปิดแบบ Dichotomous จำนวน 2 ข้อ มีคำตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ มี และไม่มี

2.2 การสำรวจระดับความพึงพอใจ โดยใช้คำถามปลายปิดแบบ Polytomous จำนวน 5 ข้อ มีคำตอบแบบเรียงระดับ 5 ระดับ ได้แก่ 5 หมายถึง พึงพอใจ/ต้องการระดับสูงมาก 4 หมายถึง พึงพอใจ/ต้องการระดับสูง 3 หมายถึง พึงพอใจ/ต้องการระดับปานกลาง 2 หมายถึง พึงพอใจ/ต้องการระดับน้อย และ 1 หมายถึง ไม่พึงพอใจ/ไม่ต้องการ โดยมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้ 4.50-5.00 พึงพอใจมากที่สุด 3.50-4.49 พึงพอใจมาก 2.50-3.49 พึงพอใจปานกลาง 1.50-2.49 พึงพอใจน้อย และ 1.00-1.49 พึงพอใจน้อยที่สุด หรือ ไม่พึงพอใจเลย

ส่วนที่ 3 การสำรวจความต้องการของนักกายภาพบำบัดในการประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการ โดยใช้คำถามปลายเปิดสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) เป้าหมายสำคัญของการตรวจประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการของท่านคืออะไร 2) เครื่องมือใดบ้างที่ท่านเลือกในการประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการทางคลินิก เพื่อคัดกรองเด็กก่อนเข้าเรียน 3) เครื่องมือใดบ้างที่ท่านเลือกในการประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการทางคลินิก เพื่อประเมินผ่านชั้นเรียน 4) เครื่องมือใดบ้างที่ท่านเลือกในการประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการทางคลินิก เพื่อวางแผนการรักษา 5) เครื่องมือที่ท่านใช้ในปัจจุบันนั้นมีความครอบคลุมหรือไม่ ในด้านโครงสร้าง การทำงานของร่างกาย และกิจกรรม หากไม่ครอบคลุมทำคิดว่าขาดในด้านใด 6) เครื่องมือที่ท่านใช้อยู่ในปัจจุบันมีข้อจำกัดอะไรบ้าง 7) หากมีการพัฒนาเครื่องมือใหม่เพื่อช่วยให้ท่านประเมินความสามารถของเด็กสมองพิการ ท่านต้องการให้ประเมินด้านใดบ้าง และ 8) หากมีการพัฒนาเครื่องมือใหม่เพื่อช่วยให้ท่านประเมินความสามารถของเด็กสมองพิการ เครื่องมือดังกล่าวสามารถช่วยในการทำงานด้านใดของท่าน เช่น การคัดกรอง การวางแผนรักษา และการติดตามผลการรักษา

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสำรวจความต้องการของนักกายภาพบำบัดในการประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการ ทั้ง 3 ส่วน ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยการวิเคราะห์ค่า (Index of Item Objective Congruence (IOC) เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item-Objective



Congruence, IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านกายภาพบำบัดในเด็ก 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างแบบประเมินและแบบสอบถาม 1 ท่าน และปรับปรุง แก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งข้อคำถามในแบบสำรวจส่วนที่ 1 มีค่า IOC เท่ากับ 1.0 ส่วนที่ 2 มีค่า IOC เท่ากับ 0.9 และส่วนที่ 3 มีค่า IOC เท่ากับ 0.87 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยประชาสัมพันธ์งานวิจัยผ่านทางป้ายประชาสัมพันธ์ในแต่ละโรงเรียน และติดต่อนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนศรีสังวาลย์ทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ นนทบุรี ขอนแก่น และเชียงใหม่ ที่สนใจเข้าร่วมงานวิจัย เพื่อสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย

2. คณะผู้วิจัยส่งแบบสำรวจความต้องการของนักกายภาพบำบัดในการประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตโดยใช้แอปพลิเคชัน Google form ให้นักกายภาพบำบัดจำนวน 11 คน จากทั้ง 3 โรงเรียนตอบแบบสำรวจ และรอการตอบแบบสำรวจกลับภายใน 1 สัปดาห์

3. คณะผู้วิจัยทำการติดต่อไปยังตัวแทน หรือหัวหน้าแผนกกายภาพบำบัด โรงเรียนละ 1 ท่าน รวมเป็นจำนวน 3 คน เพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพทางโทรศัพท์ โดยใช้ข้อคำถามจากในแบบสำรวจเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ใช้เวลาการสัมภาษณ์ประมาณ 30-60 นาทีต่อคน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสำรวจ โดยการวิเคราะห์ค่า (Index of Item Objective Congruence (IOC) เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence, IOC)

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์ตามกระบวนการเนื้อหา (Content analysis)

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (รหัส โครงการ PTPT 2019-016) ในช่วงวันที่ 25 ธันวาคม 2562 ถึง 24 ธันวาคม 2563 โดยผู้วิจัยประชาสัมพันธ์ข้อมูลผ่านทางป้ายประชาสัมพันธ์ในแผนกกายภาพบำบัดของโรงเรียนต้นสังกัด อาสาสมัครเข้าร่วมตามความสมัครใจ และข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากแบบสำรวจในรูปแบบรายบุคคลจะถูกปกป้อง ไม่ส่งต่อให้โรงเรียนต้นสังกัด และบุคคลภายนอกเพื่อปกป้องความลับให้แก่อาสาสมัคร



## ผลการวิจัย

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มประชากร

ประชากรนักกายภาพบำบัด 11 คน ปฏิบัติงานในโรงเรียนศรีสังวาลย์นนทบุรี ขอนแก่น และเชียงใหม่ ส่วนใหญ่เพศหญิง อายุเฉลี่ย 36.45 ปี โดยมีอายุช่วงอายุอยู่ระหว่าง 24-51 ปี มีประสบการณ์การทำงานด้านกายภาพบำบัดในโรงเรียนด้านที่เกี่ยวข้องกับเด็กสมองพิการอยู่ระหว่าง 2-29 ปี และประชากรส่วนใหญ่มาจากโรงเรียนศรีสังวาลย์นนทบุรี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงลักษณะพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มประชากร (N=11)

คุณสมบัติ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	10	90.90
ชาย	1	9.10
หน่วยงาน		
โรงเรียนศรีสังวาลย์นนทบุรี	6	54.55
โรงเรียนศรีสังวาลย์ขอนแก่น	2	18.18
โรงเรียนศรีสังวาลย์เชียงใหม่	3	27.27
อายุ (ปี)		
อายุเฉลี่ย $36.45 \pm 10.09$ ปี, Min=24 ปี, Max=51 ปี		
ประสบการณ์การทำงานกายภาพบำบัดในโรงเรียนการศึกษาพิเศษ (ปี)		
อายุเฉลี่ย $12.82 \pm 10.30$ ปี, Min= 2 ปี, Max= 29 ปี		

### ส่วนที่ 2 การสำรวจประเภทและระดับความพึงพอใจต่อแบบประเมินที่ใช้ในปัจจุบัน

จากการสำรวจพบว่าโรงเรียนศรีสังวาลย์ทุกแห่งมีแบบประเมินความสามารถทางกาย แต่ยังไม่มีการมีแบบประเมินด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงการมีแบบประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กที่มีภาวะสมองพิการ

ประเภทแบบประเมิน	โรงเรียนศรีสังวาลย์					
	นนทบุรี		ขอนแก่น		เชียงใหม่	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
แบบประเมินความสามารถทางกาย	✓	-	✓	-	✓	-
แบบประเมินด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม	-	✓	-	✓	-	✓



จากการสำรวจความพึงพอใจต่อแบบประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของโรงเรียนศรีสังวาลย์นนทบุรี ขอนแก่น และเชียงใหม่ ที่ใช้งานอยู่ในปัจจุบัน สามารถแสดงความพึงพอใจในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านความครอบคลุม พบว่าโรงเรียนศรีสังวาลย์นนทบุรี และเชียงใหม่ มีความพึงพอใจในระดับสูงมาก (ร้อยละ 80.00-93.33) ยกเว้นโรงเรียนศรีสังวาลย์ขอนแก่นที่มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 ด้านลำดับการประเมิน พบว่าทั้งสามโรงเรียนมีระดับความพึงพอใจในระดับ สูง ถึง สูงมาก (ร้อยละ 70.00-86.67) ด้านความง่ายของภาษา พบว่าทั้งสามโรงเรียนมีระดับความพึงพอใจในระดับสูงมาก (ร้อยละ 80.00-93.33) ด้านความต้องการแบบประเมินความสามารถทางกายใหม่ พบว่าโรงเรียนศรีสังวาลย์ขอนแก่น และเชียงใหม่ มีความต้องการในระดับสูงมาก (ร้อยละ 80.00) แต่โรงเรียนศรีสังวาลย์นนทบุรี มีความต้องการในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.00) ด้านความต้องการแบบประเมินด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมใหม่ พบว่าทั้งสามโรงเรียนมีระดับความต้องการในระดับสูง ถึงสูงมาก (ร้อยละ 70.00-90.00) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ตารางแสดงระดับค่าเฉลี่ย และร้อยละความพึงพอใจต่อแบบประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของโรงเรียนศรีสังวาลย์นนทบุรี ขอนแก่น และเชียงใหม่ (N=11)

ระดับความพึงพอใจ	โรงเรียนศรีสังวาลย์					
	นนทบุรี		ขอนแก่น		เชียงใหม่	
	$\bar{X} \pm S.D.$	%	$\bar{X} \pm S.D.$	%	$\bar{X} \pm S.D.$	%
1. แบบประเมินความสามารถทางกายที่ท่านใช้อยู่ในปัจจุบันมีความครอบคลุมสิ่งที่ต้องการประเมิน	4.67 ± 0.52		3 ± 0	60.00	4 ± 1	80.00
	Min=4,	93.33	Min, Max=3		Min=3,	
	Max=5				Max=5	
2. แบบประเมินความสามารถทางกายที่ท่านใช้อยู่ในปัจจุบันมีลำดับขั้นตอนในการประเมินที่เหมาะสม	4.33 ± 0.82		3.5 ± 0.71	70.00	4.33 ± 1.15	86.67
	Min=3,	86.67	Min=3,		Min=3,	
	Max=5		Max=4		Max=5	
3. แบบประเมินความสามารถทางกายที่ท่านใช้งานอยู่ในปัจจุบันมีการใช้ภาษาที่ง่ายอธิบายได้ชัดเจน	4.5 ± 0.55		4 ± 1.41	80.00	4.67 ± 0.58	93.33
	Min=4,	90.00	Min=3,		Min=4,	
	Max=5		Max=5		Max=5	
4. ท่านมีความต้องการแบบประเมินความสามารถทางกายใหม่	2.5 ± 1.22		4 ± 1.41	80.00	4 ± 1	80.00
	Min=1,	50.00	Min=3,		Min=3,	
	Max=4		Max=5		Max=5	
5. ท่านมีความต้องการแบบประเมินความมีส่วนร่วมทางสังคมใหม่	4.5 ± 0.84		4.5 ± 0.71	90.00	3.67 ± 1.15	73.33
	Min=3,	90.00	Min=3,		Min=3,	
	Max=5		Max=5		Max=5	



### ส่วนที่ 3 การสำรวจความต้องการของนักกายภาพบำบัดในการประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า เป้าหมายสำคัญของการตรวจประเมินความสามารถทางกายของเด็กที่มีภาวะสมองพิการของโรงเรียนศรีสังวาลย์ทั้ง 3 แห่ง คือใช้คัดกรองความสามารถ ประเมินพัฒนาการเบื้องต้น หาระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของเด็กสมองพิการ ใช้ในการวางแผนการรักษาและการจัดการศึกษาของเด็กสมองพิการที่มาอยู่โรงเรียนประจำ โดยแบบประเมินความสามารถทางกายที่ใช้ของโรงเรียนศรีสังวาลย์ทั้ง 3 แห่ง เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นเอง ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีข้อจำกัดเกี่ยวกับแบบประเมินที่ใช้อยู่ คือ แบบประเมินที่ใช้อยู่มีหัวข้อคำถามกว้าง และไม่ครอบคลุม รวมถึงไม่สัมพันธ์กับระดับสติปัญญาของเด็ก เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถทางกาย การช่วยเหลือตนเอง และการเคลื่อนไหวร่างกายกับระดับพัฒนาการของเด็ก เป็นต้น อีกทั้งยังใช้เวลาในการทำแบบประเมินที่นาน และเป็นแบบประเมินรูปแบบคำถามปลายปิด ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ความสามารถเพิ่มเติมได้ นอกจากนี้พบว่า โรงเรียนศรีสังวาลย์ทั้ง 3 แห่ง มีความต้องการแบบประเมินการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการใหม่เป็นอย่างมาก ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ตารางสรุปข้อจำกัดของเครื่องมือที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน และความต้องการของนักกายภาพบำบัดในการประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการ (N=3)

ข้อ	คำตอบ	จำนวนโรงเรียน
1	เป้าหมายสำคัญของการตรวจประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการของท่านคืออะไร	
	-ตรวจประเมินความสามารถทางของเด็ก	3
	-วิเคราะห์และสรุปปัญหา	2
	-วางแผนการรักษา	3
	-วางแผนในการจัดการศึกษา (แบ่งกลุ่มห้องเรียน)	2
	-ไม่มีแบบประเมินการมีส่วนร่วมทางสังคม	3
2	เครื่องมือใดบ้างที่ท่านเลือกในการประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการทางคลินิก เพื่อคัดกรองเด็กก่อนเข้าเรียน	
	-ใช้แบบประเมินทางกายที่พัฒนาขึ้นเอง	3
	-หัวข้อ Gross motor function, Activity daily living	3
	-หัวข้อ Range of motion, Bladder control, Gait analysis, Balance, Fine motor function	2
	-หัวข้อ Muscle length, Muscle tone, Sensation, Orofacial function	1
	-ไม่มีแบบประเมินการมีส่วนร่วมทางสังคม	3
3	เครื่องมือใดบ้างที่ท่านเลือกในการประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการทางคลินิก เพื่อประเมินผ่านชั้นเรียน	
	-Individual Education Program (IEP)	2



ตารางที่ 5 ตารางสรุปข้อจำกัดของเครื่องมือที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน และความต้องการของนักกายภาพบำบัดในการประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการ (ต่อ)

