



วารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

Journal of Nursing Health Sciences and Education

VOLUME 02 NO.1 January - April 2026

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน ปี 2569

ISSN 3088-1293 (Online)



วารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา
Journal of Nursing Health Sciences and Education

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569 - Volume 2 No.1 January–April 2026

ที่ปรึกษา (Consultants)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทร์ จันทร์เจริญ	อธิการบดี วิทยาลัยเชียงราย
Assistant Professor Dr. In Chanjarean	President, Chiang Rai College
ดร.อิศเรศ จันทร์เจริญ	รองอธิการบดี วิทยาลัยเชียงราย
Dr. Itsared Chanjarean	Vice Presidents, Chiang Rai College
รองศาสตราจารย์เทียมศร ทองสวัสดิ์	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Associate Professor Tiamsorn Tongwas	Dean, Faculty of Nursing, Chiang Rai College
รองศาสตราจารย์ลาวัลย์ สมบูรณ์	รองคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Associate Professor Lawan Somboon	Associate Dean, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

บรรณาธิการ (Editor)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิราภรณ์ นันทชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Assistant Professor Jiraporn Nunchai	Faculty of Nursing, Chiang Rai College

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรรยาพร ใจสิทธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Assistant Professor Jaruayporn Jaisit	Faculty of Nursing, Chiang Rai College

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	อดีตนายกสภาการพยาบาล
Professor Emeritus Dr. Wichit Srisuphan	Former President of Thailand Nursing and Midwifery Council
ศาสตราจารย์คลินิก ดร.พรรณพิไล ศรีอาภรณ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Clinical Professor Dr. Punpilai Sriarporn	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี	คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
Professor Emeritus Dr. Boontip Siritarungsri	School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University
ศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
Professor Dr. Chintana Wacharasin	Faculty of Nursing, Burapha University



วารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา
Journal of Nursing Health Sciences and Education

ศาสตราจารย์ ดร.ดราวรรณ ต๊ะปินตา Professor Dr. Darawan Thapinta	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Faculty of Nursing, Burapha University
ศาสตราจารย์ นาวาอากาศโท ดร.สุมิตร สุวรรณ Professor Wing Commander Dr. Sumit Suwan	คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน Faculty of Education and Development Sciences, Kasetsart University
รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ Associated Professor Dr. Pornchai Jullamate	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Faculty of Nursing, Burapha University
รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรภรณ์ อารีย์ Associated Professor Dr. Patcharaporn Aree	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน College of Nursing, Christian University of Thailand
รองศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ปริสัณญกุล Associated Professor Dr. Sukanya Parisunyakul	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล Thailand Nursing and Midwifery Council Expert
รองศาสตราจารย์ ดร.จริยวัตร คมพัยค์ Associated Professor Dr. Jariyawat Kompayak	อดีตคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัว เฉียวเฉลิมพระเกียรติ Former Dean, Faculty of Nursing, Huachiewchalermprakiet University
รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง Associated Professor Dr. Waraporn Boonchieng	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Public Health, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.วิยะดา แดนไกล Assistant Professor Dr. Wiyada Dankai	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Medicine, Chiang Mai University
ดร.คทาเทพ จันทร์เจริญ Dr. Katatap Chanjarean	วิทยาลัยเชียงราย Chiang Rai College
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ เงินทอง Assistant Professor Dr. Patcharin Ngoenthong	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย Faculty of Nursing, Chiang Rai College
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฏกร อิตุพร Assistant Professor Dr. Natakorn I-Tuporn	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย Faculty of Nursing, Chiang Rai College
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิติอาภา ตั้งค้ำวานิช Assistant Professor Dr. Thitiarpha Tangkawanich	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย Faculty of Nursing, Chiang Rai College



กองจัดการ (Editorial Staff)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรรณิกา อุ๋นอ้าย	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Assistant Professor Kannika Unai	Faculty of Nursing, Chiang Rai College
ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชฎา นน่อคำ	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Assistant Professor Ranchana Nokham	Faculty of Nursing, Chiang Rai College
อาจารย์วิมลพร ศรีโชติ	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Wimonporn srichote	Faculty of Nursing, Chiang Rai College
อาจารย์สุรสิทธิ์ แจ้จ๊กดี	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Surasit Jangpakdee	Faculty of Nursing, Chiang Rai College
อาจารย์ศิริลักษณ์ สุมาดอน	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Sililuck Sumadon	Faculty of Nursing, Chiang Rai College
อาจารย์ปริชมน ด่านชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Parichamon Danchai	Faculty of Nursing, Chiang Rai College
นางสาวอุษา รวมสุข	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Usa Ruamsuk	Faculty of Nursing, Chiang Rai College

กองบรรณาธิการ: คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

199 ม.6 ต.ป่าอ้อดอนชัย อ.เมือง จ.เชียงราย 57000

Editorial office: Faculty of Nursing, Chaing Rai College

199 Moo 6, Thumbol Pa O Don Chai, Muang District, Chiang Rai
province 57000

Email: nursingjournal@crc.ac.th

Website: <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/JNHSE>



คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับสำหรับผู้เขียนบทความวิจัยและบทความวิชาการ

วารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา เป็นวารสารที่จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการด้านการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านการศึกษา ดำเนินการโดยคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย เปิดรับการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ คณาจารย์ นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไป จำนวน 3 ฉบับต่อปี ในรูปแบบออนไลน์ มีการประเมินคุณภาพของบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและเจ้าของบทความไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และการศึกษา
2. เพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าความรู้ด้านการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และการศึกษา

ประเภทของบทความ (Type of Article)

1. บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง งานเขียนที่นำเสนอผลการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยมีเนื้อหาที่ทำให้ผู้อ่านมีความรู้ในศาสตร์สาขาที่ศึกษา ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิดทฤษฎี ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัย การอภิปรายผล ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และการทำวิจัยครั้งต่อไป กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และการอ้างอิง ความยาวบทความ 15-20 หน้า

2. บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง งานเขียนที่มีการรวบรวมข้อมูลจากผลงานวิชาการ นำมาวิเคราะห์อย่างสมเหตุสมผล แสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และประสบการณ์ของผู้เขียน หรือนำเสนอแนวคิดใหม่ ซึ่งผู้เขียนค้นคว้าจากเอกสาร การสังเกต และการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้แนวทางหรือองค์ความรู้ที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่สังคมต่อไป บทความวิชาการประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ บทนำ เนื้อหา บทสรุป และการอ้างอิง ความยาวบทความ 10-15 หน้า



กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่ (Publication Frequency)

วารสารกำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-เมษายน

ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน-ธันวาคม

จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงาน (Publication Ethics)

จริยธรรมของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

1. คัดกรองบทความเบื้องต้น โดยพิจารณารูปแบบตามที่วารสารกำหนด และความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ของบทความ
2. พิจารณาบทความเข้าสู่กระบวนการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิตามความเหมาะสมของบทความแต่ละเรื่อง ในรูปแบบ Double blind peer review
3. กำกับติดตามการประเมินคุณภาพบทความก่อนตีพิมพ์เผยแพร่ โดยพิจารณาจากผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ และคุณภาพของบทความ
4. กรณีมีประเด็นปัญหาในการประเมินคุณภาพบทความให้นำบทความเข้ากองบรรณาธิการ เพื่อพิจารณาและขอความคิดเห็นร่วมกัน
5. รักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูลของการประเมินบทความ ข้อมูลของผู้เขียนหรือผู้ประเมินบทความ แก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง
6. ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ไม่นำความคิดเห็นส่วนตัวมาตัดสินบทความ เพื่อการรับหรือปฏิเสธบทความ
7. ตรวจสอบและปฏิเสธการรับบทความที่เคยตีพิมพ์เผยแพร่มาก่อน ทั้งในรูปแบบวารสารหรือบทความหลังการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการฉบับเต็ม (proceeding) และบทความที่ทำการคัดลอกผลงานของผู้อื่น (plagiarism) หรือทำซ้ำ เพื่อป้องกันการทำผิดจริยธรรมทางวิชาการและการตีพิมพ์เผยแพร่

จริยธรรมของผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Duties of Reviewer)

1. ไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความและผู้เขียน แก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง ตลอดระยะเวลาของการประเมิน (confidentiality)
2. ไม่ประเมินบทความที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียน ที่ทำให้ผู้ทรงคุณวุฒิไม่สามารถให้ข้อเสนอแนะได้อย่างอิสระ และไม่แสวงหาผลประโยชน์จากบทความที่ทำการประเมิน



3. เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญตรงตามสาขาของบทความ โดยพิจารณาจากเนื้อหาของบทความ
4. ประเมินบทความตามหลักการและเหตุผลทางวิชาการ เช่น ความสำคัญ วัตถุประสงค์ และความสอดคล้องของเนื้อหา ความใหม่ ความทันสมัย และคุณภาพของบทความ โดยไม่มีอคติหรือใช้ความคิดเห็นส่วนตัว
5. ให้เสนอแนะวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง หรือผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความ กรณีผู้เขียนไม่ได้อ้างอิง ในการประเมินบทความ
6. กรณีพบว่าการคัดลอกผลงานของผู้อื่น (plagiarism) และมีหลักฐานยืนยันชัดเจน สามารถปฏิเสธการตีพิมพ์และแจ้งแก่บรรณาธิการทันที
7. ประเมินบทความตามระยะเวลาที่กำหนด

จริยธรรมของผู้เขียน (Duties of Authors)

1. บทความที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ต้องเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยส่งตีพิมพ์เผยแพร่มาก่อน และไม่เคยนำเสนอในที่ประชุมวิชาการฉบับเต็ม (Proceeding)
2. ตรวจสอบการจัดรูปแบบของบทความตามข้อกำหนดของวารสารหรือคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ
3. บทความวิจัยที่ส่งตีพิมพ์เผยแพร่ ผู้เขียนต้องนำเสนอข้อมูลที่เป็นจริงจากการทำวิจัย โดยไม่บิดเบือนข้อมูลหรือให้ข้อมูลที่เป็นเท็จ และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายในระยะเวลาที่กำหนด
4. บทความวิชาการต้องเขียนจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แสดงความคิดเห็นในเชิงวิชาการ
5. ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่นที่นำมาใช้ และปรากฏอยู่ในอ้างอิงท้ายบทความ
6. ชื่อของผู้เขียนที่ปรากฏในบทความ ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัย
7. กรณีต้องการถอนบทความ ต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบทันที
8. บทความวิจัยในมนุษย์ ต้องแนบหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยระบุว่าได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสถาบันใด และเลขที่ที่ได้รับการรับรองในบทความ



กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review Process)

บทความจะได้รับการพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 2 ท่าน ต่อ 1 บทความ โดยดำเนินการปกปิดแบบ 2 ทาง ผู้ทรงคุณวุฒิและเจ้าของบทความไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review)

การจัดเตรียมต้นฉบับ

1. บทความที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ต้องเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยส่งตีพิมพ์เผยแพร่มาก่อน และไม่เคยนำเสนอในที่ประชุมวิชาการฉบับเต็ม (Proceeding)
2. สมัครสมาชิกวารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ผ่านระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
3. จัดพิมพ์ต้นฉบับในโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft Word) พื้นกระดาษสีขาว ขนาด A4 (21x29.7 ซม.) โดยเว้นระยะขอบกระดาษบน 3.81 ซม. ขอบล่าง 2.54 ซม. ขอบซ้าย 3.81 ซม. และขอบขวา 2.54 ซม. ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (single space) ความยาวบทความวิจัยรวมอ้างอิง จำนวน 15-20 หน้า บทความวิชาการรวมอ้างอิง จำนวน 10-15 หน้า
4. การใช้ภาษาไทย การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้เป็นไปตามหลักราชบัณฑิตยสถาน และสามารถใช้อังกฤษในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย สำหรับการใช้อักษรย่อต้องเขียนคำเต็มและวงเล็บคำย่อไว้ในครั้งแรก และใช้คำย่อที่เป็นมาตรฐาน
5. การเสนอตาราง ให้เขียนชื่อเหนือตาราง สำหรับแผนภูมิหรือรูปภาพ ให้เขียนชื่อหรือคำอธิบายเพิ่มเติมใต้แผนภูมิหรือรูปภาพ
6. กรณีที่บทความเข้าสู่กระบวนการส่งไปยังผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อทำการพิจารณาแล้ว หากภายหลังผู้เขียนแจ้งยกเลิกการพิจารณาบทความเพื่อตีพิมพ์ ผู้เขียนจะต้องทำการชำระค่าใช้จายในส่วนของค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดที่พิจารณาบทความดังกล่าว

ลำดับเนื้อหาของต้นฉบับ

บทความวิจัย (Research Article) มีลำดับเนื้อหา ดังนี้

1. บทคัดย่อภาษาไทย ประกอบด้วย

1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยพิมพ์ไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษ ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา (bold)

1.2 ชื่อผู้เขียน (Author name) ระบุชื่อผู้เขียนภาษาไทย อยู่ด้านขวามือ กรณีมีผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับของการมีส่วนร่วม และใส่เครื่องหมายดอกจัน (*) ต่อท้าย



นามสกุลผู้เขียน สำหรับยศหรือตำแหน่งทางวิชาการ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนพิมพ์ไว้ต่อจากคำสำคัญ และผู้รับผิดชอบหลักของบทความ (Corresponding author) ให้ใส่ e-mail ต่อท้าย ตัวอย่างเช่น *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย, e-mail: Jiraporn.nunchai@crc.ac.th

1.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ กำหนดการพิมพ์เป็นหนึ่งคอลัมน์ เรียงลำดับเนื้อหาดังนี้ ความสำคัญพอสังเขป วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย และประโยชน์ของงานวิจัย

1.4 คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยไม่เกิน 5 คำ

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษ ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา (bold) พยัญชนะตัวแรกของทุกคำใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำเชื่อม

2.2 ชื่อผู้เขียน (Author name) ระบุชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ อยู่ด้านขวามือ กรณีมีผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับของการมีส่วนร่วม และใส่เครื่องหมายดอกจัน (*) ต่อท้ายนามสกุลผู้เขียน สำหรับยศหรือตำแหน่งทางวิชาการ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนพิมพ์ไว้ต่อจาก Keywords และผู้รับผิดชอบหลักของบทความ (Corresponding author) ให้ใส่ e-mail ต่อท้าย ตัวอย่างเช่น *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College, e-mail: Jiraporn.nunchai@crc.ac.th

2.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาอังกฤษมีเนื้อหาสอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 300 คำ กำหนดการพิมพ์เป็นหนึ่งคอลัมน์

2.4 คำสำคัญ (Keywords) ภาษาอังกฤษไม่เกิน 5 คำ

3. เนื้อหา ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ คำถามการวิจัย/สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) กรอบแนวคิดทฤษฎี ระเบียบวิธีการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัย การอภิปรายผล ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

4. กิตติกรรมประกาศ และการเปิดเผยการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ของผู้เขียน เช่น การได้รับทุนจากหน่วยต่างๆ



บทความวิชาการ (Academic Article)

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน และคำสำคัญ เขียนเหมือนบทความภาษาไทยและภาษาอังกฤษของบทความวิจัย

บทความภาษาไทย เขียนเนื้อหาสาระที่สำคัญ วัตถุประสงค์ และบทสรุปพอสังเขป และบทความภาษาอังกฤษให้มีเนื้อหาสอดคล้องกับบทความภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 300 คำ

เนื้อหา ประกอบด้วย บทนำ (ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาโดยย่อ วัตถุประสงค์ ขอบเขตของเรื่อง และคำจำกัดความหรือนิยาม) เนื้อหา (การจัดลำดับหรือการเรียงเนื้อหา การวิเคราะห์ วิพากษ์ วิจัย) และบทสรุป

การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง (Citation and References lists)

4.1 การอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ Vancouver Style โดยมีการอ้างอิงในเนื้อหาและการอ้างอิงในท้ายบท

4.2 เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้น หนังสือหรือตำราที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

4.3 การอ้างอิงในเนื้อหา ให้ระบุตัวเลขท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่อ้างอิง เรียงลำดับหมายเลข 1,2,3,... ตามลำดับที่อ้างก่อนหลังเป็นเลขอารบิกโดยไม่เว้นวรรคและเลขยกขึ้น¹ หากมีการอ้างซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขที่อ้างอิงท้ายเล่ม กรณีตัวเลขอ้างอิงเป็นลำดับที่ต่อเนื่องกัน ให้ใช้เครื่องหมายติดังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลขแรกถึงตัวเลขสุดท้าย เช่น (1-4) หากตัวเลขอ้างอิงมีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน ให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) โดยไม่มีการเว้นวรรค เช่น (3,5,8)

4.4 การอ้างอิงท้ายเล่มหรือเอกสารอ้างอิง ให้พิมพ์เรียงลำดับตัวเลขตามที่ได้อ้างอิงในเนื้อหา โดยหมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ขีดขอบกระดาษด้านซ้าย หากการอ้างอิงยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยย่อหน้าให้ตรงกับข้อความในบรรทัดแรก ระหว่างข้อมูลการอ้างอิงแต่ละส่วน ให้เว้น 1 วรรค ข้อมูลที่เขียนอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง หากรายการอ้างอิงเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ

4.5 การเรียงลำดับเอกสารอ้างอิง ให้เรียงลำดับตามลำดับเลขอารบิก

4.6 ผู้เขียนมีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงตามรูปแบบของ Vancouver Style อย่างเคร่งครัด

ขั้นตอนการประเมินบทความ

การประเมินบทความทุกขั้นตอน ดำเนินการผ่านระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ระบบเว็บไซต์ Thai Journal Online (ThaiJO) เพื่อให้การดำเนินการของวารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา เป็นไปตามมาตรฐานสากล



สารจากบรรณาธิการ

วารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา เผยแพร่ ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - เมษายน 2569 โดยวารสารมีนโยบายรับตีพิมพ์บทความคุณภาพสูงในด้านการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และการศึกษา ซึ่งทุกบทความได้ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ อย่างน้อย 2 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและเจ้าของบทความไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review)

วารสารฉบับนี้ นำเสนอบทความ จำนวน 5 เรื่อง ประกอบด้วย บทความวิจัย จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ 1) สมรรถนะของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ: ความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2) ผลของนวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสู่บุหรีเพื่อเสริมสร้างความรู้ทักษะภัยของบุหรีและบุหรีไฟฟ้า ในนักเรียนมัธยมต้น อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย 3) ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3 คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพาน และบทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ 1) การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในวัยรุ่น: บทบาทของพยาบาลจิตเวช 2) การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการออกแบบการจัดการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาครู ซึ่งบทความทั้งหมดนี้ผู้อ่านสามารถ download ได้ในระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ขอขอบคุณผู้อ่าน ที่ให้ความสนใจ ผู้เขียนบทความที่ให้เกียรติส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้พิจารณากลั่นกรองบทความ ช่วยให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ ช่วยทำให้บทความมีคุณภาพ เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิราภรณ์ นันทชัย

บรรณาธิการ



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
สมรรถนะของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ: ความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย Competencies of Graduates from the Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing: Stakeholders' Expectations	1-22
รุ่งนภา ชัยรัตน์ Rungnapa Chairat อุไรวรรณ ชัยชนะวีโรจน์ Uraiwan Chaichanawirote อินทิรา ปากันทะ Intira Pakanta ธิดารัตน์ คำบุญ Thidarat Khamboon ธีรพจน์ ทวีวรรณบุลย์ Teerapot Taweewanabul	
ผลของนวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่เพื่อเสริมสร้างความรู้โทษพิษภัยของ บุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ในนักเรียนมัธยมต้น อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย The Effect of a Smoking Simulation Kit Innovation on Knowledge Regarding the Dangers of Cigarettes and Electronic Cigarettes Among Middle School Students in Wiang Kaen District, Chiang Rai Province	23-39
วิมล สมควร Wimon Somkuan เกศรา ชัยแดง Ketsara Chaidang	
ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3 คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพาน The Effects of a Self-Management Support Program on Knowledge Regarding Kidney Function Decline among Patients with Stage 3 Chronic Kidney Disease in the Chronic Disease Clinic at Phan Hospital	40-57
นราภัทร ราชคม Narapat Rachakom ชนกชนม์ สาคะศุภฤกษ์ Chanokchon Sakasupalerk อิสริยา ราชคม Isariya Rachakom จักรพันธ์ กันธนะ Jukkarpan Kuntana	



