



# วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น

JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY NORTHERN

ปีที่ 6 ฉบับที่ 4 ประจำเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2568





รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์	บุญเชียง	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา	สุพรรณกุล	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมรศักดิ์	โพธิ์อ่ำ	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์	แสงเงิน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาวรี	ชั้นสำโรง	มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญญา	จิระพรกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธन्छ	กนกเทศ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพล	มากมี	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑา	หมีไพรพฤษย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์	ยอดวิญญูวงศ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สมตระกูล ราศิริ		วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไตรรงค์	เปลี่ยนแสง	โปรแกรมวิทยาศาสตร์ทั่วไป
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญญา	จิระพรกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อานนท์	วงษ์มณี	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปราณี	เลิศแก้ว	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิศักดิ์	ชั้นแก้วหล้า	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรา	ดลวิทยาคุณ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษ	เคลือบวัง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุษบา	ขมิณฑ์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สำราญ	ชั้นสำโรง	ม.มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เนาวรัตน์	มณีนิล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วีระพรรณ	จันทร์เหลือง	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.ยุพรัตน์	หลิมมงคล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ ดร.กิตติพัทธ์	เอี่ยมรอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
อาจารย์ ดร.จีระเกียรติ	ประสานธนกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
อาจารย์ ดร.น.สพ.เมธี	สุทธศิลป์	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.รุ่งตะวัน	เมืองมูล	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
อาจารย์ ดร.สถาพร	สาภา	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

อาจารย์ ผศ.ดร.สุพัฒน์	อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
อาจารย์ จินดา	ม่วงแก่น	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
อาจารย์ ดร.นพดล	ทองอร่าม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ดร.ชนกนันท์	ฝากมิตร	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ

#### ฝ่ายจัดการและเลขานุการกองบรรณาธิการ

อาจารย์จตุพร	แพงจักร	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ประวิทย์	ห่านใต้	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
นายภัทรภณ	นิลสิงห์	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

#### กำหนดการเผยแพร่

- ปีละ 4 ฉบับ
- ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม-มีนาคม
- ฉบับที่ 2 เดือน เมษายน-มิถุนายน
- ฉบับที่ 3 เดือน กรกฎาคม-กันยายน
- ฉบับที่ 4 เดือน ตุลาคม-ธันวาคม

#### เจ้าของวารสาร

วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

#### สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสาร ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น ชั้น 1  
888 หมู่ 2 ถนนพหลโยธิน (แนวเก่า) ตำบลหนองบัวใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตาก 63000  
โทรศัพท์ 055-517488 ต่อ 5

**พิมพ์ที่** บริษัท พีค การพิมพ์ จำกัด เลขที่ 24/9 ถนนติวานนท์ ตำบลบ้านกลาง อำเภอเมืองปทุมธานี  
จังหวัดปทุมธานี 12000 โทรศัพท์ 0-297-9571-6

## สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย อำนาจ ลีรัก.....	1
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนอุทัยวิทยาคม จังหวัดอุทัยธานี ภาคศิริ รักสิการ.....	11
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนิสิตชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ณัฐกานต์ นครสุข, ณิชกานต์ กาศเจริญ และธนัช กนกเทศ.....	22
ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกลในการส่งเสริมภาวะเบาหวานสงบของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย เกษรา แสงภูติ และทรงศนีย์ บุญมั่น.....	40
ผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณในหอผู้ป่วย ใน โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย รสสุคนธ์ สุทะปา.....	66

## สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ หัวหน้าครัวเรือน เทศบาลเมืองสุโขทัยธานี จังหวัดสุโขทัย นิภาพันธ์ แป้นโพธิ์กลาง.....	91
ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ปอดทรายใหม่ ในเทศบาลเมืองสุโขทัยธานี จังหวัดสุโขทัย นิภาพันธ์ แป้นโพธิ์กลาง.....	106



## การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

อำนาจ สิริก<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพและเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 10 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ จำนวน 100 ราย ระหว่างเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน 2568 ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ภายใต้มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบประเมินความรู้ แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon Signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก คือ (1) การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์มาตรฐาน Triage (2) การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ (3) การประสานงานผ่านศูนย์ประสานงาน REFER (4) การดูแลระหว่างการนำส่ง (5) การส่งมอบผู้ป่วยด้วยเทคนิค SBAR และ (6) การบันทึกและประเมินผล หลังการใช้แนวทางปฏิบัติ พบว่า พยาบาลวิชาชีพและเวชกิจฉุกเฉินมีความรู้เพิ่มขึ้นจากค่ามัธยฐาน 17.00 เป็น 22.50 ( $p < 0.001$ ) และทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากค่ามัธยฐาน 101.00 เป็น 140.00 ( $p = 0.002$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.57, SD = 0.35$ ) และผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.40, SD = 0.42$ ) ควรมีการขยายผลแนวทางปฏิบัติไปยังโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในเขตสุขภาพที่ 2 พร้อมทั้งพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยในระยะยาวโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อให้การดูแลป้องกันภาวะวิกฤติมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

**คำสำคัญ:** แนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วย, ผู้ป่วยฉุกเฉินภาวะวิกฤติ, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, โรงพยาบาลชุมชน

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย, E-mail : amnat.lee7145@gmail.com



## Development of Emergency Patient Referral Practice Guidelines for Critical Conditions in the Emergency Department at Bandanlanhoi Hospital, Sukhothai Province.

Amnat Leerak<sup>1</sup>

### ABSTRACT

This action research study, based on Kemmis and McTaggart's framework, aimed to develop and evaluate practice guidelines for emergency patient referral with critical conditions in the Emergency Department at Bandanlanhoi Hospital, Sukhothai Province. The study involved 10 registered nurses and emergency medical personnel, along with 100 referred patients, conducted between August and November 2025. The research followed a four-phase action research cycle: Planning, Action, Observation, and Reflection, adhering to the National Institute for Emergency Medicine (NIEM) standards. Research instruments included questionnaires, knowledge assessment forms, practical skills evaluation forms, and satisfaction surveys. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon Signed-rank test.

The findings revealed that the developed practice guidelines comprised six main components: (1) patient assessment and triage using standard criteria, (2) pre-referral preparation, (3) coordination through the REFER coordination center, (4) care during transfer, (5) patient handover using the SBAR technique, and (6) documentation and evaluation. Following implementation, healthcare personnel demonstrated significantly increased knowledge (median scores improved from 17.00 to 22.50,  $p < 0.001$ ) and practical skills (median scores increased from 101.00 to 140.00,  $p = 0.002$ ). Staff satisfaction with the practice guidelines was at the highest level ( $\bar{x} = 4.57$ ,  $SD = 0.35$ ), while patient satisfaction with emergency referral services was at a high level ( $\bar{x} = 4.40$ ,  $SD = 0.42$ ). The study recommends expanding these practice guidelines to other community hospitals and health service units in Health Region 2, along with developing long-term patient follow-up systems using digital technology to ensure effective and sustainable critical care management.

**Keyword** : Emergency patient referral practice guidelines, Critical emergency patients, Action research, Community hospital

---

<sup>1</sup>Registered Nurse, Senior Professional Level, Ban Dan Lan Hoi Hospital, E-mail : amnat.lee7145@gmail.com

## บทนำ

การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติเป็นหน้าที่สำคัญของระบบสาธารณสุขที่ต้องการความรวดเร็ว ความแม่นยำ และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิตต้องการการตัดสินใจที่รวดเร็วและการดำเนินการที่เหมาะสม เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการที่อาจเกิดขึ้น โดย World Health Organization (2018) ได้ให้ความสำคัญกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินว่าเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพที่สำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วย ดังที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2564) ได้ระบุไว้ว่า ความแตกต่างของความพร้อมในการบริการทางสาธารณสุขของแต่ละพื้นที่นั้น ทำให้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยให้ไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและความพร้อมมากกว่า จึงเป็นสิ่งสำคัญ การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินในปัจจุบันยังพบปัญหาหลายประการ เช่น การขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมแพทย์ การประเมินความรุนแรงของอาการที่ไม่สอดคล้องกัน และการขาดการประสานงานที่ระหว่างหน่วยงาน ดังที่ Institute of Medicine (2015) ได้ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาเหล่านี้อาจส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการรักษา การดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง และผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่เหมาะสม การศึกษาของวิลม อิม อูไร (2562) พบปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่โรงพยาบาลไชยวาน จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนเช่นเดียวกับโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย

สำหรับโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย ในฐานะที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ตั้งอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัด ความท้าทายในการส่งต่อผู้ป่วยมีมากยิ่งขึ้น ระยะทางประมาณ 28 กิโลเมตรที่ต้องเดินทางไปยังโรงพยาบาลสุโขทัย รวมถึงสภาพการจราจรในแต่ละช่วงเวลา ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อเวลาในการนำส่งผู้ป่วย การที่โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอยเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ทำให้มีข้อจำกัดในด้านบุคลากรเฉพาะทาง เครื่องมือทางการแพทย์ขั้นสูง และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติระยะยาว ดังนั้น การมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการช่วยชีวิตผู้ป่วยในพื้นที่จากปัญหาและความท้าทายดังกล่าว การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติจึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วนเพื่อให้เกิดระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ลดเวลาในการส่งต่อ เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างการนำส่ง และปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ตามที่เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2559) ได้กล่าวว่า แนวทางปฏิบัติที่ดีจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถตัดสินใจได้อย่างมั่นใจและรวดเร็ว โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1998) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ยืดหยุ่นและสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยดำเนินการเป็นวงจรแบบต่อเนื่อง ภายใต้มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ การใช้หลักฐานเชิงวิทยาศาสตร์เป็นพื้นฐานจะทำให้แนวทางที่พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติสำหรับห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย โดยมุ่งเน้นการสร้างระบบที่มีประสิทธิภาพ ลดความผิดพลาด เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และปรับปรุงคุณภาพการดูแลรักษา ซึ่งจะประโยชน์ต่อผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ และระบบสาธารณสุขโดยรวม

### วัตถุประสงค์การวิจัย

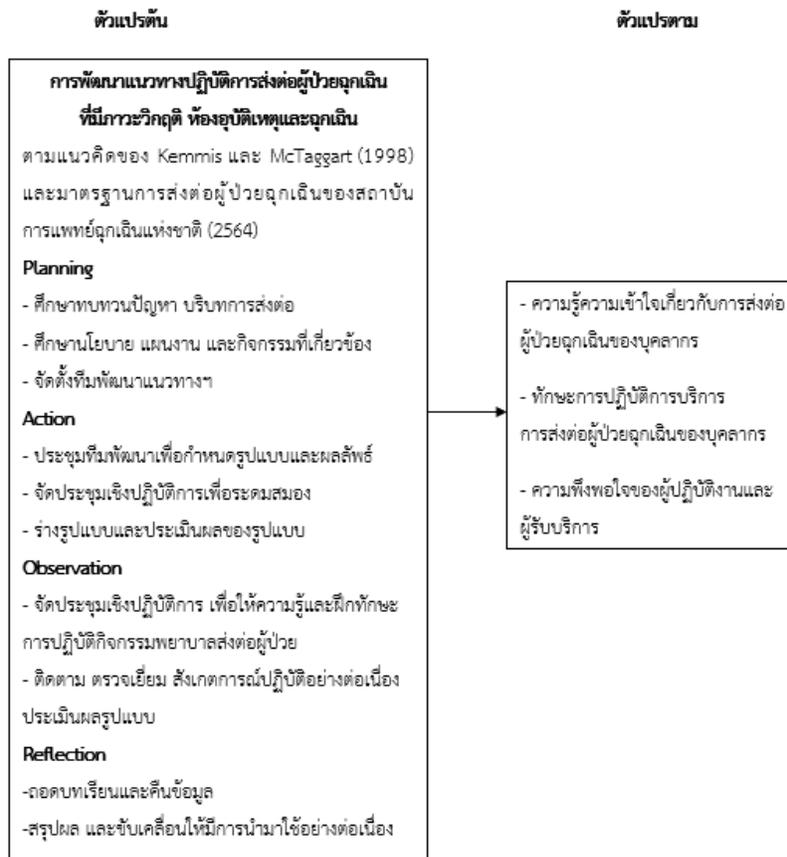
1. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

2. เพื่อประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติ ที่ได้รับการพัฒนา

### สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการใช้แนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น พยาบาลวิชาชีพและเวชกิจฉุกเฉิน มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติดีกว่าก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติ
2. หลังการใช้แนวทางปฏิบัติแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติที่พัฒนาขึ้น ผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี

### กรอบแนวคิดการวิจัย



### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษามี 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทุกคน รวม 10 คน โดยทำหน้าที่ส่งต่อ

ผู้ป่วยในเดือนสิงหาคม – พฤศจิกายน 2568 และผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จำนวน 100 คน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพแบบเฉพาะเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ระหว่างเดือนสิงหาคม – พฤศจิกายน 2568 จำนวน 10 ราย และในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า คำนวณโดยใช้โปรแกรม G\* Power กำหนดอำนาจในการทดสอบที่ 0.90 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และขนาดค่าอิทธิพล 0.80 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 ราย

### **พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช**

**เกณฑ์การคัดเลือก** ประกอบด้วย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ระหว่างเดือนสิงหาคม – พฤศจิกายน 2568 และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย **เกณฑ์การคัดออก** ประกอบด้วย ไม่สะดวกพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติ ย้ายหน่วยงาน/แผนก หรือไม่ได้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติ

### **ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ**

**เกณฑ์การคัดเลือก** ประกอบด้วย เป็นผู้มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย ตั้งแต่เดือนสิงหาคม – พฤศจิกายน 2568 เข้าใจภาษาไทยและสื่อสารกันได้ มีสติสัมปชัญญะ สามารถอ่านออกเขียนได้อาศัยอยู่ใน เขตพื้นที่การศึกษาตลอดระยะเวลาการวิจัย ยินดีและยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย **เกณฑ์การคัดออก** ประกอบด้วย ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย อาศัยอยู่นอกเขตพื้นที่การศึกษา และเป็นผู้ที่มีปัญหาในการสื่อสารและการรับรู้

### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

#### **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย**

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart (1998) ภายใต้มาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2564) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) โดยศึกษาทบทวนปัญหา บริบท นโยบาย และจัดตั้งทีมพัฒนา การปฏิบัติการ (Action) โดยประชุมทีมเพื่อกำหนดรูปแบบ ระดมสมอง ร่างและประเมินรูปแบบ การสังเกตการณ์ (Observation) โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะ พร้อมติดตามสังเกตการณ์อย่างต่อเนื่องและประเมินผล และการสะท้อนผล (Reflection) โดยถอดบทเรียน ค้นข้อมูล สรุปผล และขับเคลื่อนให้มีการนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกระบวนการที่ดำเนินไปอย่างเป็นวงจรเพื่อพัฒนาและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

#### **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติเป็นแบบสอบถามที่แบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด และตำแหน่งงาน ปัจจุบัน ประสพการณ์การทำงานทั้งหมด ประสพการณ์การปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และประสพการณ์การปฏิบัติงานในระบบการส่งต่อผู้ป่วย การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน เช่น ACLS, PALS, ATLS, Pre-hospital care

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติ ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด 4 ข้อ ได้แก่ ปัญหาและอุปสรรคในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติองค์ประกอบที่ควรมีในแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติ ทักษะหรือความรู้ที่ควรพัฒนาในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติเป็นแบบทดสอบแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 25 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้านหลัก คือ 1) ด้านระบบการบริการ การส่งต่อผู้ป่วย 8 ข้อ 2) ด้านการประเมินอาการและการช่วยฟื้นคืนชีพ 8 ข้อ 3) ด้านการพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือ 9 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติ เป็นแบบประเมินทักษะการปฏิบัติใช้มาตรวัด 5 ระดับ (0-4) โดย 0 = ไม่ปฏิบัติ, 1 = ควรปรับปรุง, 2 = พอใช้, 3 = ดี, 4 = ดีมาก แบ่งออกเป็น 6 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ด้านการยกและการเคลื่อนย้าย 6 ข้อ 2) ด้านการปฐมพยาบาลและการห้ามเลือด 6 ข้อ 3) ด้านการตามกระดูกและข้อ 6 ข้อ 4) ด้านการเปิดทางเดินหายใจ 7 ข้อ 5) ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพ 7 ข้อ 6) ด้านการสื่อสาร การดูแลผู้ป่วยขณะนำส่งและการบันทึก 7 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยเป็นแบบประเมินความพึงพอใจใช้มาตรวัด 5 ระดับ (1-5) โดย 5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย, 1 = น้อยที่สุด แบ่งออกเป็น 5 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านความเหมาะสมในการนำมาใช้ในโรงพยาบาล (4 ข้อ) ด้านประโยชน์ต่อการพยาบาลผู้ป่วย (4 ข้อ) ด้านประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ (4 ข้อ) ด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติตามแนวทาง (4 ข้อ) ด้านความสำคัญของมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย (4 ข้อ)

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นแบบประเมินความพึงพอใจใช้มาตรวัด 5 ระดับ (1-5) โดย 5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย, 1 = น้อยที่สุด แบ่งออกเป็น 6 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านความสะดวก (5 ข้อ) ด้านการประสานบริการ (3 ข้อ) ด้านอริยาไยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ (3 ข้อ) ประเมิน ด้านข้อมูลและการสื่อสารที่ได้รับ (5 ข้อ) ด้านคุณภาพบริการ (6 ข้อ)

### **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

#### **การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)**

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ แบบประเมินทักษะ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ โดยนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการพิเศษ 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยกำหนดเกณฑ์ที่ 0.50 ผลการตรวจสอบพบว่าเครื่องมือทั้งหมดมีค่า IOC มากกว่า 0.50 ทุกข้อ แสดงว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ได้

#### **การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)**

หลังปรับปรุงเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 10 ราย สำหรับแบบประเมินความรู้ใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82 ส่วนแบบประเมินทักษะ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ใช้สูตร Cronbach's Alpha ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89, 0.91 และ 0.88 ตามลำดับ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงบรรยาย ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพและผู้รับบริการ แสดงเป็นความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Content Analysis) 3) เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของบุคลากร ทักษะการปฏิบัติการ บริการการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของบุคลากรก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-rank test (non-parameter) 4) วิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วย โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนด 5) วิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนด

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No.60/2025 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB No.69/2025 ประเภทการรับรองแบบ เร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2568

### สรุปผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

##### 1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพและเวชกิจฉุกเฉิน (n=10)

จากการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพและเวชกิจฉุกเฉินที่เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 มีอายุเฉลี่ย  $31.7 \pm 6.8$  ปี ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.0 ตำแหน่งงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 90.0 และเวชกิจฉุกเฉิน ร้อยละ 10.0 ด้านประสบการณ์การทำงาน มีประสบการณ์การทำงานทั้งหมดเฉลี่ย  $8.8 \pm 5.4$  ปี ประสบการณ์การปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเฉลี่ย  $6.4 \pm 3.9$  ปี และประสบการณ์การปฏิบัติงานในระบบการส่งต่อผู้ป่วยเฉลี่ย  $7.2 \pm 3.2$  ปี ด้านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการอบรม ACLS จำนวน 1 คน ร้อยละ 10.0, ATLS จำนวน 1 คน ร้อยละ 10.0 กลุ่มตัวอย่างไม่เคยอบรม ACLS, PALS, ATLS และ Pre hospital care ร้อยละ 90.0

##### 2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ (n=100)

ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 58 คน (ร้อยละ 58.0) มีอายุเฉลี่ย  $52.3 \pm 16.7$  ปี โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 41-60 ปี จำนวน 48 คน (ร้อยละ 48.0) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 32 คน (ร้อยละ 32.0) สาเหตุการส่งต่อที่พบบ่อยที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อุบัติเหตุทางจราจร จำนวน 34 คน (ร้อยละ 34.0) โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 22 คน (ร้อยละ 22.0) กระดูกหัก จำนวน 15 คน (ร้อยละ 15.0) โรคหัวใจ จำนวน 12 คน (ร้อยละ 12.0) การบาดเจ็บจากการทำงาน จำนวน 8 คน (ร้อยละ 8.0)

#### ส่วนที่ 2 ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ

ปัญหาและอุปสรรคในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ด้านบุคลากร ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติ ด้านระบบการประสานงาน การสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและปลายทางล่าช้า เอกสารการส่งต่อบางครั้งไม่ครบถ้วน ด้านอุปกรณ์และการเตรียมความพร้อม การตรวจสอบอุปกรณ์ก่อนส่งต่อบางครั้งไม่ครบถ้วน ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน ขาดแคลนอุปกรณ์กรณีมีการส่งต่อพร้อมกัน ความต้องการในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน เข้าใจง่าย มีคู่มือการ

ปฏิบัติที่สามารถใช้อ้างอิงได้ มีแบบฟอร์มการบันทึกที่เป็นมาตรฐาน มีการฝึกอบรมเพิ่มเติมทักษะการดูแลผู้ป่วยวิกฤติอย่างต่อเนื่อง

### ส่วนที่ 3 แนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติที่พัฒนาขึ้น

จากการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติ ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การประเมินและคัดกรองผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์มาตรฐาน Triage 2) การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ ตรวจสอบสัญญาณชีพ อุปกรณ์ เอกสาร 3) การประสานงาน ติดต่อโรงพยาบาลปลายทางผ่านศูนย์ประสานงาน REFER 4) การดูแลระหว่างการนำส่ง ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 15 นาที 5) การส่งมอบผู้ป่วย ใช้เทคนิค SBAR ในการรายงาน 6) การบันทึกและประเมินผล บันทึกทุกขั้นตอนอย่างครบถ้วน

### ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของบุคลากร ทักษะการปฏิบัติการบริการการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของบุคลากรก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของบุคลากร และทักษะการปฏิบัติการบริการการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของบุคลากรก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n=10)		หลังทดลอง (n=10)		z	p-value
	Median	IQR	Median	IQR		
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน	17.00	3.00	22.50	2.00	-2.805	<0.001*
ทักษะการปฏิบัติการบริการการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน	101.00	15.00	140.00	10.00	-2.803	0.002*

\*P<0.05

จากตารางที่ 1 ค่ามัธยฐานความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของบุคลากร พบว่าหลังการได้รับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ค่ามัธยฐานความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของบุคลากรสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) และเมื่อพิจารณาทักษะการปฏิบัติการบริการการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของบุคลากร พบว่า ซึ่งหลังการได้รับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ค่ามัธยฐานทักษะการปฏิบัติการบริการการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของบุคลากรสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.002$ )

### ส่วนที่ 5 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ

ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.57$ ,  $SD=0.35$ ) ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.40$ ,  $SD=0.42$ )

### อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพและเวชกิจฉุกเฉินมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลมาจากการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1998) ที่เน้นกระบวนการวงจรเกลียว 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล กระบวนการนี้ทำให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และ

พัฒนาอย่างต่อเนื่อง เนื้อหาที่พัฒนาสอดคล้องกับมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2564) ครอบคลุม 3 ระยะ คือ การดูแลก่อนการส่งต่อ การดูแลระหว่างส่งต่อ และการจัดการหลังส่งต่อ ซึ่งบูรณาการมาตรฐานระดับชาติ เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนอย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ ปรานต์พินิตา นาสูงชน (2565) ที่พบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้อื่นๆเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สุภาวดี สุทธิอาจและสุบรรณ อาจสมัย (2566) ที่พบการส่งต่อที่มีการดูแลเหมาะสมตามมาตรฐานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.58 เป็นร้อยละ 98.51 และ จักรพงศ์ ปิติโชคโกคินท์ และคณะ (2562) ที่พบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการใช้วงจรการพัฒนาหลายรอบ

ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.57$ ) โดยเฉพาะด้านความสำคัญของมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย ( $\bar{X}=4.68$ ) ซึ่งเป็นผลมาจากการเน้นการมีส่วนร่วม (Participatory) ของผู้ปฏิบัติงานตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล ผลการศึกษาสอดคล้องกับ ปรานต์พินิตา นาสูงชน (2565) ที่พบความพึงพอใจในระดับมากที่สุดด้านการนำไปปฏิบัติได้จริง ( $\bar{X}=4.67$ , S.D. = 0.49) ทิพย์วิภา สังข์อินทร์ และคณะ (2563) ที่พบความพึงพอใจในระดับมาก และ วาสิทธิ์ นงนุช และคณะ (2560) ที่พบปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการทำงานที่ผู้บริหารเล็งเห็นความสำคัญและความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันของบุคลากร

ผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.40$ ) ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่มุ่งแก้ปัญหาในสถานการณ์จริง สอดคล้องกับการพัฒนาตามมาตรฐานทั้ง 12 มาตรฐานของ วาสิทธิ์ นงนุช และคณะ (2560) ทำให้ระบบการส่งต่อมีความครบวงจรและตอบสนองความต้องการอย่างแท้จริง ผลการศึกษาสอดคล้องกับ จักรพงศ์ ปิติโชคโกคินท์ และคณะ (2562) ที่พบความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจากระดับน้อย ( $\bar{X}=34.58$ , SD=4.21) เป็นระดับมาก ( $\bar{X}=70.17$ , SD= 2.18) สุภาวดี สุทธิอาจและสุบรรณ อาจสมัย (2566) ที่พบความพึงพอใจร้อยละ 94.84 และ ทิพย์วิภา สังข์อินทร์ และคณะ (2563) ที่พัฒนาระบบส่งต่อแบบครบวงจร แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการใช้วงจรการพัฒนาหลายรอบที่ทำให้แนวทางปฏิบัติมีความสมบูรณ์และตอบสนองความต้องการมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายผลแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติไปยังโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในเขตสุขภาพที่ 2 โดยจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลเครือข่าย และสร้างกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล
2. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วย เช่น แอปพลิเคชันติดตามสถานะการส่งต่อ ระบบแจ้งเตือนสัญญาณชีพผิดปกติ ระบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และระบบ Telemedicine เพื่อให้คำปรึกษาระหว่างการส่งต่อ ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

### เอกสารอ้างอิง

จักรพงศ์ ปิติโชคโกคินท์, มยุนาศรี สุภานันต์, สุรีย์ จันทรโมรีและ ประภา เพ็ญสุวรรณ. (2561). การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติ โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37*, 88-97.

ชุมพล เมืองพรวน, ฐิติณัฐ อัครเดชะอนันต์และ สมใจ ศิระกมล. (2567). การพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชน. *พุทธชินราชเวชสาร, 41(3)*, 240-254.

- ทิพย์วิภา สังข์อินทร์, ภาณุ อุดกัลลันและ นุชนารถ ศรีนาค. (2564). การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบครบวงจร โรงพยาบาลนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 8(2), 94-104.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปรานต์พินิตา นาสูงชน. (2565). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มารับบริการ ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลกุมภวาปี. *วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร*, 14-25.
- วิมล อิมอุไร. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (Nursing care for multiple trauma patients). *วารสารหัวหน้าสูทใจไกลกังวล*, 4(1), 54-69.
- วาสิทธิ์ นงนุช, วิศิษฐ์ ทองคำและ วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล. (2560). การพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ระหว่างสถานพยาบาล โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 10(2), 49-57.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.). (2564). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต แบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่* ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ปี 2563. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2564). *แผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปี2565-2569*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สุภาวดี สุทธิอาจ และสุบรรณ อาจสมัย. (2566). *การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลไชยวาน อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี*. อุดรธานี: แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลไชยวาน.
- Galvagno & Haut. (2017). Prehospital care of the patient with multiple trauma. *New England Journal of Medicine*, 376(11), 1067-1076.
- Institute of Medicine. (2015). *Improving diagnosis in health care*. The National Academies Press.
- Kemmis S., & McTaggart, R. (1998). *The action research planner (3rd ed.)*. Deakin University Press.
- Suthiart and Artsamai. (2023). Development of critical emergency referral practice guidelines Emergency Accident Department, Chai Wan Hospital, Chai Wan District, Udonthani Province. *Journal of Chaiyaphum Hospital*, 18(2), 1-12.
- World Health Organization. (2018). *Emergency care systems for universal health coverage: ensuring timely care for the acutely ill and injured*. Geneva: WHO Press.



## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนอุทัยวิทยาคม จังหวัดอุทัยธานี

ภคศิริ รักสิการ<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนอุทัยวิทยาคม จังหวัดอุทัยธานี ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 287 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุดค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ เกรดเฉลี่ยรวม (=14.587,  $p=0.024$ ) สถานภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา (= 14.619,  $p=0.023$ ) และนักเรียนมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ (=14.698,  $p>0.001$ ) ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยง (=13.260,  $p=0.010$ ) และการรับรู้ความสามารถตนเอง (=13.473,  $p=0.009$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว (=16.839,  $p=0.002$ ) แรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (=9.514,  $p=0.049$ ) แรงสนับสนุนจากสถานศึกษา ครู (=32.435,  $p>0.001$ ) และแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ (=71.615,  $p>0.001$ ) ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญที่จะทำการศึกษาในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ต้องเป็นเติบโตไปเป็นอนาคตของประเทศโดยคาดหวังอย่างยิ่งว่า ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้จะสามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นและเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในอนาคตต่อไป

**คำสำคัญ :** การป้องกัน การตั้งครรภ์ โรคติดต่อ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

<sup>1</sup>ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแกกรัง

E-mail : waleenan@hotmail.com



## Factors Relating Pregnancy and Sexually Transmitted Infection Prevention Among Lower Secondary Students at Uthai Wittayakom School,Uthai Thani Province

Pakasiri Raksikan<sup>1</sup>

### ABSTRACT

This descriptive research aimed to examine the factors associated with pregnancy prevention and sexually transmitted disease (STD) prevention among lower secondary school students at Uthai Wittayakhom School, Uthai Thani Province. The study sample consisted of 287 students, selected through systematic random sampling. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, minimum, maximum, and standard deviation. Inferential statistical analysis was performed using the chi-square test, with a significance level set at 0.05. The findings indicated that several factors were significantly associated with pregnancy and STD prevention. These included students' overall grade point average ( $x^2 = 14.587$ ,  $p = 0.024$ ), parental cohabitation status ( $x^2 = 14.619$ ,  $p = 0.023$ ), and prior sexual experience ( $x^2 = 14.698$ ,  $p > 0.001$ ). Health perception factors influencing prevention behaviors included perceived susceptibility ( $x^2 = 13.260$ ,  $p = 0.010$ ) and perceived self-efficacy ( $x^2 = 13.473$ ,  $p = 0.009$ ). Additionally, social support factors were found to be significantly associated, including family support ( $x^2 = 16.839$ ,  $p = 0.002$ ), peer support ( $x^2 = 9.514$ ,  $p = 0.049$ ), support from teachers and educational institutions ( $x^2 = 32.435$ ,  $p > 0.001$ ), and support from healthcare personnel ( $x^2 = 71.615$ ,  $p > 0.001$ ). This study underscores the importance of addressing pregnancy and STD prevention among lower secondary school students, who represent the future of the nation. The findings are expected to serve as a foundational resource for developing effective prevention strategies and interventions to enhance reproductive health education and support systems for adolescents.