ข้อ	คำตอบ	จำนวนโรงเรียน
3	-ใช้แบบประเมินทางกายที่พัฒนาขึ้นเอง	3
	○ หัวข้อ Gross motor function, Activity daily living	3
	○ หัวข้อ Range of motion, Bladder control, Gait analysis, Balance, Fine motor function	2
	○ หัวข้อ Muscle length, Muscle tone, Sensation, Orofacial function	1
	-ไม่มีแบบประเมินการมีส่วนร่วมทางสังคม	3
4	เครื่องมือใดบ้างที่ท่านเลือกในการประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการทางคลินิก เพื่อวางแผนการรักษา	
	-Individual Education Program (IEP)	2
	-ใช้แบบประเมินทางกายที่พัฒนาขึ้นเอง	3
	○ หัวข้อ Gross motor function, Activity daily living	3
	○ หัวข้อ Range of motion, Bladder control, Gait analysis, Balance, Fine motor function	2
	○ หัวข้อ Muscle length, Muscle tone, Sensation, Orofacial function	1
	-ไม่มีแบบประเมินการมีส่วนร่วมทางสังคม	3
5	เครื่องมือที่ท่านใช้ในปัจจุบันนั้นมีความครอบคลุมหรือไม่ ในด้านโครงสร้าง การทำงานของร่างกาย และกิจกรรม หากไม่ครอบคลุมทำคิดว่าขาดในด้านใด	
	-มีความครอบคลุม	2
	-ไม่มีแบบประเมินการมีส่วนร่วมทางสังคม	3
	-ไม่ครอบคลุมด้านผู้ดูแล, กิจกรรมและสภาพแวดล้อมในบ้านของเด็ก และขาดรายละเอียดเนื่องจากเป็นคำถามปลายปิด	1
6	เครื่องมือที่ท่านใช้อยู่ในปัจจุบันมีข้อจำกัดอะไรบ้าง	
	-มีพื้นที่การเขียนอธิบายจำกัด	1
	-แบบประเมินไม่ชัดเจนเนื่องจากหัวข้อกว้างเกินไป	1
	-ไม่ครอบคลุมและไม่สัมพันธ์กับระดับสติปัญญาของเด็ก	1
	-ระยะเวลาที่จำกัดในการทำแบบประเมิน	1
	-คำถามปลายปิด	1
7	หากมีการพัฒนาเครื่องมือใหม่เพื่อช่วยให้ท่านประเมินความสามารถของเด็กสมองพิการ ท่านต้องการให้ประเมินด้านใดบ้าง	
	-ด้านการเคลื่อนไหว	
	○ ความชัดเจนของหัวข้อแบบประเมิน	1
	○ ความเข้าใจตรงกันในการประเมินของนักกายภาพแต่ละคน	1
	-ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม	
	○ การทำกิจกรรมครอบครัว (การช่วยเหลือผู้ปกครองทำงานบ้าน, การอยู่ที่บ้าน)	2
	○ การทำกิจกรรมในชุมชน (การอยู่กับเพื่อน, การอยู่กับผู้ดูแล, ด้านการเดินทาง เช่น การขึ้นรถโดยสาร)	3
	○ กิจวัตรประจำวัน (การช่วยเหลือตนเอง)	2
	-ทักษะด้านวิชาการ	1



**ตารางที่ 6** ตารางสรุปข้อจำกัดของเครื่องมือที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน และความต้องการของนักกายภาพบำบัดในการประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการ (ต่อ)

คำตอบ	จำนวนโรงเรียน	จำนวนโรงเรียน
8	หากมีการพัฒนาเครื่องมือใหม่เพื่อช่วยให้ท่านประเมินความสามารถของเด็กสมองพิการ เครื่องมือดังกล่าวสามารถช่วยในการทำงานด้านใดของท่าน เช่น การคัดกรอง การวางแผนรักษา และการติดตามผลการรักษา	
	-การคัดกรอง	3
	-การวางแผนการรักษา	3
	-การติดตามผลการรักษา	3
	-การติดตามผลเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา	3
	-การทำงานร่วมกับคุณครูในโรงเรียน	1

### อภิปรายผล

จากข้อมูลการสำรวจความต้องการของนักกายภาพบำบัดด้านการตรวจประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการในโรงเรียนศรีสังวาลย์ทั้ง 3 แห่งทั่วประเทศจะเห็นได้ว่าทั้ง 3 โรงเรียนมีการพัฒนาแบบประเมินความสามารถทางกายเพื่อใช้ภายในโรงเรียนเอง แต่ยังคงขาดแบบประเมินด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมอยู่นอกจากนี้แบบประเมินที่แต่ละโรงเรียนใช้อยู่ยังสะท้อนให้เห็นข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ความชัดเจนของหัวข้อแบบประเมิน และความเข้าใจตรงกันของนักกายภาพบำบัดแต่ละคนในการประเมิน และการประเมินเพียงการทำงานของกล้ามเนื้อซึ่งอาจยังไม่เพียงพอต่อการคัดกรองเด็กสมองพิการเพื่อเข้ารับการศึกษาในโรงเรียน (Bourke-Taylor et al, 2018)

แบบประเมินความสามารถทางกายที่ถือได้ว่าเป็นความครอบคลุม และชัดเจนควรเป็นไปตามกรอบความคิดการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพระหว่างประเทศ (International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)) ซึ่งในการประเมินนักกายภาพบำบัดจะทำการระบุหัวข้อภาวะสุขภาพ (Health Condition) ตามภาวะของเด็กสมองพิการ โดยประเมินปัญหาให้มีมิติต่างๆ ดังนี้ การทำงานของร่างกายและโครงสร้างร่างกาย (Body Functions and Body Structure) ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Activity limitations) อุปสรรคในการมีส่วนร่วม (Participation restrictions) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factor) และปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) ซึ่งช่วยในการกำหนดภาพรวมของเด็กสมองพิการ และช่วยในการตั้งเป้าหมายการรักษา (Oliveira et al, 2016; Schiariti et al, 2015) โดยในปัจจุบันมีแบบประเมินพัฒนาตามกรอบ ICF ข้างต้นเป็นจำนวนมาก แต่เมื่อนำมาใช้งานในโรงเรียนจริง เช่น แบบประเมิน Gross Motor Function Measure (GMFM) พบว่าเป็นแบบประเมินที่มีจำนวนข้อในการประเมินเยอะ ใช้เวลาในการประเมินนาน ดังนั้น เพื่อให้ครอบคลุมความต้องการของโรงเรียนศรีสังวาลย์แต่ละแห่ง อาจต้องมีการพัฒนาแบบประเมินขึ้นมาใหม่ หรือนำแบบประเมินที่มีอยู่มาผสมผสานแบบ เข้าด้วยกัน หรือคัดเลือกบางส่วนของแบบประเมินไปใช้ เพื่อให้ตรงตามความต้องการ และบริบทของโรงเรียนแต่ละแห่งในการนำไปใช้ประเมินความสามารถทางกายในเด็กสมองพิการ



จากผลการศึกษายังพบว่าการประเมินการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการในโรงเรียนมีความจำเป็นอย่างมาก โดยเด็กสมองพิการจะมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งระดับชั้นเรียนในโรงเรียน และการอยู่ที่บ้านกับครอบครัว เนื่องจากความบกพร่องของร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา รายงานด้านความสามารถทางกายและระดับสติปัญญาของเด็กสมองพิการที่แตกต่างจากเด็กสุขภาพดีเมื่อเปรียบเทียบกับในช่วงวัยเดียวกัน ทำให้เด็กสมองพิการมีข้อจำกัดในการทำการทำกิจวัตรประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคม (Burgess et al, 2023; Ploypetch et al, 2022; Voorman, Dallmeijer, Van Eck, Schuengel, & Becher, 2010) ซึ่งสำคัญกับเด็กในวัยเรียนและวัยรุ่น เพราะการเล่นหรือเข้าร่วมกิจกรรมเป็นสิ่งกระตุ้นให้เด็กออกจากกรอบการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมใหม่ แต่หากเด็กสมองพิการไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมได้อย่างเพียงพอ และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมต่างๆ จะทำให้ขาดทักษะในการเข้าสังคม และส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสม ก่อให้เกิดปัญหาต่อความสามารถทางกายตามมาได้ (Bourke-Taylor et al, 2018; Jongutchariya & Thongmak, 2022)

นอกจากนี้ ความต้องการด้านการประเมินการมีส่วนร่วมทางสังคมที่สามารถนำไปใช้ในโรงเรียน ควรมีการประเมินในด้านการทำกิจกรรมในชุมชน เช่น การอยู่ร่วมกันกับเพื่อน การอยู่ร่วมกันกับผู้ปกครอง หรือ ผู้ดูแล การเดินทางเข้าสู่ชุมชน เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีแบบประเมินมาตรฐานหลายแบบที่มีความสอดคล้องกับความต้องการของนักกายภาพบำบัด และสามารถประเมินการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการได้ เช่น แบบประเมิน Children's Assessment of Participation and Enjoyment (Hassani Mehraban et al, 2016) เป็นแบบประเมินที่ประเมินการมีสุขภาวะทางสังคมและการแสดงออกในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในเด็กที่มีความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและสมอง รวมถึงการทำกิจกรรมในชุมชน บุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กัน เช่น ครอบครัว เพื่อน ญาติพี่น้อง และสถานที่ทำกิจกรรม เช่น บ้านตนเอง บ้านญาติ บ้านของเพื่อนบ้าน โรงเรียน ในชุมชน หรือชุมชนที่ห่างไกลออกไป แบบประเมิน Assessment of life habits (LIFE-H) (Noreau et al, 2007) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับงานอดิเรกของผู้ตอบแบบสอบถามที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมรอบตัว สามารถใช้ได้กับทุกช่วงอายุ ซึ่งสามารถใช้ได้ในกลุ่มเด็กสมองพิการด้วยเช่นเดียวกัน มีการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม และระดับความต้องการในการช่วยเหลือ โดยแบบประเมิน LIFE-H นี้มีหัวข้อเกี่ยวกับการทำกิจกรรมในชุมชน เช่น การใช้บริการสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชน การรักษาความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ทั้งที่โรงเรียน หรือที่พัก การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทั้งทางกายภาพ การศึกษา สันทนาการ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมในท้องถิ่น (Noreau et al, 2007) สุดท้ายคือแบบประเมิน The lifestyle assessment questionnaire (LAQ-CP) (Kerr et al, 2007; Mackie et al, 2003) เป็นแบบประเมินที่ใช้ตรวจวัดผลกระทบของภาวะพิการต่อการดำรงชีวิตของเด็กสมองพิการ ประเมินเกี่ยวกับการทำกิจกรรมในชุมชน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในสังคม การได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน สิ่งส่งผลกระทบต่อเข้าร่วมสังคมของผู้ปกครอง ความยากลำบากในการจัดวางแผนเมื่อต้องไปเที่ยวนอกสถานที่ ความสัมพันธ์ที่กดดันระหว่างพี่น้อง การแยกตัวออกจากครอบครัว ความกดดันทางสังคมจากผู้ปกครอง จำนวนเพื่อนที่เด็กพบเจอนอกโรงเรียนในช่วงที่ผ่านมา เป็นต้น (Kerr et al, 2007; Mackie et al, 2003)



จากผลการศึกษาและการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แบบประเมินความสามารถทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคมที่ครอบคลุมตามกรอบ ICF นั้นยังมีข้อจำกัดในการใช้งานจริงภายในโรงเรียนการศึกษาพิเศษ เช่น แบบประเมิน มีจำนวนข้อคำถามค่อนข้างเยอะ ใช้เวลาในการประเมินนาน มีขอบเขตการประเมินที่กว้าง บางหัวข้อที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานทางกายภาพบำบัด ซึ่งแต่ละโรงเรียนมีบริบทการให้บริการทางกายภาพบำบัด และการจัดการเรียนการสอนที่แตกต่างกัน จึงทำให้นักกายภาพบำบัดในโรงเรียนศรีสังวาลย์เลือกใช้เพียงบางส่วนของแบบประเมินมาตรฐาน และยังมีแนวโน้มต้องการการพัฒนาเครื่องมือใหม่เพื่อช่วยให้ประเมินความสามารถทางกาย และการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงเรียน ดังนั้น จึงควรมีการประยุกต์แบบประเมินที่มีอยู่ หรือพัฒนาแบบประเมินใหม่ ที่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้งาน คือนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนพิเศษแต่ละแห่ง เพื่อให้สามารถประเมินความสามารถทางกาย และการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการได้ชัดเจน และครอบคลุมมากขึ้น

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษาสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจไปเป็นแนวทางในการเลือกแบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน รวมถึงการพัฒนาแบบประเมินที่สามารถประเมินได้ทั้งความสามารถทางกาย และการมีส่วนร่วมทางสังคมของเด็กสมองพิการที่ชัดเจน ครอบคลุม และใช้เวลาในการประเมินไม่มาก เพื่อช่วยในการคัดกรองความสามารถทางกาย วางแผนการรักษา รวมถึงคาดการณ์ระดับพัฒนาการของเด็กสมองพิการในโรงเรียนได้ ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงเรียนการศึกษาพิเศษมากยิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

งานวิจัยนี้สำรวจข้อมูลจากอาสาสมัครเฉพาะโรงเรียนศรีสังวาลย์ซึ่งในประเทศไทยมีเพียง 3 แห่ง ได้แก่ นนทบุรี ขอนแก่น และเชียงใหม่ ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปอ้างอิงข้อมูลถึงศูนย์การศึกษาพิเศษสำหรับเด็กสมองพิการ หรือโรงเรียนสำหรับเด็กสมองพิการแห่งอื่นได้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป จึงควรสำรวจให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่มีการจัดการเรียนการสอนเด็กสมองพิการในประเทศไทย เช่น ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด หรือโรงเรียนสำหรับเด็กสมองพิการเอกชนอื่นๆ เป็นต้น และสามารถนำผลที่ได้จากงานวิจัยนี้ ไปใช้ในการปรับแก้ไขแบบประเมินเดิม และเป็นแนวทางในการพัฒนาแบบประเมินที่เหมาะสมกับบริบทโดยรวมของโรงเรียนเด็กสมองพิการต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ โรงเรียนศรีสังวาลย์นนทบุรี โรงเรียนศรีสังวาลย์ขอนแก่น และโรงเรียนศรีสังวาลย์เชียงใหม่ ในความกรุณาเป็นอย่างสูง และขอขอบคุณอาสาสมัครผู้ร่วมงานวิจัยทุกท่าน



## เอกสารอ้างอิง

- Bourke-Taylor, H. M., Cotter, C., Lalor, A., & Johnson, L. (2018). School success and participation for students with cerebral palsy: a qualitative study exploring multiple perspectives. *Disability and Rehabilitation, 40*(18), 2163-2171.
- Burgess, A., Sakzewski, L., Whittingham, K., Wotherspoon, J., Chatfield, M. D., Ware, R. S., & Boyd, R. N. (2023). Development of social functioning in children with cerebral palsy: A longitudinal study. *Developmental Medicine and Child Neurology, 65*(5), 674-682.
- Hassani Mehraban, A., Hasani, M., & Amini, M. (2016). The Comparison of Participation in School-Aged Cerebral Palsy Children and Normal Peers: A Preliminary Study. *Iranian Journal of Pediatrics, 26*(3), e5303-e5303.
- Jongutchariya, T., & Thongmak, T. (2022). Association between Gross Motor Functions and Health-Related Quality of Life in Children with Cerebral Palsy. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 67*(2), 137-146.
- Kerr, C., McDowell, B., & McDonough, S. (2007). The relationship between gross motor function and participation restriction in children with cerebral palsy: an exploratory analysis. *Child: Care, Health and Development, 33*(1), 22-27.
- Mackie, P. C., Jessen, E. C., & Jarvis, S. N. (2003). The lifestyle assessment questionnaire: an instrument to measure the impact of disability on the lives of children with cerebral palsy and their families. *Child: care, health and development, 24*(6), 473-486.
- Noreau, L., Lepage, C., Boissiere, L., Picard, R., Fougereyrollas, P., Mathieu, J., Desmarais, G., & Nadeau, L. (2007). Measuring participation in children with disabilities using the Assessment of Life Habits. *Developmental Medicine and Child Neurology, 49*(9), 666-671.
- Oliveira, R., Caldas, C., & Riberto, M. (2016). Application of the ICF-CY Brief Core Set for cerebral palsy on a school age child. *Acta Fisiátrica, 23*.
- Patel, D. R., Neelakantan, M., Pandher, K., & Merrick, J. (2020). Cerebral palsy in children: a clinical overview. *Transl Pediatr, 9*(Suppl 1), S125-S135
- Paul, S., Nahar, A., Bhagawati, M., & Kunwar, A. J. (2022). A Review on Recent Advances of Cerebral Palsy. *Oxidative medicine and cellular longevity, 2022*, 2622310.