สารบัญ

บทความวิชาการ

การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในวัยรุ่น: บทบาทของพยาบาลจิตเวช 58-69

A Strengthening of Resilience in Adolescents: Psychiatric Nurse's role

ณัฐวรา เชื้อหมอ Natwara Chuemor

พนิดา ชัยวัง Panida Chaiwang

พัชรารรรณ แก้วกันทะ Patcharawan Kaewkanta

การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการออกแบบการจัดการเรียนรู้สำหรับ
นักศึกษาครู 70-83

The Application of Artificial Intelligence in Instructional Design for
Pre-service Teachers

ปริดาภรณ์ สุวรรณดี Preedaporn Suwandee

วิไลภรณ์ วิชญาวัดน์ Wilaiphorn Witchayawat



สมรรถนะของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ: ความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

รุ่งนภา ชัยรัตน์*, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์**, อินทิรา ปากันทะ***,
จิตารัตน์ คำบุญ**, อธิพนธ์ ทวีวรรณบุญ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ตามความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาจารย์ผู้สอน นิสิตปัจจุบัน ศิษย์เก่า พยาบาลวิชาชีพ ผู้บริหาร รวม 42 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 สมรรถนะของบัณฑิตฯ (8 ด้าน) และส่วนที่ 3 ลักษณะของหลักสูตรที่คาดหวัง และความต้องการศึกษาต่อฯ ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (ส่วนที่ 2 และ 3) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.85 ส่วนความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามผ่านทางกูเกิ้ลฟอร์ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า 1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความคาดหวังต่อสมรรถนะของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สูงสุดคือด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมาย และ 2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นด้วยปานกลางถึงมากที่สุดเกี่ยวกับลักษณะของหลักสูตรที่คาดหวัง และมีความต้องการศึกษาโดยมีแรงจูงใจต่อสถาบันที่เลือกศึกษา คือ สถาบันมีหลักสูตรที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อตนเอง หรือต่องานปัจจุบัน/อนาคต ดังนั้น สถาบันการศึกษาจึงควรพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยมุ่งเน้นด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมาย

คำสำคัญ: สมรรถนะของบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

* อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

**** เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

*** Corresponding author; email: intira2515@gmail.com



Competencies of Graduates from the Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing: Stakeholders' Expectations

Rungnapa Chairat*, Uraiwan Chaichanawirote**, Intira Pakanta***,
Thidarat Khamboon**, Teerapot Taweewanabul****

Abstract

This descriptive research aimed to study the competencies of graduates from the Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, as expected by stakeholders. The sample consisted of 42 participants: instructors, current students, alumni, registered nurses, and administrators. The questionnaire consists of three parts: Part 1: General information; Part 2: Competencies of graduates (8 components); and Part 3: Expected program characteristics and future Study desires. The questionnaire (Part 2 & 3) underwent content validity testing, yielding a content validity index of 0.85, and reliability testing with a Cronbach's alpha coefficient of 0.86. Data were collected by the sample group via Google Forms. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were analyzed. The study results showed that 1) the most essential competencies being in ethics, morality, and law; and 2) stakeholders had moderate to high agreement regarding the expected characteristics of the curriculum and expressed a desire to study, with the motivation for choosing the institution being that the institution offered a quality curriculum that was beneficial to themselves or their current/future work. Therefore, educational institutions should develop or improve high-quality Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, focusing on ethics, morality, and law.

Keywords: Competencies of Graduates, Master of Nursing Science Program,
Stakeholders' Expectations

* Lecturer, Faculty of Nursing, Naresuan University

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University

**** General Administration Officer, Faculty of Nursing, Naresuan University

*** Corresponding author; email: intira2515@gmail.com



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการผลิตบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 และมีการปรับปรุงตามกรอบ ครั้งที่ 1 ในปี พ.ศ. 2562 เปลี่ยนชื่อหลักสูตรจากพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ เป็นหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บัณฑิตมีความรู้ในของศาสตร์ทางการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีทักษะการทำวิจัยหรือนวัตกรรมทางการพยาบาล มีภาวะผู้นำ สามารถใช้เทคโนโลยีและทำงานร่วมกับทีมสุขภาพได้ ตลอดจนมีคุณลักษณะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (Thai Qualifications Framework for Higher Education (TQF : HEd) ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์ตัวเลข และด้านการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ¹ และได้พัฒนาผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 (มคอ.1)² ซึ่งในกระบวนการดำเนินงานของหลักสูตรนั้น การประกันคุณภาพการศึกษาถือว่าเป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้เกิดความมั่นใจว่า ผลการดำเนินงานตามพันธกิจของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

แม้ว่าการดำเนินงานของหลักสูตรเป็นไปตามกรอบมาตรฐานดังกล่าวข้างต้นแล้วก็ตาม แต่เนื่องจากบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลงไปของโลกที่มีความเปลี่ยนแปลงและเปราะบาง ส่งผลต่อระบบต่างๆ รวมทั้งระบบการศึกษา ทำให้กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) วางแผนด้านการอุดมศึกษา พ.ศ. 2564-2570 โดยกำหนดเป้าหมายการผลิตและพัฒนาบัณฑิตให้มีทั้งองค์ความรู้ทางวิชาการ ทักษะทางวิชาชีพ รวมทั้งคุณลักษณะอันพึงประสงค์ พร้อมต่อการทำงานที่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต³ มหาวิทยาลัยนเรศวรมีนโยบายที่สอดคล้องกับกระทรวง อว. จึงเลือกใช้เกณฑ์การประกันคุณภาพการศึกษาภายในระดับหลักสูตรตามเกณฑ์ AUN-QA ปีการศึกษา 2563-2566 ซึ่งสาระสำคัญของเกณฑ์ AUN-QA นั้นครอบคลุมทั้งมิติของคุณภาพทางวิชาการ และมุมมองด้านความต้องการและความคาดหวังที่หลากหลายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย⁴

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินงานตามนโยบายของมหาวิทยาลัยนเรศวร จึงนำเกณฑ์การประกันคุณภาพการศึกษาภายในระดับหลักสูตรตามเกณฑ์ AUN-QA มาใช้และเข้ารับการประเมินคุณภาพการศึกษาภายในระดับหลักสูตร ประจำปีการศึกษา 2563 เป็นครั้งแรก ในวันที่ 19 กรกฎาคม 2564 คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักสูตร ได้รับข้อมูลจากกรรมการผู้ประเมิน คือ ผลการประเมินภาพรวมอยู่ในระดับพัฒนาเพียงเล็กน้อย สามารถทำให้มีคุณภาพเพียงพอได้ ยกเว้นใน



ส่วนที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวัง ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอยู่ในระดับจำเป็นต้องมีการปรับปรุง โดยกรรมการผู้ประเมินได้ให้ข้อเสนอแนะว่าหลักสูตรควรสำรวจความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ครบทุกกลุ่มทั้งภายในและภายนอกคณะ เพื่อนำมาออกแบบผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร (Program Learning Outcomes : PLOs) นอกจากนี้ ควรประเมินการเข้าถึงและรับรู้รายละเอียดของหลักสูตรของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และประเมินความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้เป็นระบบชัดเจน

เมื่อพิจารณาในส่วนของการสำรวจความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ครบทุกกลุ่ม พบว่าการดำเนินการที่ผ่านมาในปีการศึกษา 2562 ได้มีการประเมินความพึงพอใจและข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งในส่วนของอาจารย์ผู้สอน นิสิตปัจจุบัน ศิษย์เก่า และผู้ใช้บัณฑิตหรือหัวหน้าหน่วยงานของบัณฑิต เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า ได้รับข้อมูลย้อนกลับจากอาจารย์ผู้สอน นิสิตปัจจุบัน ศิษย์เก่า และสามารถนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปรับปรุงการเรียนรู้ได้ ยกเว้นในส่วนของผู้ใช้บัณฑิตที่ไม่ได้รับข้อมูลตอบกลับมา ทำให้หลักสูตรไม่ทราบความคาดหวัง และความต้องการที่แท้จริงของผู้ใช้บัณฑิต นอกจากนี้ การจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมาของหลักสูตรเป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (TQF : HEd) 5 ด้าน¹ และกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 (มคอ. 1)² จึงอาจยังไม่ครอบคลุมมิติของมุมมองด้านความต้องการและความคาดหวังที่หลากหลายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งเป็นสาระสำคัญของเกณฑ์การประกันคุณภาพการศึกษาภายในระดับหลักสูตรตามเกณฑ์ AUN-QA⁴

สภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ เพื่อใช้เป็นสมรรถนะกลางในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพไว้ 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ 3) ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 4) ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ 5) ด้านวิชาการและการวิจัย 6) ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 7) ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ และ 8) ด้านสังคม⁵ และด้วยเหตุที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มีผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลศาสตร์ เปลี่ยนสถานภาพจากพยาบาลประจำการมาเป็นอาจารย์พยาบาลจำนวนมาก ดังนั้นจำเป็นต้องจัดการศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมพยาบาลวิชาชีพเหล่านี้ให้เป็นอาจารย์พยาบาลผู้สอนในศตวรรษที่ 21 ที่ต้องมีสมรรถนะและบทบาทในด้านต่างๆ ทั้งด้านการใช้ทฤษฎีและหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ ด้านการพัฒนาหลักสูตรและการนำไปใช้ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการวิจัยและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ด้านการสื่อสาร ความร่วมมือและการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ด้านกฎหมาย จริยธรรม และความเป็นมืออาชีพ ด้านการติดตามและประเมินผล รวมถึงด้านการจัดการ ภาวะผู้นำ และการเป็นผู้สนับสนุน⁶ นอกจากนี้ ต้องคำนึงถึงมาตรฐานสากล ซึ่ง



คุณลักษณะของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ ของประเทศสหรัฐอเมริกา⁷ ได้แก่ 1) ผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี 2) มีความเป็นเลิศด้านการเรียนรู้ตลอดชีวิต 2) ผู้นำทีมดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ 3) ผู้นำด้านการบูรณาการบริการในระบบการดูแลสุขภาพ 4) มีความสามารถด้านการออกแบบนวัตกรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และ 5) ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