**Keyword :** Pregnancy prevention, sexually transmitted diseases, lower secondary school students.

---

<sup>1</sup>Position: Professional Nurse, Sakae Krang Subdistrict Health Promotion Hospital.

E-mail: waleenan@hotmail.com

## บทนำ

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) ยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่กระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต และเศรษฐกิจของเยาวชนทั่วโลก โดยวัยรุ่นมักขาดความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์และเพศศึกษาที่ถูกต้อง ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย การมีคู่นอนหลายคน หรือการใช้สารเสพติดร่วม ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส หนองใน และหนองในเทียม ข้อมูลองค์การอนามัยโลกระบุว่าหญิงวัยรุ่นกว่า 16 ล้านคนตั้งครรภ์ต่อปี ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้ การเข้าถึงการคุมกำเนิดจำกัด และการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ปัญหานี้นำไปสู่การออกจากระบบการศึกษา การถูกตีตราทางสังคม ความยากลำบากด้านอาชีพ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ เช่น ภาวะมีบุตรยากหรือต้องรับยาต้านไวรัสตลอดชีวิต การให้ความรู้ด้านเพศศึกษา ส่งเสริมทักษะการตัดสินใจ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรต่อเยาวชน การแจกถุงยางอนามัย และการตรวจคัดกรองโรคอย่างทั่วถึง จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดปัญหาดังกล่าว และช่วยให้เยาวชนเติบโตอย่างมีคุณภาพ สนับสนุนการพัฒนาสังคมอย่างยั่งยืน (World Health Organization, 2024)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ วัยรุ่นที่ยังไม่มีความพร้อมมักเผชิญภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ เช่น โลหิตจาง ครรภ์เป็นพิษ และการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งอาจทำให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำหรือมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางจิตใจ เช่น ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังสัมพันธ์กับการหยุดเรียนกลางคัน การขาดโอกาสพัฒนาศักยภาพ และข้อจำกัดทางอาชีพ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อความยากจนและความไม่เสมอภาคทางสังคม อีกทั้งวัยรุ่นเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะเอชไอวี เนื่องจากขาดความรู้และทักษะการป้องกันที่เหมาะสม ปัญหานี้จึงไม่เพียงกระทบต่อบุคคล แต่ยังเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขที่มีผลต่อระบบบริการสุขภาพโดยรวม (UNFPA, 2024)

จากรายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่ในวัยรุ่น สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2567 พบว่า การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ร้อยละ 54.4 เรียนในระบบการศึกษาปกติ ร้อยละ 45.6 ไม่ได้เรียนในระบบการศึกษาปกติ และหลังจากที่เกิดการตั้งครรภ์แล้วนั้นส่งผลให้ ไม่เรียนในระบบการศึกษาปกติ ร้อยละ 79.3 แต่ยังคงมีบางส่วนที่ยังคงเรียนในระบบการศึกษาปกติ ร้อยละ 20.7 (รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่ในวัยรุ่น สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

จากรายงานการประชุมคณะกรรมการจังหวัดและหัวหน้าส่วนราชการจังหวัดอุทัยธานี เรื่อง สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2564-2567 (ไตรมาส2) ซึ่งเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด(เกณฑ์ไม่เกิน 0.7) (รายงานการประชุมคณะกรรมการจังหวัดและหัวหน้าส่วนราชการจังหวัดอุทัยธานี, 2567)

โรงเรียนเป็นสถานที่สำคัญสำหรับการให้ความรู้และสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมแก่นักเรียน การพัฒนา กิจกรรมและโครงการที่ช่วยเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยโครงการนี้มุ่งเน้นให้โรงเรียนอุทัยวิทยาคมเป็นต้นแบบในการสร้างความรู้และพฤติกรรมที่ดีในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อสร้างความตระหนักรู้และให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดและการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องที่ช่วยให้วัยรุ่นสามารถตัดสินใจได้อย่างมีสติและปลอดภัยมากขึ้น เตรียมความพร้อมสู่การเป็นวัยรุ่นที่มีความรับผิดชอบและปลอดภัยในชีวิต

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนอุทัยวิทยาคม จังหวัดอุทัยธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ผลการเรียน ระดับชั้นปีการศึกษา ที่พักอาศัย สถานภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยขณะเรียน ค่าใช้จ่ายต่อวัน ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ เคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนอุทัยวิทยาคม จังหวัดอุทัยธานี
3. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้คุณค่าในตนเอง เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนอุทัยวิทยาคม จังหวัดอุทัยธานี
4. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากคนรัก/แฟน แรงสนับสนุนจากเพื่อน แรงสนับสนุนจากสถานศึกษา และแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนอุทัยวิทยาคม จังหวัดอุทัยธานี
5. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนอุทัยวิทยาคม จังหวัดอุทัยธานี

## กรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย

### ปัจจัยส่วนบุคคล

เพศ อายุ โรคประจำตัว ผลการเรียนรวม ระดับชั้นปีการศึกษา ที่พักอาศัย สถานภาพ การอยู่ร่วมกันของบิดามารดา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยขณะเรียน ค่าใช้จ่ายต่อวัน ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ เคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

### ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- การรับรู้ผลกระทบเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- การรับรู้ความสามารถเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- การรับรู้คุณค่าในตนเองเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

### แรงสนับสนุนทางสังคม

- แรงสนับสนุนจากครอบครัว
- แรงสนับสนุนจากคนรัก/แฟน
- แรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน
- แรงสนับสนุนจากสถานศึกษาและครู
- แรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ

การป้องกัน  
การตั้งครรภ์และ  
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์  
ในนักเรียนระดับชั้น  
มัธยมศึกษาตอนต้น  
โรงเรียนอุทัยวิทยาคม  
จังหวัดอุทัยธานี

## วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยในครั้งนี้เป็นประเภทการวิจัยเชิงสังเกต (Observational Study) เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Analysis cross-sectional study) ด้วยวิธีการใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie & Morgan (1970 อ้างใน ชีรวุฒิ เอกะกุล, 2543) จากประชากรนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1–3 ปีการศึกษา 2567 โรงเรียนอุทัยวิทยาคม จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 1,137 คน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อน  $\pm 5\%$  ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 287 คน แบ่งตามระดับชั้น ม.1–3 โดยสุ่มเลือกตามรายชื่อตัวอักษรในแต่ละชั้นเรียน

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการติดต่อผ่านหัวหน้าชั้นปีในการกระจายแบบทดสอบออนไลน์ไปยังกลุ่มอาสาสมัครที่ทำการสุ่มตัวอย่างไว้ หลังจากนั้นอาสาสมัครเข้าร่วมตอบแบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งจะมีรายละเอียดคำชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัยอยู่ส่วนต้นของแบบสอบถาม
2. เมื่อครบกำหนดเวลาที่จะเก็บข้อมูล หรือได้จำนวนอาสาสมัครครบแล้ว ทีมผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล สำหรับแบบสอบถามที่ไม่ครบถ้วนทีมผู้วิจัยจะทำการตัดออกทันที
3. เมื่อตรวจสอบความเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์
4. เขียนสรุปผลการวิจัย
5. หลังจากทำการวิจัยเสร็จสิ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ทีมผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัคร

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เพศ อายุ โรคประจำตัว ผลการเรียนรวม ระดับชั้นปีการศึกษา ที่พักอาศัย สถานภาพ การอยู่ร่วมกันของบิดามารดา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ขณะเรียน ค่าใช้จ่ายต่อวัน ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ เคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับบุคคลใด โดยใช้สถิติเชิง

พรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนอุทัยวิทยาคม จังหวัดอุทัยธานี โดยใช้สถิติ Chi-square ที่มีความเชื่อมั่น 95%

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการส่งโครงร่างวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ผ่านการรับรองเลขที่โครงการวิจัย 50/2567 ลงวันที่ 19 ธันวาคม 2567 หลังจากนั้นติดต่อผ่านกลุ่มบริหารงานโรงเรียนอุทัยวิทยาคม และคุณครูที่ดูแลในส่วนนี้ในการกระจายแบบทดสอบถามออนไลน์ไปยังกลุ่มอาสาสมัครที่ทำการสุ่มตัวอย่างไว้ พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายให้เข้าใจว่าข้อมูลจะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายกับกลุ่มตัวอย่าง หากอาสาสมัครไม่สบายใจสามารถขอถอนตัวเองออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยข้อมูลจะถูกนำเสนอในรูปแบบของบทสรุปในภาพรวมเท่านั้น

### อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนอุทัยวิทยาคม จังหวัดอุทัยธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนอุทัยวิทยาคม จังหวัดอุทัยธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 287 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 4 ส่วน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อแสดงการกระจายข้อมูล และทราบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ส่วนสถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนอุทัยวิทยาคม จังหวัดอุทัยธานี ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ Chi-square ที่มีความเชื่อมั่น 95%

### สรุปผลการวิจัย

**ส่วนที่ 1** การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนอุทัยวิทยาคม จังหวัดอุทัยธานี

### 1.1 วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.4 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 13.42 ปี มีอายุ 13 ปี ร้อยละ 47 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.4 ศึกษาอยู่ที่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 53.3 เกรดเฉลี่ยส่วนใหญ่รวมอยู่ที่ 3.01-4.00 ร้อยละ 63.8 สถานภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 62.4 ส่วนใหญ่พักอาศัยบ้านบิดามารดา ร้อยละ 47.4 และอยู่ร่วมกันกับบิดามารดา ร้อยละ 49.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ค่าใช้จ่ายพอใช้ต่อวัน ร้อยละ 98.3 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.8 ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 32 มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรัก

### 1.2 วิเคราะห์ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์จากการมีเพศสัมพันธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 87.1 ( $\bar{X}=3.01$ , S.D.= 0.46) การรับรู้ผลกระทบอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 74.6 ( $\bar{X}=2.04$ , S.D.= 0.64) การรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 70 ( $\bar{X}=4.06$ , S.D.= 0.71) การเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.7 ( $\bar{X}=3.55$ , S.D.= 0.56)

### 1.3 วิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนจากครอบครัวในการคุมกำเนิดและการป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 49.8 ( $\bar{X}=3.25$ , S.D.= 0.97) จากคนรัก/แฟน อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 95.5 ( $\bar{X}=2.85$ , S.D.= 0.32) จากกลุ่มเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 80.8 ( $\bar{X}=3.08$ , S.D.= 0.57) จากสถานศึกษา ครู อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.9 ( $\bar{X}=3.02$ , S.D.= 0.98) จากบุคลากรด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย คิดเป็น ร้อยละ 55.4 ( $\bar{X}=2.50$ , S.D.= 1.33)

**ส่วนที่ 2** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

**2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น**

พบว่า เพศ อายุ โรคประจำตัว ระดับชั้นปีที่ศึกษา สถานที่พักอาศัย บุคคลที่พักอาศัยด้วยขณะเรียน ค่าใช้จ่ายต่อวัน และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนเกรดเฉลี่ยรวม สถานะภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา และประสบการณ์การเคยมี

เพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value = 0.024), ( $p$ -value = 0.023) และ ( $p$ -value < 0.001) ตามลำดับ

## 2.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

พบว่า การรับรู้ผลกระทบ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value = 0.010) และ ( $p$ -value = 0.009) ตามลำดับ

## 2.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

พบว่า แรงสนับสนุนจากคนรักหรือแฟน ไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนแรงสนับสนุนจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน สถานศึกษา ครู และบุคลากรด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value = 0.002) ,( $p$ -value = 0.049) ,(  $p$ -value < 0.001) และ( $p$ -value < 0.001) ตามลำดับ

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยในครั้งนี้

1. จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ผลกระทบของการไม่ป้องกันการตั้งครรภ์น้อย ดังนั้น ควรสร้างความรู้และส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับผลกระทบของการไม่ป้องกันการตั้งครรภ์น้อย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ใช้อยู่ในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2. จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพในการคุมกำเนิดและการป้องกันการตั้งครรภ์น้อย ดังนั้น ควรมีการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพในการคุมกำเนิดและการป้องกันการตั้งครรภ์น้อยของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างจากบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบนั้นๆ

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเก็บข้อมูลที่กว้างขึ้นในกลุ่มอายุอื่นๆหรือพื้นที่อื่นๆ เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากมีสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างและหลากหลาย

2. ควรทบทวนวิจัยที่เกี่ยวข้องให้มากขึ้น เพื่อค้นหาตัวแปรอื่นๆ ในการศึกษาเพิ่มขึ้น เพื่อให้วิเคราะห์ข้อมูลให้ครบถ้วนในทุก ๆ ด้าน



## เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการดูแลสุขภาพทางเพศ*. เข้าถึงได้จาก

[https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/202203/m\\_magazine/33336/3327/file\\_download/050d3388d29a80ec5e0e282ea7c67637.pdf](https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/202203/m_magazine/33336/3327/file_download/050d3388d29a80ec5e0e282ea7c67637.pdf)

กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *ร่างแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 – 2569 (ปีงบประมาณ 2565)*. สืบค้นจาก

<https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/tinymce/kpi65/1-13/1.13-1.11.pdf>

ฉัตรรัตน์ ราศิริ. (2567). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นหญิงโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง อำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก*. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 *Journal of DPC Region 9*, ปีที่, [107]. เข้าถึงได้จาก [https://he01.tci-](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs/article/view/268301/181072)

[thaijo.org/index.php/dpcphs/article/view/268301/181072](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs/article/view/268301/181072)

นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2561). *การวิจัยทางสาธารณสุขจากหลักการสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่ในวัยรุ่น*.

สืบค้นจาก <https://rh.anamai.moph.go.th/th/surveillance-report/5046#wow-book/>

Brown, H., & Williams, T. (2016). Family structure and adolescent sexual health behaviors: The role of parental support. *Am J Public Health, 106*(7), 1244–1250. doi:

10.2105/AJPH.2016.303118

Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4th ed., pp. 45–65).

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607–610. doi: 10.1177/001316447003000308

Lammers, J., et al. (2011). Adolescents' sexual behavior and contraceptive use: The role of sexual experience and partner involvement. *Journal of Adolescence*, 34(5), 923–930. doi:10.1016/j.adolescence.2011.01.002

World Health Organization. (2024, November 19). WHO investment round: Culminating moment at G20 summit as leaders pledge. Retrieved November 17, 2024, from <https://www.who.int/news/item/19-11-2024-who-investment-round--culminating-moment-at-g20-summit-as-leaders-pledge>



# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนิสิตชั้นปีที่ 1

## คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ณัฐกานต์ นครสุข<sup>1</sup>, ณิชกานต์ กาศเจริญ<sup>1</sup>, ธนัช กนกเทศ<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนิสิตชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 117 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม อยู่ระหว่าง 0.79-0.948 โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบผลคูณโมเมนต์ของเพียร์สัน และ สัมประสิทธิ์อีตา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.60 อายุ 18 ปี ร้อยละ 70.10 มีเกรดเฉลี่ยสะสมระหว่าง 3.50-3.75 ร้อยละ 46.20 เงินที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือนของนิสิต อยู่ระหว่าง 3,500-5,000 บาท ร้อยละ 40.20 ไม่พบโรคประจำตัวของนิสิต ร้อยละ 93.20 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ภูมิแพ้ ร้อยละ 3.40 พักอาศัยที่หอพัก (นอกมหาวิทยาลัย) ร้อยละ 77.80 ลำดับการเกิดของนิสิต เป็นบุตรคนสุดท้อง ร้อยละ 39.30 สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 63.20 บุคคลในครอบครัว ไม่มีประวัติปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 100 บุคคลที่พักอาศัยด้วย คือ บิดามารดา ร้อยละ 45.30 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนิสิตพบว่า ปัจจัยภายนอก( $r = 0.561, p=0.001$ ) ผลการเรียน ( $r=0.389, p = 0.001$ ) ครอบครัว ( $r = 0.398, p = 0.001$ ) ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ( $r = 0.427, p = 0.001$ ) รวมทั้งด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ( $r = 0.427, p = 0.001$ ) มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนิสิตชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ** ความเครียด นิสิต วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย

<sup>1</sup>นักวิชาการสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, natthankann65@nu.ac.th, 098-7857256

<sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, thanachk@nu.ac.th, 081-8865761

## Factors Related to Stress among First-Year Students, Faculty of Public Health, Naresuan University

Natthankan Nakomsook<sup>1</sup>, Nichakan Kadcharoen<sup>1</sup>, Nichakan Kadcharoen<sup>2</sup>

### Abstract

This research was a Cross-Sectional Descriptive Study aimed at investigating the stress level and factors related to stress among first-year students, Faculty of Public Health, Naresuan University. The sample group consisted of 117 individuals. Data were collected using an online questionnaire developed by the researchers, which demonstrated reliability (Cronbach's Alpha) ranging from 0.79 to 0.948. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, maximum value, minimum value, standard deviation (SD), Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient, and the Eta Coefficient.

The results showed that the majority of the sample were female (84.60%) and aged 18 years (70.10%). The cumulative GPA (Grade Point Average) was mainly between 3.50–3.75 (46.20%). The average monthly allowance received by the students was between 3,500–5,000 Baht (40.20%). Most students reported no underlying disease (93.20%), with the most common reported condition being allergies (3.40%). A large percentage of students resided in off-campus dormitories (77.80%). The birth order of the students was predominantly the youngest child (39.30%). The marital status of the parents was primarily living together (63.20%). All students (100%) reported no history of mental health problems among family members. The individuals residing with the students were primarily their parents (45.30%). Factors found to be significantly related to the stress of first-year students at the Faculty of Public Health, Naresuan University, at a statistical significance level of 0.05 included: External Factors ( $r = 0.561$ ,  $p = 0.001$ ) Academic Performance ( $r = 0.389$ ,  $p = 0.001$ ) Family ( $r = 0.398$ ,  $p = 0.001$ ) Relationships with Others ( $r = 0.427$ ,  $p = 0.001$ ) Social and Environmental Aspects ( $r = 0.427$ ,  $p = 0.001$ )

**Keywords:** Stress, Student, Health Sciences, University

---

<sup>1</sup>Public Health Academician, Faculty of Public Health, Naresuan University, natthankann65@nu.ac.th, 098-7857256

<sup>2</sup>Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University, thanachk@nu.ac.th, 081-8865761

## บทนำ

การดำเนินการสุขภาพจิต (Mental Health in Thailand 4.0) ภายใต้สาธารณสุขไทย 4.0 ตอบสนองต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านความมั่นคงที่ขับเคลื่อนด้วยการสร้างการมีส่วนร่วม เพื่อหลุดพ้นจากกับดักความเหลื่อมล้ำในสังคมโดยขับเคลื่อนผ่านแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561 - 2580) อันจะนำไปสู่เป้าหมายหลัก คือ “คนไทยมีปัญญา อารมณ์ดีและมีความสุข อยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า” ตามแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ.2565–2569 (นิภาพรรณ เจนสันติกุล และ ไชยณัฐ คำดี. , 2024) จากผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมาพบว่าภาวะฆ่าตัวตายในช่วง 1 ปี ใน 21 ประเทศ องค์การอนามัยโลก (World Mental Health: WMH survey, 2025) ตั้งแต่ปี ค.ศ.2001 – 2007 มีความชุกของการคิดวางแผนและการพยายามฆ่าตัวตาย เพิ่มขึ้นโดยประเทศไทย พบพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ในหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 0.8 และ 0.5 ตามลำดับ) ส่วนการวางแผนพบในชายมากกว่าหญิง (ร้อยละ 0.2 และ 0.1 ตามลำดับ) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 35-44 ปี ร้อยละ 1.0 การให้ความสำคัญทางวัตถุ และเน้นการแข่งขันเพื่อความอยู่รอดในสังคมส่งผลกระทบต่อการปรับตัวในการดำรงชีวิต และเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต เรียกว่า ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สามารถเกิดขึ้นทุกเพศ ทุกอาชีพและทุกวัย(ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7, 2567) ความเครียดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญนำไปสู่การฆ่าตัวตาย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากรายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายโลกของ องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุก ๆ 40 วินาที และการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ในวัยรุ่น อายุ 15–29 ปี มากที่สุด (WHO, 2022)

จากสถิติความเครียดในวัยรุ่นของประเทศไทยพบว่าร้อยละ 28 มีภาวะเครียดสูง ร้อยละ 32 มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ในขณะที่อีก ร้อยละ 22 เข้าสังคมลดลง ดิตใจ และเกมออนไลน์มากขึ้น มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง และใช้ความรุนแรงในครอบครัว จนนำไปสู่อัตราการฆ่าตัวตาย (เรียม นมรักษ์ และคณะ, 2024) วัยรุ่นเกือบ 46,000 คน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็น 1 ใน 5 สาเหตุหลักของการเสียชีวิตในวัยรุ่นในประเทศไทย ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต ระบุว่า เด็กและเยาวชนอายุ 10-29 ปี ราว 800 คน ฆ่าตัวตายสำเร็จใน พ.ศ.2562 ในขณะที่ข้อมูลจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ พบว่า เด็กวัยรุ่นอายุ 10-19 ปีกว่า 10,000 คน และได้โทรเข้าสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เพื่อขอรับคำปรึกษาปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ความเครียด และความวิตกกังวล ปัญหาความรัก และภาวะซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2564) โดยมีสาเหตุทั้งระบบการศึกษา และความคาดหวังผลการเรียน ความสัมพันธ์กับครอบครัว สิ่งแวดล้อมภายใน และการเลี้ยงดู รวมไปถึงปัจจัยทางด้านโครงสร้างของสังคมที่ไม่ครอบคลุม นำไปสู่ความขัดแย้ง และแสดงออกมาผ่านทางการใช้ความรุนแรง (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2567) วัยรุ่นที่ต้องรับมือกับความเปลี่ยนแปลงทั้งพัฒนาการของร่างกาย ความคิด สุขภาวะจิตที่แตกต่างไปจากเด็ก การก้าวไปสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่ดีในอนาคตจะต้องใช้ปัจจัยทั้งครอบครัว

สังคมในสถานศึกษา เพื่อลดความเสี่ยงปัญหาต่าง ๆ การปรับตัวไม่ทันต่อสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วอาจทำให้เกิดความเครียดในวัยรุ่นได้

จากสถานการณ์วัยรุ่นส่วนหนึ่งที่ต้องเข้าสู่การศึกษาในระดับอุดมศึกษาซึ่งจะมีการเรียน และการใช้ชีวิตที่แตกต่างจากระดับมัธยมศึกษาอย่างมาก เพราะผู้เรียนจะต้องพึ่งพาตัวเองเป็นหลักและทำทุกอย่างด้วยตัวเอง ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าหากนิสิตนักศึกษาเกิดความเครียดจะส่งผลเสียต่อสุขภาพและอาจทำให้ผลการเรียนลดลง (นภัสกร ชันธควร, 2559) นักศึกษาที่ต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงในเรื่องที่อยู่อาศัยอย่างเฉียบพลัน อาจส่งผลให้นักศึกษาบางคนที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจมาก่อนเกิดอาการขาดเสถียรภาพ คิดถึงบ้าน และครอบครัว ซึ่งอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่เหมาะสม (กัญญาวิณ โมกขาว และคณะ, 2558) นิสิตนักศึกษาชั้นปีที่ 1 เป็นวัยที่ให้ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หวั่นไหวง่าย มีความวิตกกังวล มีอารมณ์รุนแรง ไม่ชอบการมีระเบียบกฎเกณฑ์ นิสิตนักศึกษาที่อยู่ในช่วงวัยนี้ เป็นวัยที่มีความสำคัญและเป็นอนาคตที่ดีของชาติจำเป็นต้องได้รับการดูแล เอาใจใส่เป็นอย่างดีและได้รับคำแนะนำในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม แต่ในปัจจุบันพบว่าปัจจัยต่าง ๆ มีผลต่อกระทบต่อสุขภาพร่างกาย และจิตใจของวัยรุ่น (คันธรัตน์ ยอดพิชัย, 2549)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ทำหน้าผลิตบัณฑิตให้มีความรู้ความสามารถ ในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตามภารกิจโดยครบถ้วน และสนับสนุนส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาถึงพร้อมซึ่งความรู้ความสามารถความเจริญของงานทั้งร่างกาย และจิตใจ มีความรับผิดชอบต่อตนเอง และสังคม แต่ทั้งนี้เนื่องจากในระดับอุดมศึกษานั้นมีความแตกต่างจากสภาพการศึกษา ในโรงเรียนระดับ มัธยมศึกษาฉะนั้นเมื่อก้าวเข้าสู่ระดับอุดมศึกษา นิสิตจำเป็นต้องพึ่งพาตัวเอง จัดการและดำเนินการทุกอย่างด้วยตนเอง ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความเครียด จากการสัมภาษณ์นิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวรให้ความเห็นว่า ปัญหาที่ประสบมากที่สุด ได้แก่ ด้านกิจกรรม ด้านการเงิน ด้านการปรับตัว ด้านสุขภาพ ด้านการเรียนและการสอบ (กันตพัฒน์ อนุศักดิ์ และคณะ, 2568) ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับระดับความเครียด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนิสิตชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อให้เกิดความเข้าใจปัญหาของนิสิต และเพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการป้องกัน การเกิดปัญหาสุขภาพจิต อีกทั้งเป็นแนวทางในการลดความเครียดแก่นิสิตต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. นิสิตชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มีความเครียดอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนิสิตชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย

นเรศวร

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของนิสิตชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนิสิตชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

## สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ด้านการเรียน ด้านครอบครัว ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับความเครียด ของนิสิตชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

## ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร  
ประชากร คือ นิสิตชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ประกอบด้วย หลักสูตรอนามัยชุมชน แพทย์แผนไทยประยุกต์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย และการดูแลและการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 117 คน
2. ขอบเขตด้านเวลา  
ระยะเวลาในการดำเนินงานตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2567 – เดือนสิงหาคม 2568
3. ขอบเขตด้านตัวแปร  
ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีดังนี้
  - 3.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ประกอบด้วย
    - 3.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สาขาวิชา เกรดเฉลี่ยสะสม เงินที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือนของนิสิต โรคประจำตัวของนิสิต ลักษณะที่พักอาศัยระหว่างการศึกษ ลำดับการเกิดของนิสิต สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง คนในครอบครัวมีประวัติปัญหาสุขภาพจิต และบุคคลที่พักอาศัย
    - 3.1.2 ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความเครียดของนิสิต ได้แก่ ด้านการเรียน ด้านครอบครัว ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
  - 3.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ ความเครียดของนิสิตชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

## กรอบแนวคิดของการวิจัย

## ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ
- อายุ
- สาขาวิชา
- เกรดเฉลี่ยสะสม
- เงินที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือนของนิสิต
- โรคประจำตัวของนิสิต
- ลักษณะที่พังกาศัยระหว่างการศึกษ
- ลำดับการเกิดของนิสิต
- จำนวนพี่น้อง
- สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง
- คนในครอบครัวมีประวัติปัญหาสุขภาพจิต
- บุคคลที่พังกาศัยอยู่ด้วย

ความเครียดของนิสิตชั้นปีที่ 1  
คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยนเรศวร

## ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความเครียดของนิสิต

- ด้านการเรียน
- ด้านครอบครัว
- ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
- ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

## วิธีดำเนินการวิจัย

### ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นิสิตชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวน 314 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 6 กันยายน 2567 งานทะเบียนนิสิตและประมวลผลกองบริการการศึกษา, 2567)

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่าง ซึ่งคำนวณจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรกรณีทราบจำนวนประชากร Wayne W., D. (1995) ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{e^2(N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

- เมื่อ  $n$  = ขนาดของตัวอย่าง  
 $N$  = ขนาดของประชากร 314 คน  
 $e$  = ความคลาดเคลื่อนจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 0.05  
 $Z_{\alpha/2}$  = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% คือ 0.05 (1.96)  
 $\sigma$  = ค่าความแปรปรวน 0.32 (จากการศึกษา ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนิสิตชั้นปีที่ 1 ระดับปริญญาตรี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นภัสกร ชันธควร, 2559)  
 แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{314(1.96)^2(0.32)^2}{(0.05)^2(314 - 1) + (1.96)^2(0.32)^2}$$

$$n = 105.0458$$

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการแทนค่าในสูตรเท่ากับ 105 คน  
 เพื่อป้องกันการออกจากการศึกษา (Drop out) จึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม ร้อยละ 10 ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้รวมทั้งสิ้น จำนวน 117 คน

#### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. นิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 5 หลักสูตร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. นิสิตที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป
3. นิสิตมีอุปกรณ์ในการตอบแบบสอบถาม ดิจิทัล เช่น โทรศัพท์ โน้ตบุ๊ก เป็นต้น
4. นิสิตที่ให้ความยินยอมและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

#### เกณฑ์คัดออก(Exclusion criteria)

1. นิสิตที่พ้นสภาพจากการเป็นนิสิต ผู้ที่พักการศึกษา และการย้ายคณะ
2. นิสิตที่มีปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

จัดเก็บโดยแบ่งจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ออกเป็น 5 กลุ่ม โดยแบ่งตามสัดส่วนของประชากรตามหลักสูตรการศึกษา เพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

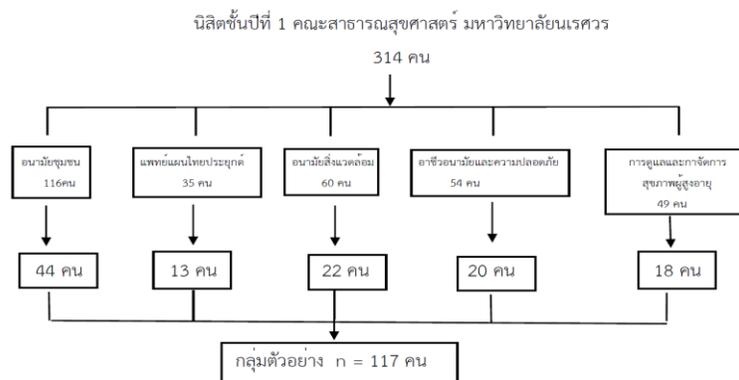
ขั้นตอนที่ 1 จากรายงานสถิติจำนวนนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร ประจำปีการศึกษา 2567 ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยกำหนดช่วงการสุ่ม (Sampling interval) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. เรียงลำดับสาขาจนครบ 5 สาขา
2. คำนวณช่วงการสุ่ม

**ตารางที่ 1 แสดงการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของนิสิตชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์**

สาขา	จำนวนนิสิต (คน)	คำนวณ	จำนวนตัวอย่าง (คน)
อนามัยชุมชน	116	$(116 \times 117) / 314$	44
แพทย์แผนไทยประยุกต์	35	$(35 \times 117) / 314$	13
อนามัยสิ่งแวดล้อม	60	$(60 \times 117) / 314$	22
อาชีวอนามัยและความปลอดภัย	54	$(54 \times 117) / 314$	20
การดูแลและการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ	49	$(49 \times 117) / 314$	18
<b>รวม</b>	<b>314</b>	$(314 \times 117) / 314$	<b>117</b>

การเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเลือกใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) โดยแบ่งเป็นหลักสูตร แบ่งออกเป็นชั้น ๆ แบบเป็นสัดส่วนเฉลี่ยเท่าๆ กัน จนครบตามจำนวนตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด 117 คนดังนี้



**ภาพ 1 สัดส่วนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง**

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสร็จแล้วเสนอบริการที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบและเสนอผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจำนวน 3 ท่านตรวจสอบในด้านความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) และความตรงด้านโครงสร้าง (Construct Validity) เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้างความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามที่ได้รับคำแนะนำ
2. การตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้มีการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient) เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามมีค่า อยู่ระหว่าง 0.79-0.948

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร ผ่านการอนุมัติเลขที่ IRB No.P2-0061/2568 ลงวันที่ 9 เมษายน 2568 จากนั้นมีการชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัย แนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมช่วงใดก็ได้

## วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลในแบบสอบถามแล้วผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปและใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. รวบรวมแบบสอบถามตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลแยกหมวดหมู่ข้อมูลจากนั้นนำมาลงรหัสให้ตัวเองตามแบบฟอร์มการลงรหัสข้อมูล (Coding) เตรียมนำไปบันทึกข้อมูล

2. บันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์โปรแกรมประมวลผลสำเร็จรูป (SPSS for Windows) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

- 2.1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สาขาวิชา เกรดเฉลี่ยสะสม เงินที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือนของนิสิต โรคประจำตัว ลักษณะที่พังกอภัยระหว่างการศึกษาลำดับการเกิด สถานะภาพสมรสของผู้ปกครอง ประวัติปัญหาสุขภาพจิต บุคคลที่พังกอภัยร่วม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการหาการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2)วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความเครียด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inference Statistics) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนิสิตชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Eta Coefficient.