## เอกสารอ้างอิง

- Piscitelli, D., Ferrarello, F., Ugolini, A., Verola, S., & Pellicciari, L. (2021). Measurement properties of the Gross Motor Function Classification System, Gross Motor Function Classification System-Expanded & Revised, Manual Ability Classification System, and Communication Function Classification System in cerebral palsy: a systematic review with meta-analysis. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 63(11), 1251-1261.
- Ploypetch, T., Buasuk, C., & Pajareya, K. (2022). Participation restriction of children with cerebral palsy living in Thailand and influential factors: A cross-sectional study. *Developmental Neurorehabilitation*, 25(6), 392-399.
- Pratt, B., & Peterson, M. L. (2015). The Role of Physical Therapists in Advancing Special Education. In *Interdisciplinary Connections to Special Education: Key Related Professionals Involved* (Vol. 30B, pp. 47-66): Emerald Group Publishing Limited.
- Ramrit, S., Emasithi, A., Amatachaya, S., & Siritaratiwat, W. (2014). Reliability of GMFCS-E&R and GMFCS-FR Thai version in children with cerebral palsy. *Archives of Allied Health Sciences*, 26(1), 67-75.
- Rana, M., Upadhyay, J., Rana, A., Durgapal, S., & Jantwal, A. (2017). A Systematic Review on Etiology, Epidemiology, and Treatment of Cerebral Palsy. *International Journal of Nutrition, Pharmacology, Neurological Diseases*, 7(4), 76-83.
- Schiariti, V., Selb, M., Cieza, A., & O'Donnell, M. (2015). International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for children and youth with cerebral palsy: a consensus meeting. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 57(2), 149-158.
- Upadhyay, J., Tiwari, N., & Ansari, M. A.-O. (2020). Cerebral palsy: Aetiology, pathophysiology and therapeutic interventions. *Clinical and experimental pharmacology & physiology*, 47(12)(1440-1681 (Electronic)), 1891-1901.
- Voorman, J. M., Dallmeijer, A. J., Van Eck, M., Schuengel, C., & Becher, J. G. (2010). Social functioning and communication in children with cerebral palsy: association with disease characteristics and personal and environmental factors. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 52(5), 441-447.



## การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

### อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม

ปฐวี สาระติ<sup>1\*</sup>, พัดชา หิรัญวัฒน์กุล<sup>1</sup>, และจากรวรรณ วิโรจน์<sup>1</sup>

<sup>1</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(วันที่รับบทความ: 8 ตุลาคม 2567; วันที่แก้ไข: 9 มกราคม 2568; วันที่ตอบรับ: 13 มกราคม 2568)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนในเขต อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม ประกอบไปด้วย ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จำนวน 56 คน กระบวนการพัฒนาโดยใช้รูปแบบ PAOR จำนวน 1 วงรอบ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ สถิติ Wilcoxon signed rank test การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเอง คือการขาดนัดรับยา และทานยาไม่ต่อเนื่อง หน่วยบริการมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไม่ครอบคลุม และขาดการกำกับติดตามการทานยาของผู้ป่วย การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรคของหน่วยบริการและชุมชน 2) พัฒนากลไกการดำเนินงาน การทบทวนแนวปฏิบัติ การพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลและผู้ดูแลและทีมชุมชน 3) สนับสนุนการปฏิบัติตัวและติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย โดยเน้นการจัดกิจกรรมที่ต่อเนื่องในชุมชน และ 4) สรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนผลสำเร็จปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางครั้งนี้ เน้นการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน ติดตามการทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา โดยความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วย อสม.พี่เลี้ยง เครือข่ายชุมชน และสหวิชาชีพ ที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนทั้งปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคม ดูแลให้คำปรึกษาที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผลการพัฒนาพบว่าภายหลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อสูงขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม 2.34 คะแนน ( $Z=-5.027, p\text{-value}<.001$ ) ความพึงพอใจของผู้ดูแลและผู้มีส่วนร่วมระดับสูง ร้อยละ 93.33 และร้อยละ 88.46 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรควัณโรคมีอัตราความสำเร็จหลังการรักษา 6 เดือน ร้อยละ 93.33 ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน และสามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเรื้อรังที่ต้องได้รับการกำกับดูแลอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** รูปแบบ, วัณโรค, การดูแลผู้ป่วยในชุมชน, ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

\*ผู้รับผิดชอบบทความ: ปฐวี สาระติ; patawee.sarati@gmail.com



## Development of a Patient-Centered Community-Based Tuberculosis Care Model, Nathom District, Nakhonpanom Province

Patawee Sarati<sup>1\*</sup>, Phatcha Hirunwatthanakul<sup>1</sup> and Jaruwan Viroj<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Public Health, Mahasarakham University

(Received: 8 October 2024; Revised: 9 January 2025; Accepted: 13 January 2025)

### Abstract

The purpose of this action research was to develop a patient-centered tuberculosis care model in the community. The target sample were 56 stakeholders in Na Thom District, Nakhon Phanom Province, consisting of tuberculosis patients, caregivers, multidisciplinary teams, and community health networks. The development process employed the PAOR model for one cycle. Quantitative data were collected using questionnaires, and qualitative data were collected using focus group discussions, in-depth interviews, and participant observation. Data were analyzed using descriptive statistics: mean, percentage, standard deviation and Wilcoxon signed rank test. Qualitative data were analyzed using content analysis. Results found that most tuberculosis patients primarily faced medication adherence issues, with healthcare units providing insufficient home visits and medication supervision. The development of a patient-centered community tuberculosis care model consisted of four stages: 1) assessment of the problem and analysis; 2) development of the operational mechanism and capacity building; 3) support patient practice and monitoring through continuous community activities; and 4) evaluation of an outcome and reflection. The patient-centered tuberculosis care model emphasized home-based healthcare, continuous medication adherence monitoring, and collaboration between caregivers, village health volunteers, community networks, and healthcare professionals who provided support for personal, environmental, economic, and social factors, along with appropriate counseling for patients and families. The results of the development found that significantly increased knowledge about tuberculosis and infection prevention ( $Z=-5.027$ ,  $p\text{-value}<.001$ ). There were high satisfaction among caregivers (93.33%) and stakeholders (88.46%), and a 93.33% treatment success rate after six months. This model might be applied to tuberculosis care in similar contexts and adapted for other chronic diseases requiring continuous supervision.

**Keywords:** tuberculosis, community care, patient-centered care

**\*Corresponding author:** Patawee Sarati; patawee.sarati@gmail.com



## บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium* ซึ่งเชื้อมีหลายชนิดที่พบบ่อยที่สุดและเป็นปัญหาในประเทศไทย คือ *Mycobacterium tuberculosis* วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) องค์การอนามัยโลกยังได้จัดให้วัณโรคเป็นปัญหาที่สำคัญระดับโลก นอกจากการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพจนเกิดการเสียชีวิต และยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจต่อผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ในปีพ.ศ.2565 มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 7.1 ล้านคน และในปี พ.ศ.2566 มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลกเพิ่มขึ้นสูงถึง 7.5 ล้านคน มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 1.4 ล้านคน (World Health organization, 2023)

สถานการณ์วัณโรคในประเทศไทย ปีพ.ศ.2562-2566 พบอัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำลดลง อัตราผู้ป่วย 115, 114, 99, 99 ต่อประชากรแสนคน แต่ในปีพ.ศ.2566 มีอัตราผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อัตราผู้ป่วย 109 ต่อประชากรแสนคน แต่อัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค กลับพบว่าพบว่ามีแนวโน้มในการรักษาลดลงเรื่อย ๆ ร้อยละ 85.50, 84.40, 81.70, 79.80 และ 69.00 ตามลำดับ จังหวัดนครพนม พบอัตราผู้ป่วยวัณโรค 98.81, 93.23, 80.87, 71.24, 90.16 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคอยู่ที่ ร้อยละ 80.02, 84.01, 82.10, 79.19, 71.39 ตามลำดับ อำเภอนาทม พบอัตราผู้ป่วย 110.38, 110.31, 63.52, 54.79, และ 92.58 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราความสำเร็จในการรักษา ร้อยละ 73.07, 80.76, 80.00, 76.92, และ 63.63 ซึ่งสาเหตุที่อัตราผลสำเร็จของการรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมายมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตขณะทำการรักษา และรองลงมาคือผู้ป่วยขาดยา (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งอัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคอำเภอนาทม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ร้อยละ 7.69, 11.53, 20.00, 15.38, และ 22.72 ตามลำดับ ซึ่งปัญหาการขาดยาของผู้ป่วยที่พบพบคือผู้ป่วยอาการดีขึ้นหลังการกินยาประมาณ 2-4 สัปดาห์จึงไม่มารับยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยไปทำงานต่างถิ่นไม่สามารถมารับยาตามนัดได้ ผู้ป่วยหยุดยาหรือลดขนาดยาเองเนื่องจากการข้างเคียง ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุบางรายลืมวันนัดรับยาหรือไม่มีบุตรหลานพามารับยา (โรงพยาบาลนาทม, 2566) ซึ่งการขาดนัดรับยาของผู้ป่วยวัณโรคนอกจากจะส่งผลให้อัตราความสำเร็จของการรักษาลดลง ยังส่งผลต่ออัตราการเปลี่ยนแปลงของเชื้อในระหว่างการรักษาระยะเข้มข้น 2 เดือนแรกมีผลเสมหะเป็นบวก ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสแพร่เชื้อให้กับผู้อาศัยร่วมบ้านและผู้สัมผัสในชุมชนได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรคระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566-2570) เพื่อลดปัญหาการแพร่ระบาดของวัณโรค มีเป้าหมายการดำเนินงานด้านอัตราความสำเร็จการรักษา มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90 โดยมียุทธศาสตร์หลัก คือ การเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสนับสนุนการดำเนินงานวัณโรค เร่งรัดการดำเนินงานกำกับติดตามและเฝ้าระวังวัณโรค การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านวัณโรค การสื่อสารสาธารณะและการมีส่วนร่วมของสังคมและชุมชน และการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงมาตรฐานในการดูแลรักษาวัณโรค และการสนับสนุนทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (PCC) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นการให้บริการดูแลรักษาแบบองค์รวมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้ง



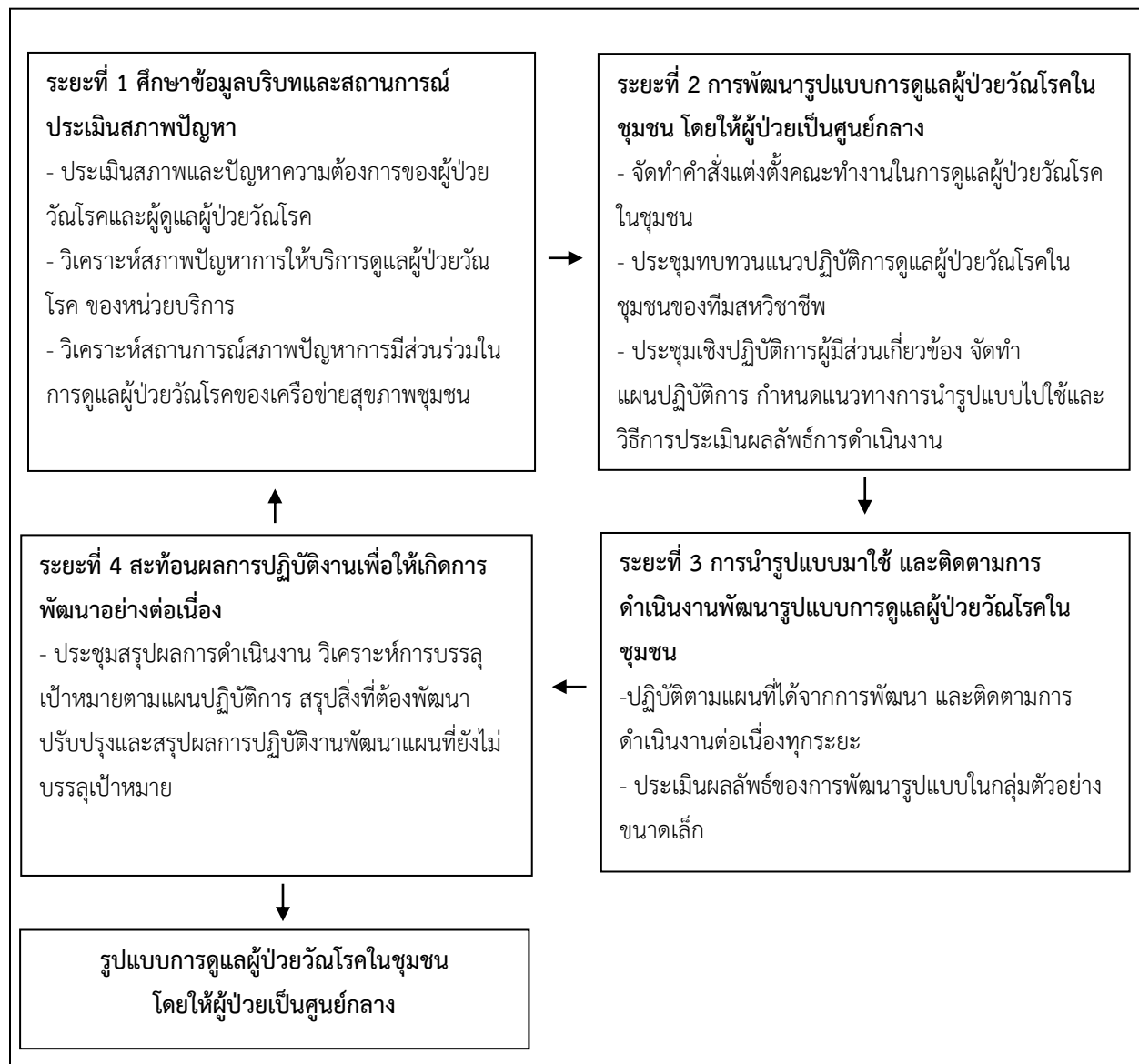
สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมของชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่อาศัย การเข้าใจและวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริงได้รอบด้าน ประกอบด้วย การค้นหาโรคและความเจ็บป่วย การเข้าใจชีวิตบุคคล หาหนทางร่วมกัน สร้างสรรค์งานป้องกันส่งเสริม ต่อเติมความสัมพันธ์ที่ดี และมีวิถีอยู่บนความเป็นจริง ผู้ป่วยวัณโรคอำเภอหนองท่อม ที่มีปัญหาการขาดยา บางรายเป็นผู้ด้อยโอกาสในสังคม เมื่อป่วยเป็นวัณโรคอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ประสบปัญหาวิกฤติทางการเงินมากขึ้น รวมถึงการมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งมีผลต่อการรักษาไม่ต่อเนื่อง มากน้อยอาจแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้น การดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ต้องอาศัยกระบวนการดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการให้การสนับสนุนด้านสังคมต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านนั้นๆ ซึ่งจะช่วยให้คุณภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ส่งเสริมการรักษาให้ต่อเนื่องรวมถึงครอบครัวของผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพด้วย ส่งผลให้ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการรักษา และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จึงจำเป็นที่จะต้องดำเนินศึกษาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะต้องอาศัยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ประกอบไปด้วย ตัวผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้นำชุมชน อสม.และทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้อัตราการรักษาสำเร็จตามเป้าหมาย และลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอหนองท่อม จังหวัดนครพนม