แม้ว่าที่ผ่านมาได้มีการศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อหลักสูตร ความพึงพอใจต่อสมรรถนะของบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ ที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาบ้างแล้ว⁸⁻⁹ แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคาดหวังของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยเฉพาะในบริบทของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งในการสำรวจความต้องการที่ผ่านมานี้ ไม่ครอบคลุมในประเด็นสมรรถนะของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมรรถนะของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุตามความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และศึกษาลักษณะของหลักสูตรที่คาดหวัง และความต้องการศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานนำมาปรับปรุงหลักสูตรให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีความต่อเนื่อง ตอบเกณฑ์ประเมินระดับหลักสูตร AUN-QA สอดคล้องกับนโยบายของมหาวิทยาลัยนเรศวร กระทรวง อว. และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561–2580¹⁰ ที่มีสาระสำคัญประการหนึ่งคือ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย³

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ตามความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
2. เพื่อศึกษาลักษณะของหลักสูตรที่คาดหวัง และความต้องการศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

คำถามการวิจัย

1. สมรรถนะของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ตามความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นอย่างไร
2. ลักษณะของหลักสูตรที่คาดหวัง และความต้องการศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นอย่างไร



กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมรรถนะของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุตามความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย 8 ด้าน คือ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมาย 2) ด้านความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาล 3) ด้านคุณลักษณะวิชาชีพ 4) ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ 5) ด้านวิชาการ วิจัย และนวัตกรรม 6) ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 7) ด้านเทคโนโลยี และสารสนเทศ และ 8) ด้านสังคม ซึ่งได้มาจากการ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดต่างๆ ได้แก่ 1) มาตรฐานคุณวุฒิระดับบัณฑิตศึกษา สาขา พยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ² 2) กรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (TQF : HEd) ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา¹ 3) สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลศาสตร์ ของสภา การพยาบาล⁵ 4) คุณลักษณะของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ ของ สถาบันการศึกษาทางการพยาบาล ประเทศสหรัฐอเมริกา (American Association of Colleges of Nursing)⁷ 5) การเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ในทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ในมุมมองของ นักวิชาการไทย⁶ และ 6) เกณฑ์การประกันคุณภาพการศึกษาภายใน ระดับหลักสูตร ตามเกณฑ์ AUN-QA ปีการศึกษา 2563-2566 ของมหาวิทยาลัยนเรศวร⁴ ซึ่งสาระสำคัญของเกณฑ์ AUN-QA ครอบคลุมทั้งมิติของคุณภาพทางวิชาการ และมุมมองด้านความต้องการ และความคาดหวังที่ หลากหลายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย อาจารย์ผู้สอน นิสิตปัจจุบัน ศิษย์เก่า พยาบาลวิชาชีพ และผู้บริหาร (ทางการพยาบาลหรือสถาบันการศึกษา)

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาสมรรถนะของ บัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ตามความคาดหวัง ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้แก่ 1) อาจารย์ผู้สอน 2) นิสิตปัจจุบัน ซึ่งกำลังศึกษาในปีการศึกษา 2565 3) ศิษย์เก่า 4) พยาบาลวิชาชีพ และ 5) ผู้บริหาร (ทางการพยาบาลหรือสถาบันการศึกษา) กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นอาจารย์ผู้สอน นิสิตปัจจุบัน ศิษย์เก่า พยาบาลวิชาชีพ ผู้บริหาร (ทางการพยาบาลหรือ สถาบันการศึกษา) ที่สามารถให้ข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ในรูปแบบกูเกิ้ลฟอร์ม (Google Form) ได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ให้ข้อมูลในการวิจัยไม่ครบถ้วน ในการวิจัยครั้งนี้ มีผู้ที่มีความ



สะดวกในการให้ข้อมูลในกูเกิ้ลฟอร์ม (Google Form) จำนวน 72 คน นำไปทดสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (แบบสอบถาม) จำนวน 30 คน เหลือกลุ่มตัวอย่างที่นำข้อมูลไปวิเคราะห์ จำนวน 42 คน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยนี้เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ (อาจารย์ผู้สอน นิสิตปัจจุบัน ศิษย์เก่า พยาบาลวิชาชีพ ผู้บริหารฯ) และหน่วยงานที่สังกัด ส่วนที่ 2 สมรรถนะของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ตามความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (8 ด้าน) จำนวน 35 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ จำเป็นมากที่สุด จำเป็นมาก จำเป็นปานกลาง จำเป็นน้อย และจำเป็นน้อยที่สุด และส่วนที่ 3 ลักษณะของหลักสูตรที่คาดหวัง และความต้องการศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 24 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด

แบบสอบถามดังกล่าวผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาพยาบาล ด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ และด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.85 จากนั้นจะนำไปทดลองใช้กับบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม คำนวณค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 ได้เท่ากับ 0.86

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับการรับรองเลขที่ COE No. 208/2021 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2564 หลังจากนั้นผู้วิจัยขอความยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Process) โดยให้ข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครในโครงการวิจัยเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย และการติดต่อกับผู้วิจัยอย่างละเอียด เปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ และชี้แจงว่ามีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และทำลายเอกสารทั้งหมดหลังจากงานวิจัยเสร็จสิ้น



การรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามในรูปแบบ Google Form ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2565 ถึงเดือนเมษายน 2566 โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ส่ง Google Form ให้นิสิตปัจจุบันตอบแบบสอบถาม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ส่ง Google Form ให้ศิษย์เก่า และให้ศิษย์เก่าส่งต่อ Google Form ให้แก่พยาบาลวิชาชีพและผู้บริหารฯ ในหน่วยงานที่สังกัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิจัยครั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็น โดยแบ่งเป็นระดับ ดังนี้ 4.51-5.00 มากที่สุด, 3.51-4.50 มาก, 2.51-3.50 ปานกลาง, 1.51-2.50 น้อย, 1.00-1.50 น้อยที่สุด¹¹

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 42 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ มีจำนวนมากที่สุดคือ 16 คน (ร้อยละ 38.10) รองลงมาคือนิสิตปัจจุบัน 15 คน (ร้อยละ 35.71) ศิษย์เก่า 8 คน (ร้อยละ 19.05) อาจารย์ผู้สอน 2 คน (ร้อยละ 4.76) และผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน (ร้อยละ 2.38) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 31 คน (ร้อยละ 73.81) อายุ 24 – 57 ปี อายุเฉลี่ย 36.60 ปี (S.D. = 9.49) หน่วยงานที่สังกัด ส่วนใหญ่เป็นภาครัฐ จำนวน 31 คน (ร้อยละ 73.81)

ส่วนที่ 2 สมรรถนะของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ตามความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

สมรรถนะของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ตามความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมาย 2) ด้านความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาล 3) ด้านคุณลักษณะวิชาชีพ 4) ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ 5) ด้านวิชาการ วิจัย และนวัตกรรม 6) ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 7) ด้านเทคโนโลยี และสารสนเทศ และ 8) ด้านสังคม พบว่า ด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมายมีค่าเฉลี่ยรวมสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.80, S.D. = 0.39) เมื่อพิจารณารายข้อในทุกสมรรถนะพบว่า ส่วนใหญ่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นว่ามีค่าจำเป็นมากถึงมากที่สุด ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 สมรรถนะของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ตามความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (n = 42)

ที่	สมรรถนะที่คาดหวัง	ความคิดเห็น		
		$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมาย				
1.1	มีคุณธรรม จริยธรรมเชิงวิชาการและการวิจัย เช่น ไม่คัดลอกผลงานหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของผลงานวิชาการหรือการวิจัย การเขียนผลงานทางวิชาการและหรืองานวิจัยต่างๆ มีการอ้างอิงที่ถูกต้อง	4.88	0.32	มากที่สุด
1.2	สามารถให้เหตุผลและตัดสินใจบนพื้นฐานของคุณธรรม จริยธรรม และมาตรฐานวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ	4.83	0.37	มากที่สุด
1.3	สามารถเสนอแนะและ/หรือมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการตามนโยบายทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดความยุติธรรม ความเท่าเทียมในบริการสุขภาพ	4.81	0.39	มากที่สุด
1.4	ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการโดยการให้เกียรติ และยอมรับในความแตกต่างทางวัฒนธรรม	4.81	0.39	มากที่สุด
1.5	ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการโดยยึดหลักการมีเหตุผล และการเตรียมตัวให้พร้อมกับการเปลี่ยนแปลง	4.86	0.35	มากที่สุด
1.6	สามารถให้คำปรึกษาและชี้แนะทางกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพในกรณีที่มีประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมแก่ผู้รับบริการและทีมสุขภาพ	4.60	0.49	มากที่สุด
รวมด้านที่ 1		4.80	0.39	มากที่สุด



ที่	สมรรถนะที่คาดหวัง	ความคิดเห็น		
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
2. ด้านความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาล				
2.1	มีความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาสาระของศาสตร์การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง	4.76	0.43	มากที่สุด
2.2	สามารถจัดการรายกรณีผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อน โดยบูรณาการศาสตร์ทางการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่เกี่ยวข้องร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประสบการณ์ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยทางวัฒนธรรม	4.62	0.49	มากที่สุด
2.3	สามารถเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจง ในการจัดการผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในระดับต่างๆ (ระดับบุคคล กลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบ และระบบการดูแล)	4.43	0.58	มาก
2.4	สามารถสอน ชี้แนะ ฝึกทักษะ เสริมพลังและพัฒนาศักยภาพให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการและครอบครัว เพื่อใช้ในการประเมินและจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.64	0.48	มากที่สุด
2.5	สามารถสอน ชี้แนะ เป็นพี่เลี้ยงและแบบอย่างในการปฏิบัติการพยาบาล แก่นักศึกษาพยาบาลพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ	4.60	0.54	มากที่สุด
2.6	สามารถวิเคราะห์และจัดการปัญหาของผู้ป่วยทั้งในระยะเฉียบพลัน ฉุกเฉิน วิกฤติ เรื้อรังและระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและทันเหตุการณ์	4.74	0.44	มากที่สุด
2.7	สามารถปฏิบัติทักษะทางคลินิกที่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะ	4.67	0.52	มากที่สุด