### ผลการวิจัย

1) ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.60 อายุ 18 ปี ร้อยละ 70.10 เกรดเฉลี่ยสะสมระหว่าง 3.50-3.75 ร้อยละ 46.20 เงินที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือนของนิสิต อยู่ระหว่าง 3500 – 5000 บาท ร้อยละ 40.20 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.20 พักอาศัยหอพัก (นอกมหาวิทยาลัย) ร้อยละ 77.80 เป็นบุตรคนสุดท้อง ร้อยละ 39.30 สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 63.20 ไม่พบ บุคคลในครอบครัวมีประวัติปัญหาสุขภาพจิต บุคคลที่พำนักอาศัยด้วยคือ บิดามารดา ร้อยละ 45.30

2) ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความเครียดของนิสิต 3 อันดับแรก คือ รูปแบบการสอน ร้อยละ 19.70 รองลงมา คือ ได้รับมอบหมายงานที่มากเกินไป การเตรียมตัวอ่านหนังสือไม่ทันสอบ ร้อยละ 6.80 และ เนื้อหาวิชาในสาขามีความยากเกินไป ร้อยละ 6.00 ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความเครียดของนิสิต คือครอบครัวรับฟังและแก้ปัญหา ร้อยละ 53.00 และครอบครัวมีเวลาในการประกอบกิจกรรมร่วมกัน ร้อยละ 43.60 ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความเครียดของนิสิต คือ ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ร้อยละ 42.70 รองลงมา การสามารถทำงานเป็นทีม ร้อยละ 41.90 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ส่งผลต่อความเครียดของนิสิต คือ ปัญหาสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่ไม่ทั่วถึง ร้อยละ 15.40 รองลงมาคือ มีปัญหาฝุ่น คิววัน จากยานพาหนะ ร้อยละ 12.00 และ ท่านใช้ระยะเวลามากในการเดินทางมาเรียน ร้อยละ 11.10

3) ผลการวิเคราะห์แบบสอบถามวัดความเครียดโดยใช้แบบทดสอบสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) พบระดับความเครียดมากที่สุด คือ ระดับความเครียดสูง ร้อยละ 37.60 รองลงมา คือ ระดับความเครียดปานกลาง ร้อยละ 33.30 และระดับความเครียดรุนแรง ร้อยละ 25.60 กลุ่มที่มีระดับรู้สึกเครียดมากที่สุดคือ กลัวทำงานผิดพลาด ร้อยละ 3.29 รองลงมาคือปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 3.12

4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของนิสิต ได้แก่ ปัจจัยภายนอก ( $r = 0.561$ ,  $p\text{-value} < 0.05$ ) ปัจจัยด้านการเรียน ( $r = 0.389$ ,  $p\text{-value} < 0.05$ ) ปัจจัยด้านครอบครัว ( $r = 0.398$ ,  $p\text{-value} < 0.05$ ) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ( $r = 0.427$ ,  $p\text{-value} < 0.05$ ) และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ( $r = 0.455$ ,  $p\text{-value} < 0.05$ ) มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของนิสิต ชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังรายละเอียดตามตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงผลการวิเคราะห์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (PEARSON' S CORRELATION) ระหว่างปัจจัย กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของนิสิต (N=117)

ปัจจัย	ระดับ	ปัจจัย	ด้าน	ด้าน	ด้าน	ด้านสังคม	
	ความเครียด	ภายนอก	การเรียน	ครอบครัว	ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	และสิ่งแวดล้อม	
ระดับความเครียด	Pearson	1					
	2-tailed						
ปัจจัยภายนอก	Pearson	0.561**	1				
	2-tailed	0.000					
ด้านการเรียน	Pearson	0.389**	0.765**	1			
	2-tailed	0.000	0.000				
ด้านครอบครัว	Pearson	0.398**	0.690**	0.435**	1		
	2-tailed	0.000	0.000	0.000			
ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	Pearson	0.427**	0.723**	0.390**	0.427**	1	
	2-tailed	0.000	0.000	0.000	0.000		
ด้านสังคม	Pearson	0.455**	0.795**	0.454**	0.305**	0.447**	1
และสิ่งแวดล้อม	2-tailed	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000	

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดโดยใช้สถิติ Eta พบว่า ทุกตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดตามตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนิสิต โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีต้า (ETA CORRELATION)

ปัจจัย	ความเครียด		
	Eta	F	P
เพศ	0.02	0.09	0.75
สาขาวิชา	0.20	1.11	0.32
เงินที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือนของนิสิต	0.11	0.49	0.68
โรคประจำตัวนิสิต	0.05	0.37	0.53
ลักษณะที่พักอาศัยระหว่างการศึกษา	0.05	0.10	0.95

ลำดับการเกิดของนิสิต	0.19	1.52	0.21
สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง	0.13	0.50	0.72
บุคคลที่พักอาศัยด้วย	0.29	1.11	0.35

### อภิปรายผลการศึกษา

1) ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความเครียด มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนิสิตชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.561, p = 0.001$ ) มีความเครียดจากปัจจัยภายนอกทั้ง 4 ด้าน ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการเรียน ด้านครอบครัว ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านจากชีวิตนักเรียนมัธยมศึกษาเข้าสู่ชีวิตมหาวิทยาลัยนั้น เป็นช่วงเวลาที่ต้องเผชิญกับความท้าทาย ทั้งจากภายนอกและภายในตัวบุคคล สอดคล้องกับงานวิจัยของ กัญญ์ชิสรา สุทรมาลัย และ พรณภช ชั้นแจ่ม (2024) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และวิธีเผชิญกับความเครียดในการฝึกวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ มัญชัชฐา ใจคำ และคณะ (2568) ได้ศึกษาเรื่องความเครียดของนักศึกษาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวเน้นศึกษาบทบาทของความสามารถในการปรับตัว ซึ่งเป็นกลไกภายในของนักศึกษาที่มีอิทธิพลต่อการจัดการและลดระดับความเครียดจากปัจจัยภายนอก ในขณะที่การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นไปที่การระบุความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างปัจจัยภายนอกกับความเครียด

2) ด้านการเรียน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนิสิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.389, p= 0.001$ ) เนื่องจากนิสิตต้องเผชิญกับเนื้อหาที่ยากและซับซ้อน อีกทั้งยังมีภาระงานที่ได้รับมอบหมายที่มากเกินไป และการเตรียมตัวอ่านหนังสือไม่ทันสอบยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญ ที่เพิ่มระดับความเครียดให้สูงขึ้น เมื่อต้องเผชิญกับผลการวัดระดับความรู้ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่คาดหวัง ยิ่งส่งผลให้นิสิตรู้สึกผิดหวังในตนเองมากขึ้นไปอีก นอกจากนี้รูปแบบการสอนของอาจารย์มีบทบาทสำคัญหากรูปแบบการสอนมีความน่าสนใจและช่วยให้นิสิตสามารถทำความเข้าใจเนื้อหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความเครียดจากการเรียนก็จะลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชมพูนุท หวังแลกลาง (2025) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง งานวิจัยนี้พบว่านักศึกษาในคณะสาธารณสุขศาสตร์ต้องมีการปรับตัวทางการเรียนอย่างมาก ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงชั้นปีแรก และ งานวิจัยของ จุฑามาศ แก้วจันดี และคณะ (2024) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเรียนกับระดับความเครียดของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ซึ่งพบว่านักศึกษาต้องมีการปรับตัว

ทางการเรียนอย่างมาก งานวิจัยนี้ระบุชัดเจนว่าปัจจัยด้านการเรียน เช่น การได้รับมอบหมายงานที่มากเกินไป และความกังวลเรื่องผลการสอบ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเครียดของนักศึกษา ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ กันยารัตน์ ชีราวุฒิ และคณะ (2025). ได้ศึกษาเรื่อง ความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ในสถานการณ์การแพร่ระบาด งานวิจัยนี้ พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับน้อย ซึ่งอาจชี้ให้เห็นว่าในบางบริบทหรือบางสถาบัน การเรียนอาจไม่ใช่ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออย่างมีนัยสำคัญเท่ากับปัจจัยอื่น ๆ

3)ด้านครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเครียดของนิสิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.398, p = 0.001$ ) เนื่องจากนิสิตต้องเผชิญกับปัญหาภายในครอบครัวโดยปราศจากการจัดการที่เหมาะสม การขาดพื้นที่ปลอดภัยทางอารมณ์ เมื่อนิสิตไม่ได้รับการรับฟังและไม่สามารถขอคำปรึกษาจากครอบครัวได้ในยามที่มีปัญหาต้องแบกรับความเครียดไว้เพียงลำพัง การขาดพื้นที่ทางใจสำหรับระบายความรู้สึกและการขาดแนวทางแก้ไขปัญหอย่างสร้างสรรค์จากคนในครอบครัว เป็นปัจจัยที่บั่นทอนสุขภาพจิตอย่างรุนแรง ความรู้สึกไร้ความสำคัญและขาดการยอมรับ ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสำคัญหรือความคิดเห็นไม่ได้รับการยอมรับภายในครอบครัวสามารถก่อให้เกิดความเครียดได้ การที่ครอบครัวไม่มีเวลาทำกิจกรรมร่วมกันอย่างมีคุณภาพ หรือการไม่ได้รับความนับถือภายในบ้านจะทำให้ความสัมพันธ์ห่างเหินและนำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยวและไร้คุณค่าในที่สุด สภาพแวดล้อมที่ไม่มั่นคง ทำให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้งกันในครอบครัวหรือการใช้อารมณ์ในการสั่งสอน เป็นการสร้างสภาพแวดล้อมที่ทำให้จิตใจของนิสิตไม่มั่นคง พวกเขาอาจรู้สึกหวาดกลัว วิดกกังวล และขาดความรู้สึกปลอดภัยในบ้านของตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับผู้อื่นและการใช้ชีวิตในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภูวสิทธิ์ ภูววรรณ และคณะ (2020) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 โดยพบว่าปัจจัยด้านครอบครัว เช่น ครอบครัวมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกัน และ ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบที่เคร่งครัดของครอบครัว มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเครียดของนักศึกษา ซึ่งตอกย้ำว่าปัญหาภายในครอบครัวเป็นสาเหตุสำคัญของความเครียด และงานวิจัยของ มัญชิษฐา ใจคำ, อริศรา พูลจันทร์, และคณะ (2568) ได้ศึกษาเรื่อง ความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ปีการศึกษา 2567 ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่แตกต่างกันส่งผลต่อระดับความเครียดของนักศึกษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะนักศึกษาที่ต้องเผชิญกับปัญหาในครอบครัวที่ซับซ้อน ไม่สอดคล้องกับวิจัยของ สุหทัย โดสังวาลย์ และ ทายาวีร์ จันทรวีวัฒน์ (2023). ได้ศึกษาเรื่อง ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด 19 งานวิจัยนี้พบว่าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ความเครียดและการจัดการความเครียดในภาพรวม ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งอาจ

ชี้ให้เห็นว่าแม้จะมีความเครียดจากปัจจัยภายนอก แต่ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ได้เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของนักศึกษาเสมอไปในทุกสถานการณ์

4) ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนิสิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.427, p = 0.001$ ) พบว่า การสื่อสารและการทำงานร่วมกันเมื่อนิสิตไม่สามารถสื่อสารกับเพื่อนร่วมกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ย่อมนำไปสู่ความขัดแย้งในการทำงานและส่งผลให้งานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จจุลวง ซึ่งก่อให้เกิดความกดดันและความเครียด นอกจากนี้ การที่นิสิตไม่เป็นที่ยอมรับจากกลุ่มเพื่อนเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่สร้างความเครียด เนื่องจากการขาดการยอมรับและรู้สึกโดดเดี่ยวส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ หากความสัมพันธ์โดยรวมขาดความลึกซึ้งและไม่สามารถพึ่งพากันได้ในยามที่มีปัญหา การเผชิญกับปัญหาในการเข้าสังคมการสื่อสาร หรือการไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อน จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความเครียดในนิสิต ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของ สุริยา ยอดทอง, ธงชัย อินทมาตย์ (2566) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน งานวิจัยนี้พบว่า ระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด ซึ่งหนึ่งในปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด คือ สัมพันธภาพที่ไม่ราบรื่นกับเพื่อนร่วมชั้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของคุณที่ว่าปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นสาเหตุของความเครียด และวิจัยของ กรทิพย์ วิทยา กาญจน และคณะ (2566) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียด สัมพันธภาพกับเพื่อนและรูปแบบการเลี้ยงดูกับความผาสุกทางจิตของนักเรียนอาชีวศึกษาในกรุงเทพมหานคร งานวิจัยนี้พบว่า สัมพันธภาพกับเพื่อนที่ไม่ดีหรือไม่ราบรื่นย่อมส่งผลให้ความเครียดเพิ่มขึ้น ไม่สอดคล้องกับวิจัยของธนภรณ์ ลิ้มปิยะกุล, สุภาภรณ์ นาคกลิ้ง (2566) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่ง งานวิจัยนี้พบว่า ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น การมีเพื่อนสนิท หรือการเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปรับตัว แต่ไม่ได้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระดับความเครียดโดยตรง ซึ่งชี้ให้เห็นในบางบริบทความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนอาจเป็นเพียงตัวช่วยให้ปรับตัวได้ดีขึ้นเท่านั้น ไม่ได้มีผลต่อการลดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญเสมอไป

5) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนิสิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.427, p = 0.001$ ) เนื่องจากปัญหาด้านเทคโนโลยีและพื้นที่เรียนรู้ ความเครียดของนิสิตเพิ่มสูงขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับ ปัญหาสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่ไม่ทั่วถึง ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเรียนการสอนในยุคดิจิทัล อีกทั้ง พื้นที่ในการทบทวนบทเรียนไม่เพียงพอ หรือมีเสียงรบกวนภายในห้องเรียน ก็ส่งผลกระทบต่อสมาธิและความสามารถในการเรียนรู้ ทำให้นิสิตรู้สึกกดดันและวิตกกังวลว่าผลการเรียนจะออกมาไม่ดีและการพบปัญหาผลภาวะสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยอย่างปัญหาฝุ่นและควันจากยานพาหนะ ในบริเวณโดยรอบมหาวิทยาลัย ไม่เพียงแต่ส่งผลเสียต่อสุขภาพกาย แต่ยังทำให้จิตใจรู้สึกไม่สบายและหงุดหงิดง่าย ซึ่งเป็นอีกหนึ่งสาเหตุของ

ความเครียดสะสม อีกทั้งปัญหาการเดินทางของนิสิต ใช้ระยะเวลามากในการเดินทางมาเรียนในแต่ละวัน ทำให้ นิสิตต้องเสียเวลาและพลังงานไปกับ การเดินทาง ส่งผลให้มีเวลาพักผ่อนน้อยลง และถึงห้องเรียนด้วยความเหนื่อย ล้า ซึ่งทั้งหมดนี้ เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของ พิทยา พิมาพนิตย์, พรธนิภา ชนะ รัตน์ (2567) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 งานวิจัยนี้พบว่าปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อม เช่น สภาพที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมในมหาวิทยาลัย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ ความเครียดของนักศึกษา ซึ่งสนับสนุนว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียด และ งานวิจัยของ อรรวรรณ ปานทน, พัชราภา กาญจนกิจ (2568) ได้ศึกษาเรื่อง ความเครียดและการปรับตัวใน สภาพแวดล้อมใหม่ของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลมี ระดับความเครียดสูงในช่วงที่ต้องปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ โดยเฉพาะปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม และสังคมในหอพัก ซึ่งตรงกับผลการศึกษาของคุณว่าสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับความเครียด ไม่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภรณ์ นกทอง, สุमितร ภูษณะ, จตุรงค์ ประจันนวล (2568) ได้ศึกษาเรื่อง ความเครียด ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด อุบลราชธานีในสถานการณ์การแพร่ระบาด ผลการวิจัยนี้พบว่า ปัจจัยด้าน สภาพแวดล้อมของวิทยาลัยไม่มี ความสัมพันธ์กับความเครียด ซึ่งอาจหมายความว่าในบางบริบทหรือบางสถาบัน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมไม่ได้เป็น สาเหตุสำคัญของความเครียดเท่ากับปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล หรือปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

## 5. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

- 5.1 สถาบันการศึกษาควรพิจารณาทบทวนภาระงานที่มอบหมายแก่นิสิตชั้นปีที่ 1 และปรับลดให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น เพื่อบรรเทาความเครียดที่เกิดจากการเรียน
- 5.2 สถาบันฯควรใช้ข้อมูลจากงานวิจัยนี้เป็นพื้นฐานในการปรับปรุงและเพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวกใน มหาวิทยาลัย เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และช่วยลดปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม
- 5.3 สถาบันฯควรมีบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะสำหรับนิสิตในคณะ เพื่อให้นิสิตเข้าถึง ความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญได้สะดวก และรวดเร็วกว่าการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลหรือศูนย์ให้คำปรึกษาทาง จิตเวชของมหาวิทยาลัย
- 5.4 สถาบันฯ ควรส่งเสริมให้นิสิตมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ช่วยสร้างสัมพันธภาพอันดีกับเพื่อนร่วมรุ่น เพื่อ สร้างเครือข่ายทางสังคมที่แข็งแกร่งและลดความเครียด และจัดโปรแกรมที่เชื่อมโยงนิสิตชั้นปีที่ 1 โดยให้รุ่นพี่ทำ หน้าที่เป็นที่ปรึกษา (Mentor) คอยให้คำแนะนำด้านการเรียน การปรับตัว และการใช้ชีวิตในสถาบันซึ่งจะช่วยใ้ นิสิตใหม่รู้สึกมีที่พึ่งพิงและสามารถขอคำปรึกษาตามสถานการณ์ได้โดยตรง

5.5 คณะกรรมการหลักสูตร และ สถาบันฯ สามารถใช้แอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มออนไลน์ในการติดตามและประเมินระดับความเครียดของนิสิตอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งนำเสนอเครื่องมือช่วยผ่อนคลาย เช่น แอปพลิเคชันฝึกสมาธิ หรือแบบฝึกหัดสั้น ๆ ที่ช่วยลดความเครียดได้ในชีวิตประจำวัน

## 6. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

6.1 ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความเครียดของนิสิต เพื่อให้สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างรอบด้านมากขึ้น

6.2 ควรมีการศึกษาแบบต่อเนื่อง (Longitudinal study) เพื่อติดตามระดับความเครียดของนิสิตตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 จนถึงชั้นปีที่ 4 เพื่อทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแต่ละช่วงวัยได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

6.3 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการที่นิสิตใช้ในการจัดการความเครียด ทั้งวิธีที่ประสบความสำเร็จ และวิธีที่ไม่ประสบความสำเร็จ เพื่อทำความเข้าใจกลไกการเผชิญปัญหาของนิสิตแต่ละบุคคล และนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงตามความต้องการ

### เอกสารอ้างอิง

- กรทิพย์ วิทยาภาณุจัน, ศุภรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์ และวีร์เมฆ วิสัย (2023). **ระดับปัญหาพฤติกรรมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของนักเรียนอาชีวศึกษา**. วารสารราชานุกูล, 35(1).
- กันตพัฒน์ อนุศักดิ์เสถียร, ญาณิกา คำแก้ว, ฉัฐชนก เดชรักษา, ศศิธร วังสุวรรณ, พรนภัส จารุสาร, วิจารณ์ อริยพรพรหม, และ นิรันดร์ เงินแยม. (2025). **การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าใน ตนเองและความคิดสร้างสรรค์ในนิสิตกลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร**. วารสารสมาคมจิตวิทยาแนะแนวแห่งประเทศไทย , 2(1), 1-14.
- กัญญ์ชิสสา สุนทรมาลัย และ พรณภักข์ ชื่นแจ่ม (2024). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และวิธีเผชิญกับความเครียดใน การฝึกวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง**. วารสาร วิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต, 4(3), 99-110.
- กันยารัตน์ ชिरารุฒิ, ปิยะฉัตรภูมิ จันทวารีย์, จุฑามาศ ปุราชะท่าแม่, ธัญรัตน์ อินธิยา, อรณัฐ วงศ์วัฒนาเสถียร, มณฑิรา จันทวารีย์ และวรวรรษา ตรีสุนัย (2025). **ความเครียดของนักศึกษาหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ใน สถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อ ไวรัส โควโรนา**. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 5(1), e271015-e271015.

- กัญญาวิวัฒน์ โมกขาว, วรพนิต ศุภระแพทย์ และวลัยนารี พรหมลา, (2564). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษายาบาล**. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 44(2), 60-71.
- กรมสุขภาพจิต(2562). แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580). สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน, จาก <https://omhc.dmh.go.th>.
- กรมสุขภาพจิต 2564). กรมสุขภาพจิต เผยเด็กไทยหลังโควิดระบอบ ทำเครียดสูง เสี่ยงซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย. สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2567, จาก <https://dmh.go.th>.
- คันธารัตน์ ยอดพิชัย.(2549)**ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ในครอบครัว ความฉลาดทางอารมณ์กับความเครียดของนิสิตนักศึกษา มหาวิทยาลัยของรัฐ ในกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาอาชีวศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- จิรัฐดา สินธุศิริ, ปัทิตตา สงวนสุข และนริศรา ชัยเชียงพิณ. (2567). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ**. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 10(1), 207-215.
- จุฑามาศ แก้วจันดี, วารี นันทสิงห์, สุภาพร พันโนฤทธิ, บุญหลาย ไกรนพนม และ ธนะพัฒน์ ทักชินทร์. (2024). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเรียนกับระดับความเครียดของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ในช่วงหลัง สถานการณ์ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 4(3), e268956-e268956.
- ชมพูนุท หวังแลกลาง (2025). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษา คณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง**. Kalasin University Journal of Science Technology and Innovation, 4(1), 53-62.
- นภัสกร ชันจควร และธีรยุทธ รุ่งนิรันดร. (2559). **ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนิสิต ชั้นปีที่ 1 ระดับปริญญาตรี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**, จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 60(4), 456-465.
- นิภาพรรณ เจนสันติกุล และ ไชยณัฐ คำดี (2024). **แนวทางการสร้างเครือข่ายเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชน**. วารสารร่มยุงทอง, 2(1), 78-92.
- ภูวสิทธิ์ ภูลวรรณ, เอกตระกูล แข็งแรง, ชนายนันท์ บุตรศรี, พิชญา ดุพงษ์ และ กิตติ มาลาภอนันต์ บังเกิด. (2020). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร**. วารสารวิจัยและพัฒนาวิจัยนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาวิทยาศาสตร์ และ เทคโนโลยี, 15(3), 105-118.

- มัญชิษฐา ใจคำ อริศรา พูลจันทร์ สุกัญญา เกษมกิติกุล และธนพัทธ์ จันทพิพัฒน์พงศ์ (2568) **ความเครียดของนักศึกษาเฟรชชี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย** ปีการศึกษา พ.ศ 2567. *RMUTK Journal of Liberal Arts*, 7(2), 38-51.
- เรียม นมรักษ์ วริยา จันทรขำ และหทัยชนก บัวเจริญ (2024). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม**. *Journal of Nursing and Public Health Research*, 4(2), e265694-e265694.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2567) **รายงานสุขภาพคนไทย ปี 2567: ความเครียด ภัยเงียบของสังคมไทย**, เอกสารทางวิชาการ/สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; หมายเลข 601.พิมพ์ครั้งที่ 1, นครปฐม
- สุหทัย โตสังวาลย์ และ ทยาวิรี จันทรวิวัฒน์ (2023). **ความเครียดภาวะซึมเศร้า กลยุทธ์การรับมือกับปัญหา และความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** ระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต*, 37(3), 92-113.
- อรุณรัตน์ บ่อมคล้าย, จารุวรรณ วิลา, ชลลัดดา เรืองแสง, ธวัชชัย เอกสันติ และพัชรินทร์ ยุพา (2566) **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19**. *วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 8(2), 48-63
- Shan Zhao, Yanjia Zhang, Cheng Yu, Hongfeng Zhang, Mingjun Xie, Pujing Chen, et al. (2023) **Trajectories of Perceived Stress among Students in Transition to College: Mindset Antecedents and Adjustment Outcomes**. *Journal of Youth and Adolescence*, 52(12), 1873–1886.
- Nadeem Talib and Muhammad Zia-ur-Rehman.(2012).**Academic performance and perceived stress among university students**. *Academic Journals*, 7(5), 127-132.
- WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2025). **Patterns and predictors of 12-month treatment of common anxiety, mood, and substance use disorders in the World Mental Health (WMH) surveys: treatment in the context of perceived need**. *International journal of mental health systems*, 19(1), 10.
- World Health Organization. (2022). **World mental health report: Transforming mental health for all**. World Health Organization.



# ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกล ในการส่งเสริมภาวะเบาหวานสงบของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

เกษรา แสงภูติ<sup>1</sup>, ทรรคนีย์ บุญมัน<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกลในการส่งเสริมภาวะเบาหวานสงบของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดที่เน้นการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกล (Telenursing) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ การติดตามอาการ และการให้คำปรึกษาผ่านระบบทางไกล เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย การวัดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และน้ำหนักตัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และIndependent t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 52.30±7.80 เป็น 68.20±6.50 คะแนน และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจาก 42.80±6.50 เป็น 57.40±5.80 คะแนน และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ของกลุ่มทดลองลดลงจาก กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ลดลงจาก 8.15±1.25 เป็น 7.85±1.20 เปอร์เซ็นต์ และมีน้ำหนักตัวลดลงจาก 78.50±8.60 เป็น 77.60±8.50 กิโลกรัม ซึ่งไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกลมีประสิทธิภาพสูงในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งนี้ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรนำรูปแบบการบริการพยาบาลทางไกลไปประยุกต์ใช้ในการติดตามและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยอาจพิจารณาการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญต่อไป

**คำสำคัญ:** โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด, การพยาบาลทางไกล, ภาวะเบาหวานสงบ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, พฤติกรรมสุขภาพ

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนคร

<sup>2</sup>นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

# Effectiveness of Intensive Behavior Modification Program Combined with Telenursing Service in Promoting Diabetes Remission among Type 2 Diabetes Patients, Si Nakhon Hospital, Sukhothai Province.

Kesara Saengphuti<sup>1</sup>, Thassanee Boonman<sup>2</sup>

## Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of an intensive behavior modification program combined with telenursing services in promoting diabetes remission among patients with type 2 diabetes at Srinakhon Hospital, Sukhothai Province. The sample consisted of 60 patients with type 2 diabetes, divided equally into a control group (30 participants) and an experimental group (30 participants).

The intervention tools included an intensive behavior modification program emphasizing dietary control and physical exercise, together with telenursing services, which comprised educational activities, symptom monitoring, and counseling through a remote communication system. Data collection instruments included a dietary behavior questionnaire, an exercise behavior questionnaire, hemoglobin A1c (HbA1c) measurements, and body weight assessments. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The results revealed that after the intervention, the experimental group's mean dietary behavior score significantly increased from  $52.30 \pm 7.80$  to  $68.20 \pm 6.50$ , which was significantly higher than that of the control group ( $p < 0.001$ ). The mean exercise behavior score also significantly improved from  $42.80 \pm 6.50$  to  $57.40 \pm 5.80$  and was significantly higher than the control group ( $p < 0.001$ ). However, the mean HbA1c level in the experimental group decreased from  $8.15 \pm 1.25\%$  to  $7.85 \pm 1.20\%$ , and body weight decreased from  $78.50 \pm 8.60$  kg to  $77.60 \pm 8.50$  kg, which were not significantly different from the control group.