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอหนองท่อม จังหวัดนครพนม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อำเภอหนองท่อม จังหวัดนครพนม
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อำเภอหนองท่อม จังหวัดนครพนม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1998) เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ด้วยกระบวนการวางแผน การปฏิบัติการสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล มีการดำเนินงาน 4 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลบริบทและสถานการณ์ ประเมินสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ระยะที่ 3 การนำรูปแบบมาใช้และประเมินผลลัพธ์พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์กรอบแนวคิดของ Kemmis and MC taggart (2005) 4 ขั้นตอน ประกอบไปด้วย ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติ ขั้นตอนการสังเกตผล และขั้นตอนการสะท้อนผล ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม-มิถุนายน 2567



**กลุ่มเป้าหมาย** คือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการและดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน การศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยแต่ละกลุ่ม ดังนี้

**กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแล** ใช้การเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นวัณโรคปอด จำนวน 15 คน และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลและกำกับการกินยาของผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 15 คน

**เกณฑ์การคัดเลือก** มีดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการขึ้นทะเบียนประเภทผู้ป่วยวัณโรคปอด เสมหะตรวจพบเชื้อรายใหม่ ซึ่งไม่เคยได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อนหรือได้รับการรักษาวัณโรคไม่เกิน 1 เดือน และได้รับยาต้านเชื้อวัณโรคแนวที่ 1
- 2) เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรครายใหม่ ในโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติ ที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนาทม
- 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่กำกับการกินยาของผู้ป่วย และอาศัยร่วมบ้านที่เดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรค อย่างน้อย 1 ปี

**เกณฑ์การคัดออก** มีดังนี้

- 1) ผู้ป่วยวัณโรค ที่โอนย้ายไปรับการรักษาที่สถานบริการอื่น
- 2) ผู้ป่วยวัณโรคที่แพทย์เปลี่ยนการวินิจฉัยภายหลัง
- 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรคที่ย้ายที่อยู่อาศัย

**กลุ่มที่ 2 ทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค** ใช้การเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย แพทย์ประจำคลินิกวัณโรค 1 คน เภสัชกรที่รับผิดชอบคลินิกวัณโรค 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกวัณโรค 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขประจำคลินิกวัณโรค 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานวัณโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 คน นักวิชาการสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 คน รวม 15 คน

**เกณฑ์การคัดเลือก** คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในระดับโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี

**เกณฑ์การคัดออก** คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในระดับโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานหรือลาออก

**กลุ่มที่ 3 เครือข่ายสุขภาพชุมชน** ใช้การเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เลือกผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพในชุมชน จำนวน 11 คน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน

**เกณฑ์การคัดเลือก** คือ เป็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนันตำบล ผู้ใหญ่บ้าน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี



**เกณฑ์การคัดออก** คือ สิ้นสุดจากการปฏิบัติหน้าที่นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนันตำบล ผู้ใหญ่บ้าน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

## เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเอง โดยแบ่งตามกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

### 1. ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแล ประกอบไปด้วย 9 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้

ส่วนที่ 1.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) ตามความคิดเห็นของท่านสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรควัณโรคปอดมีอะไรบ้าง 2) ท่านคิดว่าผู้ป่วยวัณโรคควรมีการจัดการหรือมีการดูแลตนเองในเรื่องใดบ้างอย่างไร 3) การบริการสุขภาพที่ท่านได้รับจากชุมชน/หน่วยบริการสุขภาพของรัฐ มีอะไรบ้างเหมาะสมหรือสอดคล้องกับความต้องการของท่านและครอบครัวหรือไม่ อย่างไร และ 4) ท่านต้องการให้มีการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยวัณโรคในเรื่องใดบ้าง อย่างไร

ส่วนที่ 1.3 แบบทดสอบความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค เป็นแบบ 2 ตัวเลือก ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 1.4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรค ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 3 ระดับคือ ปฏิบัติประจำ (3 คะแนน), ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน), ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) จำนวน 10 ข้อ แปรผลแบ่งระดับพฤติกรรมฯ เป็น 3 ระดับ (Bloom, 1956) ได้แก่ ระดับดี (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป), ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79), ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 1.5 แบบบันทึกการประเมินติดตาม ได้แก่ แบบติดตาม DOT การกินยาของผู้ป่วยวัณโรค ประยุกต์ใช้แบบติดตามของกองวัณโรค (2563) และแบบรายงาน TB07/1 รายงานรอบ 3 เดือนของผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น

ส่วนที่ 1.6 แบบบันทึกสังเกตในคลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลและในชุมชน ในประเด็นการจัดบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในคลินิกบริการและการติดตามเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพ

ส่วนที่ 1.7 แบบสอบถามปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ส่วนที่ 1.8 แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ส่วนที่ 1.9 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน), พึงพอใจมาก (4 คะแนน), พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน), พึงพอใจน้อย (2 คะแนน), พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) จำนวน 10 ข้อ แปรผลแบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ได้แก่ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 ขึ้นไป), ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67), ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)



## 2. ทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ประกอบไปด้วย 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน สถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ส่วนที่ 2.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหวิชาชีพ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านคิดว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ท่านดูแลมีปัญหาสุขภาพและการดูแลตนเองหรือไม่อย่างไร 2) รูปแบบกิจกรรมการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยวัณโรคของหน่วยบริการของท่านดำเนินงานอย่างไร ใครมีบทบาทอย่างไร 3) ท่านคิดว่ากิจกรรมการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่มีอยู่ในปัจจุบันมีความเหมาะสมหรือไม่อย่างไร 4) ปัญหาอุปสรรคมีหรือไม่ และต้องการปรับปรุงหรือพัฒนาการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยวัณโรคหรือไม่อย่างไร

ส่วนที่ 2.3 แบบสอบถามปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ส่วนที่ 2.4 แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ส่วนที่ 2.5 ความพึงพอใจของ ทีมสหวิชาชีพ ต่อการมีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน), พึงพอใจมาก (4 คะแนน), พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน), พึงพอใจน้อย (2 คะแนน), พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) จำนวน 10 ข้อ แปรผลแบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ได้แก่ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 ขึ้นไป), ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67), ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)

## 3 เครือข่ายสุขภาพชุมชน ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้

ส่วนที่ 3.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านทราบสถานการณ์วัณโรคในชุมชนของท่านหรือไม่อย่างไรบ้าง 2) ชุมชนของท่านมีนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานวัณโรคในชุมชนหรือไม่ อย่างไรบ้าง 3) ท่านได้รับการประสานงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคหรือไม่จากใคร 4) ชุมชนของท่านได้จัดกิจกรรมหรือการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัวหรือไม่ อย่างไรบ้าง และ 5) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของท่านมีหรือไม่ อย่างไรบ้าง

ส่วนที่ 3.3 แบบสอบถามปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ส่วนที่ 3.4 แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ส่วนที่ 3.5 ความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ต่อการมีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด, พึงพอใจมาก, พึงพอใจปานกลาง, พึงพอใจน้อย, พึงพอใจน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ แปรผลแบ่งระดับความพึง



พอใจเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ได้แก่ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 ขึ้นไป), ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67), ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์เพื่อให้ตรงวัตถุประสงค์

หลังจากนั้นทำการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้เครื่องมือ (try-out) กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างใน อำเภอบ้านแพวง จังหวัดนครพนม จำนวน 30 ชุด แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น Kuder-Richardson (KR-20) ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคเท่ากับ 0.87 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และแบบสอบถามความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพในชุมชนและทีมสหวิชาชีพ ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เท่ากับ 0.79, 0.79 และ 0.72 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย กำหนดระยะเวลาดำเนินงานขั้นการปฏิบัติการวิจัย ระหว่างเดือน ธันวาคม 2566 ถึง มิถุนายน 2567 ดำเนินการ 4 ระยะ ดังนี้

#### ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลบริบทและสถานการณ์ ประเมินสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ใช้ระยะเวลาศึกษา 1 เดือน ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2566 กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพชุมชน ดำเนินการโดยการทบทวนทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติ (NTIP Thailand) วิเคราะห์สภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ปัญหาการให้บริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของหน่วยบริการ และปัญหาการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของเครือข่ายสุขภาพชุมชน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

#### ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ใช้ระยะเวลาศึกษา 2 เดือน ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2567 ประกอบด้วย 1) จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ตามบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กลุ่มเป้าหมายคือ ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพในชุมชน 2) จัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อทบทวนแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และร่างรูปแบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของหน่วยบริการ พร้อมทั้งออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มเป้าหมายคือทีมสหวิชาชีพ และ 3) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้ป่วยวัณโรค



ผู้ดูแลผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพชุมชน เพื่อสร้างแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จัดทำแผนปฏิบัติการและกำหนดแนวทางการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนไปใช้ รวมทั้งวิธีการประเมินผลลัพธ์การของดำเนินงาน กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายสถานการณ์วัณโรคและแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในปัจจุบัน การประชุมกลุ่มย่อย “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อำเภอหนอง” แบ่งกลุ่มอภิปรายตามใบงาน ให้แต่ละกลุ่มนำเสนอผลการประชุมกลุ่มย่อย และร่วมอภิปรายและสรุปผลการประชุมกลุ่มใหญ่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ และทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) 4) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ 4.1) การอบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรคให้แก่ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลและอสม.ที่เลี้ยง 4.2) การอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และ 4.3) จัดหาอุปกรณ์ป้องกันตนเองในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคให้แก่รพ.สต. เพื่อแจกจ่ายให้อสม.ที่ปฏิบัติงาน และผู้ดูแลผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบทดสอบความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ และทำการสนทนากลุ่ม (Focus group)

### ระยะที่ 3 การนำรูปแบบมาใช้ และประเมินผลลัพธ์ของพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

การประเมินผลลัพธ์ของพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ใช้ระยะเวลาศึกษา 4 เดือน ดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยได้นำแผนที่ได้มาให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยคลินิกวัณโรคจะให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน ประเมินดูแลด้านโภชนาการตั้งแต่เริ่มการรักษา รวมทั้งให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความร่วมมือในวางแผนการรักษา รพ.สต.จะคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพอสม.ที่เลี้ยง เพื่อทำหน้าที่กำกับกับการกินยาของผู้ป่วย พร้อมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา ผู้นำชุมชนร่วมกับชุมชนปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้กับครอบครัวผู้ป่วย และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวเพื่อลดการตีตราผู้ป่วยในชุมชน อบรมให้การอำนวยความสะดวก และสนับสนุนทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ประเมินผลโดย 1) การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมในการพัฒนารูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสังเกตการณ์การณ์มีส่วนร่วม 2) พฤติกรรมและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสังเกตพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคขณะมารับบริการ 3) อัตราการเปลี่ยนเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษา ระยะเข้มข้นและสิ้นสุดการรักษา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบรายงาน TB07/1 รายงานรอบ 3 เดือน 4) อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรอบ 3 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบติดตาม DOT การกินยาของผู้ป่วยวัณโรค 5) การประเมินความรู้เรื่องวัณโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค โดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค 6) ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการมีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยใช้ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และแบบสอบถามความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพในชุมชนและทีมสหวิชาชีพ ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน



#### ระยะที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ดำเนินการมิถุนายน 2567 กลุ่มเป้าหมายคือ ตัวแทนผู้ป่วยวัณโรค 3 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค 3 คน ทีมสหวิชาชีพ 15 คน และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน 11 คน จัดเวทีประชุมถอดบทเรียน กิจกรรมประกอบไปด้วยการนำเสนอผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ประชุมกลุ่มย่อย เพื่อวิเคราะห์ประเด็น ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค หรือข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน จากนั้นให้แต่ละกลุ่มนำเสนอ และที่ประชุมร่วมอภิปรายและสรุปผล เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ และที่ทำการสนทนากลุ่ม (Focus group)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสังเกตพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอน PAOR โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยนำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องและจัดหมวดหมู่ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

2.1) สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์คะแนนความรู้ คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน และคะแนนความพึงพอใจ โดยการใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

2.2) สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed rank test เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการประเมินมีการแจกแจงที่ไม่ปกติ

#### จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการอนุมัติเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 401-308/2566 รับรองเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2566 ถึง 4 ตุลาคม 2567

#### ผลการวิจัย

**ส่วนที่ 1** สถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม

1.1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.70 อายุเฉลี่ย 61.26 ปี ( $\bar{X}=61.26$ , S.D.=13.51) อยู่ในสถานภาพมีคู่สมรส ร้อยละ 46.70 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.60 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,060 บาท ( $\bar{X}=6,060$ , S.D.=5,002.82) มีพฤติกรรมเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว ร้อยละ 46.70 และไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 40.00 ในส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.30 อายุเฉลี่ย 44.53 ปี ( $\bar{X}=44.53$ , S.D.=7.68) อยู่ในสถานภาพมีคู่สมรส ร้อยละ 66.70 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้น



ประถมศึกษา ร้อยละ 53.30 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 60.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,533.33 บาท ( $\bar{X}=5533.33$   $SD=2,812.38$ ) ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.70 และเคยดื่มสุราแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 60.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยวัณโรค		ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	10	66.70	4	26.70
หญิง	5	33.30	11	73.30
สถานภาพสมรส				
โสด	3	20.00	3	20.00
แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	7	46.70	10	66.70
หม้าย/หย่า/แยก	5	33.30	2	13.3
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	4	26.70	1	6.70
ประถมศึกษา	6	40.00	4	26.70
มัธยมศึกษา	4	26.70	8	53.30
ปริญญาตรี	1	6.70	2	13.3
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	20.00	-	-
เกษตรกรรม	7	46.60	9	60.0
รับจ้างทั่วไป	4	26.70	5	33.30
ค้าขาย	1	6.70	1	6.70
ประวัติสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	7	46.70	13	86.7
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	7	46.70	1	6.70
สูบเป็นประจำ	1	6.70	1	6.70
ประวัติการดื่มสุรา				
ไม่ดื่ม	6	40.00	4	26.70
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	4	26.70	9	60.00
ดื่มเป็นประจำ	5	33.30	2	13.30



### ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยวัณโรค		ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	$\bar{X}$ = 61.26 ปี, S.D.=13.51, Max=88, Min=32, Median=59		$\bar{X}$ = 44.53, SD = 7.68, Max=59, Min=33, Median=47	
รายได้ต่อเดือน	$\bar{X}$ = 6,060, S.D.=5,002.82, Max=15,000 Min=600, Median=4,000		$\bar{X}$ = 5533.33 SD=2,812.38, Max=12,000 Min=2,500, Median=4,500	

#### 1.2 สถานการณ์และผลการดำเนินงานวัณโรค อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม

สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน พบว่า ในเขตอำเภอนาทม จังหวัดนครพนม 5 ปี ย้อนหลัง (ปี 2562-2566) มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค ในปี พ.ศ. 2562-2566 จำนวน 26, 26, 15, 13, 22 ราย ตามลำดับ อัตราผลสำเร็จของรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาตั้งแต่ปี พ.ศ.2562-2566 พบว่ามีอัตราความสำเร็จในการรักษา ร้อยละ 73.07, 80.76, 80.00, 76.92, และ 63.63 สาเหตุหลักที่ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการรักษา มาจากการขาดยา อัตราการขาดยาร้อยละ 7.69, 11.53, 20.00, 15.38, และ 22.72 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

#### ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานการตามตัวชี้วัด อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม พ.ศ. 2562-2566

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานปี พ.ศ				
		2562	2563	2564	2565	2566
อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 85 ขึ้นไป	73.07	80.76	80.00	76.92	63.63
อัตราการเสียชีวิต	ไม่เกิน ร้อยละ 5	7.69	3.84	0.00	0.00	4.54
อัตราการขาดยา	ร้อยละ 0	7.69	11.53	20.00	15.38	22.72