ที่	สมรรถนะที่คาดหวัง	ความคิดเห็น		
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
2.8	สามารถประยุกต์ใช้หลักการที่สำคัญด้านคุณภาพและความปลอดภัย มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่รับผิดชอบได้ถูกต้อง	4.67	0.47	มากที่สุด
2.9	สามารถวิเคราะห์และนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ในการจัดการการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวชุมชน	4.38	0.72	มาก
รวมด้านที่ 2		4.61	0.52	มากที่สุด
3. ด้านคุณลักษณะวิชาชีพ				
3.1	สร้างและปกป้องภาพลักษณ์วิชาชีพ	4.76	0.43	มากที่สุด
3.2	มีความตั้งใจ เพียรพยายามในการศึกษาค้นคว้าและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง	4.79	0.41	มากที่สุด
3.3	สามารถวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของวิชาชีพด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม	4.64	0.48	มากที่สุด
3.4	มีวัฒนธรรมในการทำงานที่มุ่งความเป็นเลิศ	4.62	0.58	มากที่สุด
รวมด้านที่ 3		4.70	0.48	มากที่สุด
4. ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ				
4.1	มีภาวะผู้นำทางคลินิก สามารถบริหารจัดการและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางสร้างสรรค์แก่องค์กรวิชาชีพ	4.67	0.47	มากที่สุด
4.2	มีความรู้และทักษะในการบูรณาการองค์ความรู้ทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพบริการและการดูแลอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ	4.74	0.44	มากที่สุด
4.3	สามารถสนับสนุนหรือส่งเสริมผู้อื่นให้มีการพัฒนาความรู้และทักษะทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง	4.69	0.51	มากที่สุด
4.4	มีทักษะในการทำงานเป็นทีมกับทีมพยาบาล ทีมสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดการการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพ ของผู้ป่วย/ผู้รับบริการอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย	4.74	0.44	มากที่สุด



ที่	สมรรถนะที่คาดหวัง	ความคิดเห็น		
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
4.5	สามารถบริหารจัดการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพตามสิทธิที่พึงมีพึงได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง	4.62	0.53	มากที่สุด
รวมด้านที่ 4		4.69	0.48	มากที่สุด
5. ด้านวิชาการ วิจัย และนวัตกรรม				
5.1	สามารถวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทำวิจัย หรือสร้างนวัตกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาการพยาบาลที่ซับซ้อน หรือพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ	4.69	0.46	มากที่สุด
5.2	สามารถเขียนและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการหรืองานสร้างสรรค์ ด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ	4.50	0.55	มาก
รวมด้านที่ 5		4.60	0.51	มากที่สุด
6. ด้านการสื่อสาร และสัมพันธภาพ				
6.1	สามารถสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.79	0.41	มากที่สุด
6.2	ประสานทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ	4.81	0.39	มากที่สุด
6.3	สื่อสาร เผยแพร่ผลงานทางวิชาการและ/หรือแลกเปลี่ยนความรู้ใหม่ๆ ทั้งในระดับ องค์กร/ชาติ/นานาชาติ	4.57	0.49	มากที่สุด
รวมด้านที่ 6		4.72	0.43	มากที่สุด
7. ด้านเทคโนโลยี และสารสนเทศ				
7.1	สามารถสืบค้นข้อมูล และวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูล เพื่อนำไปสร้างแนวปฏิบัติใน	4.71	0.45	มากที่สุด



ที่	สมรรถนะที่คาดหวัง	ความคิดเห็น		
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	การปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ			
7.2	สามารถวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลทางคลินิก เพื่อการติดตามเฝ้าระวัง และจัดการกับความเสี่ยง หรือปัญหาทางการพยาบาล รวมทั้งเพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการ	4.62	0.49	มากที่สุด
7.3	สามารถใช้เทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารในการประสานการดูแลทางด้านสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง	4.69	0.46	มากที่สุด
7.4	มีทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และการจัดการสารสนเทศ เพื่อนำไปใช้ในการวิจัย พัฒนานวัตกรรม ในการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม	4.60	0.49	มากที่สุด
รวมด้านที่ 7		4.66	0.47	มากที่สุด
8. ด้านสังคม				
8.1	สามารถวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม เพื่อใช้ในการพัฒนาปรับปรุงระบบการพยาบาล และระบบบริการสุขภาพ ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง	4.45	0.62	มาก
8.2	มีส่วนร่วมในการชี้นำสังคมในด้านสุขภาพ และพิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ	4.57	0.58	มากที่สุด
รวมด้านที่ 8		4.51	0.60	มากที่สุด

จากตารางที่ 1 จะเห็นว่า สมรรถนะที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคาดหวังสูงสุด 3 อันดับแรก อยู่ในด้านที่ 1 คือด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมาย ได้แก่ ประเด็นที่ 1.1 มีคุณธรรม จริยธรรมเชิงวิชาการ และการวิจัย ($\bar{x} = 4.88$, S.D. = 0.32) ประเด็นที่ 1.5 ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการโดยยึดหลักการมีเหตุผล และการเตรียมตัวให้พร้อมกับการเปลี่ยนแปลง ($\bar{x} = 4.86$, S.D. = 0.35) และประเด็นที่ 1.2 สามารถให้เหตุผลและตัดสินใจบนพื้นฐานของคุณธรรม จริยธรรม และมาตรฐานวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ($\bar{x} = 4.83$, S.D. = 0.37) ตามลำดับ



ส่วนที่ 3 ลักษณะของหลักสูตรที่คาดหวัง และความต้องการศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นด้วยปานกลางถึงมากที่สุด สูงสุด 3 อันดับแรกอยู่ในด้านที่ 5 คือด้าน
แรงจูงใจต่อสถาบันที่เลือกศึกษาต่อ ได้แก่ ประเด็นที่ 5.1 สถาบันมีหลักสูตรที่มีคุณภาพและเป็น
ประโยชน์ต่อตนเอง หรือต้องงานปัจจุบัน/อนาคต ($\bar{x} = 4.62$, S.D. = 0.49) โดยเห็นด้วยมากที่สุด
รองลงมาเห็นด้วยมากที่สุดคือ ประเด็นที่ 5.7 มีอาจารย์ผู้สอนที่มีคุณภาพ ($\bar{x} = 4.60$, S.D. = 0.49)
และประเด็นที่ 5.4 เห็นด้วยมากเกี่ยวกับการเดินทางสะดวกต่อผู้เรียน ($\bar{x} = 4.50$, S.D. = 0.73) ดัง
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะของหลักสูตรที่คาดหวัง และความต้องการศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (n = 42)

ที่	ความคาดหวังและความต้องการ	ความคิดเห็น		
		$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ลักษณะของหลักสูตรที่คาดหวัง				
1.1	ควรมีหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตเพื่อผลิตผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อยู่ในหลักสูตรเดียวกัน	4.29	1.03	มาก
1.2	ควรมีหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตเพื่อผลิตผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่โดยเฉพาะ	4.12	1.00	มาก
1.3	ควรมีหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตเพื่อผลิตผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ	4.31	0.96	มาก
2. หลักสูตรและสาขาที่ต้องการศึกษาต่อ				
2.1	ท่านมีความสนใจหรือส่งบุคลากรเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ	4.40	0.93	มาก
2.2	ท่านมีความสนใจหรือส่งบุคลากรเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่	4.26	0.95	มาก



ที่	ความคาดหวังและความต้องการ	ความคิดเห็น		
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
2.3	ท่านมีความสนใจหรือส่งบุคลากรเข้าศึกษาต่อ ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้สูงอายุ	4.24	0.95	มาก
3. เวลาที่จัดการเรียนการสอน				
3.1	ท่านต้องการให้หลักสูตรฯ จัดการเรียนการ สอน ในวันเสาร์และอาทิตย์ (เวลา 8.30- 16.30 น.)	4.38	1.07	มาก
3.2	ท่านต้องการให้หลักสูตรฯ จัดการเรียนการ สอน ในวันจันทร์ถึงศุกร์ (เวลา 8.30-16.30 น.)	2.90	1.56	ปานกลาง
3.3	ท่านต้องการให้หลักสูตรฯ จัดการเรียนการ สอน ในวันจันทร์ถึงศุกร์ (นอกเวลาราชการ)	2.67	1.60	ปานกลาง
4. ลักษณะการเรียนและวิธีการจัดการเรียนการสอน				
4.1	ท่านต้องการให้หลักสูตรฯ จัดการเรียนการ สอนในภาคทฤษฎีแบบออนไลน์ทั้งหมด	3.24	1.39	ปานกลาง
4.2	ท่านต้องการให้หลักสูตรฯ จัดการเรียนการ สอนในภาคทฤษฎีแบบเข้าเรียนในชั้นเรียน ทั้งหมด	3.55	1.22	มาก
4.3	ท่านต้องการให้หลักสูตรฯ จัดการเรียนการ สอนในภาคทฤษฎีแบบผสมผสาน ทั้ง แบบเรียนออนไลน์และเข้าเรียนในชั้นเรียน	4.33	0.99	มาก
4.4	ท่านต้องการให้หลักสูตรฯ จัดการเรียนการ สอนในภาคทฤษฎี แบบให้เสร็จสิ้นทีละ รายวิชา (เรียนรายวิชาที่ 1 ให้เสร็จสิ้น แล้วจึง ต่อด้วยการเรียนรายวิชาที่ 2)	4.29	0.96	มาก
4.5	ท่านต้องการให้หลักสูตรฯ จัดการเรียนการ สอนในภาคทฤษฎี แบบหลายวิชา (เรียน	2.88	1.61	ปานกลาง