The findings suggest that the intensive behavior modification program combined with telenursing services is highly effective in promoting healthy behaviors among patients with type 2 diabetes. Nurses and public health personnel are encouraged to apply the telenursing service model for continuous monitoring and behavioral support of patients. Further long-term follow-up is recommended to evaluate significant clinical outcomes.

**Keywords:** intensive behavior modification program, telenursing, diabetes remission, type 2 diabetes, health behavior

---

<sup>1</sup>Professional Nurse (PROFESSIONAL Level), Srinakorn Hospital

<sup>2</sup>public health officer (PROFESSIONAL Level) Sukhothai Provincial Health Office

## บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยประเทศไทยพบว่ามีความชุกของโรคเบาหวานในผู้ใหญ่อายุ 35 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 9.5 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Aekplakorn et al., 2022) โรคเบาหวานไม่เพียงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางเศรษฐกิจที่สูงต่อระบบสุขภาพ โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย ซึ่งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภค และการดำเนินชีวิตที่มีแนวโน้มเคลื่อนไหวน้อยลง (Deerochanawong & Ferrario, 2013; Yoon et al., 2016) ความท้าทายนี้ชัดเจนยิ่งขึ้นในพื้นที่ชนบทอย่างอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ซึ่งเป็นพื้นที่เกษตรกรรมที่มีการปลูกพืชให้ความหวานสูงอย่างมะม่วงและอ้อย ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในพื้นที่ และมีปัจจัยเสี่ยงที่เอื้อต่อการเกิดโรคเบาหวาน

แนวคิดเรื่อง "ภาวะเบาหวานสงบ" (diabetes remission) ได้รับการยอมรับเป็นเป้าหมายใหม่ ในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยหมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วงปกติโดยไม่ต้องใช้ยาลดน้ำตาล การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสามารถนำไปสู่ภาวะเบาหวานสงบได้ในผู้ป่วยประมาณร้อยละ 49.4 (Rosenfeld et al., 2022) อย่างไรก็ตาม การบรรลุเป้าหมายนี้ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นที่มากกว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั่วไป ซึ่งรวมถึงการควบคุมอาหารอย่างเข้มงวด การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบองค์รวม ความท้าทายสำคัญอยู่ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะขาดแรงจูงใจ ความรู้ที่เพียงพอ และการสนับสนุนที่ต่อเนื่องในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้อย่างยิ่งยอน (Schmidt et al., 2023)

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้บรรลุภาวะเบาหวานสงบจำเป็นต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสุขภาพหลายสาขาวิชาชีพและการใช้นวัตกรรมเทคโนโลยีเพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพการดูแล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดต้องการการติดตามและให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นของการปรับเปลี่ยน ซึ่งผู้ป่วยมักจะเผชิญกับความท้าทายในการปฏิบัติตาม การวิจัยของอวัตธา เหลืองอุดมชัยและนลินรัตน์ ชูจันทร์ (2561) แสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดเป็นเวลาหนึ่งปีส่งผลให้เกิดการลดน้ำหนัก ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และภาวะเบาหวานสงบในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ในขณะเดียวกัน การบริการพยาบาลทางไกล ได้กลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพและปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิก การศึกษาการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท พบว่า การใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลทางไกลช่วยให้สามารถติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและมีกร

สื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วย พยาบาล และแพทย์ ซึ่งสามารถมีส่วนสำคัญในการจัดการโรคเบาหวานได้ การติดตามระยะไกลสามารถลดระดับ HbA1c ได้ร้อยละ 0.6 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (วิภาวัลย์ อรรถนพพรชัย และชวณณ กิจหิรัญกุล, 2564)

อำเภอศรีนครเป็นพื้นที่เกษตรกรรมในจังหวัดสุโขทัย ที่มีลักษณะประชากรที่เป็นความท้าทายต่อการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน พื้นที่ดังกล่าวมีประชากรรวม 17,484 คน ประกอบด้วยเพศชาย 8,259 คน และเพศหญิง 9,225 คน ที่น่าสนใจคือประชากรวัยสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูง ถึงร้อยละ 33.23 หรือจำนวน 5,810 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงหลักต่อการเกิดโรคเบาหวาน นอกจากนี้ลักษณะการประกอบอาชีพของประชากรในพื้นที่ที่เป็นเกษตรกรรม โดยเฉพาะการปลูกมะม่วง ฝ�อก และอ้อย ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีผลกระทบต่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (โรงพยาบาลศรีนคร, 2568) จากข้อมูลฐาน Health Data Center ณ วันที่ 30 เมษายน 2568 สถานการณ์โรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลศรีนครพบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1,868 ราย โดยส่วนใหญ่ คิดเป็น ร้อยละ 90.8 หรือ 1,696 ราย ได้รับการรักษาในคลินิก NCD ขณะที่อีกร้อยละ 9.2 หรือ 172 ราย ได้รับการรักษาในคลินิก NCD การกระจายตัวของผู้ป่วยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดระบบการดูแลที่เป็นระบบและครอบคลุม (โรงพยาบาลศรีนคร, 2568) อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์การควบคุมโรคเบาหวานในพื้นที่ยังคงเป็นความท้าทายที่สำคัญ จากข้อมูลการติดตามในช่วงปี 2567-2568 พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี โดยมีค่า HbA1c น้อยกว่า 7% มีเพียง ร้อยละ 42.37-43.76 เท่านั้น แม้ว่าจะเป็ผลลัพธ์ที่สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 40 แต่ยังคงมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ยังควบคุมโรคไม่ได้ สถานการณ์นี้ส่งผลให้เกิดปัญหาตามมาหลายประการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายยาที่เพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้ยาจำนวนมากขึ้น ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ลดลง (โรงพยาบาลศรีนคร, 2568)

การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมโรคที่ไม่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยความขาดแคลนความรู้และความตระหนักของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในด้านการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมซึ่งได้รับอิทธิพลจากลักษณะการผลิตทางการเกษตรในท้องถิ่น การขาดระบบติดตามที่ต่อเนื่องและเป็นรายบุคคล รวมถึงการขาดการบูรณาการระหว่างบุคลากรสาขาวิชาชีพในการให้การดูแลปัญหาเหล่านี้ นำไปสู่วิกฤตการณ์เพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ และความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง (โรงพยาบาลศรีนคร, 2568) ส่วนประกอบสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีประสิทธิภาพคือการนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้ในการให้บริการพยาบาลทางไกล (Telenursing) ซึ่งโรงพยาบาลศรีนครได้พัฒนาระบบการติดต่อสื่อสารแบบทันทีผ่านหลายช่องทาง โดยเฉพาะการใช้แอปพลิเคชัน

LINE เป็นเครื่องมือหลักในการติดต่อสื่อสาร การให้คำปรึกษา และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ระบบนี้ได้รับการออกแบบให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยหลากหลาย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ NCD กลุ่มผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการนำแนวความคิดการดูแลแบบองค์รวมมาประยุกต์ใช้ กล่าวคือการมองผู้ป่วยเบาหวานในทุกมิติอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยไม่เพียงแต่เน้นการรักษาอาการของโรคเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสนับสนุนทางอารมณ์ และการพิจารณาปัจจัยแวดล้อมทางสังคมที่ส่งผลต่อการจัดการโรค ซึ่งแนวทางนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สมบูรณ์และยั่งยืนมากขึ้น ส่งผลให้สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว (โรงพยาบาลศรีนคร, 2568)

การบริการพยาบาลทางไกลในโปรแกรมนี้มีลักษณะเฉพาะคือการให้บริการแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น โดยใช้เทคโนโลยีการบริการพยาบาลทางไกล เป็นช่องทางในการติดตามและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล บุคลากรทางการแพทย์สามารถติดตามค่าน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และตัวชี้วัดสุขภาพอื่นๆ ผ่านระบบออนไลน์ได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนแผนการรักษาและให้คำแนะนำได้ทันที โดยไม่ต้องรอให้ผู้ป่วยเดินทางมาโรงพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลหรือผู้ที่มีข้อจำกัดในการเดินทาง (โรงพยาบาลศรีนคร, 2568) นวัตกรรมที่โดดเด่นของระบบบริการพยาบาลทางไกลในโปรแกรมนี้คือการบูรณาการระหว่างการให้คำปรึกษาทางคลินิกกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านการใช้ช่องทางการติดต่อแบบทันที ผู้ป่วยสามารถรายงานผลการตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง ส่งภาพอาหารที่บริโภค หรือสอบถามข้อสงสัยต่างๆ ได้ทุกเวลา ขณะที่ทีมสหวิชาชีพสามารถให้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) และคำแนะนำที่เหมาะสมได้อย่างทันทั่วทั้งที่ การออกแบบระบบในลักษณะนี้ช่วยเพิ่มความมั่นใจและแรงจูงใจของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ควบคู่ไปกับการลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาล ได้ตามกำหนด (โรงพยาบาลศรีนคร, 2568)

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับบริการพยาบาลทางไกลในการส่งเสริมภาวะเบาหวานสงบของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย มีความสำคัญในหลายมิติที่จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพของประเทศไทยในอนาคต การวิจัยนี้ตอบสนองต่อความจำเป็นเร่งด่วนในการหาแนวทางใหม่ในการจัดการโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรวัยทำงานและวัยสูงอายุ (โรงพยาบาลศรีนคร, 2568) จากมุมมองทางวิชาการ การวิจัยนี้มีความสำคัญในการสร้างองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการบูรณาการระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้นกับเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โดยเฉพาะการใช้บริการ

พยาบาลทางไกลในบริบทของระบบสุขภาพไทย ซึ่งยังมีข้อจำกัด แนวคิดการนำผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ภาวะสงบ (Diabetes Remission) ถือเป็นพาราไดม์ใหม่ในการรักษาที่เน้นการแก้ไขสาเหตุมากกว่าการจัดการอาการ การศึกษานี้จึงมีส่วนสำคัญในการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้และประสิทธิภาพของแนวทางดังกล่าวในบริบทของประเทศไทย (โรงพยาบาลศรีนคร, 2568) ในด้านการปฏิบัติทางคลินิก การวิจัยนี้มีความสำคัญในการให้แนวทางที่ชัดเจนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผลการวิจัยจะช่วยให้เข้าใจถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิธีการออกแบบโปรแกรมการแทรกแซงที่มีประสิทธิภาพ และการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในการติดตามและให้การสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การศึกษาในพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น อำเภอศรีนครที่เป็นพื้นที่เกษตรกรรม และมีประชากรสูงอายุสัดส่วนสูง จะให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการปรับแนวทางการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น (โรงพยาบาลศรีนคร, 2568) ความสำคัญด้านนโยบายสาธารณสุขของการวิจัยนี้อยู่ที่การสร้างต้นแบบที่สามารถขยายผลไปสู่การปฏิบัติในวงกว้าง หากโปรแกรมนี้แสดงผลลัพธ์ที่ดี จะสามารถเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายการจัดการโรคเบาหวานระดับชาติ โดยเฉพาะการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบาย Thailand 4.0 และการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศ การวิจัยนี้ยังมีศักยภาพในการสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรและการลงทุนในเทคโนโลยีสุขภาพ รวมถึงการกำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาลทางไกลในระบบสุขภาพไทย (โรงพยาบาลศรีนคร, 2568) ในมิติทางเศรษฐกิจ การวิจัยนี้มีความสำคัญในการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการลงทุนในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล ผลการศึกษาจะช่วยให้เข้าใจถึงต้นทุนและผลประโยชน์ของการนำผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะเบาหวานสงบ ซึ่งรวมถึงการลดค่าใช้จ่ายยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีค่าใช้จ่ายสูง และการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวม การวิเคราะห์ดังกล่าวจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการตัดสินใจของผู้บริหารระบบสุขภาพ ในการขยายผลโปรแกรมไปยังหน่วยบริการอื่นๆ (โรงพยาบาลศรีนคร, 2568)

นอกจากนี้ การวิจัยนี้ยังมีความสำคัญในการสร้างแรงบันดาลใจและเป็นต้นแบบสำหรับหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ ทั่วประเทศในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์และการพยาบาล โดยเฉพาะในยุคที่เทคโนโลยีดิจิทัลมีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้บริการสุขภาพ ความสำเร็จของโปรแกรมนี้จะแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการใช้เทคโนโลยีที่เรียบง่ายและเข้าถึงได้ เช่น แอปพลิเคชัน LINE ในการสร้างผลกระทบที่มีนัยสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้หน่วยบริการอื่นๆ นำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้ในบริบทของตนเอง

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกล ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกล ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกล ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกล ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## ขอบเขตของการวิจัย

**ขอบเขตด้านการศึกษา** การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest – posttest design)

**ขอบเขตด้านพื้นที่** โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

**ขอบเขตด้านประชากร** ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 1,890 คน

**ขอบเขตด้านระยะเวลา**

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย กรกฎาคม พ.ศ. 2568 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล กันยายน พ.ศ. 2568 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับการบริการ  
พยาบาลทางไกล ประกอบด้วย

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (Intensive Lifestyle  
Modification) (ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่ง  
ประเทศไทย, 2565)

1. การควบคุมอาหาร

-การใช้อาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ

-การจำกัดแคลอรี

-การกำหนดเป้าหมายการลดน้ำหนัก

2. การออกกำลังกาย

-ความถี่และความเข้มข้นของการออกกำลังกาย

-ประเภทของกิจกรรมทางกาย

3. การให้ความรู้และการปรึกษา

-การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

-การสอนการดูแลตนเอง

-การให้คำปรึกษาด้านจิตใจ

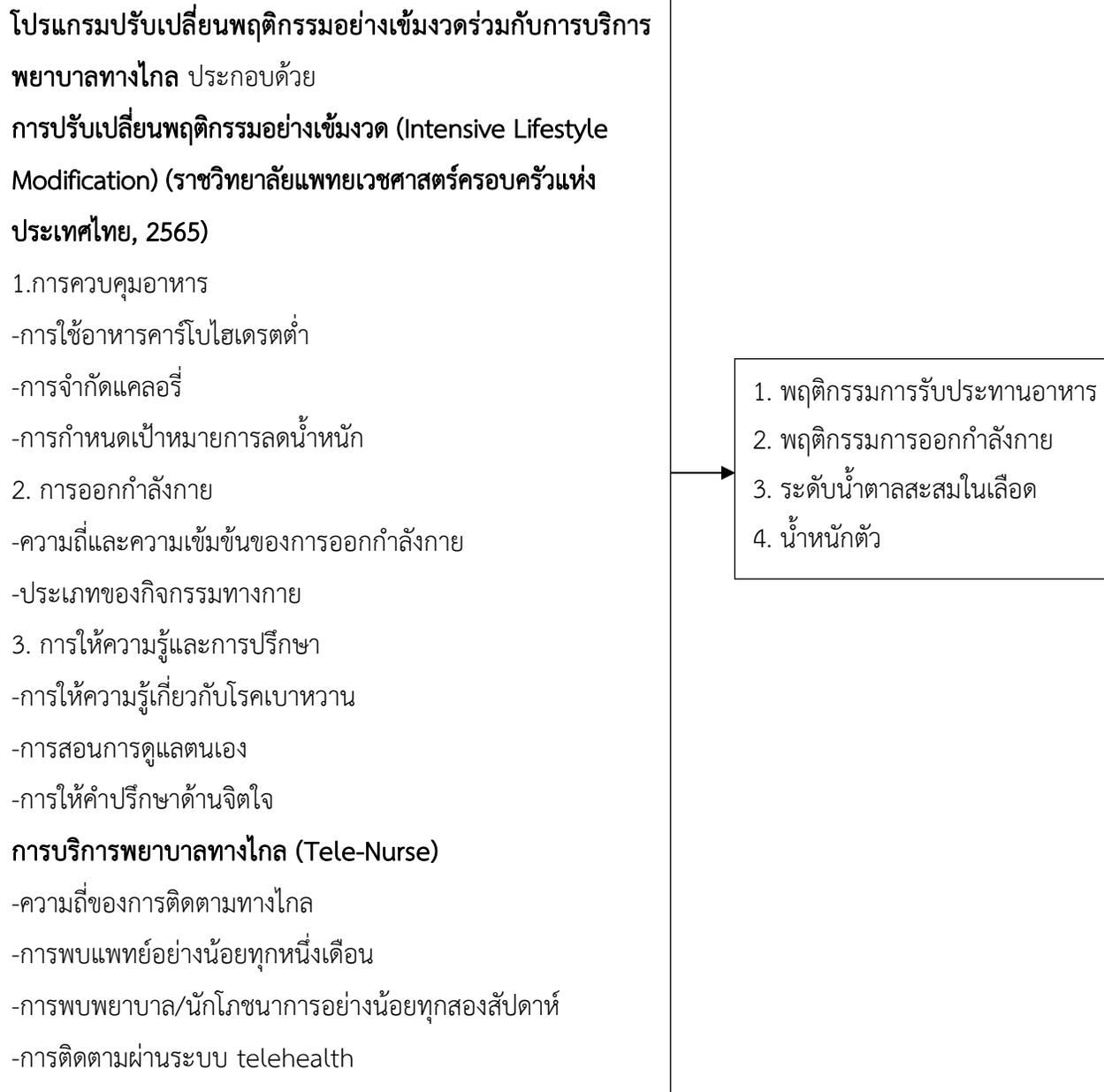
**การบริการพยาบาลทางไกล (Tele-Nurse)**

-ความถี่ของการติดตามทางไกล

-การพบแพทย์อย่างน้อยทุกหนึ่งเดือน

-การพบพยาบาล/นักโภชนาการอย่างน้อยทุกสองสัปดาห์

-การติดตามผ่านระบบ telehealth

- 
1. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร
  2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย
  3. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด
  4. น้ำหนักตัว

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest – posttest design) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกล ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย จำนวน 1,890 คน

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย จำนวน 60 คน

### กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G\* Power กำหนดอำนาจ ในการทดสอบที่ 0.90 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และขนาดค่าอิทธิพล 0.80 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ได้ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มละ 30 ราย รวม 60 ราย โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple randomization) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกลจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 คน

### เกณฑ์การคัดเลือก

1. ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากแพทย์ โดยมีระยะเวลาการเป็นโรคอย่างน้อย 6 เดือน แต่ไม่เกิน 5 ปี
2. อายุระหว่าง 35-60 ปี
3. มีระดับ HbA1c ระหว่าง 6.5-10.0% ในการตรวจครั้งล่าสุดภายใน 3 เดือนก่อนเข้าร่วมการศึกษา
4. มีดัชนีมวลกาย  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$
5. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดีและอ่านออกเขียนได้
6. มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้แอปพลิเคชัน สอน.บัดดี และมีทักษะการใช้เทคโนโลยีขั้นพื้นฐานได้
7. มีผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวที่สามารถให้การสนับสนุนได้
8. ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

### เกณฑ์การคัดออก

1. มีโรคหัวใจและหลอดเลือดรุนแรง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หัวใจวาย ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา
2. มีปัญหาจากการออกกำลังกาย
3. มีภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานที่รุนแรง เช่น โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรคตาจากเบาหวานที่มีการมองเห็นบกพร่อง
4. มีโรคเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เช่น anorexia nervosa, bulimia nervosa
5. ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป
6. ไม่ยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือในการทดลองการเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

##### 1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกล

**ครั้งที่ 1** สัปดาห์ที่ 1 เน้นการสร้างรากฐานที่มั่นคงสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเริ่มจากการควบคุมอาหารแบบคาร์โบไฮเดรตต่ำอย่างเข้มงวด ผู้เข้าร่วมจะได้รับแผนอาหารรายบุคคลที่จำกัดคาร์โบไฮเดรตไม่เกิน 50 กรัมต่อวันในสัปดาห์แรก และค่อยๆ ปรับลดเหลือ 20-30 กรัมต่อวันในสัปดาห์ที่ 2-4 เพื่อให้ร่างกายเข้าสู่สถานะ ketosis อย่างปลอดภัย การจำกัดแคลอรีจะกำหนดตามสูตรการคำนวณอัตราการผลิตพลังงานพื้นฐานของแต่ละบุคคลลบด้วย 500-750 แคลอรีต่อวัน เพื่อให้เกิดการลดน้ำหนัก 0.5-1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ โดยมีเป้าหมายการลดน้ำหนักรวมในเดือนแรกประมาณ 3-4 กิโลกรัม หรือ 5-8% ของน้ำหนักเริ่มต้น

การออกกำลังกายในเดือนแรกจะเริ่มจากกิจกรรมความเข้มข้นต่ำถึงปานกลางเพื่อให้ร่างกายปรับตัว โดยกำหนดให้มีการเดินเร็วหรือจ็อกกิ้งเบาๆ เป็นเวลา 30 นาทีต่อวัน อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งจะให้ระดับความเหนื่อยอยู่ในช่วงปานกลาง คือสามารถพูดคุยได้ระหว่างออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังจะเพิ่มการออกกำลังกายแบบต้านทาน 2 วันต่อสัปดาห์โดยใช้อุปกรณ์พื้นฐาน เช่น ดัมเบล ยางยืด หรือการใช้น้ำหนักตัวเอง โดยเน้นกล้ามเนื้อกลุ่มใหญ่ทุกส่วนของร่างกาย ประเภทของกิจกรรมทางกายจะรวมถึงการเดิน การปั่นจักรยานเบาๆ การยืดเหยียด และการออกกำลังกายได้น้ำสำหรับผู้ที่มีปัญหาข้อเข่า

การให้ความรู้และการปรึกษาในเดือนแรกจะเน้นการสร้างความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลไกการเกิดโรค ผลกระทบของอาหารต่อระดับน้ำตาลในเลือด และความสำคัญของการควบคุมน้ำหนัก การสอนการดูแลตนเองจะครอบคลุมการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การบันทึกผลการตรวจ การสังเกตอาการผิดปกติ และการจัดการเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง การให้คำปรึกษาด้าน

จิตใจจะเน้นการปรับทัศนคติต่อการเปลี่ยนแปลง การจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

ด้านการบริการพยาบาลทางไกล ผู้เข้าร่วมจะได้พบแพทย์เพื่อประเมินสถานะสุขภาพและปรับยาตามความจำเป็นมี การพบพยาบาลและนักโภชนาการเพื่อติดตามความคืบหน้า แก้ไขปัญหาที่พบ และปรับแผนการรักษาให้เหมาะสม การติดตามผ่านระบบ telehealth จะดำเนินการทุกวันในสัปดาห์แรกและลดลงเป็นทุกสองวันในสัปดาห์ต่อมา ช่องทางการสื่อสารจะใช้แอปพลิเคชัน สอน.บัดดี้ ที่มีฟีเจอร์การส่งข้อความ ภาพถ่าย วิดีโอคอล และการแชร์ข้อมูลสุขภาพ พร้อมระบบการติดต่อแบบทันทีที่มีพยาบาลเวรตลอด 24 ชั่วโมงสำหรับกรณีฉุกเฉิน

**ครั้งที่ 2** สัปดาห์ที่ 3 ด้านการบริการพยาบาลทางไกล ผู้เข้าร่วมจะได้พบแพทย์เพื่อประเมินสถานะสุขภาพและปรับยาตามความจำเป็น การพบพยาบาลและนักโภชนาการเพื่อติดตามความคืบหน้า แก้ไขปัญหาที่พบ และปรับแผนการรักษาให้เหมาะสม การติดตามผ่านระบบ telehealth จะดำเนินการทุกวันในสัปดาห์แรกและลดลงเป็นทุกสองวันในสัปดาห์ต่อมา ช่องทางการสื่อสารจะใช้แอปพลิเคชัน สอน.บัดดี้ ที่มีฟีเจอร์การส่งข้อความ ภาพถ่าย วิดีโอคอล และการแชร์ข้อมูลสุขภาพ พร้อมระบบการติดต่อแบบทันทีที่มีพยาบาลเวรตลอด 24 ชั่วโมงสำหรับกรณีฉุกเฉิน

**ครั้งที่ 3** สัปดาห์ที่ 5 เป็นการต่อยอดและพัฒนาพฤติกรรมที่ได้สร้างขึ้นให้มีความมั่นคงและยั่งยืนมากขึ้น การควบคุมอาหารจะปรับเป็นแบบยืดหยุ่นมากขึ้นโดยเพิ่มคาร์โบไฮเดรตเป็น 30-50 กรัมต่อวัน แต่เน้นการเลือกคาร์โบไฮเดรตประเภทที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำและมีใยอาหารสูง เช่น ผักใบเขียว ผลไม้ที่มีน้ำตาลน้อย และธัญพืชเต็มเมล็ด การจำกัดแคลอรีจะยังคงดำเนินต่อไปแต่จะมีการสอนให้ผู้เข้าร่วมสามารถคำนวณและวางแผนมื้ออาหารด้วยตนเองได้ เป้าหมายการลดน้ำหนักในเดือนที่สองจะเป็น 2-3 กิโลกรัม หรือการรักษากระดับน้ำหนักที่ลดลงไว้ได้อย่างมั่นคง

การออกกำลังกายจะเพิ่มความเข้มข้นและความหลากหลายโดยขยายเวลาการออกกำลังกายแอโรบิกเป็น 45 นาทีต่อวัน 5-6 วันต่อสัปดาห์ และเพิ่มระดับความเข้มข้นให้อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ 70-80% ของอัตราสูงสุด การออกกำลังกายแบบต้านทานจะเพิ่มเป็น 3 วันต่อสัปดาห์พร้อมการเพิ่มน้ำหนักหรือความต้านทาน

ตามความสามารถของแต่ละคน ประเภทกิจกรรมจะมีการเพิ่มการว่ายน้ำ การเดินแอโรบิก การปั่นจักรยาน และกีฬาประเภทต่างๆ เพื่อป้องกันความเบื่อหน่ายและเพิ่มความสนุกสนาน

การให้ความรู้ในเดือนที่สองจะขยายไปสู่การทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การป้องกันและการจัดการ รวมถึงความสำคัญของการตรวจสุขภาพเป็นประจำ การสอนการดูแลตนเองจะเน้นการวางแผนมื้ออาหารล่วงหน้า การเตรียมอาหารเพื่อสุขภาพ การอ่านฉลากโภชนาการ และการจัดการกับสถานการณ์พิเศษ เช่น การรับประทานอาหารนอกบ้านหรืองานสังสรรค์ การให้คำปรึกษาด้านจิตใจจะเน้นการเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง การจัดการกับความท้อแท้เมื่อความคืบหน้าช้าลง และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน

**ครั้งที่ 4** สัปดาห์ที่ 7 การบริการพยาบาลทางไกลจะลดความถี่การพบแพทย์ แต่ยังคงการพบพยาบาลและนักโภชนาการทุกสองสัปดาห์ การติดตามผ่านระบบ telehealth จะปรับเป็นทุกสามวันหรือตามความจำเป็น โดยเน้นการสร้างความเป็นอิสระในการดูแลตนเองมากขึ้น การใช้แอปพลิเคชัน สอน.บัดดี้ จะเพิ่มฟิเจอร์การบันทึกและติดตามผลลัพธ์ต่าง ๆ เช่น น้ำหนัก ระดับน้ำตาล การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร พร้อมระบบแจ้งเตือนและการให้กำลังใจอัตโนมัติ

**ครั้งที่ 5** สัปดาห์ที่ 9 จะมุ่งเน้นที่การเสริมสร้างความยั่งยืนของพฤติกรรมที่ได้พัฒนามาและการเตรียมความพร้อมสำหรับการดำเนินการต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโปรแกรม การควบคุมอาหารจะปรับเป็นแบบที่สามารถปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวันโดยเพิ่มคาร์โบไฮเดรตเป็น 50-80 กรัมต่อวันและสอนให้ผู้เข้าร่วมสามารถปรับปริมาณตามกิจกรรมและสถานการณ์ต่างๆ การจำกัดแคลอรีจะเป็นแบบยืดหยุ่นมากขึ้นโดยเน้นการรักษาสมดุลระหว่างการรับและการใช้พลังงาน เป้าหมายจะเป็นการรักษาน้ำหนักที่ลดลงไว้ได้อย่างมั่นคงหรือลดเพิ่มเติมอีก 1-2 กิโลกรัมตามความเหมาะสม

การออกกำลังกายในเดือนที่สามจะกลายเป็นส่วนหนึ่งของไลฟ์สไตล์โดยผู้เข้าร่วมจะได้วางแผนการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตารางเวลาและความชอบของตนเอง ความถี่จะรักษาไว้ที่ 45-60 นาทีต่อวัน 5-6 วันต่อสัปดาห์สำหรับกิจกรรมแอโรบิก และ 3-4 วันต่อสัปดาห์สำหรับการออกกำลังกายแบบต้านทานความเข้มข้นจะปรับตามความสามารถและเป้าหมายของแต่ละคน ประเภทกิจกรรมจะเน้นสิ่งที่ผู้เข้าร่วมชื่นชอบและสามารถทำต่อเนื่องได้ เช่น การเดิน การเล่นกีฬา การปั่นเขา หรือการโยคะ

การให้ความรู้ในเดือนสุดท้ายจะเน้นการวางแผนระยะยาวสำหรับการจัดการโรคเบาหวาน การตั้งเป้าหมายส่วนบุคคล และการสร้างแผนสำรองเมื่อเผชิญกับอุปสรรคหรือความท้าทาย การสอนการดูแลตนเองจะครอบคลุมการติดตามผลลัพธ์ระยะยาว การรู้จักสัญญาณเตือนของภาวะแทรกซ้อน

และการวางแผนการตรวจสุขภาพเป็นประจำ การให้คำปรึกษาด้านจิตใจจะเน้นการเสริมสร้างความภาคภูมิใจในความสำเร็จที่ได้รับ การวางแผนการรับมือกับความท้าทายในอนาคต และการสร้างระบบสนับสนุนที่ยั่งยืน