#### 1.3 สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

1.3.1 ประเด็นสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ป้องกันตนเองเมื่ออยู่ร่วมกับคนในครอบครัวหรือต้องออกไปชุมชนที่มีคนแออัด ผู้ป่วยบางรายขาดนัด/มาพบแพทย์ไม่ตรงวันนัด ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กำกับการกินยาของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเก็บเสมหะไม่ถูกต้อง ใช้น้ำลายแทนเสมหะ และไม่มีการล้างมือหลังจากที่เก็บเสมหะ



1.3.2 ประเด็นปัญหาการให้บริการของสถานบริการ จากการศึกษาเชิงลึกที่มสทวิฯ พบว่า รพ.สต. ลงรับเคสในโปรแกรม R8 Dashboard ไม่ทันเวลา รพ.สต. ไม่ลงรายงานหรือขาดหลักฐานในการ DOT ในโปรแกรม NTIP Thailand และบางหน่วยบริการมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ประเด็นความต้องการปรับปรุงหรือพัฒนาการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ทีมสหวิชาชีพต้องการให้มีการพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและการใช้งานโปรแกรมบันทึกข้อมูล ร่วมกำหนดบทบาทหน้าที่แต่ละวิชาชีพให้ชัดเจนและพัฒนาแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งอำเภอ

1.3.3 ประเด็นการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยวัณโรคของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จากการศึกษาเชิงลึกเครือข่ายสุขภาพชุมชน พบว่า เครือข่ายไม่ทราบสถานการณ์และจำนวนผู้ป่วยที่แน่ชัด มีเพียงอสม.ที่มีข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายที่ไม่ไปรับยาตามแพทย์นัด ในชุมชนไม่มีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ชัดเจน มีเพียงการขอความอนุเคราะห์ให้ช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาบางกรณีเท่านั้น

## ส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

จากการศึกษาสถานการณ์ประเมินสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนในระยะที่ 1 ได้มีการจัดตั้งทีมพัฒนารูปแบบโดย 1) จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพชุมชน 2) ประชุมทบทวนแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ 3) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ สร้างแนวทางในการพัฒนาและจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพชุมชน แบ่งกลุ่มย่อยร่วมกันอภิปรายตามใบงาน ให้แต่ละกลุ่มนำเสนอผลการประชุมกลุ่มย่อย และร่วมอภิปรายและสรุปผลการประชุมกลุ่มใหญ่ ได้แนวทางการพัฒนา ดังนี้ 1) ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค จัดอบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรคให้แก่ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแล มีกิจกรรมดังนี้ 1.1) จัดอบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรค 1.2) จัดทำสื่อให้ความรู้ให้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และอสม. และ 1.3) ทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และอสม.ในการเป็นพี่เลี้ยงกำกับการกินยาของผู้ป่วย 2) ทีมสหวิชาชีพสาธารณสุข จัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีกิจกรรมดังนี้ 2.1) จัดอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยวัณโรค 2.2) อบรมให้ความรู้การใช้โปรแกรม NTIP Thailand 2.3) จัดทำทะเบียนผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับพื้นที่ 2.4) จัดทำระบบการรับ-ส่ง ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค 2.5) กำหนดแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 3) เครือข่ายสุขภาพในชุมชน มีการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันตนเองในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคเพื่อแจกจ่ายให้แก่ เครือข่ายสุขภาพชุมชน อสม.ที่ปฏิบัติงาน และผู้ป่วยวัณโรค และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค

จากกระบวนการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม สามารถสรุปประเด็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 สรุปประเด็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อำเภอนาหมื่น จังหวัดนครพนม

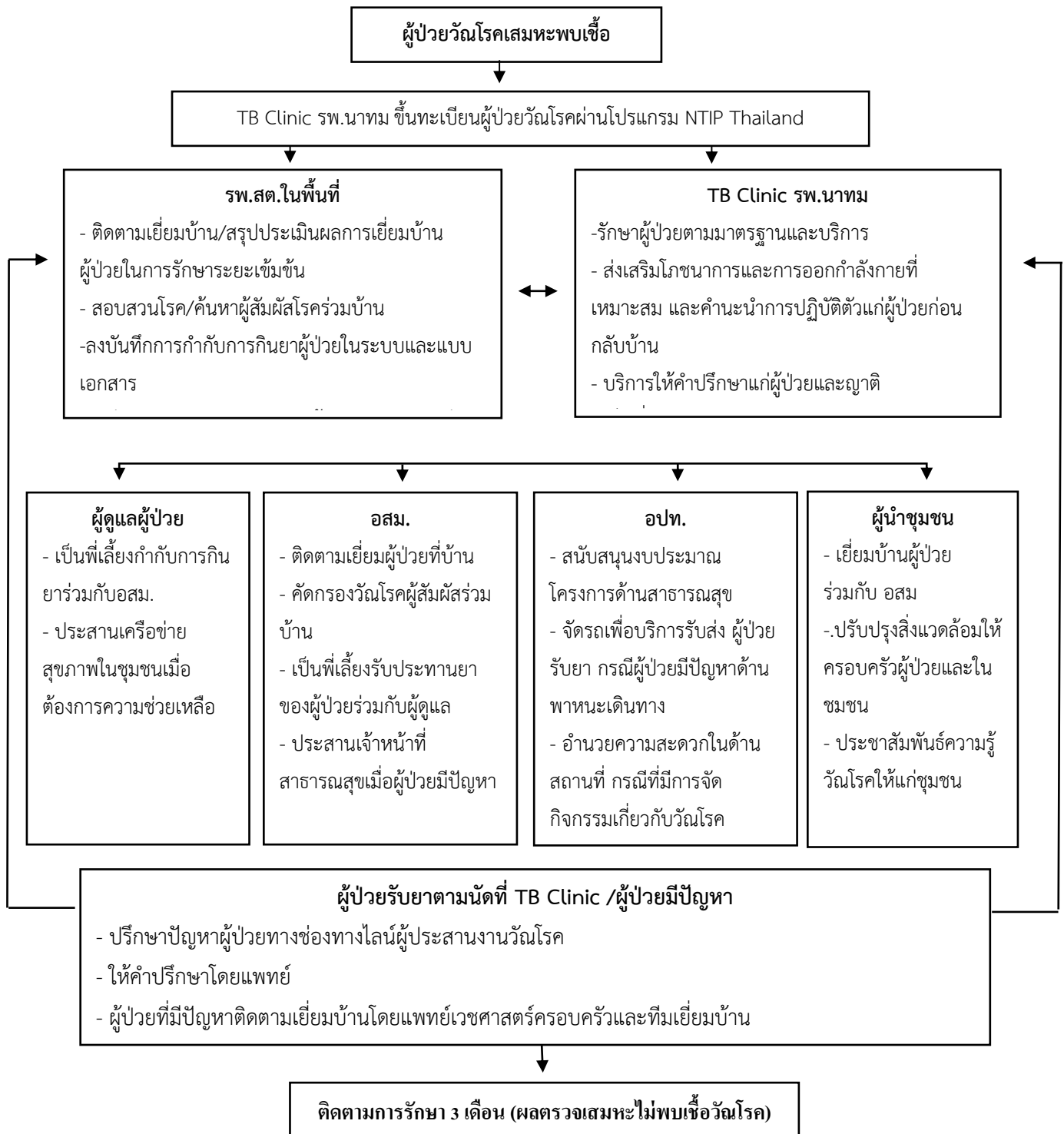
ประเด็นการพัฒนา	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
ด้านผู้ป่วยวัณโรค และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยได้รับความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากคลินิกวัณโรคในครั้งแรก ขาดการประเมินติดตามการปฏิบัติตัวในชุมชน โดยคลินิกวัณโรคเป็นผู้วางแผนการรักษา</li> <li>2. ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านเฉพาะรายที่มีปัญหาเรื่องการกินยา</li> <li>3. ผู้ป่วยและครอบครัวจัดหาวัสดุอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อเอง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการให้ความรู้ และประเมินการปฏิบัติตัวเมื่อกลับสู่ชุมชน ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ร่วมกับสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน รวมทั้งมีโอกาสเลือก อสม. พี่เลี้ยง กำกับการกินยา</li> <li>2. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการส่งเสริมสุขภาพ และประเมินภาวะโภชนาการ</li> <li>3. ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>4. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านพาหนะการเดินทางไปรับยา อปท. สนับสนุนรถ รับ-ส่ง</li> </ol>
ด้านบุคลากร	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน</li> <li>2. มีการติดตามเยี่ยมบ้านเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหา กินยาหรือขาดนัด</li> <li>3. หน่วยบริการไม่มีการบันทึกรายงาน กำกับการกินยาของผู้ป่วยในระบบ NTIP Thailand</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการจัดทำแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านให้เป็นแนวทางการเดียวกันทั้งอำเภอ</li> <li>2. มีการติดตามการเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคทุกราย และมีการรายงานผล</li> <li>3. มีการอบรมพัฒนาทักษะการใช้โปรแกรม NTIP Thailand ให้แก่บุคลากร ที่รับผิดชอบงานทุกคน ทุกคนมี Username Password สามารถเข้าไปตรวจสอบและใช้งานได้</li> </ol>
ด้านระบบบริการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. คลินิกวัณโรคมีการส่งต่อข้อมูลระบบ NTIP Thailand แต่ไม่ได้มีการประสานงานการส่งข้อมูล หน่วยบริการปฐมภูมิขาดการตรวจสอบข้อมูลในระบบ</li> <li>2. ขาดการบันทึกติดตามกำกับการกินยาในระบบ</li> <li>3. ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละวิชาชีพที่ชัดเจน</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. คลินิกวัณโรคมีการส่งต่อข้อมูลระบบ NTIP Thailand พร้อมทั้งมีการโทรประสานงานการส่งข้อมูลเข้าในระบบแจ้งให้หน่วยบริการปฐมภูมิตรวจสอบข้อมูลและติดตามผู้ป่วย</li> <li>2. มีการบันทึกติดตามการกินยาทั้งในระบบ NTIP Thailand และรูปแบบกระดาษรายงาน</li> <li>3. มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละวิชาชีพที่ชัดเจน</li> </ol>



ตารางที่ 3 สรุปประเด็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อำเภอหนองมณี จังหวัดนครพนม (ต่อ)

ประเด็นการพัฒนา	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
เครือข่ายสุขภาพในชุมชน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่มีช่องทางในการติดต่อประสานงานในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน มีประสานงานเฉพาะรายที่มีปัญหา</li> <li>2. การประสานงานขอความช่วยเหลือระหว่างผู้ป่วยและเครือข่ายสุขภาพในชุมชนประสานผ่านทางรพ.สต.</li> <li>3. ไม่มีการจัดท้าวสดอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อให้กับผู้ปฏิบัติงาน</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการจัดทำทะเบียนเครือข่ายผู้ป่วยวัณโรคภายในอำเภอ สามารถประสานงานขอความช่วยเหลือหรือปรึกษาได้ตลอดเวลา</li> <li>2. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถประสานงานขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายสุขภาพได้โดยตรง</li> <li>3. มีการจัดท้าวสดอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อให้กับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน และมีการคัดกรองวัณโรคให้กับผู้ปฏิบัติงาน</li> </ol>

จากผลการดำเนินงาน ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านในเรื่องการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามแผนการรักษา จากการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. พี่เลี้ยง เครือข่ายชุมชน และสหวิชาชีพ ที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนทั้งปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคมดูแลให้คำปรึกษาและแนะนำวิธีการที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในด้านสุขภาพ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม



### ส่วนที่ 3 ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

3.1) การมีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พบว่า ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในอำเภอนาทม มีส่วนร่วมทุกกระบวนการ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อำเภอ นาทม จังหวัดนครพนม

3.2) พฤติกรรมและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคขณะมารับบริการ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีการสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเองทุกครั้งที่มาใช้บริการที่คลินิกวัณโรค และมีผู้ดูแลผู้ป่วยมาด้วยทุกครั้ง

3.3) อัตราการเปลี่ยนเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นและสิ้นสุดการรักษา พบว่า ผลเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษา ระยะเข้มข้นตรวจพบเชื้อวัณโรค จำนวน 2 ราย ร้อยละ 13.33 และภายหลังการรักษาครบ 6 เดือน มีอัตราความสำเร็จการรักษา ร้อยละ 93.33

3.4) อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรครอบ 3 เดือน พบว่า เจ้าหน้าที่รพ.สต. ดำเนินการติดตาม DOT ร่วมกับ อสม.และผู้ดูแลผู้ป่วย วัณโรคทุกราย และมีการบันทึกข้อมูล DOT ในโปรแกรมวัณโรคแห่งชาติทุกราย ส่งผลให้ไม่พบการขาดยาของผู้ป่วยในรอบ 3 เดือน

3.5) ผลการประเมินความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ก่อนและหลังจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พบว่า หลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังจัดกิจกรรมฯ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ก่อนการอบรมและหลังการอบรม (n=45)

ก่อนการอบรม		หลังการอบรม		Z	Asymp Sig. (2-tailed)
$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
5.53	1.35	7.87	1.21	-5.027	<.001*

\*p-value<.001

3.6) ผลการประเมินความพึงพอใจของ ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ เครือข่ายสุขภาพชุมชน และทีมสหวิชาชีพ ต่อการมีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ระดับความพึงพอใจ	คะแนนเฉลี่ย	ผู้ป่วยและผู้ดูแล (n=30)		ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพชุมชน (n=26)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	3.68-5.00	28	93.33	23	88.46
ปานกลาง	2.34-3.67	2	6.67	3	11.54
		$\bar{X}=4.26$	S.D. =0.37	$\bar{X}=4.21$	S.D. =0.52

### อภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม ครั้งนี้พบว่า ปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การกินยาของไม่ถูกต้อง การเก็บเสมหะของผู้ป่วยไม่ถูกต้อง สาเหตุอาจมาจากคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาล ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในครั้งแรกและครั้งเดียว ขาดการประเมินติดตามผู้ป่วยในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนา สว่างศรี (2562) ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาการกินยาไม่ถูกต้อง สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวจากคลินิกวัณโรคและหอผู้ป่วยใน แต่ขาดการประเมินติดตาม ส่วนปัญหาผู้ป่วยขาดนัดรับยา/มาพบแพทย์ไม่ตรงตามนัด สาเหตุอาจมาจากผู้ป่วยบางรายเป็นผู้สูงอายุ ต้องอาศัยผู้ดูแลซึ่งผู้ดูแลบางคนต้องทำงานไม่มีเวลาพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาวประกาย หนูงาม (2565) ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดนัดรับยา มีสาเหตุมาจากปัญหาในการเดินทางมารับยาและขาดแคลนทุนทรัพย์

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ของอำเภอนาทม จังหวัดนครพนม เป็นการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคม มีการให้คำปรึกษาและแนะนำวิธีการที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลที่หลากหลายและเหมาะสมตามสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและติดตามประเมินผลการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ด้านการกำกับกินยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามแผนการรักษาโดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกที่เลี้ยงในการกำกับการกินยา ทีมสหวิชาชีพมีการติดตามให้คำแนะนำส่งเสริมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ผู้นำชุมชนดำเนินการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านผู้ป่วยตามความเหมาะสม อปท. สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ในการเดินทางมารับยาตามนัดของผู้ป่วย โดยการสนับสนุนรถ รับ-ส่ง ผู้ป่วยในวันนัดรับยา มีการจัดทำทะเบียนเครือข่ายประสานงานวัณโรคเพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ตลอดเวลา ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจและให้ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น ลดโอกาสการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน และลด



โอกาสเกิดการดียาของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการ Patient-Centered Care (PCC) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและการให้การสนับสนุนจากผู้ดูแลในชุมชน ทำให้เกิดการยอมรับการรักษาและลดอัตราการขาดยาได้ ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Getahun & Nkosi (2017) ที่พบว่าการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย โดยการให้บริการตามความต้องการของผู้ป่วย และการบูรณาการ DOTS ร่วมกับการสนับสนุนทางโภชนาการ สุขภาพจิต และอาชีพให้กับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

ผลการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ของอำเภอนาทม จังหวัดนครพนม พบว่ามีดำเนินงานตามแผนงาน และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การติดตามและลงบันทึก รายงาน DOT ในโปรแกรมข้อมูลวัณโรคแห่งชาติทุกราย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการกำกับการกินยาอย่างต่อเนื่องทุกวัน ส่งผลให้ไม่พบผู้ป่วยขาดยาในรอบ 3 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิราภรณ์ ชวงค์, จินัฐตา ศุภศรี และดวงใจ สวัสดิ์ (2562) ที่พบว่ากลยุทธ์ที่ช่วยส่งเสริมการกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยงในชุมชน ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยวัณโรคมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา การเสริมสร้างพลังอำนาจพัฒนาความรู้และทักษะแก่พี่เลี้ยงกำกับการกินยา ผลการตรวจเสมหะ หลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น 15 ราย พบเชื้อวัณโรค ร้อยละ 13.33 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ดาวประกาย หล้างาม (2565) ที่พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม พบ ผลเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นตรวจพบเชื้อ ร้อยละ 6.66 และสอดคล้องกับการศึกษาของ พงศ์เทพ ธีระวิทย์ (2560) ที่พบว่าหลังการรักษาวัณโรคในระยะเข้มข้น 2 เดือน อาจจะมีผู้ป่วยที่มีผลเสมหะพบเชื้อได้แม้ว่าจะทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้อดื้อยาตั้งแต่แรก หรือผู้ป่วยมีเชื้อที่ตอบสนองต่อยาแต่มีเชื้อตั้งต้นมากทำให้ต้องใช้เวลานานในการลดจำนวนเชื้อโรคนานกว่าปกติ การประเมินการรักษาวัณโรคหลังสิ้นสุดการรักษา 6 เดือน พบว่ามีอัตราการสำเร็จการรักษา ร้อยละ 93.33 สาเหตุที่ทำให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคสำเร็จเนื่องมาจาก การดำเนินงานมีการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ชุมชน โดยที่ผู้ป่วยได้รับดูแลในชุมชนมีความใกล้ชิดและมีการดูแลผู้ป่วยตามวิถีชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยยินยอมทานยาอย่างต่อเนื่องและให้ความร่วมมือในการรักษาตลอดระยะเวลา 6 เดือน

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ได้รูปแบบที่เหมาะสม หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้โดยการให้การส่งเสริมและสนับสนุนด้านงบประมาณและการวางแผนงานโครงการการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันตนเองให้แก่ผู้ปฏิบัติงานด้านวัณโรคในชุมชน เพื่อเพิ่มศักยภาพชุมชนในดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลติดตามการทานยาอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มการป้องกันวัณโรคในชุมชน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรควัณโรคที่กลับมาเป็นซ้ำ หรือผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา เพื่อเพิ่มอัตราการรักษาสำเร็จวัณโรค



## เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการควบคุมโรคติดต่อในประเทศไทย 2564. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิกแอนด
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการควบคุมโรคติดต่อในประเทศไทย 2564. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิกแอนด
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566-2570). กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนดตีไซน์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). โปรแกรมบริการจัดการผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติ (*National Tuberculosis Information Program*). สืบค้นจาก <https://ntip-ddc.moph.go.th/ui/form/Login.aspx>
- จิราภรณ์ ชวงค์, จิณัฐตา ศุภศรี และดวงใจ สวัสดิ์. (2562). ความท้าทายในการกำกับกินยาแบบมีที่เลี้ยงของผู้ป่วยวัณโรค ในชุมชน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(3), 165-174.
- ดาวประกาย หน้างาม. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอ ชาติพนม จังหวัดนครพนม [ปริญญาานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- โรงพยาบาลนาทม. (2566). สรุปรายงานผลการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมวัณโรคอำเภอนาทม พ.ศ.2566.
- พงศ์เทพ ธีระวิทย์. (2560). *วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis)*. หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและเวชบำบัด วิกฤติ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. สืบค้นจาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/TB.pdf>
- วัฒนา สว่างศรี. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 16(3), 116-129.
- อุไร โชควรรกุล. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 20(1), 42-55.
- Best, J.W. (1977). *Research in Education. (3rd ed.) Englewood Cliffs*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bloom, S. J. (1956). *Taxonomy of education objective, hand book1: cognitive domain*. New York: David Mckay.
- Getahun, B., & Nkosi, Z.Z. (2017). Is directly observed tuberculosis treatment strategy patient-centered A mixed method study in Addis Ababa, Ethiopia. *plos one* 12(8), e0181205.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1998). *The action research planner*. Deakin University.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). *Participatory action research*. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research (2<sup>nd</sup> ed., pp. 567-605)*. Sage Publications



## เอกสารอ้างอิง

World Health organization. (2023). *Global Tuberculosis Report 2023*. Retrieved from  
<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>



## การประเมินความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์และความเมื่อยล้าจากการทำงานของ

### ผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิ จังหวัดหนึ่งในเขตภาคเหนือ

สรยุทธ์ วงศ์เง้า<sup>1</sup>, พิชญากัท หล้าสุด<sup>1</sup>, กมลพรรณ จันทร<sup>1</sup> และชนกานต์ สกุลแถว<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>สาขาวิชาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

(วันที่รับบทความ: 18 พฤศจิกายน 2567; วันที่แก้ไข: 7 มีนาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 27 มีนาคม 2568)

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้วัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ ความเมื่อยล้าและปัจจัยกับความเมื่อยล้าของผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิ จังหวัดหนึ่งในเขตภาคเหนือ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเมื่อยล้าของร่างกาย และแบบประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 55 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ผลการศึกษา พบว่า ผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิส่วนใหญ่มีความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ระดับปานกลาง และมีความเมื่อยล้าระดับปานกลาง ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์กับความเมื่อยล้า พบว่า อายุ และสถานภาพสมรสเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเมื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .05) และระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเมื่อยล้า ทั้งนี้ ในท่าทางการทำงานที่ผิดหลักการยศาสตร์อาจนำไปสู่อาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

**คำสำคัญ:** การยศาสตร์, อาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง, แบบประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์

\*ผู้รับผิดชอบบทความ: ชนกานต์ สกุลแถว; Chanakarn.s@nsru.ac.th



## Assessment of Ergonomic Risks and Fatigue Among Jasmine Pickers in a Northern Province

Sorayut Wongngao<sup>1</sup>, Phitchayapak Lasud<sup>1</sup>, Kamonphan Janton<sup>1</sup> and Chanakarn Sakulthaew<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Occupational Health and Safety, Faculty of Science and Technology, Nakhon Sawan Rajabhat University

(Received: 18 November 2024; Revised: 7 March 2025; Accepted: 27 March 2025)

### Abstract

The objective of this study was to assess ergonomic risks, fatigue, and factors related to fatigue among jasmine pickers in a northern province. The sample were 55 jasmine pickers. The data were collected by questionnaires including personal Information, Body Discomfort Assessment, and Rapid Entire Body Assessment (REBA) to evaluate the participants. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation. The relationship was determined using the Spearman Rank Correlation, which was statistically significant at 0.05. The results found that most jasmine flower pickers experienced moderate ergonomic risks and moderate fatigue. Furthermore, when considering factors that might affect the relationship with fatigue, it was found that age and marital status were statistically significantly related to the level of fatigue ( $p$ -value<.05). However, the level of ergonomic risk was not significantly related to fatigue levels. Additionally, improper work postures that do not adhere to ergonomic principles could lead to musculoskeletal disorders (MSDs).

**Keywords:** ergonomics, musculoskeletal disorder, rapid entire body assessment (REBA)

**\*Corresponding author:** Chanakarn Sakulthaew; Chanakarn.s@nsru.ac.th



## บทนำ

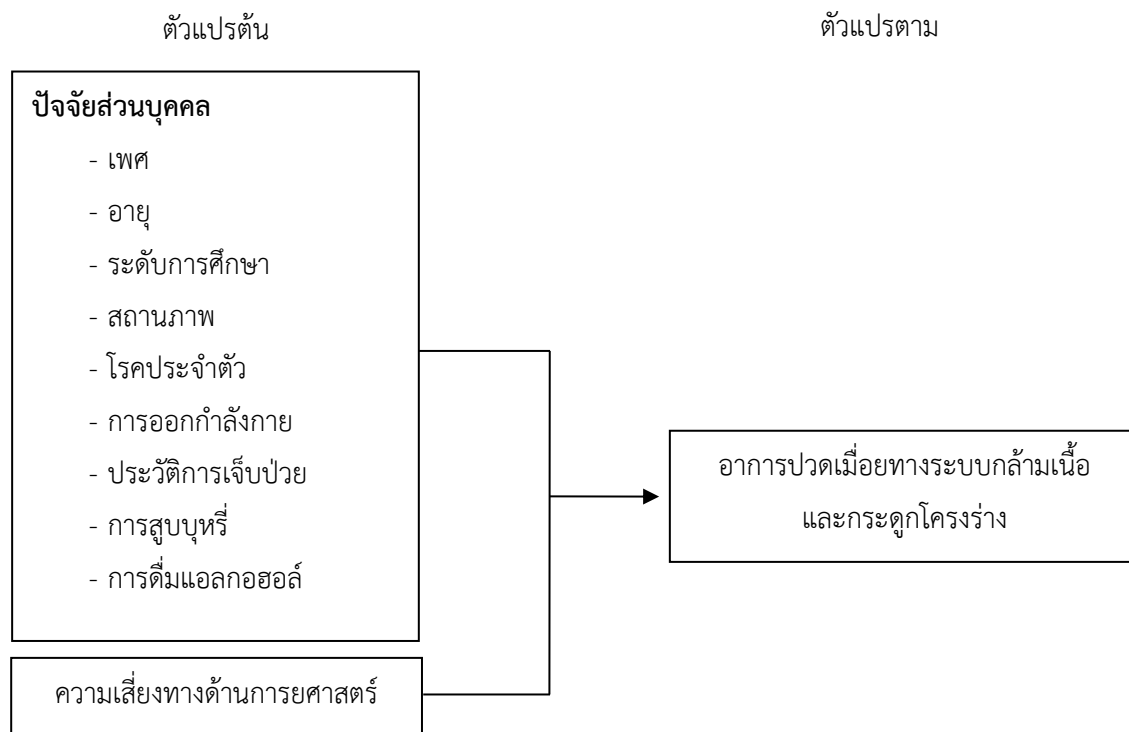
ปัญหาสุขภาพที่สำคัญเกิดจากการประกอบอาชีพ ที่หลากหลายอาชีพ เช่น เกษตรกร แรงงานก่อสร้าง แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม ฯลฯ โดยจะมีลักษณะงานและวิธีการทำงานที่เสี่ยงต่อการสัมผัสปัจจัยที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง (Musculoskeletal Disorders, MSDs) แตกต่างกันไป เช่น ท่าทางในการทำงานที่ต้องมีการก้มๆ เงยๆ การยกหรือการเคลื่อนย้ายวัสดุด้วยมือ การออกแรงที่มาก ยิ่งสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงในการทำงานมาก และเป็นระยะเวลานาน ก็ยิ่งทำให้มีความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง (MSDs) สูงขึ้น ทั้งนี้ อาชีพการเก็บเกี่ยวผลผลิตทางการเกษตรด้วยมือเป็นอาชีพที่ต้องใช้กำลังกายมาก ซึ่งมักเกิดความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง (MSDs) มากที่สุด (Jain, et al (2018) และข้อมูลจากกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมรายงานสถานการณ์ การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ ในปี 2564 พบปัญหาสภาพแวดล้อมในการทำงานที่แรงงานนอกระบบประสบมากที่สุด คือ อริยาบถในการทำงาน (ไม่ค่อยได้เปลี่ยน ลักษณะท่าทางในการทำงาน) ร้อยละ 39.9 สอดคล้องกับข้อมูลสภาวะสุขภาพของวัยแรงงานสถานการณ์ปัญหาโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพที่สำคัญ ปี 2564 ที่พบโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 175 (กรมควบคุมโรค, 2564) จากข้อมูลสถานการณ์แรงงานนอกระบบในของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี 2565 ประเทศไทยยังคงมีจำนวนแรงงานนอกระบบมากกว่าแรงงานในระบบ โดยมีแรงงานนอกระบบจำนวน 20.2 ล้านคน (ร้อยละ 51.0) ของแรงงานทั้งประเทศ และจำนวน 11.2 ล้านคน (ร้อยละ 55.4) ของแรงงานนอกระบบทำงานในภาคเกษตรกรรม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) ทั้งนี้ข้อมูลการเจ็บป่วยจากการทำงานจากระบบคลังข้อมูลด้านสุขภาพ (ฐานข้อมูล 43 แห่ง) ของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า อาชีพเกษตรกรเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้นมากที่สุด โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 167.22 ต่อประชากรแสนคน และในระหว่างปี พ.ศ. 2555-2559 (กรมควบคุมโรค, 2560) เกษตรกรเพาะปลูกพืชไร่ มีความชุกของการป่วยด้วยกลุ่มโรคทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างสูงสุด เมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ โดยส่วนใหญ่แล้วเกษตรกรจะป่วยด้วยโรคปวดหลังส่วนล่างและรยางค์ส่วนบน หรือกลุ่มกล้ามเนื้ออักเสบแต่เนื่องจากโรคลักษณะนี้มีความรุนแรงด้านความเฉียบพลันต่ำ ทำให้ถูกให้ความสำคัญด้านปัญหาเร่งด่วนน้อยกว่ากลุ่มอื่นในการเฝ้าระวังปัจจุบัน (สุนิสา ชายเกลี้ยง และคณะ, 2562) ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ ประเทศไทยปัจจุบันพื้นที่ปลูกดอกมะลิ ประมาณ 2,200 ไร่ แหล่งผลิตที่สำคัญ ได้แก่ จังหวัดนครปฐม นครสวรรค์ พิจิตร ปทุมธานี จังหวัดสมุทรสาคร และมีการปลูกกระจายตามจังหวัดต่างๆ เนื่องจากดอกมะลิเป็นดอกไม้เศรษฐกิจ มีปริมาณผลผลิตเฉลี่ย 850-1,100 กิโลกรัม/ไร่ เกษตรกรสามารถเก็บดอกมะลิได้ทั้งปี (กรมส่งเสริมการเกษตร, 2567) ทั้งนี้ ลักษณะท่าทางการเก็บดอกมะลิจะมีการก้ม บิดเอี้ยวตัว มีการเอี๊ยม การโน้มตัว งอข้อมือและแขน ซึ่งเป็นการทำงานที่ผิดธรรมชาติ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอาการปวดเมื่อย หรือความผิดปกติต่อระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้ออันเนื่องมาจากการทำงาน



## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ของผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิ จังหวัดหนึ่งในเขตภาคเหนือ
2. เพื่อศึกษาระดับความเมื่อยล้าจากการทำงานของผู้รับจ้างเก็บดอกเก็บดอกมะลิ จังหวัดหนึ่งในเขตภาคเหนือ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกับความเมื่อยล้าของผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิ จังหวัดหนึ่งในเขตภาคเหนือ

## กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิ บ้านท่ามะขามเอน ตำบลมหาโพธิ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครสวรรค์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มีสัญชาติไทย มีอายุการทำงานมากกว่า 1 ปี มีอาชีพรับจ้างเก็บมะลิเป็นอาชีพหลัก และไม่เคยป่วยเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง จำนวน 55 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์ (Interview), แบบการประเมินความเมื่อยล้า (Body Discomfort) และแบบประเมินความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์แบบวิธีการประเมินทั่วทั้งร่างกาย (Rapid Entire Body Assessment, REBA)



## เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา/แอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย อายุการทำงาน เวลาการทำงาน เวลาหยุดพัก การได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงทางด้านการยศศาสตร์แบบวิธีการประเมินทั่วทั้งร่างกาย (Rapid Entire Body Assessment, REBA) (Hignett & McAtamney, 2000)

2.1 การประเมิน REBA จะใช้วิธีในการให้คะแนนในแต่ละส่วนของร่างกายเทียบกับตาราง 3 ตาราง ได้แก่ ตาราง A ตาราง B และตาราง C

2.2. การให้คะแนนได้แบ่งอวัยวะออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม A ประกอบด้วย ลำตัว คอ ขา และอวัยวะกลุ่ม B ประกอบด้วย แขนส่วนบน แขนส่วนล่างและข้อมือ

2.3 อวัยวะในกลุ่ม A ประเมินคะแนนโดยเทียบจากตาราง A และอวัยวะกลุ่ม B ประเมินโดยเทียบกับตาราง B

2.4 นำคะแนนที่ได้จากตารางทั้ง 2 ตาราง มาคำนวณรวมกันในตาราง C โดยคะแนนที่ได้จากตาราง C เป็นคะแนนสรุปเพื่อใช้ในการประเมินความเสี่ยงและการตัดสินใจในการปรับปรุงแก้ไขท่าทางในการทำงาน

2.5 เกณฑ์การสรุปผลการวิเคราะห์งานโดยวิธี REBA โดยการให้คะแนนและแบ่งผลการประเมินเป็น 5 ระดับตามความเสี่ยง ดังนี้ ระดับ 1 คะแนนอยู่ที่ 1 ความเสี่ยงน้อยมาก ระดับ 2 คะแนนอยู่ที่ 2-3 ความเสี่ยงน้อยยังต้องมีการปรับปรุง ระดับ 3 คะแนนอยู่ที่ 4-7 ความเสี่ยงปานกลางควรวิเคราะห์เพิ่มเติมและปรับปรุง ระดับ 4 คะแนนอยู่ที่ 8-10 ความเสี่ยงสูงควรวิเคราะห์เพิ่มเติมและควรปรับปรุง และระดับ 5 คะแนนตั้งแต่ 11 ขึ้นไป ความเสี่ยงสูงมาก ควรปรับปรุงทันที

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเมื่อยล้า (Body Discomfort) การสอบถามอาการเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในแต่ละส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ประกอบด้วย คอ ไหล่ หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง แขนส่วนบน ข้อศอก แขนส่วนล่าง มือและข้อมือ สะโพก และต้นขา หัวเข่า น่อง และเท้า จำนวน 12 ส่วน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนความเมื่อยล้าของร่างกาย (Corlett & Bishop, 1976) ดังนี้ 0=ไม่มีอาการ 1=มีอาการในขณะที่ทำงาน พักแล้วหาย 2=มีอาการในขณะที่ทำงาน พักแล้วไม่หาย 3=มีอาการในขณะที่ทำงาน พักแล้วไม่หายไม่สามารถทำงานได้ กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลของค่าเฉลี่ย ดังนี้ คะแนน 0-17 หมายถึง มีความเมื่อยล้าระดับน้อย คะแนน 18-35 หมายถึงมีความเมื่อยล้าระดับปานกลาง คะแนน 36-53 หมายถึงมีความเมื่อยล้าระดับมาก และคะแนน 54-72 หมายถึง มีความเมื่อยล้าระดับมากที่สุด

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อพิจารณาโครงสร้างแบบสอบถาม ความตรงของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ (Content Validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์วิเคราะห์หาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence; IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.94



จากนั้นนำไปใช้เครื่องมือไปทำการทดสอบ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน (เกษตรกรผู้รับจ้างเก็บมะเขือ) ในตำบลมหาโพธิ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 คน มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายกองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อขออนุญาตและขออนุญาตของงานวิจัยและรายละเอียดของการเก็บข้อมูล เพื่อขอความอนุเคราะห์เข้าถึงข้อมูล ในช่วงเดือน มกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2567 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้สถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละแสดงเป็นความถี่ และจำนวนค่าเฉลี่ย เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลของความเมื่อยล้าส่วนต่างๆ ของร่างกาย ระดับความเสี่ยงด้านกายศาสตร์ และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับระดับความเมื่อยล้าของร่างกาย (Body Discomfort) คำนวณสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ เลขที่โครงการวิจัย NSRU-EP-019/66 อนุมัติเมื่อวันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2567

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิ จำนวน 55 คน เป็นเพศชายจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 29.09 และเพศหญิง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 70.91 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมา มีอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 34.54 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระหว่าง 23-24.90 (น้ำหนักเกินมาตรฐาน) จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 47.28 รองลงมา มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระหว่าง 25-29.90 (รูปร่างอ้วน) จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27 และมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระหว่าง 18.5-22.90 (รูปร่างสมส่วน) จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 25.45 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 69.09 มีสถานภาพสมรส จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 69.09 ผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ไขมันในเลือดสูง, ความดันโลหิตสูง, น้ำตาลในเลือดสูง) จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 69.09 และยาที่รับประทานส่วนใหญ่เป็นการรับยาตามคำสั่งแพทย์ จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 67.29 ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 87.27 ไม่ดื่มสุรา จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 67.27 ไม่ออกกำลังกาย จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82 มีอายุการทำงาน 6-10 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 38.18 รองลงมา มีอายุการทำงาน 1-5 ปี



จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 30.91 และอายุการทำงาน 10 ปีขึ้นไป จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 30.91 เวลาการทำงานของผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิส่วนใหญ่มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 92.73

## ส่วนที่ 2 ความเมื่อยล้าจากการทำงานของผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิ

ผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิ จำนวน 55 คน มีอาการปวดบริเวณหลังส่วนบนมากที่สุด และมีอาการในช่วงเวลาทำงานพักแล้วไม่หาย ร้อยละ 98.18 รองลงมาคือ บริเวณน่องมีอาการในช่วงเวลาการทำงานพักแล้วไม่หาย ไม่สามารถทำงานได้ ร้อยละ 94.54 และบริเวณแขนส่วนบน มีอาการในช่วงเวลาทำงาน พักแล้วหาย ร้อยละ 92.73 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความเมื่อยล้าจากการทำงานของผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิ (n=55)

ส่วนของร่างกาย	ระดับความเมื่อยล้า จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่มีอาการ	มีอาการในขณะที่ทำงาน พักแล้วหาย	มีอาการในขณะที่ทำงาน พักแล้วไม่หาย	มีอาการในขณะที่ทำงาน พักแล้วไม่หาย ไม่สามารถทำงานได้
คอ	8 (14.55)	25 (45.45)	21 (38.18)	1 (1.82)
ไหล่	3 (5.45)	36 (65.46)	16 (29.09)	0 (0.00)
หลังส่วนบน	1 (1.82)	0 (0.00)	54 (98.18)	0 (0.00)
หลังส่วนล่าง	4 (7.27)	30 (54.55)	21 (38.18)	0 (0.00)
แขนส่วนบน	4 (7.27)	51 (92.73)	0 (0.00)	0 (0.00)
แขนส่วนล่าง	8 (14.55)	47 (85.45)	0 (0.00)	0 (0.00)
ข้อศอก	16 (29.09)	37 (67.27)	2 (3.64)	0 (0.00)
มือ/ข้อมือ	16 (29.09)	17 (30.91)	21 (38.18)	1 (1.82)
สะโพก/ต้นขา	2 (3.64)	24 (43.63)	27 (49.09)	2 (3.64)
หัวเข่า	1 (1.82)	35 (63.64)	16 (29.09)	3 (5.45)
น่อง	1 (1.82)	52 (94.54)	2 (3.64)	0 (0.00)
เท้า	1 (1.82)	20 (36.36)	34 (61.82)	0 (0.00)

เมื่อพิจารณาระดับความเมื่อยล้า พบว่า ผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิส่วนใหญ่มีความเมื่อยล้าระดับปานกลางจำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 67.27 รองลงมาคือระดับความเมื่อยล้าระดับมาก จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 21.82 และมีความเมื่อยล้าระดับน้อย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 10.91 ดังตารางที่ 2



### ตารางที่ 2 ระดับความเมื่อยล้าจากการทำงานของผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิ (n=55)

ระดับความเมื่อยล้า	จำนวน (ร้อยละ)
ความเมื่อยล้าน้อย	6 (10.91)
ความเมื่อยล้าปานกลาง	37 (67.27)
ความเมื่อยล้ามาก	12 (21.82)

### ส่วนที่ 3 การประเมินความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์แบบวิธีการประเมินทั่วทั้งร่างกาย (Rapid Entire Body Assessment, REBA)

ผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิส่วนใหญ่มีความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.91 รองลงมาคือ มีความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ในระดับสูง ร้อยละ 29.09 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

### ตารางที่ 3 ระดับความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์จากการทำงานของผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิ (n=55)

ระดับความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ (REBA)	จำนวน (ร้อยละ)
ความเสี่ยงเล็กน้อย	0 (0.00)
ความเสี่ยงต่ำ	0 (0.00)
ความเสี่ยงปานกลาง	39 (70.91)
ความเสี่ยงสูง	16 (29.09)

### ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเมื่อยล้าของผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิ

ปัจจัยส่วนบุคคลมีเพียงเพศ อายุ และสถานภาพสมรส เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเมื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังตารางที่ 4

### ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเมื่อยล้าของผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิ (n=55)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความเมื่อยล้า				Spearman Correlation	Sig.
	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
เพศ						
ชาย	3 (5.45)	12 (21.82)	1 (1.82)	0 (0.00)	0.268*	.048
หญิง	3 (5.45)	25 (45.45)	11 (20.00)	0 (0.00)		
อายุ (ปี)						
31-40	2 (3.64)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0.595**	<.001
41-50	1 (1.82)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)		
51-60	3 (5.45)	16 (29.09)	0 (0.00)	0 (0.00)		



ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเมื่อยล้าของผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิ (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความเมื่อยล้า				Spearman Correlation	Sig.
	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)		
ดัชนีมวลกาย (BMI)						
18.5-22.90	2 (3.64)	11 (20.00)	1 (1.82)	0 (0.00)	0.139	.311
23-24.90	1 (1.82)	19 (34.55)	6 (10.91)	0 (0.00)		
25-29.90	3 (5.45)	7 (12.73)	5 (9.09)	0 (0.00)		
ค่าเฉลี่ย±(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 23.74 ± (2.09)						
ระดับการศึกษา						
ประถม	2 (3.64)	32 (58.18)	4 (7.27)	0 (0.00)	0.135	.325
มัธยมต้น	3 (5.45)	3 (5.45)	8 (14.55)	0 (0.00)		
มัธยมปลาย	0 (0.00)	2 (3.64)	0 (0.00)	0 (0.00)		
อนุปริญญาตรี	1 (1.82)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)		
สถานภาพ						
โสด	3 (5.45)	1 (1.82)	0 (0.00)	0 (0.00)	0.397**	.003
สมรส	3 (5.45)	28 (50.91)	7 (12.73)	0 (0.00)		
หย่าร้าง	0 (0.00)	1 (1.82)	1 (1.82)	0 (0.00)		
หม้าย	0 (0.00)	7 (12.73)	4 (7.27)	0 (0.00)		
โรคประจำตัว						
ไม่มี	4 (7.27)	9 (16.36)	4 (7.27)	0 (0.00)	-0.117	.395
มี	2 (3.64)	28 (50.91)	8 (14.55)	0 (0.00)		
สูบบุหรี่						
สูบ	2 (3.64)	4 (7.27)	1 (1.82)	0 (0.00)	0.164	.231
ไม่สูบ	4 (7.27)	33 (60.00)	11 (20.00)	0 (0.00)		
ดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์						
ประจำทุกวัน	1 (1.82)	1 (1.82)	0 (0.00)	0 (0.00)	0.231	.090
2-3 ครั้ง/เดือน	1 (1.82)	14 (25.45)	1 (1.82)	0 (0.00)		
ไม่ดื่ม	4 (7.27)	22 (40.00)	11 (20.00)	0 (0.00)		
อายุการทำงาน (ปี)						
1-5	3 (5.45)	7 (12.73)	7 (12.73)	0 (0.00)	-0.188	.168
6-10	3 (5.45)	13 (23.64)	5 (9.09)	0 (0.00)		
10 ปีขึ้นไป	0 (0.00)	17 (30.91)	0 (0.00)	0 (0.00)		



#### ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเมื่อยล้าของผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิ (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความเมื่อยล้า				Spearman Correlation	Sig.
	จำนวน (ร้อยละ)					
	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
การออกกำลังกาย						
ทุกวัน	0 (0.00)	12 (21.82)	0 (0.00)	0 (0.00)		
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	1 (1.82)	25 (45.45)	0 (0.00)	0 (0.00)		
1 ครั้ง/สัปดาห์	1 (1.82)	1 (1.82)	1 (1.82)	0 (0.00)	-0.052	.704
เดือนละ 1 ครั้ง	0 (0.00)	1 (1.82)	3 (5.45)	0 (0.00)		
ไม่ออกกำลังกาย	4 (7.27)	1 (1.82)	8 (14.55)	0 (0.00)		
ชั่วโมงการทำงาน (ชั่วโมงต่อวัน)						
< 4-6	0 (0.00)	4 (7.27)	0 (0.00)	0 (0.00)		
> 6	6 (10.91)	33 (60.00)	12 (21.82)	0 (0.00)	0.064	.643
เคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงานหรือไม่						
ไม่เคย	6 (10.91)	35 (63.64)	12 (21.82)	0 (0.00)		
เคย	0 (0.00)	2 (3.64)	0 (0.00)	0 (0.00)	-0.044	.748

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

#### ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์กับระดับความเมื่อยล้าของผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิ

ผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิที่มีความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ โดยมีความเมื่อยล้าระดับปานกลาง ร้อยละ 47.27 มีความเมื่อยล้าระดับมาก ร้อยละ 16.36 และมีความเมื่อยล้าระดับน้อย ร้อยละ 7.27 ตามลำดับ มีความเมื่อยล้าระดับมาก ร้อยละ 5.45 ทั้งนี้ ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเมื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.05$ ) ดังตารางที่ 5

#### ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านการยศาสตร์กับระดับความเมื่อยล้า (n=55)

ระดับความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ (REBA)	ระดับความเมื่อยล้า				Spearman Correlation	Sig.
	จำนวน (ร้อยละ)					
	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
ความเสี่ยงน้อยมาก	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)		
ความเสี่ยงน้อย	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)		
ความเสี่ยงปานกลาง	4 (7.27)	26 (47.27)	9 (16.36)	0 (0.00)	-0.053	.699
ความเสี่ยงสูง	2 (3.64)	11 (20.00)	3 (5.45)	0 (0.00)		
ความเสี่ยงสูงมาก	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)		