ที่	ความคาดหวังและความต้องการ	ความคิดเห็น		
		$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
	รายวิชาที่ 1 ควบคู่กับ รายวิชาที่ 2 ไปพร้อมกัน)			
4.6	ท่านต้องการให้หลักสูตรฯ จัดการเรียนการสอน ในรูปแบบสะสมหน่วยกิต (Credit Bank) เพื่อเรียนต่อเนื่องได้ในภายหลัง จนจบ หลักสูตร ฯ	4.26	0.85	มาก
5. แรงจูงใจต่อสถาบันที่เลือกศึกษาต่อ				
5.1	สถาบันมีหลักสูตรที่มีคุณภาพและเป็น ประโยชน์ต่อตนเอง หรือต่องานปัจจุบัน/ อนาคต	4.62	0.49	มากที่สุด
5.2	หลักสูตรฯ มีรายวิชาที่มีความทันสมัยและ น่าสนใจ	4.45	0.66	มาก
5.3	วันและเวลาที่จัดการเรียนการสอนของ หลักสูตรฯ มีความสะดวกต่อผู้เรียน	4.43	0.66	มาก
5.4	การเดินทางสะดวกต่อผู้เรียน	4.50	0.73	มาก
5.5	เป็นสถาบันที่มีชื่อเสียงในด้านการผลิตบัณฑิต ที่มีคุณภาพและตอบสนองต่อความต้องการ ของระบบสุขภาพ/สังคม	4.36	0.65	มาก
5.6	ค่าเรียนตลอดหลักสูตรสมเหตุสมผล	4.07	0.86	มาก
5.7	มีอาจารย์ผู้สอนที่มีคุณภาพ	4.60	0.49	มากที่สุด
5.8	มีความพร้อมด้านสถานที่และเทคโนโลยี สารสนเทศ	4.50	0.63	มาก
5.9	เป็นสถาบันที่ผู้เรียนเคยจบการศึกษา	3.79	1.42	มาก

จากตารางที่ 2 จะเห็นว่า 1) ด้านลักษณะของหลักสูตรที่คาดหวัง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นด้วย
มากกว่า ควรมีหลักสูตรมหาบัณฑิตเพื่อผลิตผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ($\bar{x}$ =
4.31, S.D. = 0.96) 2) ด้านหลักสูตรและสาขาที่ต้องการศึกษาต่อ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นด้วยมากกว่า
มีความสนใจหรือส่งบุคลากรเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล



ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ($\bar{x} = 4.40$, S.D. = 0.93) 3) ด้านเวลาที่จัดการเรียนการสอน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นด้วยมาก โดยมีความต้องการหลักสูตรที่จัดการเรียนการสอนในวันเสาร์และอาทิตย์ (เวลา 08.30-16.30 น.) ($\bar{x} = 4.38$, S.D. = 1.07) 4) ด้านลักษณะการเรียนและวิธีการจัดการเรียนการสอน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่เห็นด้วยมากกว่า ต้องการวิธีการเรียนการสอนแบบผสมผสานทั้งแบบเรียนออนไลน์และเข้าเรียนในชั้นเรียน ($\bar{x} = 4.33$, S.D. = 0.99) และ 5) ด้านแรงจูงใจต่อสถาบันที่เลือกศึกษาต่อ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นด้วยมากที่สุดว่า แรงจูงใจต่อสถาบันที่เลือกศึกษา คือ สถาบันมีหลักสูตรที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อตนเอง หรือต่องานปัจจุบัน/อนาคต ($\bar{x} = 4.62$, S.D. = 0.49)

การอภิปรายผล

สมรรถนะของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ตามความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

สมรรถนะของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ตามความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า ทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมาย 2) ด้านความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาล 3) ด้านคุณลักษณะวิชาชีพ 4) ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ 5) ด้านวิชาการ วิจัย และนวัตกรรม 6) ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 7) ด้านเทคโนโลยี และสารสนเทศ และ 8) ด้านสังคม มีความจำเป็นมากที่สุด ทั้งนี้ เนื่องจากสมรรถนะของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุตามความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการวิจัยครั้งนี้ มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดต่างๆ ที่หลากหลาย ได้แก่ 1) มาตรฐานคุณวุฒิระดับบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ² 2) กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา แห่งชาติ พ.ศ. 2552 (TQF : HEd) ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา³ 3) สมรรถนะหลักของผู้มีส่วนของพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลศาสตร์ ของสภาการพยาบาล⁵ 4) คุณลักษณะของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ ของสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล ประเทศสหรัฐอเมริกา (American Association of Colleges of Nursing)⁷ 5) การเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ในทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ในมุมมองของนักวิชาการไทย⁶ และ 6) เกณฑ์การประกันคุณภาพการศึกษาภายใน ระดับหลักสูตร ตามเกณฑ์ AUN-QA ปีการศึกษา 2563-2566 ของมหาวิทยาลัยนเรศวร⁴ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของจิรเนาว์ ทัดศรี⁸ ที่ศึกษาความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการปรับหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งมีบริบทที่คล้ายคลึงกัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อสมรรถนะทุกด้านอยู่ในระดับมาก



สมรรถนะที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคาดหวังมากที่สุด คือด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมาย ($\bar{x} = 4.80$, S.D. = 0.39) เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุอยู่บนพื้นฐานของเหตุผล และมีการตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลภายใต้กรอบคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมาย เมื่อพิจารณา รายข้อพบว่าสูงสุด 3 อันดับแรกอยู่ในด้านที่ 1 คือด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมาย ได้แก่ มีคุณธรรม จริยธรรมเชิงวิชาการ และการวิจัย ($\bar{x} = 4.88$, S.D. = 0.32) ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการโดยยึดหลักการมีเหตุผล และการเตรียมตัวให้พร้อมกับการเปลี่ยนแปลง ($\bar{x} = 4.86$, S.D. = 0.35) และสามารถให้เหตุผลและตัดสินใจบนพื้นฐานของคุณธรรม จริยธรรม และมาตรฐานวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ($\bar{x} = 4.83$, S.D. = 0.37) ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับกรอบนโยบายและยุทธศาสตร์การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2566-2570 (กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ อววน.) ที่ระบุว่า “ข้อ 13 พัฒนากำลังคนที่ผลิตโดยระบบอุดมศึกษา ให้มีคุณธรรม จริยธรรม เป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์ที่จำเป็น ควบคู่กับการมีสมรรถนะสูงด้านวิชาชีพและวิชาการ”¹²

ลักษณะของหลักสูตรที่คาดหวัง และความต้องการศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

1. ด้านลักษณะของหลักสูตรที่คาดหวัง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นด้วยมากกว่า ควรมีหลักสูตรมหาบัณฑิตเพื่อผลิตผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ทั้งนี้ เนื่องมาจากประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ซึ่งน่าจะตามมาด้วยปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรังต่างๆ¹³ จำเป็นต้องมีการสร้างสิ่งประดิษฐ์และนวัตกรรมรองรับสังคมสูงวัย ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีมุมมองว่าการจบหลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุ จะสามารถนำความรู้ที่ได้ ไปใช้ประโยชน์ได้สอดคล้องกับสังคมผู้สูงอายุ

2. ด้านหลักสูตรและสาขาที่ต้องการศึกษาต่อ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นด้วยมากกว่า มีความสนใจหรือส่งบุคลากรเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เนื่องจากในสถานการณ์จริง การดูแลผู้ป่วยมีความหลากหลายทั้งผู้ป่วยวิกฤตและเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทั้งในแผนกศัลยกรรมและอายุรกรรม และมีผู้รับบริการช่วงอายุตั้งแต่ผู้ใหญ่ถึงผู้สูงอายุ ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีมุมมองว่า การจบหลักสูตรเฉพาะการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จะเป็นประโยชน์ได้ครอบคลุมและสอดคล้องกับการแบ่งผู้รับบริการในสถานการณ์จริง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของรัตน จารุวรรณ และคณะ (2561)¹⁴ ที่ศึกษาเรื่องความต้องการการศึกษาต่อทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า พยาบาลวิชาชีพต้องการศึกษาต่อหลักสูตรปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 25)

3. ด้านเวลาที่จัดการเรียนการสอน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นด้วยมากกว่า มีความต้องการให้จัดการเรียนการสอนในวันเสาร์และอาทิตย์ (เวลา 08.30-16.30 น.) เนื่องจากผู้ที่เข้ารับการศึกษามี



หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ส่วนใหญ่ทำงานประจำในหน่วยงานต้นสังกัด การจัดการเรียนการสอนในวันเสาร์และอาทิตย์ จึงเอื้อให้ผู้เรียนสะดวกในการบริหารจัดการเวลา สามารถการเข้ารับการศึกษในวันเสาร์อาทิตย์ และทำงานในวันเวลาราชการได้ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนา จารุวรรณ และคณะ¹⁴ ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความต้องการศึกษาต่อระดับปริญญาโทในวันเสาร์และอาทิตย์ในเวลาปกติ (ร้อยละ 52.60)

4. ด้านลักษณะการเรียนรู้และวิธีการจัดการเรียนการสอน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่เห็นด้วยมาก โดยมีความต้องการวิธีการเรียนการสอนแบบผสมผสานทั้งแบบเรียนออนไลน์และเข้าเรียนในชั้นเรียน เนื่องจากการเรียนการสอนแบบผสมผสานดังกล่าว มีความยืดหยุ่น (Flexibility) สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ และการเรียนแบบออนไลน์เพิ่มความสะดวก ปลอดภัยจากสถานการณ์โรคระบาด ในขณะที่การเข้าเรียนในชั้นเรียน จะทำให้เกิดกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน และผู้สอนสามารถประเมินผลการเรียนรู้ และให้การช่วยเหลือผู้เรียนได้รวดเร็ว ดังนั้น การเรียนแบบผสมผสาน จึงเหมาะกับรูปแบบการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง และทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 และสถานการณ์โรคระบาดในปัจจุบัน¹²

5. ด้านแรงจูงใจต่อสถาบันที่เลือกศึกษาต่อ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่เห็นด้วยมากที่สุด ในประเด็นสถาบันมีหลักสูตรที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อตนเอง หรือต่องานปัจจุบัน/อนาคต เนื่องจากสังคมมีความคาดหวังกับวิชาชีพพยาบาล พยาบาลจึงต้องพัฒนาตนเองให้มีความเชี่ยวชาญในงาน โดยการศึกษาต่อในหลักสูตรที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง หรือต่องานปัจจุบัน/อนาคต ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนา จารุวรรณ และคณะ¹⁴ ที่พบว่า แรงจูงใจต่อสถาบันที่เลือกศึกษา คือ หลักสูตรเป็นที่นิยมและเป็นประโยชน์ต่องานปัจจุบัน/อนาคต (ร้อยละ 92.90)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่า สมรรถนะที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคาดหวังมากที่สุด 3 อันดับแรก อยู่ในด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมาย ดังนั้น สถาบันการศึกษาจึงควรพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยออกแบบผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร (Program Learning Outcomes : PLOs) ตลอดจนพัฒนารายวิชาที่มุ่งเน้นด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมาย

2. แรงจูงใจต่อสถาบันที่เลือกศึกษา คือ สถาบันมีหลักสูตรที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อตนเอง หรือต่องานปัจจุบัน/อนาคต ดังนั้น ควรพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตรมหาบัณฑิตที่เป็นที่ต้องการของสังคมในอนาคต คือสังคมผู้สูงอายุ ได้แก่หลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุ หรือหลักสูตรการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เพื่อให้บัณฑิตสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ได้ครอบคลุม และ



สอดคล้องกับการแบ่งผู้รับบริการในสถานการณ์จริงของหน่วยงาน และจัดการเรียนการสอนในวัน
เสาร์และอาทิตย์ ผสมผสานทั้งแบบเรียนออนไลน์และเข้าเรียนในชั้นเรียน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาซ้ำ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับ
สมรรถนะของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ใน
บริบทที่เปลี่ยนไปตามกระแสสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสังคมทางด้านเทคโนโลยี AI & Robot
เป็นต้น ตลอดจนทำการวิจัยในอนาคต (Future Research) เพื่อปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ให้มีความทันสมัยมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ทำงานสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Office of the Higher Education Commission. The National Qualifications Framework
for Higher Education B.E. 2552 (Year 2009) [Internet]. [cited 2025 December
21]. Available from:
<https://bba.rmuts.ac.th/fba2013/sites/default/files/News/2562/cddm002.pdf>
(In Thai)
2. Ministry of Education. Announcement of the Ministry of Education on Standards for
Higher Education Qualifications in Nursing Science Year 2017 [Internet]. [cited
2025 December 21]. Available from:
[https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/4_Standard%202560\(2\).pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/4_Standard%202560(2).pdf) (In Thai)
3. Office of the Higher Education Commission. (Draft) Higher Education Plan for
Producing and Developing the Country's Workforce 2021 – 2027. Nonthaburi:
Phapim; 2020. (In Thai)
4. Quality Assurance Section, Office of University Audit and Governance, Naresuan
University. Manual and Guidelines for Writing Self-Assessment Report: Program
Level (AUN-QA Version 3.0), Academic Year 2020, Naresuan University.
Phitsanulok: Naresuan University Publishing House; 2020. (In Thai)



5. Nursing Council. Announcement of the Nursing Council on Core Competencies for Graduates of Bachelor's, Master's, and Doctoral Degree Programs in Nursing, including Training Programs for Advanced Nursing Diplomas and Certified Specialized Nursing Areas (Announcement date: February 23, 2018) [Internet]. [cited 2025 December 21]. Available from: <file:///D:/วิจัย%20สมรรถนะ%20ป.โท%2017%20ธค%2068/ประกาศสภาการพยาบาล%20561.pdf> (In Thai)
6. Sarakettrin A, Rongmuang D, Chantira R. Nursing Education in the 21st Century: Competencies and Roles of Nursing Instructors. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(1): 12-20. (In Thai)
7. American Association of Colleges of Nursing. The Essentials of Master's Education in Nursing (Article date: March 21, 2011) [Internet]. [cited 2025 December 21]. Available from: <https://www.bc.edu/content/dam/files/schools/son/pdf2/MastersEssentials11.pdf>
8. Thassri J. Opinions of Stakeholders on the Revised Curriculum in Master of Nursing Program, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University. Prince of Naradhiwas University Journal. 2015; 7(3): 74-84. (In Thai)
9. Harnyoot O, Phaktoop M. Satisfaction of Graduate Users towards the Competencies of Master Degree Graduate of Nursing Science Program in Nursing Administration, School of Nursing, Eastern Asia University. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(3): 227-36. (In Thai)
10. Working Group for National Reform, National Strategy, and Reconciliation Promotion of the Ministry of Education. Manual for Driving the National Strategy (B.E. 2561–2580) of the Ministry of Education [Internet]. [cited 2025 December 28]. Available from: https://reo1.moe.go.th/wp-content/uploads/2023/06/manual_moe2561-2580.pdf (In Thai)
11. Silanoi L, Chindaprasert K. The Use of Rating Scale in Quantitative Research on Social Sciences, Humanities, Hotel and Tourism Study. Journal of Management Science, Ubon Ratchathani University. 2019; 8(15): 112-126. (In Thai)



12. Office of the Permanent Secretary Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation, Higher Education Policy and Plan Group, Strategy and Planning Division. Higher Education Plan for Thailand's Manpower Production and Development (2021-2027) Revised Version for 2023-2027. Nonthaburi: Phapim; 2022. (In Thai)
13. Department of Older Persons. The Current Aging Society and Economy in Thailand (Year 2021) [Internet]. [cited 2025 December 28]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/15/926> (In Thai)
14. Charuwanno R, Wisanskoonwong P, Wongchanglor J, Wongareesawat C, Tipsancam N, Wongrostrai Y, et al. The Need for Further Education in Nursing among Registered Nurses in Bangkok Metropolitan. Kuakarun Journal of Nursing. 2018; 25(1): 7-24. (In Thai)



ผลของนวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่เพื่อเสริมสร้างความรู้โทษพิษภัยของบุหรี่และ บุหรี่ไฟฟ้า ในนักเรียนมัธยมต้น อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

วิมล สมควร*, เกศรา ชัยแดง**

บทคัดย่อ

การศึกษาผลของนวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่ ต่อความรู้โทษของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ในกลุ่มนักเรียนมัธยมต้น อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนความรู้โทษของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และ นักเรียนมีความพึงพอใจต่อชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่

เก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงเรียนปอวิทยา อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือน เมษายน - มิถุนายน 2568 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยการสุ่มแบบกลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการสอนโดยใช้ โปรแกรมการสอนแบบปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการสอนโดยใช้โปรแกรมการสอนแบบปกติและ เพิ่มการทดลองด้วยชุดนวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่ ทั้ง 2 กลุ่มเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามวัดความรู้ก่อน - หลัง การสอนเกี่ยวกับโทษของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าจำนวน 20 ข้อ (ค่า ความเชื่อมั่น 0.71) แบบสอบถามความพึงพอใจเกี่ยวกับนวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่ จำนวน ข้อ 8 คำถาม สำหรับกลุ่มทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.010$) ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น 3.6 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ± 2.58 ส่วนกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น 1.53 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ± 2.28 กลุ่ม ทดลองมีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่เท่ากับร้อยละ 90.13 โดยมีความพึง พพอใจต่อชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่ที่ทำให้มองเห็นภาพชัดเจน ทั้งกลิ่น สี ที่เปลี่ยนแปลง ผลการศึกษา ครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการสอนโดยใช้โปรแกรมการสอนแบบปกติ และเพิ่มการทดลองด้วยชุดนวัตกรรม ชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่ ส่งผลให้นักเรียนมีความรู้เพิ่มมากขึ้นและมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม โดยรวมมีพึงพอใจมาก ควรนำนวัตกรรมไปใช้เป็นการสอนอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: นวัตกรรม ชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่ ความรู้ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลเวียงแก่น

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลเวียงแก่น

* Corresponding author; email: wimon00wkh@gmail.com

วันที่รับบทความ 22 มกราคม 2569 วันที่แก้ไขบทความ 11 กุมภาพันธ์ 2569 วันที่ตอบรับบทความ 24 เมษายน 2569



The Effect of a Smoking Simulation Kit Innovation on Knowledge Regarding the Dangers of Cigarettes and Electronic Cigarettes Among Middle School Students in Wiang Kaen District, Chiang Rai Province

Wimon Somkuan*, Ketsara Chaidang**

Abstract

This study investigated the effects of a Smoking Simulation Kit Innovation on knowledge regarding the dangers of cigarettes and electronic cigarettes among middle school students in Wiang Kaen District, Chiang Rai Province. The research design was quasi-experimental, consisting of a control group and an experimental group. The objectives were to compare knowledge scores between students in the control and experimental groups, and to assess student satisfaction with a Smoking Simulation Kit.

Data were collected at Por Wittaya School, Wiang Kaen District, Chiang Rai Province, between April and June 2025. The sample consisted of 40 Matthayom 2, divided into an experimental group ($n=20$) and a control group ($n=20$) through cluster sampling. The control group received a standard instructional program, while the experimental group received the standard program supplemented by the smoking simulation innovation. Data collection instruments included a 20 item pre- and post-test questionnaire on the dangers of smoking (reliability = 0.71) and an 8-item satisfaction questionnaire for the experimental group.

The results revealed that the experimental group demonstrated a significantly higher increase in mean knowledge scores compared to the control group ($p = 0.010$). Specifically, the mean knowledge score in the experimental group increased by 3.6 points $SD \pm 2.58$, whereas the control group increased by 1.53 points. $SD \pm 2.28$ Furthermore, the experimental group reported a satisfaction rate of 90.13% regarding the innovation. Participants noted that the simulation provided clear visualization of changes in odor and color. These findings suggest that integrating the smoking simulation innovation into standard instruction effectively increases student knowledge and yields high user satisfaction. Therefore, this innovation should be continuously utilized as an instructional medium.