**ครั้งที่ 6** สัปดาห์ที่ 10 การบริการพยาบาลทางไกลในเดือนที่สามจะเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับการถ่ายโอนการดูแลกลับไปยังทีมแพทย์ประจำ การพบแพทย์จะเน้นการประเมินผลลัพธ์โดยรวมและการวางแผนการติดตามระยะยาว การพบพยาบาลและนักโภชนาการจะเป็นการสรุปและให้คำแนะนำสำหรับการดำเนินการต่อเนื่อง การติดตามผ่านระบบ telenurse จะค่อยๆ ลดลงเพื่อส่งเสริมความเป็นอิสระแต่ยังคงเปิดช่องทางไว้สำหรับการขอคำปรึกษาเมื่อจำเป็น การใช้แอปพลิเคชัน สอน.บัดดี้ จะมีการปรับปรุงให้เป็นเครื่องมือสำหรับการติดตามตนเองระยะยาวและการเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพในท้องถิ่น ตลอดโปรแกรม 3 เดือน จะมีการประเมินผลและปรับแผนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการและความสามารถของผู้เข้าร่วมแต่ละคน โดยเป้าหมายสูงสุดคือการสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนและสามารถนำไปสู่การบรรลุภาวะเบาหวานสงบในระยะยาว

#### **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามซึ่งแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ระดับ HbA1c ปัจจุบัน ระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย ประวัติการใช้ยาเบาหวาน ประวัติภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) และแบบสอบถามของพิชามญช์ ภูเจริญ (2550) จำนวน 18 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมควบคุมคาร์โบไฮเดรต การจำกัดแคลอรี การเลือกอาหารที่เหมาะสม การวางแผนมื้ออาหาร การรับประทานผักผลไม้ การหลีกเลี่ยงอาหารหวานและมัน และการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

ปฏิบัติประจำสม่ำเสมอ หมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามแนวทางการจัดการเบาหวาน 6-7 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบ่อย หมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามแนวทางการจัดการเบาหวานอย่างน้อย 4-5 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารตามแนวทางการจัดการเบาหวาน  
อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารตามแนวทางการจัดการ  
เบาหวาน อย่างน้อย 1-2 วัน/สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานอาหารตามแนวทางการจัดการ  
เบาหวาน

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากแบบสอบถามพฤติกรรมมีทั้งข้อความที่เป็นเชิงบวกและ  
เชิงลบ กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อความเชิงบวกจะได้คะแนน 5 ถึง 1 คะแนน ตามลำดับ ส่วนข้อความ  
เชิงลบจะได้คะแนนกลับกัน

การแปลผล แบ่งระดับพฤติกรรมมารับประทานอาหารเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม  
(Bloom, 1975) ดังนี้

พฤติกรรมมารับประทานอาหารระดับดี	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
พฤติกรรมมารับประทานอาหารระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79
พฤติกรรมมารับประทานอาหารระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวานดัดแปลงมาจาก  
แบบสอบถาม Physical Activity Scale for Individuals with Physical Disabilities (PASIPD) และ Exercise Self-  
Care Questionnaire จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมความถี่ การออกกำลังกาย ระยะเวลาการออกกำลังกาย  
ความเข้มข้นของการออกกำลังกาย ประเภทของกิจกรรมทางกาย การวอร์มอัพและคลายเครียด การติดตามผลการออก  
กำลังกาย และการปรับปรุงแผนการออกกำลังกาย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

ปฏิบัติประจำสม่ำเสมอ หมายถึง มีพฤติกรรมออกกำลังกายตามแนวทางการจัดการ  
เบาหวาน 6-7 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบ่อย หมายถึง มีพฤติกรรมออกกำลังกายตามแนวทางการจัดการเบาหวาน อย่าง  
น้อย 4-5 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง มีพฤติกรรมออกกำลังกายตามแนวทางการจัดการเบาหวาน อย่าง  
น้อย 3 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง มีพฤติกรรมออกกำลังกายตามแนวทางการจัดการเบาหวาน  
อย่างน้อย 1-2 วัน/สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายตามแนวทางการจัดการเบาหวาน

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากแบบสอบถามพฤติกรรมมีทั้งข้อความที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบ กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อความเชิงบวกจะได้คะแนน 5 ถึง 1 คะแนน ตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบจะได้คะแนน 1 ถึง 5 คะแนน

การแปลผล แบ่งระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

พฤติกรรมการออกกำลังกายระดับดี	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
พฤติกรรมการออกกำลังกายระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79
พฤติกรรมการออกกำลังกายระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการติดตามระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

เป็นแบบบันทึกข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลระดับ HbA1c ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยจะมีการตรวจวัดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 3 เดือน และติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน รวมทั้งสิ้น 3 ครั้ง แบบบันทึกจะประกอบด้วยรหัสผู้เข้าร่วมวิจัย วันที่ตรวจ ผลการตรวจ HbA1c และหมายเหตุเพิ่มเติม

การแปลผลระดับ HbA1c ตามเกณฑ์ของ ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย (2564) ดังนี้

ควบคุมได้ดี หมายถึง HbA1c น้อยกว่า 6.5% และคงอยู่น้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด

ควบคุมไม่ได้ หมายถึง หมายถึง HbA1c  $\geq 6.5\%$  หรือไม่สามารถคงระดับ HbA1c ในเป้าหมายได้อย่างต่อเนื่อง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

##### โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยเสนอเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวานและโรคต่อมไร้ท่อ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการ

พยาบาลทางไกล 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 1 ท่าน ทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของกิจกรรม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ รวมถึงการใช้ภาษาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย สามารถเข้าใจง่าย ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.89

การทดสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความชัดเจนของโปรแกรม ได้ค่าความเที่ยง 0.85

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการติดตามระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และน้ำหนักตัว

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วน เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวานและโรคต่อมไร้ท่อ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 1 ท่าน จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้ค่า IOC = 1.00 แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ได้ค่า IOC = 0.87 แบบสอบถามพฤติกรรมออกกำลังกาย ได้ค่า IOC = 0.85 แบบบันทึกการติดตาม HbA1c และน้ำหนักตัว ได้ค่า IOC = 1.00

การทดสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อาวเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ได้ค่า Cronbach's Alpha = 0.88 แบบสอบถามพฤติกรรมออกกำลังกาย ได้ค่า Cronbach's Alpha = 0.86

## ขั้นตอนการ

1. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และดำเนินการเขียนโครงร่างการวิจัย เพื่อการขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
2. สร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน และการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) จากการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน
3. สร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน และการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) จากการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน
4. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย ขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย และประชุมชี้แจงโครงการวิจัย เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การให้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับบริการพยาบาลทางไกล และการเก็บข้อมูลวิจัย
5. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกที่กำหนดไว้ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
6. ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การให้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับบริการพยาบาลทางไกลเพื่อส่งเสริมภาวะเบาหวานสงบ การเก็บข้อมูลวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ โดยบอกให้ทราบถึงสิทธิตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งสามารถบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งไม่มีผลต่อบริการรักษาพยาบาลที่ได้ตามสิทธิ
7. เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
8. ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะเบาหวานสงบ และการตรวจสอบค่าระดับน้ำตาลในเลือด
9. ดำเนินการให้การแทรกแซง (Intervention) โดยให้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับบริการพยาบาลทางไกลกับกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

10. ติดตามและประเมินผลระหว่างการศึกษาทดลอง โดยการติดต่อสื่อสารผ่านระบบบริการพยาบาลทางไกล และการนัดหมายตรวจตามปกติ
11. ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้เครื่องมือเดียวกันกับการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง
12. นำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ แล้วนำเข้าโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล
13. วิเคราะห์และตีความผลการวิจัย เขียนรายงานการวิจัย และเสนอข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีลำดับขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วย ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) แจกแจงความถี่ หาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยภายในสองกลุ่ม ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติใช้สถิติ Paired t-test
3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติใช้สถิติ Independent t-test

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ใบรับรองเลขที่ COA 53/2025 IRB No.71/2025 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2568

### สรุปผลการวิจัย

#### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร

กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.7 มีอายุเฉลี่ย  $52.3 \pm 6.8$  ปี มีสถานภาพสมรสหรือแต่งงานอยู่ด้วยกันร้อยละ 73.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 36.7 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 40.0 มีรายได้เฉลี่ย  $18,430 \pm 9,240$  บาทต่อเดือน มีระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย  $3.2 \pm 1.4$  ปี มีความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย  $136.4 \pm 12.3$  mmHg ความดันโลหิต ไดแอสโตลิกเฉลี่ย  $84.2 \pm 8.6$  mmHg มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย  $28.4 \pm 2.6$  กิโลกรัมต่อตารางเมตร ไขมันเบาหวานชนิดยาเม็ดร้อยละ 80.0 โดยไขมันเฉลี่ย  $1.8 \pm 0.7$  ชนิด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 60.0 และมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ย  $8.2 \pm 1.3\%$  ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.3 มีอายุเฉลี่ย  $51.7 \pm 7.2$  ปี มีสถานภาพสมรสหรือแต่งงานอยู่ด้วยกันร้อยละ 80.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 33.3 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 46.7 มีรายได้เฉลี่ย  $17,890 \pm 9,560$  บาทต่อเดือน มีระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย  $3.5 \pm 1.6$  ปี มีความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย  $135.8 \pm 13.1$  mmHg ความดันโลหิต ไดแอสโตลิกเฉลี่ย  $83.7 \pm 9.2$  mmHg มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย  $28.1 \pm 2.8$  กิโลกรัมต่อตารางเมตร ไขมันเบาหวานชนิดยาเม็ดร้อยละ 86.7 โดยไขมันเฉลี่ย  $1.7 \pm 0.8$  ชนิด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 66.7 และมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ย  $8.1 \pm 1.2\%$  และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ )

## ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยเบาหวานระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) น้ำหนักตัว ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) น้ำหนักตัว ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	ตัวแปร		n	$\bar{x}$	SD	T-value	p-value
พฤติกรรมกร รับประทาน	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	52.30	7.80	14.52	<0.001*
	ทดลอง	หลังทดลอง	30	68.20	6.50		
อาหาร	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	53.10	8.20	2.43	0.022*
	ควบคุม	หลังทดลอง	30	55.40	7.90		
พฤติกรรมกร ออกกำลังกาย	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	42.80	6.50	11.57	<0.001*
	ทดลอง	หลังทดลอง	30	57.40	5.80		
		ก่อนทดลอง	30	44.20	6.80		

	กลุ่ม	หลังทดลอง	30	43.10	6.60		
	<b>ควบคุม</b>						
<b>ระดับน้ำตาล</b>	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	8.15	1.25	1.85	0.075
	ทดลอง	หลังทดลอง	30	7.85	1.20		
<b>สะสมในเลือด (HbA1c)</b>	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	8.20	1.30	0.52	0.607
	ควบคุม	หลังทดลอง	30	8.10	1.28		
	<b>ตัวแปร</b>		<b>n</b>	$\bar{x}$	SD	T-value	p-value
<b>น้ำหนักตัว (kg)</b>	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	78.50	8.60	1.92	0.065
	ทดลอง	หลังทดลอง	30	77.60	8.50		
	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	79.10	9.20	0.85	0.402
	ควบคุม	หลังทดลอง	30	78.80	9.15		

\*p-value<0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า **กลุ่มทดลอง** มีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ  $52.30 \pm 7.80$  และ  $68.20 \pm 6.50$  ตามลำดับ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $p<0.001$ ) ส่วน **กลุ่มควบคุม** มีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ  $53.10 \pm 8.20$  และ  $55.40 \pm 7.90$  ตามลำดับ มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยแต่ยังมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.022$ )

พฤติกรรมการออกกำลังกายใน **กลุ่มทดลอง** มีค่าคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ  $42.80 \pm 6.50$  และ  $57.40 \pm 5.80$  ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) **กลุ่มควบคุม** มีค่าคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ  $44.20 \pm 6.80$  และ  $43.10 \pm 6.60$  ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.204$ )

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ใน **กลุ่มทดลอง** พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับ HbA1c ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ  $8.15 \pm 1.25$  และ  $7.85 \pm 1.20$  เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มดีขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.075$ ) **กลุ่มควบคุม** มีระดับ HbA1c ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ  $8.20 \pm 1.30$  และ  $8.10 \pm 1.28$  เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ ซึ่งมีการลดลงเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.607$ )

น้ำหนักตัวใน **กลุ่มทดลอง** พบว่า กลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ  $78.50 \pm 8.60$  และ  $77.60 \pm 8.50$  กิโลกรัม ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.065$ )

**กลุ่มควบคุม** มีน้ำหนักตัวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ  $79.10 \pm 9.20$  และ  $78.80 \pm 9.15$  กิโลกรัม ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.402$ )

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) น้ำหนักตัว ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) น้ำหนักตัว ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	ตัวแปร		n	$\bar{x}$	SD	T-value	p-value
พฤติกรรมการ รับประทานอาหาร	ก่อน	กลุ่มทดลอง	30	52.30	7.80	0.38	0.708
	ทดลอง	กลุ่มควบคุม	30	53.10	8.20		
	หลัง	กลุ่มทดลอง	30	68.20	6.50	6.88	<0.001*
	ทดลอง	กลุ่มควบคุม	30	55.40	7.90		
พฤติกรรมการ ออกกำลังกาย	ก่อน	กลุ่มทดลอง	30	42.80	6.50	0.82	0.416
	ทดลอง	กลุ่มควบคุม	30	44.20	6.80		
	หลัง	กลุ่มทดลอง	30	57.40	5.80	8.96	<0.001*
	ทดลอง	กลุ่มควบคุม	30	43.10	6.60		
ระดับน้ำตาล สะสมในเลือด (HbA1c)	ก่อน	กลุ่มทดลอง	30	8.15	1.25	0.15	0.881
	ทดลอง	กลุ่มควบคุม	30	8.20	1.30		
	หลัง	กลุ่มทดลอง	30	7.85	1.20	0.82	0.416
	ทดลอง	กลุ่มควบคุม	30	8.10	1.28		
น้ำหนักตัว	ก่อน	กลุ่มทดลอง	30	78.50	8.60	0.26	0.796
	ทดลอง	กลุ่มควบคุม	30	79.10	9.20		
	หลัง	กลุ่มทดลอง	30	77.60	8.50	0.56	0.579
	ทดลอง	กลุ่มควบคุม	30	78.80	9.15		

\*p-value<0.05

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

เท่ากับ  $52.30 \pm 7.80$  และ  $53.10 \pm 8.20$  ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.708$ ) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเท่ากับ  $68.20 \pm 6.50$  ซึ่งดีกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเท่ากับ  $55.40 \pm 7.90$  อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ )

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน**พฤติกรรมการออกกำลังกาย**ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายเท่ากับ  $42.80 \pm 6.50$  และ  $44.20 \pm 6.80$  ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.416$ ) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายเท่ากับ  $57.40 \pm 5.80$  ซึ่งดีกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเท่ากับ  $43.10 \pm 6.60$  อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ )

เมื่อเปรียบเทียบ**ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)**ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับ HbA1c เท่ากับ  $8.15 \pm 1.25$  และ  $8.20 \pm 1.30$  เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.881$ ) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับ HbA1c เท่ากับ  $7.85 \pm 1.20$  เปอร์เซ็นต์ และกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ  $8.10 \pm 1.28$  เปอร์เซ็นต์ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.416$ )

เมื่อเปรียบเทียบ**น้ำหนักตัว**ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักตัวเท่ากับ  $78.50 \pm 8.60$  และ  $79.10 \pm 9.20$  กิโลกรัม ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.796$ ) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวเท่ากับ  $77.60 \pm 8.50$  กิโลกรัม และกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ  $78.80 \pm 9.15$  กิโลกรัม ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.579$ )

## อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกล มีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก  $52.30 \pm 7.80$  เป็น  $68.20 \pm 6.50$  ( $p<0.001$ ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p<0.001$ ) ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารได้อย่างประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะการเน้นที่ "การควบคุมอาหารแบบคาร์โบไฮเดรตต่ำและการจำกัดแคลอรี" ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมที่ดีนี้เป็นผลมาจากการบูรณาการการให้ความรู้และการปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีการพยาบาลทางไกล

(Telenursing) เป็นช่องทางในการติดตามผลอย่างใกล้ชิดและให้ข้อมูลป้อนกลับที่เหมาะสมทันทั่วถึงแก่ผู้ป่วย ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องอาศัยการสนับสนุนที่ต่อเนื่องและการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย (Schmidt et al., 2023) อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ กัญญา ชูวารี และสรพรเพชญ์ เรื่องอร่าม (2568) ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลช่วยเพิ่มคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิยม ประโกสันตัง (2567) ที่พบว่ารูปแบบการพยาบาลทางไกลสามารถส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก  $42.80 \pm 6.50$  เป็น  $57.40 \pm 5.80$  ( $p < 0.001$ ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $43.10 \pm 6.60$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) การปรับปรุงพฤติกรรมการออกกำลังกายนี้เป็นผลโดยตรงจากการออกแบบโปรแกรมที่กำหนดทั้งความถี่ ความเข้มข้น และประเภทของกิจกรรมทางกายอย่างชัดเจน การบริการพยาบาลทางไกลได้เข้ามาเติมเต็มช่องว่างในการติดตามผล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยในการรักษาความสม่ำเสมอ เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมให้มีการติดตามอย่างน้อยทุกสองสัปดาห์ และมีการติดตามผ่านระบบ telehealth ทำให้บุคลากรสามารถให้คำปรึกษาด้านจิตใจและการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ กัญญา ชูวารี และสรพรเพชญ์ เรื่องอร่าม (2568) ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลช่วยเพิ่มคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิยม ประโกสันตัง (2567) ซึ่งยืนยันว่าการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลมีผลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงจาก  $8.15 \pm 1.25$  เป็น  $7.85 \pm 1.20$  เปอร์เซ็นต์ และมีน้ำหนักตัวลดลงจาก  $78.50 \pm 8.60$  เป็น  $77.60 \pm 8.50$  กิโลกรัม อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (HbA1c:  $8.10 \pm 1.28$  เปอร์เซ็นต์; น้ำหนักตัว:  $78.80 \pm 9.15$  กิโลกรัม) พบว่าความแตกต่างหลังการทดลองของทั้งสองตัวแปร ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.075$  และ  $p = 0.065$  ตามลำดับ) แม้ว่าพฤติกรรมสุขภาพจะดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่ผลลัพธ์ทางคลินิกยังไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากระยะเวลาในการแทรกแซงที่ค่อนข้างสั้นเพียง 3 เดือน การบรรลุเป้าหมายทางคลินิกที่สำคัญ เช่น การลดระดับ HbA1c อย่างมีนัยสำคัญ หรือการเข้าสู่ภาวะเบาหวานสงบ มักต้องใช้เวลาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดและต่อเนื่องในระยะเวลาที่ยาวนานกว่านั้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า HbA1c ลดลงแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ นวลนิตย์ ไชยเพชร และคณะ (2567) ที่ศึกษาโปรแกรม

สุขภาพมุ่งสู่เบาหวานระยะสงบและพบว่าระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยลดลงแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับ เช่น นฤมล สุทธิบูรณ์ (2567) และ ฌกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์ และคณะ (2567) ที่พบความแตกต่างของระดับ HbA1c และดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญหลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ซึ่งความขัดแย้งนี้ชี้ให้เห็นว่าระยะเวลาในการติดตามผลอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการวัดผลลัพธ์ทางคลินิก และเป็นข้อเสนอแนะสำหรับการติดตามผลระยะยาวต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลสามารถนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (โดยเน้นการควบคุมอาหารแบบคาร์โบไฮเดรตต่ำและการจำกัดแคลอรี) ร่วมกับรูปแบบการบริการพยาบาลทางไกล (Telenursing) ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล หรือผู้ที่มีปัญหาในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นกลไกในการ ส่งเสริมและติดตามพฤติกรรมสุขภาพ ให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

1.2 ควรมีการ ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีการพยาบาลทางไกล ให้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยอาจจัดทำ แนวปฏิบัติมาตรฐาน (Clinical Practice Guideline) สำหรับการบริการพยาบาลทางไกลในบริบทโรคเรื้อรัง เพื่อให้การดำเนินการมีความเป็นระบบและต่อเนื่อง

### 2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการขยายระยะเวลาการติดตามผล ในการศึกษาครั้งต่อไปเป็น 6 เดือน หรือ 12 เดือน เพื่อประเมินว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นแล้วนั้น สามารถส่งผลให้เกิดความแตกต่างของค่าทางคลินิก (โดยเฉพาะ HbA1c และการบรรลุภาวะเบาหวานสงบ) อย่างมีนัยสำคัญในระยะยาวได้หรือไม่

2.2 ควรบูรณาการทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพิ่มเติม เช่น ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Theory) หรือ ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) เข้าไปในโปรแกรมให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการรักษาความต่อเนื่องของพฤติกรรมอย่างเข้มงวด

## เอกสารอ้างอิง

กัญจนา ชูวารี และสรพรเพชญ เรื่องอร่าม. (2568). *โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลใน เลือดสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. เข้าถึงได้จาก <https://srth.moph.go.th/>

ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์, ภูมิธพัฒน์ มายุศิริ, เดือนเพ็ญ เคียนบุ้น และพนัดดา นักดนตรี. (2567).

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 9(1), 298-307.

นฤมล สุทธิสุน. (2567). *ประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์*. เข้าถึงได้จาก [www.srth.go.th/home/research](http://www.srth.go.th/home/research)

นวลนิตย์ ไชยเพชร, อุดมศิลป์ แก้วกล้า, สิทธิพงษ์ สอนรัตน์ และยุวดี วิทย์พันธ์. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังชุมชนโพหวาย ตำบลบางกุ้ง อำเภอมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(2), 45-62.

นิยม ประโกสันตัง. (2567). ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(2), 100-111.

พิชามญช์ ภูเจริญ. (2550). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว. (2564). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566*. เข้าถึงได้จาก <https://thaifammed.org/>

โรงพยาบาลศรีนคร. (2568). *รายงานผลการดำเนินงานและสถานการณ์โรคเบาหวาน อำเภอสรีนคร จังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ 2568*. สุโขทัย: โรงพยาบาลศรีนคร.

วิภาวัลย์ อรรถนพรชัย และชวภณ กิจหิรัญกุล. (2564). การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกลในชนบท. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 3(3), 294-305.

อวัตถา เหลืองอุดมชัย และนลินรัตน์ ชูจันทร์. (2561). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวดต่อระดับน้ำตาลในเลือดและดัชนีมวลกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองชุมศรี. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 31(2), 45-58.

Bloom B. (1975). *Taronomy of Education Objective Handbook I. Cognitive Domain*. New York: David Mckay.

Deerochanawong & Ferrario. (2013). Diabetes management in Thailand: A literature review of the burden, costs, and outcomes. *Globalization and Health*, 9, 11.

Rosenfeld Shoelson S. E., Lee, J. J., & Schauer, P. R L. (2022). Diabetes remission: Concept, criteria and clinical relevance. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 10(2), 122–134.

Sangthong R., Kessomboon, P., Chariyalertsak, S., Putwatana, P., & Taneepanichskul, S W. Aekplakorn. (2022). Prevalence and management of diabetes and metabolic risk factors in Thai adults: The national health examination survey 2022. *Journal of Health Systems Research*, 16(2), 123-135.

Schmidt Müller R., Kühn, T., & Pischke, C. R S. (2023). Barriers and facilitators for lifestyle interventions in type 2 diabetes: A qualitative study. *BMC Endocrine Disorders*, 23, 45.

Yoon Lee, J. H., Kim, J. W., Cho, J. H., Choi, Y. H., Ko, S. H., ... & Son, H. Y K. H. (2016). Epidemic obesity and type 2 diabetes in Asia. *The Lancet*, 368(9548), 1681–1688.



## ผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

รสสุนต์ สุตะปา<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 13 ราย และผู้ดูแลหลัก/ครอบครัว จำนวน 13 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณตาม Narayanasamy's Spiritual Care Model ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การดูแลด้านความเชื่อและค่านิยม การดูแลด้านความหมายและจุดประสงค์ของชีวิต การดูแลด้านความสัมพันธ์ และการดูแลด้านการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของนารานาซาม (SNAT) แบบประเมินภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ (SWBS) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประคับประคอง (POS) และแบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon sign rank test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนนความต้องการด้านจิตวิญญาณลดลงจาก 68.0 เป็น 42.0 ตีกว่าก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และมามีค่ามัธยฐานคะแนนภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นจาก 16.0 เป็น 24.0 ตีกว่าก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานคะแนนเปลี่ยนแปลงจาก 22.0 เป็น 21.0 แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.180$ ) นอกจากนี้ ครอบครัว/ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=35.85, SD=2.19) ทั้งนี้ พยาบาลและบุคลากรสุขภาพควรนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณตาม Narayanasamy's Spiritual Care Model ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณรายบุคคล การสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา การช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความหมายและจุดประสงค์ของชีวิต การอำนวยความสะดวกในการพบปะครอบครัวและบุคคลสำคัญ

**คำสำคัญ:** การดูแลแบบประคับประคอง, จิตวิญญาณ, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ, คุณภาพชีวิต

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนคร

## The Effects of Spiritual Care in Palliative Care for End-of-Life Patients, inpatient ward, Srinakhon Hospital, Sukhothai Province

rossukon suthapa<sup>1</sup>

### ABSTRACT

This quasi-experimental research with one-group pretest-posttest design was conducted to examine the effects of spiritual care in palliative care for end-of-life patients in the inpatient ward at Srinakhon Hospital, Sukhothai Province. The sample consisted of 13 palliative care patients and 13 primary caregivers/family members. The intervention tool was spiritual care in palliative care based on Narayanasamy's Spiritual Care Model, covering four components: beliefs and values care, meaning and purpose care, relationships care, and spiritual practices care. Data collection instruments included Narayanasamy's Spiritual Needs Assessment Tool (SNAT), Spiritual Well-being Scale (SWBS), Palliative Outcome Scale (POS), and Family Satisfaction Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon sign rank test.

The results showed that after receiving spiritual care in palliative care, the experimental group had a median score of spiritual needs that decreased from 68.0 to 42.0, which was significantly better than before receiving care at the 0.001 level, and had a median score of spiritual well-being that increased from 16.0 to 24.0, which was significantly better than before receiving care at the 0.001 level. The quality of life of patients had a median score that changed from 22.0 to 21.0, but the difference was not statistically significant ( $p=0.180$ ). In addition, family/caregivers had a high level of satisfaction with spiritual care overall (Mean=35.85, SD=2.19).

Therefore, nurses and healthcare personnel should apply the spiritual care in palliative care approach based on Narayanasamy's Spiritual Care Model systematically in caring for end-of-life patients, especially individual assessment of spiritual needs, supporting patients to practice religious beliefs, helping patients find meaning and purpose in life, and facilitating meetings with family and significant others.