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



## อภิปรายผล

ระดับความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ของผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงปานกลาง (ควรวิเคราะห์เพิ่มเติม และควรได้รับการปรับปรุง) และรองลงมาที่มีความเสี่ยงในระดับสูง (งานนั้นควรวิเคราะห์เพิ่มเติมและควรปรับปรุง) ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะท่าทางการทำงานต้องมีการก้ม และบิดเอี้ยวตัว มีการเอื้อม การโน้มตัว งอข้อมือและแขน ซึ่งเป็นการทำงานที่ผิดธรรมชาติส่งผลให้เกิดอาการปวดเมื่อยและการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อ ซึ่งลักษณะท่าทางการปฏิบัติงานตามที่กล่าวส่งผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติต่อระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้ออันเนื่องมาจากการทำงาน และยังอาจส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานทำงานต่ำลงอีกด้วย (Jain, et al (2018) ผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิส่วนใหญ่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อมากที่สุดที่บริเวณคอ ไหล่ หลังส่วนล่าง แขนส่วนบน แขนส่วนล่าง ข้อศอก หัวเข่า และน่อง ซึ่งจะมีอาการในช่วงเวลาการทำงานพักแล้วหาย รองลงมาจะมีอาการที่บริเวณหลังส่วนบน มือ/ข้อมือ สะโพก/ต้นขา และเท้า ซึ่งจะมีอาการในช่วงระหว่างการทำงานพักแล้วไม่หาย สอดคล้องกับวรรณ กัวรรณ วรณศรี, วิจิตรา มนทา และวีระศักดิ์ สิงห์คำ (2564) ที่พบว่า กลุ่มเกษตรกรผู้ประกอบอาชีพทำนาปรัง ส่วนใหญ่ความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ระดับความเสี่ยงสูงมาก และระดับความเสี่ยงสูง มีอาการอาการเจ็บปวดสูงสุด 5 อันดับแรก คือ ไหล่ คอ แขนส่วนล่างขา หัวเข่า และหลังส่วนล่างขวา เนื่องจากเกษตรกรต้องมีการเคลื่อนไหวตามลักษณะท่าทางของงาน เช่น ท่าทางการไถนาที่ต้องใช้แขนอยู่ด้านหน้า และลักษณะของขามีการเคลื่อนไหวเข้าไปเข้ามา ท่าทางการหว่านที่ต้องมีการก้มคอ มีการเอนตัวไปด้านหน้า ท่าทางการเก็บเกี่ยวที่ต้องมีการก้มคอ เอนตัวไปด้านหน้า และท่าทางการเก็บขนที่ต้องมีการก้มคอ มีการเอนตัว สอดคล้องกับกฤษดา เพ็งอารีย์ ลลิตา ชัยคำจันทร์ ปริดาลัก ศิริจันทร์ และชวลา ตีตรา และคณะ (2564) ที่ทำการประเมินอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์กลุ่มอาชีพการทำลวดลายบนผืนผ้าไหมด้วยวิธีมัดหมี่พบว่า กลุ่มผู้ประกอบอาชีพการทำลวดลายบนผืนผ้าไหมด้วยวิธีมัดหมี่ จะมีส่วนของร่างกายด้านซ้ายที่มีความรู้สึกเมื่อยล้ามากที่สุด 3 อันดับแรก คือ หลังส่วนล่าง รองลงมา คอ สะโพกและต้นขา ตามลำดับ และด้านขวาส่วนที่มีความรู้สึกเมื่อยล้ามากที่สุด 3 อันดับแรก คือ หลังส่วนล่าง และสะโพกและต้นขา รองลงมา คอ ไหล่ ตามลำดับ จากสภาพการทำงานพบว่า กลุ่มผู้ประกอบอาชีพจะนั่งกับพื้นในลักษณะการนั่งขัดสมาธิ ท่าทางการนั่งจะอยู่ในท่าเดิมเป็นระยะเวลาานส่วนมากนั่งหลังงอ และโน้มตัวไปด้านหน้าซึ่งจะก่อให้เกิดความเมื่อยล้าได้ เช่นเดียวกับ ปรีดา มุกสิกรักษ์ ญัฐวิภา บุญเพ็ง และวรรณ วรณศรี (2564) ที่พบว่า เกษตรกรชาวสวนตาลโตนด ส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์อยู่ในระดับความเสี่ยงสูงมาก ร้อยละ 60.00 รองลงมาคือ อยู่ในระดับความเสี่ยงสูงร้อยละ 32.50 และระดับปานกลาง ร้อยละ 7.50 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาการปวดเมื่อยระดับมาก (พักแล้วไม่หายเมื่อย) ได้แก่ หลังส่วนบน ร้อยละ 85.00 แขนส่วนบน ร้อยละ 80.00 น่อง ร้อยละ 77.50 คอ ร้อยละ 70.00 และมีอาการปานกลาง (ต้องพักผ่อนชั่วขณะ หรือเปลี่ยนท่าพักแล้วหายเมื่อย) บริเวณหลังส่วนล่าง ร้อยละ 60.00 ไหล่ ร้อยละ 57.50 และ เท้า/ข้อเท้า ร้อยละ 30.00 เนื่องจากมีลักษณะท่าทางการทำงานที่จะต้องปีนป่ายขึ้นที่สูงเก็บลูกตาล การใช้มือทั้งสองข้างจับไม้แล้ว ยกยื่นไม้สอยลูกตาลที่อยู่บนต้นซึ่งจะต้องงอคอตลอดเวลา นอกจากนี้เกษตรกรชาวสวนตาลโตนด ยังมีท่าทางการนั่งปอกลูกตาลแบบนั่งงอหลัง ซึ่งจะต้องนั่งยอง ๆ ในท่าที่เขามีกการงอเป็นเวลานาน อีกทั้งยังสอดคล้องกับสุนิสา ชายเกลี้ยง และคณะ (2563) ที่พบว่า



การออกแรงในการกรีดยางพาราซ้ำ ๆ อาจเป็นสาเหตุให้สมรรถภาพของกล้ามเนื้อหรือแรงบีบมือของเกษตรกรต่ำลง การมีแรงบีบมือที่ต่ำจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความผิดปกติต่อระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อเป็น 2.3 เท่าของกลุ่มที่มีแรงบีบมือดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Janusz & Gora (2000) ที่พบว่าท่าทางการทำงานที่ซ้ำซากติดต่อกันเวลานานทำให้ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ได้รับการบาดเจ็บอย่างต่อเนื่อง มีการยกแขน ก้มคอและศีรษะ มีลักษณะการก้มตัวไปข้างหน้า ก่อให้เกิดปัญหาความผิดปกติในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และเมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลกับระดับความเมื่อยล้า พบว่า มีเพียงปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ และสถานภาพสมรสเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเมื่อยล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ด้านเพศอาจเกี่ยวข้องกับความแตกต่างทางชีวภาพระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย โดยเพศหญิงจะมีมวลกล้ามเนื้อน้อยกว่า ความสามารถในการใช้ออกซิเจนต่ำกว่าเพศชาย และฮอร์โมนเพศที่มีผลต่อพลังงานและการฟื้นตัว (Lundberg, 2005) โดยความแตกต่างเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้หญิงรู้สึกเหนื่อยล้ามากขึ้นในกิจกรรมที่ใช้แรงอย่างต่อเนื่อง ด้านอายุเกษตรกรผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้น จะเกิดความเสื่อมของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นทำให้หมอนรองกระดูกและข้อต่อต่าง ๆ บางลง มวลกระดูกลดลง เส้นใยกล้ามเนื้อ มวลกล้ามเนื้อลดลง กล้ามเนื้อลีบ ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลดลง และสมรรถภาพทางกายโดยรวมลดลง ทำให้เกิดความเมื่อยล้าได้ง่ายขึ้น (Grandjean & Kroemer, 1997) ส่งผลต่ออาการของโรกระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่มากขึ้นด้วย และอาการบาดเจ็บจากการทำงานจะเป็นการสะสมเรื้อรังและจะส่งผลเมื่อมีอายุมากขึ้น (ณัฐพล พิมพ์พรมมา, 2565) นอกจากนี้งานเก็บดอกมะลิเป็นงานที่ต้องใช้แรงกายเป็นระยะเวลานาน ซึ่งอาจทำให้ผู้ที่มีอายุมากกว่ารู้สึกเหนื่อยล้ามากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ด้านสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับระดับความเมื่อยล้า เนื่องจากผู้ที่แต่งงานแล้วอาจมีภาระทางครอบครัวมากกว่าผู้ที่ยังโสด ซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะทางอารมณ์และจิตใจที่เชื่อมโยงกับความเมื่อยล้าได้ (Jansen et al, 2003) นอกจากนี้ ผู้ที่มีคู่สมรสอาจมีความรับผิดชอบมากขึ้น ทำให้ต้องทำงานหนักขึ้นหรือมีภาระที่มากขึ้นทั้งในด้านการงานและชีวิตส่วนตัว ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับความเหนื่อยล้าโดยรวม ด้านความเสี่ยงด้านการยศาสตร์กับระดับอาการปวดเมื่อยทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่าง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ในระดับความเสี่ยงปานกลางและระดับความเสี่ยงสูงเท่านั้น

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากการศึกษาความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์และความเมื่อยล้าจากการทำงานของผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิ จังหวัดหนึ่งในเขตภาคเหนือ ดังนั้น ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน เพื่อป้องกันการเกิดอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง (MSDs) และวิธีการปรับปรุงสภาพการทำงาน เพื่อลดการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน และลดความเสี่ยงของการเกิดโรคทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง (MSDs) โดยอาจความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อร่วมพิจารณาในการหาแนวทางสร้างเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานในกลุ่มผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิต่อไป



## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรนำไปสู่การศึกษาเชิงลึกด้านอาการปวดและความเสี่ยงต่อสุขภาพที่จำเพาะตามตำแหน่งของร่างกายของแต่ละกิจกรรมของผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิ อีกทั้งในการเลือกเครื่องมือประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ที่จำเพาะต่อการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในการทำงานของ ผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิเพื่อนำมาใช้พัฒนาเมตริกการประเมินความเสี่ยงทางอาชีวอนามัยได้ในการเฝ้าระวังโรค (Work-Related Musculoskeletal Disorders: WMDS) ของผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิได้ต่อไป

2) งานวิจัยนี้ทำการศึกษาเฉพาะปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ และความชุกของอาการปวดเท่านั้น แต่อาชีพของผู้รับจ้างเก็บดอกมะลิ ยังมีการทำงานที่สัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพด้านอื่น ๆ ตามหลักอาชีวเวชศาสตร์ เช่น สิ่งคุกคามทางกายภาพ ได้แก่ ความร้อน และรังสีอัลตราไวโอเล็ต สิ่งคุกคามทางด้านเคมี เช่น การทำงานสัมผัสกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้ในการฉีดพ่นมะลิ เป็นต้น ซึ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่น่าสนใจและยังไม่เคยมีการศึกษา

3) ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน เพื่อป้องกันการเกิดอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง ศึกษาวิธีการปรับปรุงสภาพการทำงาน เพื่อลดปัญหาทำทาง

## เอกสารอ้างอิง

- กฤษดา เพ็งอารีย์, ลลิตา ชัยคำจันทร์, ปริดาธิก ศิริจันทร์ และชวลา ตีตรา. (2564) การประเมินความเสี่ยงและปรับปรุงสภาพการทำงานเพื่อลดความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในขั้นตอนการทำลวดลายบนผืนผ้าไหมด้วยวิธีมัดหมี่ กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 14(2), 119-129
- กรมส่งเสริมการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. (2567). *กรมส่งเสริมการเกษตร ลุยส่งเสริม “มะลิ”*. สืบค้นจาก <https://doanews.doae.go.th/archives/21988>.
- กรมควบคุมโรค. (2564). *รายงานสถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ สำหรับแรงงานนอกระบบ ประจำปีงบประมาณ 2564*. สืบค้นจาก [https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/20220224\\_01A.pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/20220224_01A.pdf).
- กรมควบคุมโรค. (2560). *รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2560*. สืบค้นจาก [https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/01\\_envocc\\_situation\\_60.pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/01_envocc_situation_60.pdf).
- ณัฐพล พิมพ์พรมมา. (2565). การประเมินความเสี่ยงของท่าทางการทำงานและความเมื่อยล้าของพนักงานเก็บขยะ ในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ*, 15(3), 255-238.
- ปริดา มุกสิกรักข, ณัฐวิภา บุญเพ็ง และวรรณนา วรรณศรี. (2564). การประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์และความเมื่อยล้าจากการทำงานของเกษตรกรของชาวสวนตาลโตนต ตำบลชุมพล อำเภอสทิงพระจังหวัดสงขลา. *วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา*, 8(1), 76-86.
- วรรณนา วรรณศรี, วิจิตรา มนทา และวีระศักดิ์ สิงห์คำ. (2564) การประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์และความเมื่อยล้าของเกษตรกรผู้ประกอบอาชีพทำนาปรัง หมู่บ้านวังยาง ตำบลนุ่งหวาย อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา*, 8(1), 118-127.



## เอกสารอ้างอิง

- สุนิสา ชายเกลี้ยง, ลัญญา พิงสร้างแป้น, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ และกรรณิการ์ ตฤณวุฒิมพงษ์. (2562). ความชุกและความรุนแรงของโรคจากการทำงานในเกษตรกรปลูกพืชไร่ จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 26(1), 77-86.
- สุนิสา ชายเกลี้ยง. (2563). การประเมินความเสี่ยงทางอาชีพอนามัยต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกโครงร่างและกล้ามเนื้อเนื่องจากการสัมผัสปัจจัยทางกายศาสตร์ในการทำงานของเกษตรกรปลูกยางพารา. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 14(2), 33-44.
- Grandjean, E., & Kroemer, K. H. E. (1997). *Fitting the task to the human: A textbook of occupational ergonomics*. CRC Press.
- Hignett, S., & McAtamney, L. (2000). Rapid entire body assessment (REBA). *Applied Ergonomics*, 31(2), 201–205. [https://doi.org/10.1016/s0003-6870\(99\)00039-3](https://doi.org/10.1016/s0003-6870(99)00039-3)
- Jain, R., Meena, M. L., Dangayach, G. S., & Bhardwaj, A. K. (2018). Risk factors for musculoskeletal disorders in manual harvesting farmers of Rajasthan. *Industrial Health*, 56(3), 241-248.
- Jain, R., Meena, M. L., Dangayach, G. S., & Bhardwaj, A. K. (2018). Risk factors for musculoskeletal disorders in manual harvesting farmers of Rajasthan. *Industrial Health*, 56(3), 241-248.
- Janusz, M.M. & Gora, G.A. (2000). Worked-related symptoms among furniture factory workers in Lubing region (Eastern Poland). *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 9(1), 99-103.
- Jansen, N. W. H., Kant, I. J., van Amelsvoort, L. G. P. M., Nijhuis, F. J. N., & van den Brandt, P. A. (2003). Need for recovery from work: Evaluating short-term effects of working hours, patterns and schedules. *Ergonomics*, 46(7), 664-680.
- Lundberg, U. (2005). Stress hormones in health and illness: The roles of work and gender. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 1017-1021.



## ติดต่อกองบรรณาธิการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี  
187 หมู่ที่ 3 ตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190  
โทรศัพท์ 0 4510 270-74 ต่อ 251  
โทรศัพท์มือถือ 085 046 4722, 094 520 9823  
E-mail : tjphe\_editor@scphub.ac.th, kaewjai@scphub.ac.th  
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjphe/index>