**Keywords:** palliative care, spirituality, end-of-life patients, spiritual well-being, quality of life

---

<sup>1</sup>Professional Nurse (PROFESSIONAL Level), Srinakorn Hospital

## บทนำ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นแนวทางการดูแลที่มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับโรคที่รักษาไม่หายหรืออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกมิติ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มากกว่าการยืดอายุขัย โดยไม่จำเป็น แนวคิดนี้ได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพที่ประชากรทุกคนควรได้รับอย่างเท่าเทียม (World Health Organization, 2020)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) รายงานว่า ในแต่ละปีมีประชากรโลกกว่า 56.8 ล้านคนที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงบริการดังกล่าว โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ซึ่งขาดแคลนบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะด้านรวมถึงขาดเครื่องมือและระบบสนับสนุนที่ครอบคลุมมิติทางจิตวิญญาณและวัฒนธรรมนอกจากนี้ รายงานจาก The Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Relief (2018) ระบุว่า ผู้ป่วยจำนวนมากต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดทางกายและจิตใจที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หากมีการจัดบริการแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ควรได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ประเทศไทยเริ่มให้ความสำคัญกับการพัฒนา Palliative Care อย่างเป็นทางการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยมีการจัดทำยุทธศาสตร์แห่งชาติ และบรรจุแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในหลักสูตรแพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ และสาธารณสุขศาสตร์ อีกทั้งมีการจัดตั้งเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด อย่างไรก็ตาม แม้จะมีผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพียงกลุ่มหนึ่งเท่านั้นที่ได้รับการบริการดังกล่าวในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะในด้าน “การดูแลด้านจิตวิญญาณ” ที่ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบองค์รวม กลับพบว่ายังขาดแนวทางการประเมินและการปฏิบัติอย่างชัดเจน งานวิจัยของนिरชา รุ่งเรืองลาภไพศาล และคณะ (2568) รายงานว่าบุคลากรพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดความมั่นใจในการพูดคุยเรื่องความตายกับผู้ป่วย ขาดความเข้าใจ

ในแนวคิดเรื่องจิตวิญญาณ รวมทั้งขาดเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน มีตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จในประเทศไทยที่สามารถใช้เป็นต้นแบบได้ เช่น อโรคยศาลา วัดคำประมง จังหวัดสกลนครใช้แนวทางบูรณาการระหว่างพุทธศาสนา การฝึกสมาธิ และเวชศาสตร์ประคับประคอง ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติของความตายอย่างสงบและมีสติ โรงพยาบาลศรีนครินทร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น พัฒนาหน่วยงานเวชศาสตร์ประคับประคองแบบสหวิชาชีพ มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมและจัดกิจกรรมฟื้นฟูจิตใจ เช่น การเยี่ยมศาสนสถานพิธีกรรมทางศาสนาโรงพยาบาลคูน (KOON Palliative Care) เน้น

แนวคิด “ศูนย์กลางชีวิตที่สงบงาม” ใช้หลักพุทธธรรมประกอบกับการแพทย์ เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในเวลาที่เหลืออยู่

จังหวัดสุโขทัยได้ดำเนินการขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคองผ่านโครงการพัฒนาระบบสุขภาพระดับจังหวัด โดยมีการประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และชุมชน ในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 พบว่ามีผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยปี 2566 มีจำนวน 2,530 ราย ปี 2567 จำนวน 1,962 ราย และช่วงครึ่งแรกของปี 2568 มี 1,157 ราย อย่างไรก็ตาม รายงานการประเมินภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย (2568) พบว่า แนวทางการดูแลยังเน้นเฉพาะด้านร่างกายและการส่งต่อเท่านั้น ขาดการประเมินในมิติของจิตวิญญาณ ความกลัว ความหวัง และการเตรียมตัวตายอย่างเป็นระบบ

โรงพยาบาลศรีนคร เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ซึ่งมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะแบบประคับประคองในพื้นที่อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย โดยมีจำนวนผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในปี 2566-2568 จำนวน 45 ราย, 55 ราย และ 20 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลศรีนคร, 2568) อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจเบื้องต้นโดย พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์หรือการอบรมเรื่องการดูแลด้านจิตวิญญาณ และไม่มีแบบฟอร์มหรือเครื่องมือประเมินความต้องการด้านนี้อย่างเป็นระบบ การศึกษาของ รัชฎาพร แนบเนียน (2561) พบว่า การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น การฟัง การให้คำปรึกษา และการจัดพิธีกรรมทางศาสนา มีผลต่อระดับความพึงพอใจของครอบครัวและการยอมรับความตายของผู้ป่วยในเชิงบวก ส่วนสมฤดี สุทธิกุล (2565) พบว่า ผู้ป่วยที่มีศรัทธาและที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีที่พึ่งทางจิตวิญญาณ ด้วยความสำคัญของการดูแลด้านจิตวิญญาณที่ยังขาดแนวทางในระดับปฏิบัติ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน การศึกษาครั้งนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการดูแลด้านจิตวิญญาณที่สามารถนำไปใช้ได้จริงกับผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลศรีนคร และสามารถขยายผลในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพของจังหวัดสุโขทัย การวิจัยนี้จึงไม่เพียงเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ยังเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากร พยาบาล และทีมสหวิชาชีพให้สามารถดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างมีมนุษยธรรม ครอบคลุม และสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของพื้นที่

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดทางทฤษฎีของ Narayanasamy’s Spiritual Care Model มาใช้ในการอธิบายการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing) และสามารถประยุกต์ใช้ได้กับบริบทของโรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ทฤษฎีของ Narayanasamy (2004) เน้นการดูแลผู้ป่วยในมิติจิตวิญญาณโดยครอบคลุมทั้งการประเมิน การดูแล และการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งสามารถนำมาปรับใช้กับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีความต้องการพิเศษด้านจิตวิญญาณ โดยเฉพาะในบริบทของวัฒนธรรมไทยที่ศาสนาพุทธมีอิทธิพลอย่างลึกซึ้ง การนำทฤษฎีนี้มา

ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ประคับประคอง โดยใช้เครื่องมือ SNAT ก่อนและหลังการดูแล จากนั้นดำเนินการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณตามแนวทางของ Narayanasamy ได้แก่ การฟังอย่างตั้งใจ การให้คำปรึกษา การอำนวยความสะดวกทางศาสนา และการส่งเสริมการค้นหาความหมายของชีวิต หลังจากนั้นจึงประเมินผลด้วยเครื่องมือ SWBS และแบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวทฤษฎีนี้จึงเหมาะสมในการเป็นกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองได้อย่างเป็นรูปธรรม มีความสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมไทย และครอบคลุมทั้งมิติของผู้ป่วยและครอบครัว

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยแบบประคับประคอง ก่อนและหลังการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยแบบประคับประคอง ก่อนและหลังการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย
3. เพื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแบบประคับประคอง ก่อนและหลังการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของครอบครัวหรือผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

### ขอบเขตของการวิจัย

**ขอบเขตด้านการศึกษา** การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one groups pretest – posttest design)

**ขอบเขตด้านพื้นที่** โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

**ขอบเขตด้านประชากร** ผู้ป่วยแบบประคับประคองใน โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย 13 ราย และผู้ดูแลหลัก/ครอบครัวของผู้ป่วย 13 ราย รวม 26 ราย

### ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย กันยายน พ.ศ. 2568 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

## กรอบแนวคิดการวิจัย

### ตัวแปรต้น

### ตัวแปรตาม

#### การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ (Narayanasmay's Spiritual Care Model ,2004)

#### ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกและการสร้างสัมพันธภาพ

สนทนาวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล (Family Meeting)

#### ขั้นตอนที่ 2 การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณตาม 4 องค์ประกอบ (Intervention Phase)

##### 1.การดูแลด้านความเชื่อและค่านิยม (Beliefs and Values Care)

- สนับสนุนการปฏิบัติตามหลักความเชื่อของผู้ป่วย
- จัดหาหนังสือ/สื่อศาสนาที่เหมาะสม
- เชิญผู้นำศาสนามาเยี่ยม (หากผู้ป่วยต้องการ)
- เคารพและไม่ตัดสินค่านิยมของผู้ป่วย

##### 2.การดูแลด้านความหมายและจุดประสงค์ (Meaning and Purpose Care)

- ช่วยผู้ป่วยทำสิ่งที่มีความหมาย: เขียนจดหมาย, บันทึกเรื่องราว, สร้างมรดกให้ลูกหลาน
- สนับสนุนการตั้งเป้าหมายระยะสั้นที่ทำได้
- ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่าและความหมาย

##### 3.การดูแลด้านความสัมพันธ์ (Relationships Care)

- อำนวยความสะดวกการพบปะครอบครัว/เพื่อนที่สำคัญ
- สนับสนุนการขอโทษ/การให้อภัย/การคลี่คลายความขัดแย้ง
- จัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ วันเกิด, รับประทานอาหารพร้อมกัน,ชมภาพถ่ายครอบครัว
- ช่วยเหลือการสื่อสารที่ยากลำบากระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

##### 4.การดูแลด้านการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ (Spiritual Practices Care)

- สนับสนุนพิธีกรรมทางศาสนา: ทำบุญตักบาตร, สวดมนต์
- จัดสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ
- กิจกรรมบำบัด: ฟังธรรม, ฟังเพลงศาสนาที่ชอบ, กิจกรรมทำสมาธิบำบัด (SKT)
- จัดหาวัตถุศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยต้องการ

#### ขั้นตอนที่ 3 ประสานทีมดูแลต่อเนื่อง

เพื่อยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์, ส่งต่อข้อมูลการดูแลทั้ง 4 องค์ประกอบให้ทีม Palliative Care เพื่อดูแลและติดตามเยี่ยม

#### ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์หลังการดูแล (Post-intervention Assessment) ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ

1. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ
2. ภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ
3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประคับประคอง
4. ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one groups pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย  
โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

### ประชากร

ผู้ป่วยแบบประคับประคองใน โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย 13 ราย และผู้ดูแลหลัก/ครอบครัวของผู้ป่วย 13 ราย รวม 26 ราย

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจะถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โรคเรื้อรังที่แพทย์วินิจฉัยรักษาแบบประคับประคอง (PPS = 40-60%) โดยประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 13 ราย
2. ญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย จำนวน 13 ราย

### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

#### ผู้ป่วยประคับประคอง

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองในของโรงพยาบาลศรีนคร จากแพทย์วินิจฉัยรักษาแบบประคับประคอง (PPS = 40-60%)
2. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
3. มีสติสัมปชัญญะเพียงพอในการให้ข้อมูล
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ (หรือมีผู้ดูแลให้ความยินยอมแทนในกรณีที่ไม่สามารถลงนามได้)

#### ญาติหรือผู้ดูแลหลัก

1. เป็นญาติสายตรง หรือบุคคลที่มีบทบาทดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (primary caregiver)
2. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
3. มีความสามารถในการอ่านและตอบแบบสอบถามได้ สื่อสารภาษาไทยได้
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

#### ผู้ป่วยประคับประคอง

1. มีภาวะทางจิตเวชที่รุนแรงหรือภาวะหมดสติ
2. มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่รบกวนความสามารถในการสื่อสารหรือเข้าใจ
3. ผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะคงที่ (PPSV=70-100%) และ PPSV=0-30% เป็นระยะสุดท้ายของชีวิต

### ญาติ/ผู้ดูแล

1. อยู่ในภาวะโศกเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง
2. มีความบกพร่องทางการสื่อสารหรือไม่สามารถเข้าใจแบบสอบถาม

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว การอาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่น ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาการรับทราบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และการมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เป็นคำถามแบบเลือกตอบหรือเติมคำลงในช่องว่าง

1.2 แบบแบ่งระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง Palliative performance scale version(PPS v2) (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2567) เป็นเครื่องมือใช้ประเมินผู้ป่วยใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกตัวใช้ประเมินเพื่อคัดกลุ่มตัวอย่างและแยกกลุ่มเพื่อจัดแนวทางการดูแล เพื่อช่วยในการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่างๆของผู้ป่วย Palliative Care PPS มีการแบ่งระดับทั้งหมด 11 ระดับไล่ตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0% เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่

ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (PPS >70%)

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS 0-30%)

ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่ม (40-70%)

1.3 แบบประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของนารานาซาม (Naranasamy's Spiritual Needs Assessment Tool, 2004): (SNAT) ซึ่งพัฒนาโดย Wilfred McSherry และ Aru Narayanasamy ในปี ค.ศ. 2004 มีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้ ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือระยะท้าย (End-of-Life Care) แหล่งที่มาดัดแปลงจาก Narayanasamy's Spiritual Needs Assessment Tool (SNAT) 2004 โดยอ้างอิงการแปลและปรับใช้ในบริบทไทยจากงานวิจัยรัฐภาพร แนบเนียน (2561)

โรงพยาบาลนครพนม มีทั้งหมด 10 ข้อให้คะแนนในระดับความเห็นด้วยจาก 0 ถึง 10 (0=ไม่เห็นด้วยเลย, 10=เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ใช้ประเมินก่อนและหลังการดูแลด้านจิตวิญญาณตามเอกสารแบบสอบถามงานวิจัย SNAT (Spiritual Needs) แปลผล

คะแนนรวม 0–30 คะแนน	หมายถึง ความต้องการระดับต่ำ
คะแนนรวม 31–70 คะแนน	หมายถึง ความต้องการระดับปานกลาง
คะแนนรวม 71–100 คะแนน	หมายถึง ความต้องการระดับสูง

1.4 แบบประเมินภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-being Scale: SWBS)

ให้คะแนนจาก 1 ถึง 5 (1 = ไม่เห็นด้วยเลย, 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง) มีทั้งหมด 6 ข้อ ตามเอกสารแบบสอบถามงานวิจัย แหล่งที่มา Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Spiritual Well-Being Scale (SWBS) การแปลผลดังต่อไปนี้

คะแนนรวม 6–14 คะแนน	หมายถึง ผาสุกทางจิตวิญญาณระดับต่ำ
คะแนนรวม 15–22 คะแนน	หมายถึง ผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง
คะแนนรวม 23–30 คะแนน	หมายถึง ผาสุกทางจิตวิญญาณระดับสูง

1.5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประคับประคอง POS (Palliative Outcome Scale) เป็นมาตรวัดแบบหลายมิติที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ของการดูแลในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยคุกคามชีวิต POS (Palliative Outcome Scale) แปลผลดังนี้

คะแนนรวม 0–13 คะแนน	หมายถึง ปัญหาน้อย
คะแนนรวม 14–26 คะแนน	หมายถึง ปัญหาปานกลาง
คะแนนรวม 27–40 คะแนน	หมายถึง ปัญหารุนแรง ควรได้รับการดูแลใกล้ชิด

1.6 แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณ (Family Satisfaction Questionnaire) แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจของท่าน (ในฐานะญาติ/ผู้ดูแล) ต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณที่ทีมดูแลสุขภาพมอบให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย กรุณาเลือกคะแนนที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยใช้ระดับคะแนน 1 – 5 ดังนี้

1 = ไม่พึงพอใจเลย 2 = ไม่ค่อยพึงพอใจ 3 = พอใช้ 4 = พึงพอใจ 5 = พึงพอใจมาก

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งหมด: 8 - 40 คะแนน ช่วงคะแนนและแบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยดัดแปลงจากหลักการของ Narayanasamy (2004) และแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อใช้ประเมินความพึงพอใจของญาติ/ผู้ดูแลในบริบทวัฒนธรรมไทย โดยใช้เพื่อ

การศึกษาและวิจัยทางวิชาการเท่านั้น ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เชิงพาณิชย์และไม่มีการระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถามเพื่อให้เป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัว แปลผล

คะแนนรวม 8–15 คะแนน	หมายถึง ความพึงพอใจระดับต่ำ
คะแนนรวม 16–27 คะแนน	หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง
คะแนนรวม 28–40 คะแนน	หมายถึง ความพึงพอใจระดับสูง

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ การดูแลแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ รายละเอียดดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกผู้ป่วยและการสร้างสัมพันธภาพ (สัปดาห์ที่ 1)**

1. วันที่ 1-2 การคัดกรองและคัดเลือกผู้ป่วย ผู้วิจัยประสานงานกับทีมแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนคร เพื่อคัดกรองผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองในของโรงพยาบาลศรีนคร จากแพทย์วินิจฉัยรักษาแบบประคับประคอง (PPSV = 40-60%) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะเพียงพอในการให้ข้อมูล และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

2. วันที่ 3-4 การขอความยินยอมและประเมินข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และสิทธิ์ในการถอนตัวจากการศึกษาให้ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลทราบอย่างชัดเจน จากนั้นขอลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม (Informed Consent) และดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย และแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อผู้ป่วย

3. วันที่ 5-7 การจัดประชุมวางแผนการดูแลร่วมกัน (Family Meeting) ผู้วิจัยและทีมพยาบาลจัดการประชุม Family Meeting ร่วมกับผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลหลัก เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี สำรวจความต้องการและความคาดหวังด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อ ค่านิยม และวิถีปฏิบัติทางศาสนา พร้อมทั้งร่วมกันวางแผนการดูแลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้เวลาประชุมประมาณ 60-90 นาที

**ขั้นตอนที่ 2 การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณตาม 4 องค์ประกอบ (สัปดาห์ที่ 2-7)**

1. การดูแลด้านความเชื่อและค่านิยม (Beliefs and Values Care) ทีมพยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามหลักความเชื่อและค่านิยมทางศาสนาของตนเองได้อย่างเต็มที่ โดยจัดหาหนังสือธรรมะ หรือสื่อศาสนาที่ผู้ป่วยต้องการมาไว้ใกล้เตียงภายในสัปดาห์ที่ 2 ประสานงานเชิญพระสงฆ์หรือผู้นำทางศาสนามาให้กำลังใจและปรึกษาหารือตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง รวมทั้งให้ความเคารพและไม่

ตัดสินใจเลือกหรือความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวตลอดระยะเวลาการดูแล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยทางจิตใจ และได้รับการยอมรับ

2. การดูแลด้านความหมายและจุดประสงค์ของชีวิต (Meaning and Purpose Care) พยาบาลช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่มีความหมายต่อชีวิต เช่น การเขียนจดหมายถึงคนที่รัก การบันทึกเรื่องราวชีวิตหรือคำสอนให้ลูกหลาน การสร้างมรดกทางจิตใจ หรือการทำสิ่งที่ค้างคาใจมานาน โดยกำหนดเวลาพูดคุยเป็นรายบุคคลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที ทีมพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยตั้งเป้าหมายระยะสั้นที่สามารถทำได้ภายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ และสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าและความหมายของชีวิตที่ผ่านมา ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าชีวิตของตนมีความสมบูรณ์และคุ้มค่า

3. การดูแลด้านความสัมพันธ์ (Relationships Care) ทีมพยาบาลอำนวยความสะดวกในการพบปะระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญในชีวิต โดยผ่อนปรนกฎระเบียบการเยี่ยมเยียนตามความเหมาะสม สนับสนุนให้เกิดการสื่อสารที่เปิดเผยซื่อสัตย์ การขอโทษ การให้อภัย และการคลี่คลายความขัดแย้งที่ค้างคาระหว่างผู้ป่วยกับคนใกล้ชิดตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ จัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ เช่น การจัดงานวันเกิด การรับประทานอาหารร่วมกันข้างเตียง หรือการชมภาพถ่ายครอบครัวร่วมกันเพื่อระลึกถึงความทรงจำที่ดีตามโอกาสที่เหมาะสม พร้อมทั้งให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาการสื่อสารที่ยากลำบากระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

4. การดูแลด้านการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ (Spiritual Practices Care) พยาบาลสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาได้ตามปกติ เช่น การทำบุญตักบาตรทุกเช้าวันพระ การสวดมนต์ การอ่านพระคัมภีร์ หรือการภาวนาวันละ 1-2 ครั้ง โดยจัดสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้เอื้อต่อการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ เช่น จัดมุมธรรมะหรือมุมศาสนาข้างเตียงภายในสัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมบำบัดทางจิตวิญญาณ เช่น การฟังธรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ฟังเพลงพระสวดมนต์หรือเพลงศาสนาที่ชื่นชอบวันละ 2-3 ครั้ง และกิจกรรมทำสมาธิบำบัด (Sati Kammattana Therapy: SKT) สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที เพื่อสร้างความสงบทางจิตใจ รวมทั้งจัดหาวัตถุมงคลหรือวัตถุศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยต้องการมาไว้ใกล้ตัว

### **ขั้นตอนที่ 3 การประสานงานทีมดูแลต่อเนื่อง (สัปดาห์ที่ 7-8)**

1. วันที่ 1-4 ประสานงานเยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์ เมื่อผู้ป่วยพร้อมกลับบ้าน ทีมพยาบาลประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดหาและเยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เตียงผู้ป่วย ถังออกซิเจน อุปกรณ์ดูแลหยา หรือเครื่องช่วยเหลือต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสม โดยใช้เวลาในการประสานงานและจัดเตรียมประมาณ 3-4 วัน

2. วันที่ 5-7 การส่งต่อข้อมูลการดูแลด้านจิตวิญญาณ ผู้วิจัยและทีมพยาบาลจัดทำเอกสารสรุปข้อมูลการดูแลด้านจิตวิญญาณทั้ง 4 องค์ประกอบที่ได้ให้แก่ผู้ป่วยระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย วิถีปฏิบัติทางศาสนา และประเด็นที่ต้องติดตามเป็นพิเศษ จากนั้นส่งต่อข้อมูลเหล่านี้ให้แก่ทีม Palliative Care หรือทีม Home Care เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับแผนการดูแลที่วางไว้ รวมทั้งประสานงานให้ทีมสามารถเยี่ยมบ้านและติดตามผลการดูแลด้านจิตวิญญาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดแผนการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

#### **ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์หลังการดูแล (สัปดาห์ที่ 8)**

วันที่ 1-7 การประเมินผลลัพธ์หลังการดูแล ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลลัพธ์การดูแลด้านจิตวิญญาณหลังจากผู้ป่วยได้รับการดูแลตามโปรแกรมครบ 6 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินที่ครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) ประเมินสำหรับผู้ป่วย ใช้แบบประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของนารานาซาม (SNAT) มี 10 ข้อ อีกครั้ง เพื่อเปรียบเทียบความต้องการด้านจิตวิญญาณก่อนและหลังการดูแล
- 2) ประเมินสำหรับผู้ป่วย ใช้แบบประเมินภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ (SWBS) มี 6 ข้ออีกครั้ง เพื่อเปรียบเทียบระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนและหลังการดูแล
- 3) ประเมินสำหรับผู้ป่วย ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคอง (POS) มี 10 ข้อ อีกครั้ง เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการดูแล
- 4) ประเมินสำหรับผู้ดูแล/ครอบครัว ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณ (Family Satisfaction Questionnaire) มี 8 ข้อ

#### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

การเก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้ดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะสำคัญ ได้แก่ ระยะก่อนการให้การดูแล ระยะให้การดูแล และระยะหลังการให้การดูแล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระยะก่อนการให้การดูแล (Pretest Phase)
  - 1.1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวอย่างชัดเจน
  - 1.2 ขอความยินยอมโดยสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ (Informed Consent)
  - 1.3 รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค การนับถือศาสนา
  - 1.4 ประเมินระดับความสงบทางจิตใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลเบื้องต้น โดยใช้แบบสอบถามมาตรฐาน
2. ระยะให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Intervention Phase)

ผู้วิจัยดำเนินการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยอิงตามแนวทางของ Narayanasamy's Spiritual Care Model การดูแลประกอบด้วยกิจกรรม เช่น การฟังอย่างตั้งใจ การปลอบโยน การให้คำปรึกษาทางจิตวิญญาณ การเชื่อมโยงกับความเชื่อหรือศาสนา และการเสริมพลังใจ การให้การดูแลดำเนินต่อเนื่องอย่างน้อย 3 วัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้การดูแลด้วยตนเองในช่วงเวลาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

3. ระยะหลังการให้การดูแล (Posttest Phase) หลังจากสิ้นสุดการให้การดูแล ผู้วิจัยดำเนินการประเมินซ้ำด้วยแบบสอบถามชุดเดิม และดำเนินการวิเคราะห์ผลการศึกษาและจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

**โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ (Narayanasamy's Spiritual Care Model, 2004)** ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยเสนอโปรแกรมการดูแลที่พัฒนาขึ้นต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ประคับประคอง 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน ทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาในแต่ละองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ความเหมาะสมของกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม และความสอดคล้องกับวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยไทย จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ รวมถึงการปรับภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและง่ายต่อความเข้าใจ ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.89

สำหรับการทดสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณไปทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ณ โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ความเหมาะสมของกิจกรรม ความชัดเจนของขั้นตอน และความสามารถในการบันทึกผลการดูแลได้อย่างเป็นระบบ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบแบ่งระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS v2) ส่วนที่ 3 แบบประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ (SNAT) ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ (SWBS) ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความ

พึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณ และส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย  
ระดับประคอง (POS)

**การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 6 ส่วนเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ  
จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่  
ใช้ และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์  
ระดับประคอง 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะ  
สุดท้าย 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผลทางการพยาบาล 1 ท่าน จากนั้นนำ  
ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity  
Index: CVI) ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 แบบแบ่งระดับผู้ป่วย PPS v2 ได้ค่า CVI  
เท่ากับ 1.00 แบบประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ (SNAT) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.87 แบบประเมินภาวะผาสุก  
ทางจิตวิญญาณ (SWBS) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.85 แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัว ได้ค่า CVI เท่ากับ  
0.90 และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (POS) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.88

**การทดสอบความเที่ยง (Reliability)** ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว  
ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่ม  
ตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ณ โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จากนั้นนำ  
ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความ  
เชื่อมั่นดังนี้ แบบประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ (SNAT) ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.87 แบบ  
ประเมินภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ (SWBS) ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.85 แบบสอบถามความพึงพอใจ  
ของครอบครัว ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.88 และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (POS) ได้ค่า Cronbach's  
Alpha เท่ากับ 0.86 ซึ่งทุกเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้สำหรับการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ  
ทางสถิติที่ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกใน  
ครอบครัว การอาศัยอยู่ในครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาการ  
รับทราบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และการมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน  
เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนความต้องการด้านจิตวิญญาณ ภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Wilcoxon sign rank test

3. วิเคราะห์ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณ รายชื่อและภาพรวม ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ใบรับรองเลขที่ COA 54/2025 IRB No.83/2025 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2568

### สรุปผลการวิจัย

#### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

#### ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยแบบประคอง (n=13)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	38.5
หญิง	8	61.5
อายุ, $\bar{X}$ (SD), ปี	64.8 (12.3)	
ศาสนา		
พุทธ	13	100.0
สถานภาพสมรส		
โสด	0	0.0
สมรส	7	53.8
หม้าย	4	30.8
หย่า/แยกกันอยู่	2	15.4
จำนวนสมาชิกในครอบครัว, $\bar{X}$ (SD), คน	4.2(1.8)	
การอาศัยอยู่ในครอบครัว		
อยู่คนเดียว	2	15.4

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อยู่กับครอบครัว	11	84.6
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	9	69.2
มัธยมศึกษา	3	23.1
อนุปริญญา (ปวช./ปวส.)	1	7.7
ปริญญาตรีขึ้นไป	0	0.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน , $\bar{X}$ (SD), บาท/เดือน	2,450 (2,200)	
อาชีพ		
เกษตรกร	6	46.2
รับจ้างทั่วไป	4	30.8
ค้าขาย	3	23.0
โรคประจำตัว/การวินิจฉัย		
มะเร็งตับ	4	30.8
มะเร็งปอด	3	23.1
มะเร็งลำไส้ใหญ่	2	15.4
มะเร็งเต้านม	1	7.6
โรคหัวใจเรื้อรัง	2	15.4
โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย	1	7.7
ระยะเวลาการรับทราบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง	4.8 ± 2.6	
, $\bar{X}$ (SD), เดือน		
ประเภทที่ยืดเหนี่ยวทางจิตใจ		
ความเชื่อทางศาสนาพุทธ/การทำบุญ	9	69.2
ครอบครัว/ลูกหลาน	3	23.1
การสวดมนต์/ภาวนา	1	7.7
การแบ่งระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	50.0 (8.7)	
Palliative Performance Scale (PPS), $\bar{X}$ (SD)		
PPS 40%	5	38.5

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
PPS 50%	4	30.8
PPS 60%	4	30.8

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.5 มีอายุเฉลี่ย  $64.8 \pm 12.3$  ปี ผู้ป่วยทุกรายนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.8 ผู้ป่วยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย  $4.2 \pm 1.8$  คน เมื่อพิจารณาการอาศัยอยู่ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 84.6 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.2 รองลงมาคือมัธยมศึกษา ร้อยละ 23.1 ผู้ป่วยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน  $2,450 \pm 2,200$  บาท อาชีพก่อนเจ็บป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.2 เมื่อพิจารณาโรคประจำตัวหรือการวินิจฉัย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 10 ราย ร้อยละ 76.9 โดยแยกเป็นมะเร็งตับ ร้อยละ 30.8 มะเร็งปอด ร้อยละ 23.1 มะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 15.4 และมะเร็งเต้านม ร้อยละ 7.6 นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจเรื้อรัง ร้อยละ 15.4 และโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 1 ราย ร้อยละ 7.7 ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองโดยเฉลี่ย  $4.8 \pm 2.6$  เดือน ผู้ป่วยมีความเชื่อทางศาสนาพุทธหรือการทำบุญ ร้อยละ 69.2 รองลงมาคือครอบครัวหรือลูกหลาน ร้อยละ 23.1 การแบ่งระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง Palliative Performance Scale (PPS) ของผู้ป่วย พบว่ามีค่าเฉลี่ย  $50.0 \pm 8.7\%$  โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีค่า PPS 40% ร้อยละ 38.5 PPS 50% ร้อยละ 30.8 และ PPS 60% ร้อยละ 30.8 ซึ่งผู้ป่วยทุกรายอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional phase) ที่มีค่า PPS อยู่ระหว่าง 40-60%

#### ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของญาติ/ผู้ดูแลหลัก (n=13)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	30.8
หญิง	9	69.2
อายุ, $\bar{X}$ (SD), ปี	48.6 (14.2)	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร	7	53.8
คู่สมรส	4	30.8
พี่น้อง	2	15.4

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	4	30.8
มัธยมศึกษา	5	38.5
อนุปริญญา (ปวช./ปวส.)	2	15.4
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	15.4
อาชีพ		
เกษตรกร	4	30.8
รับจ้างทั่วไป	3	23.1
ค้าขาย	3	23.1
ข้าราชการ	2	15.4
แม่บ้าน	1	7.6
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน , $\bar{X}$ (SD), บาท/เดือน	12,350 (6,800)	
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (เดือน)	4.2(2.3)	
เวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน (ชั่วโมง)	16.8(4.8)	
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
ไม่เคย	9	69.2
เคย	4	30.8

จากตารางที่ 2 ญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.2 มีอายุเฉลี่ย  $48.6 \pm 14.2$  ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 53.8 รองลงมาคือคู่สมรส ร้อยละ 30.8 ผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 38.5 อาชีพของผู้ดูแล ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน  $12,350 \pm 6,800$  บาท ผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ย  $4.2 \pm 2.3$  เดือน ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ย  $16.8 \pm 4.6$  ชั่วโมงต่อวัน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ร้อยละ 69.2

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนความต้องการด้านจิตวิญญาณ ภาวะผาสูกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนความต้องการด้านจิตวิญญาณ ภาวะผาสูกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง (n=13)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Median (IQR)	หลังทดลอง Median (IQR)	Z	p-value
ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (SNAT)	68.0 (62.0-74.0)	42.0 (36.0-48.0)	-3.185	0.001*
ภาวะผาสูกทางจิตวิญญาณ (SWBS)	16.0 (14.0-18.0)	24.0 (22.0-26.0)	-3.197	0.001*
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคอง (POS)	22.0 (19.0-25.0)	21.0 (18.0-24.0)	-1.342	0.180

\*p-value<0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานความต้องการด้านจิตวิญญาณ (SNAT) ก่อนทดลอง 68.0 (62.0-74.0) และหลังทดลอง 42.0 (36.0-48.0) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z=-3.185$ ,  $p=0.001$ ) โดยค่ามัธยฐานความต้องการด้านจิตวิญญาณหลังทดลองลดลงจากก่อนทดลอง สำหรับภาวะผาสูกทางจิตวิญญาณ (SWBS) พบว่ามีค่ามัธยฐานก่อนทดลอง 16.0 (14.0-18.0) และหลังทดลอง 24.0 (22.0-26.0) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z=-3.197$ ,  $p=0.001$ ) โดยค่ามัธยฐานภาวะผาสูกทางจิตวิญญาณหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง ขณะที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคอง (POS) มีค่ามัธยฐานก่อนทดลอง 22.0 (19.0-25.0) และหลังทดลอง 21.0 (18.0-24.0) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z=-1.342$ ,  $p=0.180$ )

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของครอบครัว/ผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ (n=13)

รายการ	ระดับความพึงพอใจ		
	Mean	SD	ระดับ
1. โอกาสผู้ป่วยแสดงออกความเชื่อทางศาสนา	4.69	0.48	สูงมาก
2. ให้ความสำคัญกับความเชื่อและค่านิยม	4.77	0.44	สูงมาก
3. เคารพพิธีกรรม/ความเชื่อของครอบครัว	4.85	0.38	สูงมาก
4. ความเข้าใจและเห็นใจภาวะจิตใจผู้ป่วย	4.54	0.52	สูงมาก
5. เปิดโอกาสครอบครัวมีส่วนร่วม	4.62	0.51	สูงมาก
6. ความสงบ/บรรยากาศเอื้อการดูแล	4.38	0.65	สูง
7. ให้ข้อมูลชัดเจนเกี่ยวกับการดูแล	4.54	0.52	สูงมาก
8. ความใส่ใจในการบริการ	4.92	0.28	สูงมาก
รวม	35.85	2.19	สูง

จากตารางที่ 4 พบว่า ครอบครัว/ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=35.85, SD=2.19) เมื่อพิจารณาเป็นรายการพบว่า ครอบครัว/ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับสูงมากเกือบทุกด้าน โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ความใส่ใจในการบริการ (Mean=4.92, SD=0.28) รองลงมาคือ การเคารพพิธีกรรม/ความเชื่อของครอบครัว (Mean=4.85, SD=0.38) และการให้ความสำคัญกับความเชื่อและค่านิยม (Mean=4.77, SD=0.44) ตามลำดับ สำหรับรายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความสงบ/บรรยากาศเอื้อการดูแล (Mean=4.38, SD=0.65) ซึ่งอยู่ในระดับสูง ขณะที่รายการอื่นๆ ได้แก่ โอกาสผู้ป่วยแสดงออกความเชื่อทางศาสนา (Mean=4.69, SD=0.48) การเปิดโอกาสครอบครัวมีส่วนร่วม (Mean=4.62, SD=0.51) ความเข้าใจและเห็นใจภาวะจิตใจผู้ป่วย (Mean=4.54, SD=0.52) และการให้ข้อมูลชัดเจนเกี่ยวกับการดูแล (Mean=4.54, SD=0.52) มีความพึงพอใจในระดับสูงมากเช่นกัน

### อภิปรายผล

หลังจากได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณตาม Narayanasamy's Spiritual Care Model ผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานความต้องการด้านจิตวิญญาณลดลงจาก 68.0 เป็น 42.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z=-3.185, p=0.001$ ) การลดลงของความต้องการด้านจิตวิญญาณนี้สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบตามแนวทาง Narayanasamy สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านความเชื่อและค่านิยม (Beliefs and Values Care) ที่เน้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วย

ปฏิบัติตามหลักความเชื่อทางศาสนา การจัดหาสื่อศาสนา และการเชิญผู้นำศาสนามาให้กำลังใจ ซึ่งสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมไทยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและมีความเชื่อทางศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ร้อยละ 69.2 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Puchalski et al. (2014) ที่พบว่าการประเมินและตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยช่วยลดความทุกข์ทางจิตใจและเพิ่มความสงบในระยะท้ายของชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา แสงสว่าง (2563) ที่รายงานว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยเน้นด้านจิตใจและจิตวิญญาณมีระดับความสงบในใจและความพึงพอใจต่อการดูแลสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับแนวทางการดูแลเฉพาะทางด้านนี้ การที่ความต้องการด้านจิตวิญญาณลดลงแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อความต้องการในการแสวงหาความหมายของชีวิต การเชื่อมโยงกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และการรักษาความสัมพันธ์ที่มีความหมายกับครอบครัวและผู้ดูแล ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากค่ามัธยฐาน 16.0 เป็น 24.0 ( $Z=-3.197, p=0.001$ ) การเพิ่มขึ้นของภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณนี้สะท้อนถึงประสิทธิผลของการดูแลตามแนวทาง Narayanasamy โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านความหมายและจุดประสงค์ของชีวิต (Meaning and Purpose Care) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมที่มีความหมาย เช่น การเขียนจดหมายถึงคนที่รัก การบันทึกเรื่องราวชีวิต และการสร้างมรดกทางจิตใจให้ลูกหลาน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกชีวิตยังมีคุณค่าและความหมายแม้จะอยู่ในวาระสุดท้าย นอกจากนี้องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ (Relationships Care) ที่เน้นการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยพบปะกับครอบครัวและบุคคลสำคัญ การสนับสนุนการขอโทษและการให้อภัย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคลี่คลายความขัดแย้งและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนที่รัก ส่งผลให้เกิดความสงบทางจิตใจ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของโรงพยาบาลศิริราช (2562) ที่พบว่าการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณร่วมกับการรักษาทางกายภาพทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านความหวัง การให้อภัย และความรู้สึกถึงการมีคุณค่าในช่วงสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณ โพธิงาม (2563) ที่ใช้หลักพุทธธรรมบูรณาการเข้ากับการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีความสงบทางจิตใจมากขึ้น สามารถยอมรับสภาวะของโรคได้ดีขึ้น และลดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ การเพิ่มขึ้นของภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ มีความหวังและความหมายในชีวิต รู้สึกถึงการเป็นหนึ่งเดียวกับจักรวาล และมีความสุขทางภายใน ซึ่งเป็นมิติสำคัญของภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ องค์ประกอบด้านการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ (Spiritual Practices Care) ที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญตักบาตร การสวดมนต์ การฟังธรรม และการทำสมาธิบำบัด (SKT) ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบและเชื่อมโยงกับความเชื่อทางศาสนาที่ตนยึดถือ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Narayanasamy (2004) ที่เน้นว่าการปฏิบัติทาง

จิตวิญญาณเป็นช่องทางสำคัญในการเชื่อมต่อกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์และสร้างความหมายในชีวิต การที่ผู้ป่วยในการศึกษา  
นี้ส่วนใหญ่มีความเชื่อทางศาสนาพุทธและการทำบุญเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ทำให้การสนับสนุนพิธีกรรมทาง  
ศาสนาพุทธมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเพิ่มภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานเปลี่ยนแปลงจาก 22.0 เป็น 21.0 แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ ( $Z=-1.342$ ,  $p=0.180$ ) ผลการศึกษานี้แตกต่างจากสมมติฐานและผลการศึกษาก่อนหน้าบางการศึกษา  
เช่น งานวิจัยของ Puchalski et al. (2014) ที่พบว่า การดูแลด้านจิตวิญญาณช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของ  
ชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การที่คุณภาพชีวิตไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญอาจมีเหตุผลที่สำคัญ  
หลายประการ ได้แก่ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล (6-8 สัปดาห์) อาจยังไม่เพียงพอต่อการเห็นผลการเปลี่ยนแปลง  
ของคุณภาพชีวิตโดยรวม เนื่องจากคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคับประคองประกอบด้วยหลายมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ  
สังคม และจิตวิญญาณ แม้ว่ามิติทางจิตวิญญาณจะดีขึ้น แต่มิติทางร่างกายซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของคุณภาพชีวิตอาจ  
ยังคงมีปัญหาหรือแย่ลงตามธรรมชาติของโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ร้อย  
ละ 76.9 ที่มีอาการทางกายที่รุนแรงและซับซ้อน

ประการที่สอง เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต (POS) ที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมหลายมิติ ซึ่ง  
มิติทางจิตวิญญาณเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม การที่ภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ  
เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่คุณภาพชีวิตโดยรวมไม่เปลี่ยนแปลงอาจเนื่องมาจากมิติอื่นๆ ของคุณภาพชีวิต เช่น  
อาการปวด ความเหนื่อยล้า และการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งอาจไม่เปลี่ยนแปลงหรือแย่ลงตามความก้าวหน้าของ  
โรค การศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก ( $n=13$ ) และระยะเวลาการติดตามที่จำกัด  
อาจส่งผลต่อกำลังทางสถิติในการตรวจพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ แม้ว่าจะมีแนวโน้มของคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น  
เล็กน้อย (จาก 22.0 เป็น 21.0 ซึ่งคะแนนที่ลดลงหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น) แต่ความแตกต่างนี้อาจไม่เพียงพอ  
ต่อการบ่งชี้ความแตกต่างทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การที่คุณภาพชีวิตไม่แย่ลงอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยระยะสุดท้าย  
ที่มีสภาวะโรครุนแรงถือเป็นผลลัพธ์ที่มีความหมาย เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่คุณภาพชีวิตจะแย่ลงเรื่อย  
ๆ ตามความก้าวหน้าของโรค การดูแลด้านจิตวิญญาณอาจช่วยชะลอการลดลงของคุณภาพชีวิตหรือรักษาระดับ  
คุณภาพชีวิตให้คงที่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Sulmasy (2002) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านจิต  
วิญญาณมีแนวโน้มที่จะได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นคุณภาพชีวิตมากกว่าการรักษาเชิงรุกที่ไม่  
จำเป็น

ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ใน  
ระดับสูง (Mean=35.85, SD=2.19) โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือความใส่ใจในการบริการ (Mean=4.92,  
SD=0.28) รองลงมาคือการเคารพพิธีกรรมและความเชื่อของครอบครัว (Mean=4.85, SD=0.38) และการให้  
ความสำคัญกับความเชื่อและค่านิยม (Mean=4.77, SD=0.44) ความพึงพอใจในระดับสูงนี้สะท้อนถึงประสิทธิผล

ของการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบตามแนวทาง Narayanasamy และความเหมาะสมของการปรับประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมไทย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของรัชฎาพร แนบเนียน (2561) ที่ศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณในหอผู้ป่วยพิเศษโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพนม พบว่าความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยต่อแนวทางการดูแลมีค่าเฉลี่ย 4.94 (SD=0.66) สูงกว่าก่อนใช้แนวทางอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) ความสอดคล้องกันของผลการศึกษาทั้งสองครั้งแสดงให้เห็นว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณที่เป็นระบบและครอบคลุมมิติต่างๆ สามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงพยาบาลศรีนครและโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ควรนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณตาม Narayanasamy's Spiritual Care Model ไปประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบโดยจัดทำเป็นคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน

1.2 ควรจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่พยาบาลและบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณและทักษะการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยเฉพาะการสื่อสารเรื่องความตาย การฟังอย่างตั้งใจ และการสนับสนุนพิธีกรรมทางศาสนา

### 2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลของการดูแลด้านจิตวิญญาณในระยะเวลาที่ยาวขึ้น (12-16 สัปดาห์หรือจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต) เพื่อดูผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการเตรียมความพร้อมรับความตายอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

2.2 ควรศึกษาผลของการดูแลด้านจิตวิญญาณต่อผลลัพธ์อื่นๆ เช่น ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพการจากไปอย่างสงบของผู้ป่วย

## เอกสารอ้างอิง

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2567). แบบแบ่งระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale Version 2: PPS v2). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นිරชา รุ่งเรืองลาภไพศาล, วิไลวรรณ ตรีถีน และผกา แก้วมณี. (2568). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: การเตรียมความพร้อมสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท., 7(1), 1-15.
- รัชฎาพร แนบเนียน. (2561). ผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 8(2), 65-77.
- โรงพยาบาลศรีนคร. (2568). รายงานสถานการณ์การให้บริการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. สุโขทัย: โรงพยาบาลศรีนคร.
- โรงพยาบาลศิริราช. (2562). รายงานผลการศึกษารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศิริราช.
- วาสนา แสงสว่าง. (2563). การดูแลแบบประคับประคองที่ส่งผลต่อความสงบในใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. เชียงใหม่: วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมฤดี สุทธิกุล. (2565). การศึกษาการปรับตัวต่อสถานะเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก: กรณีศึกษาผู้ที่มีประสบการณ์การสูญเสียในเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์, 13(2), 62-75.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2568). รายงานการประเมินผลโครงการพัฒนาระบบสุขภาพระดับจังหวัดด้านการดูแลแบบประคับประคอง จังหวัดสุโขทัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.
- อรุณ โพธิงาม. (2563). ผลของการวางแผนดูแลล่วงหน้าต่อการตายดีของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบประคับประคอง. เข้าถึงได้จาก <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th>
- Narayanasamy A. (2004). The Puzzle of Spirituality for Nursing. A Guide to Practical Assessment. British Journal of Nursing, 13, 1140-1144.
- Puchalski C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. Journal of Palliative Medicine, 17(6), 642-656.



Sulmasy D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42(Special Issue 3), 24–33.

The Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Relief. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief: An imperative of universal health coverage. *The Lancet*, 391(10128), 1391–1454.

World Health Organization. (2020). Palliative care . เข้าถึงได้จาก <https://www.who.org/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>



## ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือน เทศบาลเมืองสุโขทัยธานี จังหวัดสุโขทัย

นิภาพันธ์ แบนโพธิ์กลาง<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนเทศบาลเมืองสุโขทัยธานี จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าครัวเรือนในพื้นที่ชุมชนคุหาสุวรรณ ตำบลธานี อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 50 คน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบระบบ ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม 1) เรียนรู้โรคไข้เลือดออก 2) เรียนรู้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 3) เรียนรู้การกำจัดลูกน้ำยุงลาย 4) เรียนรู้การจัดสิ่งแวดล้อม 5) ทบทวนการปฏิบัติป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด และ Paired sample t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.00 เพศหญิง ร้อยละ 42.00 เพศชาย อายุเฉลี่ย 57.41 ปี (S.D.=12.41) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 16,372.00 บาท (S.D.=14,123.81) จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 2.64 คน (S.D.=1.38) และร้อยละ 12.00 บุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก และพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p$ -value  $<0.05$  ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p$ -value  $<0.05$  ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรติดตาม สนับสนุนกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ:** โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก, หัวหน้าครัวเรือน

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เทศบาลเมืองสุโขทัยธานี



# The Effectiveness of Behavior Modification Program to Prevent and Control Dengue Fever among Head of Household in Sukhothai Thanee Municipality, Sukhothai Province

Nipapan Panphoklang<sup>1</sup>

## Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest–posttest design. The objective was to examine the effectiveness of a behavioral modification program for the prevention and control of dengue fever among household heads residing in Sukhothai Thani Municipality, Sukhothai Province. The sample consisted of 50 household heads living in the Kuhasuwan community, Thani Subdistrict, Mueang Sukhothai District, selected through systematic sampling. Data were collected using a questionnaire. The experimental tool was the behavioral modification program for dengue fever prevention and control among household heads. The program consisted of five activities: 1) Learning about dengue fever 2) Learning about dengue prevention and control 3) Learning about Aedes larval elimination 4) Learning about environmental management and 5) Reviewing dengue prevention and control practices. Data were analyzed using descriptive statistics and paired sample t-test. The results showed that 58.00% of the participants were female and 42.00% were male. The average age was 57.41 years (S.D. = 12.41). The mean monthly household income was 16,372.00 baht (S.D. = 14,123.81). The average household size was 2.64 members (S.D. = 1.38), and 12.00% reported that a family member had previously been infected with dengue fever. The findings revealed that the mean scores for dengue fever knowledge, health beliefs including perceived susceptibility, perceived severity, and perceived benefits of dengue prevention and control and dengue prevention and control behaviors were significantly higher after the intervention than before ( $p$ -value  $< 0.05$ ). Conversely, the mean score for perceived barriers to dengue prevention and control was significantly lower after the intervention ( $p$ -value  $< 0.05$ ). Therefore, relevant agencies should continuously monitor, supervise, and support dengue prevention and control activities among household heads to promote sustainable preventive behaviors.

**Keyword:** Behavioral Modification Program, Dengue Fever Prevention and Control, Household Heads

---

<sup>1</sup>Registered Nurse, Sukhothai Municipality

## บทนำ

โรคไข้เลือดออก เป็นโรคติดต่อที่พบได้บ่อยมากโรคหนึ่ง ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) แพร่เชื้อสู่คนโดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรค ผู้ป่วยในรายที่มีอาการรุนแรงอาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการช็อกและเสียชีวิตได้ ซึ่งวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ดีที่สุด คือ การป้องกันยุงกัดและการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเป็นการตัดวงจรชีวิตยุงลายซึ่งเป็นตัวก่อโรค เป็นการช่วยลดอัตราการเกิดโรค ลดอัตราป่วยและอัตรารายของโรคไข้เลือดออก และลดการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออก (กรมควบคุมโรค, 2561)

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี พ.ศ.2565 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 5 ตุลาคม 2565 พบอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 42.18 ต่อประชากรแสนคน และพบผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด 25 ราย อัตราตายเท่ากับร้อยละ 0.07 (สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย, 2565) และปี 2566 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 26 ตุลาคม 2566 พบอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 180.65 ต่อประชากรแสนคน โดยมีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าปี 2565 จำนวน 3.4 เท่า ผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 128 ราย อัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.10 (กรมควบคุมโรค, 2566) ส่วนจังหวัดสุโขทัย ปี 2563 (ข้อมูล 1 มกราคม - 30 กันยายน 2563) พบอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 112.17 ต่อแสนประชากร มีรายงานผู้เสียชีวิต 2 ราย อัตราผู้ป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.33 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2564) ส่วนปี 2564 (ข้อมูล 1 มกราคม - 30 กันยายน 2564) พบอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 22.69 ต่อแสนประชากร มีรายงานผู้เสียชีวิต 2 ราย อัตราผู้ป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.33 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2565) และปี 2565 อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 40.84 ต่อประชากรแสนคน ส่วนอำเภอเมืองสุโขทัย ปี 2565 อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 22.13 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2565) ส่วนเทศบาลเมืองสุโขทัยธานี ปี 2565 พบป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 7 ราย ปี 2566 พบป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 50 ราย และปี 2567 (เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2566) พบป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 22 ราย (เทศบาลเมืองสุโขทัยธานี, 2567) จากสถานการณ์ดังกล่าวจะพบว่าจังหวัดสุโขทัยเป็นจังหวัดที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง และพบว่าอำเภอเมืองสุโขทัยเป็นอำเภอเสี่ยงสูง ซึ่งหมายถึงอำเภอที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกซ้ำซากในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (กรมควบคุมโรค, 2565)

การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเพื่อลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกยังไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย เนื่องจากมาตรการดังกล่าวเป็นการดำเนินการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกเพียงฝ่ายเดียว ประชาชนยังขาดความตระหนัก และความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (ปรรรณพัชร วงศ์ธีรารักษ์, 2565) และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันไข้เลือดออก พบว่าได้มีการศึกษาปัจจัยด้านต่างๆ เช่น ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกและการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และด้านการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (สุภาภรณ์ สุตหนองบัวและคณะ, 2559) (ศิรินันท์ คำสี, 2559) และปรรรณพัชร วงศ์ธีราพงษ์, 2565) ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ถึงการคุกคาม และการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรคาดการณ์ที่สำคัญของการปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออก (Siddiqui, Ghazal, Bibi, Ahmed, & Sajjad, 2016) (Wong & AbuBakar, 2013) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอยู่ภายใต้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรค จึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าคร้วเรือน เทศบาลเมืองสุโขทัยธานี จังหวัดสุโขทัย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock, Strecher, & Becker (1988) มาใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพราะกรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถูกสร้างมาเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค ซึ่งเป็นปัจจัยที่แสดงออกต่อพฤติกรรมบุคคล โดยเมื่อบุคคลมีความเชื่อ รับรู้ถึงภาวะคุกคามที่จะถึงตัวบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค และจัดการกับปัญหาโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับ เพื่อให้หัวหน้าคร้วเรือนมีความรู้ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งจะส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง และป้องกันการเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ต่อไป

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าคร้วเรือน เทศบาลเมืองสุโขทัยธานี จังหวัดสุโขทัย

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าคร้วเรือน ก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าคร้วเรือน ก่อนกับหลังการทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือน ก่อนกับหลังการทดลอง

### ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อน - หลัง (Quasi - Experimental Research : One group, Pre-test and Post-test Design)

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยจะได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือน เทศบาลเมืองสุโขทัยธานี จังหวัดสุโขทัย ซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock, Strecher, & Becker (1988) การศึกษานี้ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม 4 สัปดาห์และติดตามประเมินผลหลังจบโปรแกรม 4 สัปดาห์โดยรวมระยะเวลาดำเนินการวิจัย ทั้งหมด 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่	1	2	3	4	5	6	7	8
กลุ่มตัวอย่างที่	O1							O2
เข้าร่วม	X1 X2	X3 X4	X5					
กิจกรรม								

O1 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

O2 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

X1 หมายถึง กิจกรรมที่ 1 เรียนรู้โรคไข้เลือดออก

X2 หมายถึง กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

X3 หมายถึง กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้การกำจัดลูกน้ำยุงลาย

X4 หมายถึง กิจกรรมที่ 4 เรียนรู้การจัดสิ่งแวดล้อม

X5 หมายถึง กิจกรรมที่ 5 ทบทวนการปฏิบัติป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ หัวหน้าครัวเรือนซึ่งพักอาศัยในพื้นที่ชุมชนคูหาสุวรรณ ตำบลธานี อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 285 หลังคาเรือน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นหัวหน้าครัวเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 20 - 70 ปี 2) เป็นผู้มิสติดัมภ์ขัญญะ สามารถสื่อสารได้ 3) มีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย 4) อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปีและไม่มีแผนที่จะย้ายออกจากหมู่บ้านในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออกจากกรวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้พิการด้านสติปัญญา

2) ไม่สามารถเคลื่อนไหว หรือช่วยเหลือตัวเองได้ 3) เป็นผู้พิการมีปัญหาด้านการได้ยิน(หูหนวก) 4) เป็นผู้พิการด้านการสื่อสารไม่สามารถพูดได้(เป็นใบ้) 5) เป็นผู้พิการด้านการมองเห็น(ตาบอด) และเกณฑ์การถอดถอนออกจากการวิจัย ดังนี้ 1) ไม่สามารถร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการดำเนินงานโครงการวิจัย 2) เสียชีวิตหรือย้ายออกจากหมู่บ้านในระหว่างการทดลอง 3) ในระหว่างที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรม และปฏิเสธการให้ข้อมูล 4) เจ็บป่วยกระทันในระหว่างการดำเนินการโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป GPowerMac3.1.9.2 (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือและคณะ, 2562) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5  $\alpha = 0.05$  power =0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 45 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 50 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบระบบ (Systemic random sampling) โดยจัดทำบัญชีรายชื่อประชากรทั้งหมด 285 คน เรียงตามลำดับบ้านเลขที่ จากนั้นหาค่าช่วงของการสุ่ม และสุ่มหาจุดเริ่มต้นของการสุ่ม (Random start) โดยใช้วิธีจับฉลาก เมื่อได้ลำดับที่เริ่มต้นแล้วจากนั้นสุ่มลำดับต่อไปโดยการบวกด้วยค่าช่วงของการสุ่มจนครบตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณไว้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือนและประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด และเติมคำในช่องว่าง 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (มีคะแนนรวมระหว่าง 9-10 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับสูง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (มีคะแนนรวมระหว่าง 6-8 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (มีคะแนนรวมระหว่าง 0-5 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ 3) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก จำนวน 4 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออก จำนวน 4 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 4 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 4 ข้อ ซึ่งลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ซึ่งใช้วิธีแบบลิเคิร์ต (Likert's Scale) เกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยมากได้คะแนน 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง ได้คะแนน 2 คะแนน เห็นด้วยน้อย ได้คะแนน 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ซึ่งใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดแล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้ ระดับสูงสุด คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 และระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 4) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 12 ข้อ ซึ่งลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ซึ่งใช้วิธีแบบลิเคิร์ต (Likert's Scale) เกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติมากได้คะแนน 3 คะแนน ปฏิบัติปานกลาง ได้คะแนน 2 คะแนน ปฏิบัติน้อย ได้คะแนน 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ซึ่งใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดแล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้ ระดับสูงสุด คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 และระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือน เทศบาลเมืองสุโขทัยธานี จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

**ตาราง 1** แสดงรายละเอียดกิจกรรมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือน เทศบาลเมืองสุโขทัยธานี จังหวัดสุโขทัย

กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อที่ใช้	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
1.เรียนรู้โรคไข้เลือดออก	- ให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค การติดต่อ อาการสำคัญ และแนวโน้มน สถานการณ์โรค -สร้างความตระหนักต่อความรุนแรง ของโรคและความจำเป็นของการป้องกัน	สื่อ PowerPoint แผ่นพับ ข้อมูล สถานการณ์โรค	พยาบาล จนท.สาธารณสุข สุข	สัปดาห์ที่ 1
2.เรียนรู้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	- อธิบายหลัก "5 ป. 1 ข." - วิธีลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในครัวเรือน - วิธีการดูแลสมาชิกเมื่อมีผู้ป่วยสงสัยเป็นโรคไข้เลือดออก	โปสเตอร์ วิดีโอสาธิต แผ่นพับ ใบความรู้ 5 ป. 1 ข.	จนท.สาธารณสุข สุข อสม.	สัปดาห์ที่ 1
3.เรียนรู้การกำจัดลูกน้ำยุงลาย	- สาธิตการตรวจลูกน้ำ - ฝึกปฏิบัติจริงในบริเวณบ้าน - การใช้ทรายอะเบทอย่างปลอดภัย	อุปกรณ์ตรวจ ลูกน้ำ ทรายอะเบท แบบบันทึกผล	จนท.สาธารณสุข สุข อสม.	สัปดาห์ที่ 2
4.เรียนรู้การจัดสิ่งแวดลอม	- จัดสภาพแวดล้อมลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง - จัดการน้ำขัง เศษของเก่า จุดเสี่ยงต่าง ๆ - ประเมินความเสี่ยงสิ่งแวดลอม	แบบตรวจสภาพ แวดลอม ภาพจุดเสี่ยง	จนท.สาธารณสุข สุข อสม.	สัปดาห์ที่ 2

กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อที่ใช้	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
5. ทบทวนการปฏิบัติ ป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก	- ทบทวนพฤติกรรมใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา - ประเมินความรู้และทักษะ - ติดตามลูกน้ำรอบสุดท้าย	แบบประเมินหลัง เรียน แบบติดตาม พฤติกรรม แบบ สำรวจลูกน้ำ	พยาบาล จนท.สาธารณสุข สุข อสม.	สัปดาห์ที่ 3

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัก ได้ค่าเท่ากับ 0.87

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยนักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 20 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด และ Paired sample t-test

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เลขที่ IRB No18/2024 พิทักษ์สิทธิโดยผู้วิจัยพบกกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้ทราบทุกราย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำข้อมูลมาใช้เฉพาะในการศึกษาในครั้งนี้เท่านั้นโดยระหว่างตอบคำถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากงานวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล

### ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 58.00 เพศหญิง ร้อยละ 42.00 เพศชาย อายุเฉลี่ย 57.41 ปี (S.D.=12.41) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 16,372.00 บาท (S.D.=14,123.81) จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 2.64 คน(S.D.=1.38) และร้อยละ 12.00 บุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ก่อนการทดลองพบว่า ร้อยละ 18.00 มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 60.00 มีความรู้ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 7.42 ปี (S.D.=1.14) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ร้อยละ 44.00 มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.00 มีความรู้ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 8.32 (S.D.=1.09)

คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก พบว่า ร้อยละ 2.00 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคระดับต่ำ ร้อยละ 46.00 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.39 ปี (S.D.=0.42) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ร้อยละ 36.00 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.00 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.51 (S.D.=0.44) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออก พบว่า ร้อยละ 2.00 มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคระดับต่ำ ร้อยละ 30.00 มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.56 ปี (S.D.=0.49) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ร้อยละ 20.00 มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.00 มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.68 (S.D.=0.31) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ร้อยละ 70.00 มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคระดับสูง ร้อยละ 26.00 มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.56 ปี (S.D.=0.49) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ร้อยละ 36.00 มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคในระดับต่ำ ร้อยละ 48.00 มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.78 (S.D.=0.60) และด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ร้อยละ 4.00 มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคระดับต่ำ ร้อยละ 32.00 มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.49 ปี (S.D.=0.44) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ร้อยละ 16.00 มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.00 มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.70 (S.D.=0.33)

ส่วนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนการทดลองพบว่า ร้อยละ 2.00 มีพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคในระดับต่ำ ร้อยละ 72.00 มีพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.14 ปี (S.D.=0.24) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ร้อยละ 30.00 มีพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.00 มีพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.54 (S.D.=0.42) (ตาราง 2)

**ตาราง 2** แสดงระดับคะแนนความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อน กับหลังการทดลอง (n=50)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	ระดับ			ระดับ		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
-ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	11(22.00)	30(60.00)	9(18.00)	25(50.00)	22(44.00)	3(6.0)
	$\bar{X}$ = 7.42 S.D.=1.14 Min=5 Max=9			$\bar{X}$ = 8.32 S.D.=1.09 Min=6 Max=10		
-การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก	26(52.00)	23(46.00)	1(2.00)	32(64.00)	18(36.00)	0(0)
	$\bar{X}$ = 2.39 S.D.=0.42Min=1 Max=3			$\bar{X}$ =2.51 S.D.=0.44 Min=1 Max=3		
-การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออก	34(68.00)	15(30.00)	1(2.00)	40(80.00)	10(20.00)	0(0)
	$\bar{X}$ = 2.56 S.D.=0.38 Min=1Max=3			$\bar{X}$ = 2.68 S.D.=0.31 Min=2 Max=3		
-การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	35(70.00)	13(26.00)	2(4.00)	8(16.00)	24(48.00)	18(36.00)
	$\bar{X}$ = 2.56 S.D.=.49 Min=1 Max=3			$\bar{X}$ = 1.78 S.D.=.60 Min=1 Max=2		
-การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	32(64.00)	16(32.00)	2(4.00)	42(84.00)	8(16.00)	0(0)
	$\bar{X}$ = 2.49 S.D.=.44 Min=1 Max=3			$\bar{X}$ = 2.70 S.D.=.33 Min=1 Max=3		
-พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	13(26.00)	36(72.00)	1(2.00)	35(70.00)	15(30.00)	0(0)
	$\bar{X}$ = 2.14 S.D.=.24 Min=1 Max=3			$\bar{X}$ = 2.54 S.D.=0.42 Min=2 Max=3		

ผลการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือน เทศบาลเมืองสุโขทัยธานี จังหวัดสุโขทัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p$ -value <0.05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p$ -value <0.05 (ตาราง 3)

**ตาราง 3** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนกับหลังการทดลอง (n=50)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	7.42	1.14	8.32	1.09	-6.03	49	<0.001*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก	2.39	.42	2.51	.44	-2.99	49	0.004*
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	2.56	.38	2.68	.31	-2.90	49	0.005*
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรค	2.56	.49	1.78	.60	3.70	49	<0.001*
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค	2.49	.44	2.70	.33	-6.74	49	0.001*
พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	2.14	.24	2.54	.42	-6.81	49	<0.001*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ รวมถึงพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่คะแนนการรับรู้อุปสรรคลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ภายหลังจากทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p$ -value <0.05 ทั้งนี้อาจเกิดจากลักษณะของโปรแกรมที่เน้นการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ และใช้กิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เช่น การเรียนรู้โรคไข้เลือดออก การกำจัดลูกน้ำยุงลาย และการจัดการสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) ที่ระบุว่าผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีเมื่อเนื้อหาเชื่อมโยงกับประสบการณ์จริงและปัญหาในชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรณพัชร์ วงศ์ธีราพงษ์ (2565) ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภายหลังจากทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p$ -value <0.05 สะท้อนว่า โปรแกรมสามารถกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตระหนักถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก รวมทั้งเห็นประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคและควบคุมโรค ซึ่ง

สอดคล้องกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ชี้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกตุศิริ จันทบุตร (2565) พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรุจน์ แก้วกรี (2568) ที่พบว่า ภายหลังจากทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภายหลังจากทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p$ -value <0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมที่ปฏิบัติจริง เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การจัดสิ่งแวดล้อม และการทบทวนพฤติกรรมสามารถแปลงความรู้สู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือน ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทดูแลสภาพแวดล้อมในบ้าน เป็นปัจจัยที่ช่วยให้เกิดพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจินดาพร จันทร์เทศ (2565) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก สูง กว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ เกาะกัณฑ์และคณะ (2564) พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลอง ภายหลังจากทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภายหลังจากทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p$ -value <0.05 แสดงว่าโปรแกรมสามารถช่วยคลายความกังวลหรืออุปสรรคของการปฏิบัติป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น การขาดความรู้ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ หรือความเข้าใจผิดเกี่ยวกับวิธีการควบคุมลูกน้ำยุงลาย ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความพร้อมในการปฏิบัติมากขึ้น ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ นิรุจน์ แก้วกรี (2568) ที่พบว่า ภายหลังจากทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไม่แตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัย ก่อนการทดลองหัวหน้าครัวเรือน ร้อย 22.00 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับสูง ดังนั้น ควรมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตาม สนับสนุน

กิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าคร่ำเรื้อนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

2. จากผลการวิจัย ก่อนการทดลองหัวหน้าคร่ำเรื้อน ร้อย 26.00 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับสูง ดังนั้น ควรจัดกิจกรรมฝึกปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมความชำนาญและความมั่นใจในการปฏิบัติป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3. จากผลการวิจัย ภายหลังจากทดลอง คณะแผนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น ควรนำโปรแกรมดังกล่าว ไปใช้ในการจัดกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน เพื่อให้หัวหน้าคร่ำเรื้อนมีความรู้ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งจะส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง และป้องกันการเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ต่อไป

### สรุปผลวิจัย

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าคร่ำเรื้อน เทศบาลเมืองสุโขทัยธานี จังหวัดสุโขทัย สามารถทำให้ระดับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าคร่ำเรื้อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.05$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นางพัฒน สอน ดอนพิมพา นายกเทศมนตรีเมืองสุโขทัยธานี นางอำพร ทองงาม ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองสุโขทัยธานี ที่ให้คำปรึกษาแนะนำ และให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์ แสงเงิน อาจารย์สมเกียรติ ศรประสิทธิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

## เอกสารอ้างอิง

- เกตุศิริ จันทนุศร. (2565). โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลทุ่งใหญ่ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2565. สืบค้นเมื่อ 7 มกราคม 2567 จาก [https://ddc.moph.go.th/dvb/forecast\\_detail.php?publish=12129](https://ddc.moph.go.th/dvb/forecast_detail.php?publish=12129).
- กรมควบคุมโรค. (2566). สรุปรายงานเหตุการณ์ที่สำคัญทางระบาดวิทยา ประจำสัปดาห์ที่ 46 ระหว่างวันที่ 22 – 28 ตุลาคม 2566. สืบค้นเมื่อ 7 มกราคม 2567 จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1499920231120022443.pdf>.
- จินดาพร จันทรเทศ. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ วัชรินทร์ สาตร์เพ็ชร์ และญาดา นภาอารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G\*POWER. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ, 5(1) : 496-506.
- นิรุจน์ แก้วกรี. (2568). ประสิทธิภาพโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น, 6(1), 100-116.
- ปรณพัชร์ วงศ์ธีราพงษ์. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ตำบลวังทับไทร อำเภอสามโก้ จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ศิรินันท์ คำสี. (2559). พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทพนิมิต จังหวัดจันทบุรี. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 63(8), 63-68.
- ศิริวรรณ เกาะกัณหา อังคณา ทองโกมุทและนิธิพงษ์ ศรีเบญจมาศ. (2564). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านนา อำเภอดงขี้เหล็ก จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 15(1), 142-154.
- สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย. (2566). สถานการณ์การระบาดและเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก สืบค้นเมื่อ 7 มกราคม 2567 จาก <https://www.pidst.or.th/A1271.html>.

สุภาภรณ์ สุดหนองบัว ปราโมทย์ วงสวัสดิ์ ชูชาติ ตีมัน อัจฉราพร เคราะห์ดี และพงษ์ศักดิ์ อ้นมอย. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 10(1), 153-162.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2565). รายงานประจำปี 2564. สุโขทัย : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.

Best, John W. (1977). Research in education. (3rd ed.). New Jersey : Prentice Hall.

Bloom BS. (1971). Handbook on formation and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company.

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

Siddiqui, T. R., Ghazal, S., Bibi, S., Ahmed, W., & Sajjad, S. F. (2016). Use of the health belief model for the assessment of public knowledge and household preventive practices in karachi, pakistan, a dengue-endemic city. PLoS neglected tropical diseases, 10(11), e0005129.

Wong, L. P., & AbuBakar, S. (2013). Health beliefs and practices related to dengue fever: A focus group study. PLoS neglected tropical diseases, 7(7), e2310.



## ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในเทศบาลเมืองสุโขทัยธานี จังหวัดสุโขทัย

นิภาพันธ์ แบนโพธิ์กลาง<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในเทศบาลเมืองสุโขทัยธานี จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จำนวน 16 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลาก ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม 1) การมีปฏิสัมพันธ์แบบมีเป้าหมาย 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การเพิ่มทักษะ 4) การกำหนดปัญหา ร่วมกัน 5) การแสวงหาและเลือกวิธีปฏิบัติร่วมกัน 6) การวางแผนและตั้งเป้าหมายร่วมกัน 7) การปฏิบัติตามวิธีที่เลือกไว้ และ 8) การติดตามประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด และ Wilcoxon signed rank test ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 68.75 เพศชาย อายุเฉลี่ย 49.85 ปี (S.D.=15.37) ร้อยละ 37.50 จบประถมศึกษา ร้อยละ 43.80 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 3,537.50 บาท (S.D.=5,048.15) ร้อยละ 31.30 สูบบุหรี่ ร้อยละ 44.70 ตีมี เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหายขาดของผู้ป่วยวัณโรคปอด และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการหายขาดและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน, ความสามารถในการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เทศบาลเมืองสุโขทัยธานี

# The Effectiveness of Home Visit Program for Enhancing Self Care Capabilities among New case of Pulmonary Tuberculosis Patients in Sukhothai Thanee Municipality, Sukhothai Province

Nipapan Panphoklang<sup>1</sup>

## Abstract

This quasi-experimental research employed a one-group pretest–posttest design to examine the effects of a home-visit program on self-care ability among newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients in Sukhothai Thani Municipality, Sukhothai Province. The sample consisted of 16 newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients selected through simple random sampling. Data were collected using a structured questionnaire, and the intervention consisted of a home-visit program designed to enhance self-care ability. The program comprised eight activities: (1) goal-oriented interaction, (2) patient assessment, (3) skills enhancement, (4) joint problem identification, (5) collaborative exploration and selection of practices, (6) joint planning and goal setting, (7) implementation of selected practices, and (8) follow-up and evaluation. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum and maximum values, and the Wilcoxon signed-rank test. Results showed that 68.75% of participants were male, with a mean age of 49.85 years (SD = 15.37). Of the participants, 37.50% had completed primary education, 43.80% were unemployed, and the average monthly income was 3,537.50 Baht (SD = 5,048.15). Additionally, 31.30% reported smoking and 44.70% reported alcohol consumption. After the intervention, participants demonstrated significantly higher scores in knowledge about pulmonary tuberculosis, perceived self-care ability related to promoting recovery, and perceived self-care ability related to preventing disease transmission compared to pre-intervention scores ( $p < 0.05$ ). These findings suggest that continuous home-visit programs should be implemented by relevant agencies to promote recovery and prevent the transmission of pulmonary tuberculosis.

**Keyword:** Home-visit program; Self-care ability; Newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients

---

<sup>1</sup>Registered Nurse, Sukhothai Municipality

## บทนำ

โควิดเป็นปัญหาสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โควิดเป็นโรคติดต่อที่สำคัญและเป็นสาเหตุการป่วย การตายในหลายประเทศทั่วโลก การแพร่ระบาดของโควิดมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นองค์การอนามัยโลก รายงานว่า 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกติดเชื้อโควิดและมีความชุกของผู้ป่วยโควิดประมาณ 12 ล้านคน โดยประมาณครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ ในแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 8.6 ล้านคนและมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการเป็นโควิด 1.3 ล้านคน นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าระหว่างปี ค.ศ. 2002-2020 จะมีผู้ติดเชื้อโควิดรายใหม่สูงขึ้น 1,000 ล้านคน ซึ่งในจำนวน 150 ล้านคนจะเป็นผู้ป่วยโควิดปอด (ประติษฐ์ ปรวิศรีสุธา , 2564) และปี ค.ศ. 2023 พบว่า อุบัติการณ์โควิดทั่วโลก ประมาณ 10.8 ล้านคน อัตราป่วยเท่ากับ 134 รายต่อแสนประชากร สำหรับประเทศไทย องค์การอนามัยโลก จัดให้เป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และโควิดคือยาหลายขนานสูง ในปี พ.ศ.2563 องค์การอนามัยโลก ประมาณทางระบาดวิทยาว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโควิดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำปีละประมาณ 120,000 ราย ผู้ป่วยโควิดเสียชีวิตสูงถึง 14,000 รายต่อปี และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโควิดคือยาหลายขนาน ประมาณร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยโควิดรายใหม่และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาโควิดมาก่อน (WHO, 2020) และพบว่าปี พ.ศ.2566 พบว่า อัตราป่วยโควิดเท่ากับ 155 รายต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก (WHO, 2023)

ในเขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วยจังหวัดพิษณุโลก ตาก สุโขทัย เพชรบูรณ์ และอุตรดิตถ์ ในปี พ.ศ.2558 พบว่าอัตราอุบัติการณ์ของโควิด เท่ากับ 85 ต่อประชากรแสนคน (กรมควบคุมโรค,2559) ปี พ.ศ. 2562 พบว่าอัตราอุบัติการณ์ของโควิด เท่ากับ 115 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2, 2562) และปี พ.ศ. 2564 พบว่าอัตราการรายงานผู้ป่วยโควิดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำเท่ากับ 46.3 ต่อประชากรแสนคนซึ่งสูงกว่าภาพรวมของประเทศเท่ากับ 46.3 ต่อประชากรแสนคน (กรมควบคุมโรค, 2564) และจังหวัดสุโขทัยมีอัตราอุบัติการณ์ของโควิด ในปี พ.ศ.2558 เท่ากับ 93 ต่อประชากรแสนคน(กรมควบคุมโรค,2559) ซึ่งสูงกว่าภาพรวมในเขตสุขภาพที่ 2 และพบว่าปี พ.ศ.2562 จังหวัดสุโขทัยมีอัตราความครอบคลุมการค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาโควิดเท่ากับร้อยละ 68.77 จากเป้าหมายร้อยละ 82.5 (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2, 2562) และปี พ.ศ. 2564 พบว่าอัตราการรายงานผู้ป่วยโควิดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำเท่ากับ 53.8 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งอยู่ในอันดับที่ 10 ของประเทศ (กรมควบคุมโรค, 2564) เทศบาลเมืองสุโขทัยธานี ปี 2564 พบผู้ป่วยโควิดปอด จำนวน 1 ราย ปี 2565 พบผู้ป่วยโควิดปอด จำนวน 15 ราย ปี 2566 พบผู้ป่วยโควิดปอด จำนวน 16 ราย ปี 2567 พบผู้ป่วยโควิดปอด จำนวน 20 ราย จากสถานการณ์ดังกล่าวจะพบว่าจังหวัดสุโขทัยและเทศบาลเมืองสุโขทัยธานี เป็นพื้นที่ที่ค้นพบผู้ป่วยโควิดปอดรายใหม่อย่างต่อเนื่อง

ด้านการรักษาวัณโรคในปัจจุบันให้การรักษาด้วยยาต้านวัณโรค โดยใช้ระยะเวลาในการรักษา 6-8 เดือน และพบว่า การรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรคปอดต้องใช้ระยะเวลายาวนาน จำนวนยาที่มีปริมาณมากและอาจเกิดอาการข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มีผื่นคันตามร่างกาย ตัว ตาเหลือง ปวดตามข้อ (Amuha et al., 2009) ทำให้ผู้ป่วยหยุดยาเอง ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ไม่มาตรวจตามนัด เกิดความเบื่อหน่ายขาดแรงจูงใจในการรักษาและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการรักษาและขาดการรับประทานยามากกว่า 2 เดือนติดต่อกันถือว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรคขาดยา การรักษาวัณโรคไม่หายขาด กลายเป็นวัณโรคชนิดดื้อยา และแพร่กระจายเชื้อให้คนอื่น ๆ ในชุมชนได้ (สำนักวัณโรค, 2561)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดพบว่า การจัดโปรแกรมสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอด ประกอบด้วยกิจกรรมสร้างการรับรู้ กิจกรรมการสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันวัณโรค การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ การได้เห็นประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของผู้อื่น การชักจูงทางสังคมและสภาวะทางร่างกายและอารมณ์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคหายใหม่ มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหายขาดของผู้ป่วยวัณโรคและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอยู่ภายใต้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ทฤษฎีการพยาบาลความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง (King, 1981)

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนเทศบาลเมืองสุโขทัยธานี จึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดหายใหม่ในเทศบาลเมืองสุโขทัยธานี จังหวัดสุโขทัย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง (King, 1981) ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) (Bandura, 1988) เพื่อให้พยาบาลและผู้ป่วยวัณโรคร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ทำข้อตกลงและปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ด้วยกระบวนการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้การรักษาวัณโรคหายขาด ไม่กลายเป็นชนิดดื้อยาและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดหายใหม่ในเทศบาลเมืองสุโขทัยธานี จังหวัดสุโขทัย

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวินโรคปอดของผู้ป่วยวินโรคปอดรายใหม่ ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหายขาดของผู้ป่วยวินโรคปอดรายใหม่ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคของผู้ป่วยวินโรคปอดรายใหม่ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อน – หลัง (Quasi – Experimental Research : One group, Pre-test and Post-test Design) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยจะได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวินโรคปอดรายใหม่ในเทศบาลเมืองสุโขทัยธานี จังหวัดสุโขทัย ซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง (King, 1981) ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) (Bandura, 1988) การศึกษานี้ใช้เวลาในการดำเนิน กิจกรรมตามโปรแกรม 7 สัปดาห์และติดตามประเมินผลหลังจบโปรแกรม 1 สัปดาห์โดยรวมระยะเวลาดำเนินการวิจัยทั้งหมด 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่	1	2	3	4	5	6	7	8
กลุ่มตัวอย่างที่	O1							O2
เข้าร่วม	X1 X2	X3 X4	X8	X8	X8	X8	X8	
กิจกรรม		X5 X6						X7

O1 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

O2 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

X1 หมายถึง กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์แบบมีเป้าหมาย

X2 หมายถึง กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการประเมินผู้ป่วย

X3 หมายถึง กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการเพิ่มทักษะ

X4 หมายถึง กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการกำหนดปัญหาาร่วมกัน

X5 หมายถึง กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการแสวงหาและเลือกวิธีปฏิบัติร่วมกัน

X6 หมายถึง กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมการวางแผนและตั้งเป้าหมายร่วมกัน

X7 หมายถึง กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมการปฏิบัติตามวิธีที่เลือกไว้

X8 หมายถึง กิจกรรมที่ 8 กิจกรรมการติดตามประเมินผล

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้รับการขึ้นทะเบียนและรักษาวัณโรค ณ โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 20 คน เกณฑ์คัดเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีอายุตั้งแต่ 20 - 75 ปี 2) เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะ สามารถสื่อสารได้ 3) มีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย 4) อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือนและไม่มีแผนที่จะย้ายออกจากหมู่บ้านในช่วง ระยะเวลาดำเนินการวิจัย เกณฑ์คัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้พิการด้านสติปัญญา 2) ไม่สามารถเคลื่อนไหว หรือช่วยเหลือตัวเองได้ 4) เป็นผู้พิการมีปัญหาด้านการได้ยิน(หูหนวก) 4) เป็นผู้พิการด้านการสื่อสารไม่สามารถพูดได้(เป็นใบ้) 5) เป็นผู้พิการด้านการมองเห็น(ตาบอด) ส่วนเกณฑ์การถอดถอนออกจากการวิจัย ดังนี้ 1) ไม่สามารถร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการดำเนินงานโครงการวิจัย 2) เสียชีวิตหรือย้ายออกจากหมู่บ้านในระหว่างการทดลอง 3) ในระหว่างที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรม และปฏิเสธการให้ข้อมูล 4) เจ็บป่วยกระทันในระหว่างการดำเนินการโครงการวิจัย

2. กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป GPowerMac3.1.9.2 (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือและคณะ, 2562) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.69 (ไพรัช ม่วงศรี,2555)  $\alpha = 0.05$  power =0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 16 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ 1.1) แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว พี่เลี้ยงหรือผู้กำกับการรับประทานยารักษาวัณโรคปอด จำนวน 10 ข้อ 1.2) แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในบ้าน จำนวน 2 ข้อ 1.3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรค จำนวน 10 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (มีคะแนนรวมระหว่าง 9-10 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับสูง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (มีคะแนนรวมระหว่าง 6-8 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (มีคะแนนรวมระหว่าง 0-5 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับ

ต่ำคะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6-8 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ 1.4) แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ซึ่งประกอบด้วย (1) การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหายขาดของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จำนวน 10 ข้อ และ (2) การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จำนวน 6 ข้อ ซึ่งลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ซึ่งใช้วิธีแบบลิเคิร์ต (Likert's Scale) เกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติเป็นประจำคะแนน 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ได้คะแนน 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งหรือไม่ปฏิบัติเลย ได้คะแนน 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ซึ่งใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดแล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้ ระดับสูงสุด คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 และระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 คำตอบประเมินในการวัดระดับความคิดเห็นโดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 ความเห็นต่อคำถาม และคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะข้อความทั้งเชิงบวก และเชิงลบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในเทศบาลเมืองสุโขทัยธานี จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้ ตาราง 1 แสดงรายละเอียดกิจกรรมโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในเทศบาลเมืองสุโขทัยธานี จังหวัดสุโขทัย

กิจกรรม	ชื่อกิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม
1	กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์แบบมีเป้าหมาย	- แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน - สร้างสัมพันธภาพที่ดีด้วยการสื่อสารเชิงบวก - ประเมินความพร้อมด้านอารมณ์ ความกังวล และแรงสนับสนุนทางสังคม
2	กิจกรรมการประเมินผู้ป่วย	- ประเมินอาการทางคลินิกและผลการรักษาเบื้องต้น - ประเมินความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการใช้ยา - ประเมินสภาพแวดล้อมบ้าน การระบายอากาศ และการป้องกันการแพร่เชื้อ - ประเมินการรับรู้ความสามารถ พฤติกรรมการดูแลตนเองและอุปสรรค - ประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัว
3	กิจกรรมการเพิ่มทักษะ	- สอนและสาธิตการกินยาอย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอ - ฝึกการจัดการอาการข้างเคียงจากยา - สาธิตการไอจามอย่างถูกต้องและการกำจัดเสมหะ - แนะนำวิธีดูแลความสะอาดบ้านเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ
4	กิจกรรมการกำหนดปัญหาาร่วมกัน	- ให้ผู้ป่วยระบุปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดูแลตนเอง - วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตัว - ระบุปัญหาเร่งด่วนหรือปัญหาสำคัญร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

5	กิจกรรมการแสวงหาและเลือกวิธีปฏิบัติร่วมกัน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร่วมกันหาวิธีแก้ปัญหาที่เป็นไปได้และเหมาะสมกับผู้ป่วย</li> <li>- เปรียบเทียบข้อดีข้อจำกัดของแต่ละทางเลือก</li> <li>- ให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการที่สามารถปฏิบัติได้จริง และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วม</li> </ul>
6	กิจกรรมการวางแผนและตั้งเป้าหมายร่วมกัน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในการดูแลตนเอง</li> <li>- จัดทำแผนการปฏิบัติตนรายสัปดาห์ เช่น การกินยา การจัดบ้าน การติดตามผล</li> <li>- จัดทำบันทึกหรือคู่มือการปฏิบัติตัวเฉพาะบุคคล</li> </ul>
7	กิจกรรมการปฏิบัติตามวิธีที่เลือกไว้	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตามการกินยาและสนับสนุนผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามแผนที่กำหนด</li> <li>- ให้คำแนะนำเมื่อพบอุปสรรคในการปฏิบัติตัว</li> <li>- ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเมื่อพบปัญหา</li> </ul>
8	กิจกรรมการติดตามประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินความรู้ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรม</li> <li>- ปรับแผนหรือกิจกรรมให้เหมาะสมต่อเนื่อง</li> </ul>

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัก ได้ค่าเท่ากับ 0.85

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยนักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 20 นาที

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุดและ Wilcoxon signed rank test

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยเลขที่ IRB 55/2024 พิทักษ์สิทธิโดยผู้วิจัยปกกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้ทราบทุกราย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำข้อมูลมาใช้เฉพาะในการศึกษาในครั้งนี้เท่านั้นโดยระหว่างตอบคำถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล

#### ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ร้อยละ 68.75 เพศชาย ร้อยละ 31.25 เพศหญิง อายุเฉลี่ย 49.85 ปี (S.D.=15.37) ร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 37.50 จบประถมศึกษา ร้อยละ 43.80 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ย

ต่อเดือนเท่ากับ 3,537.50 บาท (S.D.=5,048.15) ร้อยละ 31.30 สูบบุหรี่ ร้อยละ 44.70 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 68.70 มีโรคประจำตัวร่วมด้วย ร้อยละ 100 มีคนในครอบครัวเป็นพี่เลี้ยง ร้อยละ 75.00 การถ่ายเทอากาศในบ้านไม่ดี ร้อยละ 68.80 การจัดระเบียบสิ่งของเครื่องใช้ในบ้านไม่เป็นระเบียบ

คะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ก่อนการทดลองพบว่า ร้อยละ 56.30 มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.80 มีความรู้ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 5.62 ปี (S.D.=1.20) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ร้อยละ 43.80 มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.20 มีความรู้ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 8.56 (S.D.=1.09) ด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหายขาดของผู้ป่วยวัณโรคปอด ก่อนการทดลองพบว่า ร้อยละ 68.80 มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับต่ำ ร้อยละ 31.20 มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.49 ปี (S.D.=0.27) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ร้อยละ 62.50 มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.50 มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.38 (S.D.=0.41) และด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ก่อนการทดลองพบว่า ร้อยละ 50.00 มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับต่ำ ร้อยละ 50.00 มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.55 ปี (S.D.=0.30) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ร้อยละ 43.80 มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.20 มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง

ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.36 (S.D.=0.39) (ตาราง 2)

ตาราง 2 แสดงระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดก่อนกับหลังการทดลอง (n=16)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	ระดับ			ระดับ		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
-ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด	0(0)	7(43.80)	9(56.20)	9(56.20)	7(43.80)	0(0)
	$\bar{X} = 5.62$ S.D.=1.20 Min=4 Max=7			$\bar{X} = 8.56$ S.D.=1.09 Min=6 Max=10		
-การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหายขาดของผู้ป่วยวัณโรคปอด	0(0)	5(31.20)	11(68.80)	6(37.50)	10(62.50)	0(0)
	$\bar{X} = 1.49$ S.D.=0.27 Min=1 Max=2			$\bar{X} = 2.38$ S.D.=0.41 Min=2 Max=3		
	0(0)	8(50.00)	8(50.00)	9(56.20)	7(43.80)	0(0)

-การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค  $\bar{X} = 1.55$  S.D.=0.30 Min=1 Max=2  $\bar{X} = 2.36$  S.D.=0.39 Min=2 Max=3

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองก่อนกับหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหายขาดของผู้ป่วยวัณโรคปอดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.001$ ) (ตาราง 3)

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดก่อนกับหลังการทดลอง (n=16)

ตัวแปร	Wilcoxon signed rank test	p-value
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด	-3.544*	<0.001
การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหายขาดของผู้ป่วยวัณโรคปอด	-3.518*	<0.001
การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค	-3.416*	0.001

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหายขาดของผู้ป่วยวัณโรคปอด และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ประกอบด้วยกิจกรรมหลักที่ครอบคลุมการประเมินผู้ป่วย การเพิ่มทักษะ การกำหนดปัญหาาร่วมกัน และการติดตามประเมินผล นอกจากนี้การออกแบบโปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่ครอบคลุมการให้ความรู้แบบตัวต่อตัว การฝึกปฏิบัติจริง รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและมีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ต้องอาศัยวินัยในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและการปฏิบัติตนเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่ง

สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของคิง (King, 1981) ที่เน้นการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันในสถานการณ์สุขภาพ การออกแบบโปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่ครอบคลุมการให้ความรู้แบบตัวต่อตัว การฝึกปฏิบัติจริง รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ สายชล ศรีสวัสดิ์ (2562) พบว่า การเยี่ยมบ้านช่วยเพิ่มความรู้และการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Munro et al. (2007) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและการติดตามใกล้ชิดมีส่วนสำคัญต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านวัณโรค

ภายหลังการทดลองพบว่า โปรแกรมการเยี่ยมบ้านมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด รวมถึงการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการส่งเสริมการหายขาดและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเยี่ยมบ้านเปิดโอกาสให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถให้ข้อมูลและคำอธิบายแบบเฉพาะบุคคล ตรงตามระดับความรู้เดิม ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคและวิธีการปฏิบัติตนได้ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) ที่ระบุว่า การสนับสนุนความรู้ ทักษะ และแรงเสริมจากบุคลากรสุขภาพสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารรณ จิตดอนและคณะ (2560) ที่พบว่าภายหลังการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด มีความรู้การรับรู้การรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2019) ที่พบว่าโปรแกรมเยี่ยมบ้านสามารถเพิ่มระดับการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดและลดโอกาสการแพร่เชื้อในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 56.30 มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดในระดับต่ำ และร้อยละ 43.80 มีความรู้ในระดับปานกลาง ดังนั้น หน่วยบริการสาธารณสุขควรจัดให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดตั้งแต่ครั้งแรกที่ได้รับการวินิจฉัย โดยใช้สื่อที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับระดับการศึกษาและความสามารถในการอ่านของผู้ป่วย

2. จากผลการวิจัย พบว่าก่อนการทดลอง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 68.80 มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับต่ำ ดังนั้น ควรมีการติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องผ่านการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ หรือระบบออนไลน์ เพื่อเสริมแรงเชิงบวกและลดความรู้สึกลัวว่าตนเองจัดการโรคได้ยาก

3. จากผลการวิจัย พบว่าภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหายขาด และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังนั้น ควรนำโปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่มีองค์ประกอบทั้ง 8 ขั้นตอน ไปประยุกต์ใช้เป็นส่วนหนึ่งของแนวปฏิบัติมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นางพัฒน ดอนพิมพา นายกเทศมนตรีเมืองสุโขทัยธานี นางอำพร ทองงาม ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองสุโขทัยธานี ที่ให้คำปรึกษาแนะนำ และให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์ อ่ำ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์ แสงเงิน อาจารย์สมเกียรติ ศรประสิทธิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย เป็นอย่างดี

## เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2559). ผลการดำเนินงานควบคุมโรคประเทศไทย พ.ศ.2552-2558.

กรุงเทพฯ : สำนักโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมโรค. (2564). รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังโรคประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ.2564.

สืบค้นเมื่อ 17 พฤษภาคม 2567 จาก <https://www.tbthailand.org/download/form>.

จุฬารรรณ จิตดอน, วนิดา คุรงฤทธิชัยและกมลทิพย์ ชลัษธรรมเนียม. (2560). การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้น อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสาร มฉก.วิชาการ, 20(40) : 1-11.

นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพ็ชร, และญาดา นภาอารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G\*POWER. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ, 5(1) : 496-506.

ประดิษฐ์ ปฐวีศรีสุธา. (2564). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรคปอด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 14(2) : 301-309.

ไพรัช ม่วงศรี. (2555). ประสิทธิภาพของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

สายชล ศรีสวัสดิ์. (2562). ผลของการเยี่ยมบ้านต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค. วารสารการพยาบาลชุมชน, 11(2), 152-164.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2. (2562). สรุปผลการดำเนินงานวัณโรค ปี 2562 เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2.



สำนักวิจัยโรค. (2561). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ.2561. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

Amuha, M.G., Kutwabami P., Kitutu, F.E., OdoiAdome, R., Kalyango, J.N. (2009). Non-adherence to anti-TB drugs among TB/HIV co-infected patients in Mbarara Hospital Uganda: Prevalence and associated factors. *African HealthSciences*. 9(2), 8-15.

Bandura, A. (1988). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 84(2), 191-215.

King, I. M. (1981). *A Theory for Nursing: Systems, Concept, Process*. New York: A Wiley Medical Publication.

Munro, S. A., Lewin, S. A., Smith, H. J., Engel, M. E., Fretheim, A., & Volmink, J. (2007). Patient adherence to tuberculosis treatment: A systematic review of qualitative research. *PLoS Medicine*, 4(7), 1230–1245. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040238>

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6th ed.) St. Louis: Mosby.

Wang, L., Zhang, H., Lu, W., Wang, X., Lu, J., & Cheng, S. (2019). Home-visit interventions for improving TB treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 23(3), 360-372.

World Health Organization. (2020). *Global tuberculosis report 2020*. Retrieved September, 2, 2023, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>.

World Health Organization. (2023). *Global tuberculosis report 2023*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240083851>.

# วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น

JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY NORTHERN

ปีที่ 6 ฉบับที่ 4 ประจำเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2568



**วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น**

**ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น**

**888 หมู่ที่ 2 ตำบลหนองบัวไต้ อำเภอเมือง จังหวัดตาก 63000**

**โทร.055-517488 ต่อ 5**

**[www.northern.co.th](http://www.northern.co.th)**