Keywords: Innovation, Smoking Simulation Kit, Knowledge, Middle School Students

* Registered nurse, professional level, Nursing Department, Wiang Kaen Hospital

** Registered nurse, professional level, Nursing Department, Wiang Kaen Hospital

* Corresponding author; email: wimon00wkh@gmail.com

Received 22 January 2026; Revised 11 February 2026; Accepted 24 April 2026



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า สามารถสร้างผลกระทบต่อระบบต่างๆ ในร่างกาย และเป็นสาเหตุหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากรายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2562 โดยสำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศเมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Attributable DALY) ของประชากรไทย¹ พบว่า การสูบบุหรี่/ยาสูบ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้อง เพิ่มขึ้นจากปี 2557 ร้อยละ 11.2 เป็นร้อยละ 15.6 ในปี 2562 โดยส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตด้วย โรคมะเร็งสูงสุด คือ 22,561 คน (ร้อยละ 26.1 ของการเสียชีวิตจากบุหรี่/ยาสูบทั้งหมด) รองลงมาได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง² ทั้งนี้เมื่อจำแนกตามเพศแล้วพบว่าบุหรี่/ยาสูบ เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่ง ที่ก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ คิดเป็นร้อยละ 16.4 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดของเพศชาย และพบในเพศหญิงร้อยละ 5.54 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดของเพศหญิงสถานการณ์การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของ ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป สถานการณ์การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของ ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 32 (12.2 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2534 เหลือร้อยละ 17.4 (9.9 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2564 แต่พบว่ามีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่คือ กลุ่มอายุ 15 - 19 ปี จำนวน 94,723 คน จากนักสูบหน้าใหม่ทุกกลุ่มอายุ จำนวน 155,813 คน อีกประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน โดยจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า ประชากรไทยในกลุ่ม อายุ 15 - 24 ปี สูบบุหรี่ไฟฟ้า 24,050 คน จากคนไทย ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าทั้งหมด 78,742 คน

จากรายงานสถานการณ์พฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าประเทศไทย ปี 2566 ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ³ ระหว่าง 25 เมษายน - 6 มิถุนายน 2566 จำนวนผู้ตอบทั้งหมด 61,688 คน พบว่า ภาพรวมพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเด็กและเยาวชนภาพรวมทั้งประเทศใช้บุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 9.1 หากเจาะลึกในรายละเอียดสุขภาพ พบ 6 เขตที่เยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงกว่าในระดับประเทศ ได้แก่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร, เขต 3, เขต 9, เขต 4, เขต 8 และเขต 5 โดยสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 14.6, 13.6, 13.6, 13.2, 12 และ 11.2 ตามลำดับ สาเหตุของพฤติกรรมดังกล่าวส่วนหนึ่งมาจากการถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้าจากคนรอบข้าง โดยส่วนใหญ่ถูกชักชวนจากเพื่อนร้อยละ 92.2 รองลงมาถูกชักชวนจากญาติร้อยละ 3.2 และจากคนในครอบครัวร้อยละ 1.6 ใน เขต 1 (เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน เชียงราย น่าน พะเยาแพร่) พบว่าพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเด็กและเยาวชนใช้บุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 7.3 ถึงแม้เขต 1 จะมีนักสูบน้อยกว่าในภาพรวมของประเทศ แต่ก็ยังต้องเฝ้าระวังเพื่อไม่ก่อให้เกิดนักสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น และในปัจจุบัน การซื้อขายออนไลน์เติบโตอย่างมากในประเทศไทย ทำให้การขายหรือการส่งเสริมการขายบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่ผ่านทางช่องทางสื่อสารทางอินเทอร์เน็ต ไม่ว่าจะเป็นเว็บไซต์หรือแอปพลิเคชันต่างๆ อาทิ Facebook, Line และ Instagram เพราะสามารถสื่อสารข้อ



ขายอย่างสะดวก ผ่านการส่งข้อความ การโทร หรือการโอนเงินด้วยระบบ E-money รวมทั้งยังเป็นช่องทางที่สื่อสารข้อมูลที่ผิดๆ ออกไปโดยควบคุมไม่ได้ เช่น บุหรี่ไม่เผาไหม้ Heat-not-burn (HNB) มีความปลอดภัยกว่าบุหรี่/ยาสูบ เป็นต้น ซึ่งในความเป็นจริงไอละอองจากบุหรี่ไฟฟ้าที่เห็นมีฝุ่นขนาดเล็กกว่า PM 2.5 และมีสารเคมีที่เป็นอันตราย² เช่น ฟอรั่มาร์ลดีไฮด์ ไดอะซีทิลอโครลิน โลหะหนักที่เป็นพิษ อาทิ นิกเกิล ดีบุก ตะกั่ว ที่ทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อปอด และระบบไหลเวียนโลหิตได้ นอกจากนี้ยังพบว่าเยาวชนที่สูบบุหรี่มวนจะสูบบุหรี่ไฟฟ้าร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 43.9 ซึ่งจะทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

จากข้อมูลของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเวียงแก่น⁴ พบว่า นักเรียนที่ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 217 คน เคยลองสูบบุหรี่ จำนวน 60 คน เพศชายจำนวน 26 คน เพศหญิงจำนวน 34 คน แยกเป็นบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 45 คน บุหรี่ก้นกรองจำนวน 10 คน บุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) 3 คน และเคยลองทุกอย่างจำนวน 2 คน อายุน้อยสุดที่เคยลองสูบบุหรี่ คือ 8 ปี และสาเหตุที่นักเรียนสูบ คือ อยากรู้ อยากลอง จากข้อมูลที่สำรวจพบ เป็นที่น่าสังเกตได้ว่าในพื้นที่พบเพศหญิงมีแนวโน้มทดลองสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงกว่าเพศชาย ซึ่งต่างจากแนวโน้มทั่วไปการสูบบุหรี่ในเยาวชน ปัญหาที่พบยังคงเป็นวิกฤตที่ต้องเร่งแก้ไขด้วยสื่อการสอนที่มีประสิทธิภาพ จากเดิมการรณรงค์ป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ใช้วิธีการบรรยายด้วยคำพูด แจกเอกสารแผ่นพับ และสื่อโฆษณา ซึ่งพบว่าไม่ดึงดูดความสนใจและไม่ส่งเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของนักเรียน ดังนั้นการเรียนรู้โดยการนำชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่เข้ามาให้นักเรียนได้ทดลอง จากอยากรู้ อยากลองสูบบุหรี่เปลี่ยนมาเป็นอยากทดลองเสมือนสูบบุหรี่แทน เพื่อให้นักเรียนได้เรียนรู้และเห็นโทษของบุหรี่ด้วยตัวเอง เป็นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential Learning) หรือ Active Learning⁵

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลัง ให้ความรู้โทษของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีต่อนวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่

สมมติฐานการวิจัย

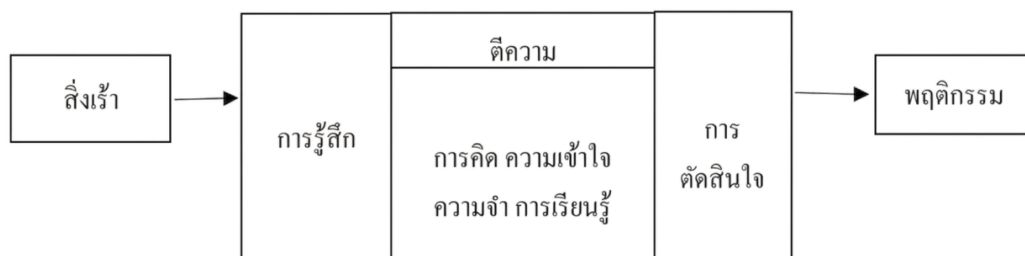
1. ภายหลังได้ใช้นวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มมากขึ้นกว่านักเรียนกลุ่มควบคุม

2. ภายหลังใช้นวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองมีความ
พึงพอใจต่อชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ 80

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ทฤษฎีการรับรู้

การรับรู้ (Perception) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลได้รับความรู้สึกและแปลความหมาย
หรือตีความจากสิ่งเร้าที่รับเข้ามา ผ่านการวิเคราะห์โดยอาศัยความจำ ความรู้ผสมผสานกับ
ประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ ออกมาเป็นความรู้ความเข้าใจส่งผลต่อการตัดสินใจและเกิดพฤติกรรม⁷

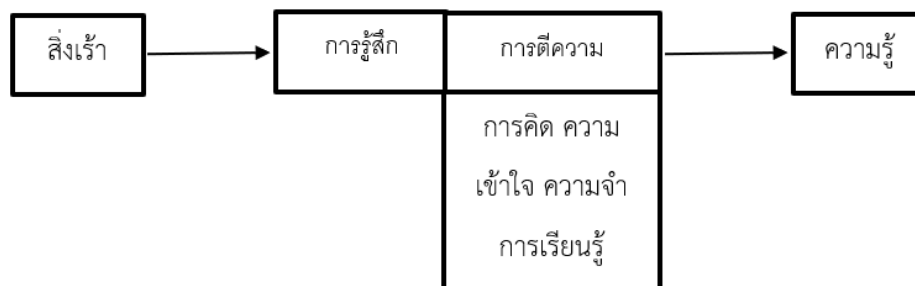


ภาพที่ 1 กระบวนการรับรู้

ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) การจัดการเรียนรู้ แบบสร้างองค์ความรู้
(Constructivism)⁸ จัดเป็นทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มปัญญานิยม (Cognitive Psychology) มีรากฐาน
มาจากแนวคิดของ Ausubel และ Piaget แนวคิดที่สำคัญ คือ

- ผลการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมของการเรียนรู้ ความรู้ และประสบการณ์เดิม
ของผู้เรียนด้วย
- การเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างมโนทัศน์ เช่น สร้างความคิด คำจำกัดความ และข้อสรุป
ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วย ตนเองมากกว่าการรับฟัง
- มโนทัศน์ที่สร้างขึ้น อาจเป็นที่ยอมรับ หรือไม่ยอมรับก็ได้ ผู้เรียนเป็นผู้รับผิดชอบการ
เรียนรู้ และเป็นผู้สร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการรับรู้และทฤษฎีการเรียนรู้มาเป็นแนวทางในการผลิตสื่อการสอน
นวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่ เพื่อช่วยให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นได้เรียนรู้ผลของการสูบ
บุหรี่ ผ่านประสบการณ์เสมือนจริง ได้ลงมือทดลอง และสัมผัสสารและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเอง
เพื่อสร้างความรู้ต่อโทษของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า เมื่อนักเรียนมีความรู้จะช่วยลดนักสูบหน้าใหม่ในกลุ่ม
เด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดวิจัย

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรม

นวัตกรรมสื่อการสอนเรื่องพิษภัยบุหรี่ด้วย “ขวดดักควัน”⁹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุ่งคำ อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานีได้ใช้นวัตกรรมสื่อการสอนเรื่องพิษภัยบุหรี่ด้วย “ขวดดักควัน” ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติจริง ประกอบด้วยการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม เกม การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ รวมระยะเวลา 1 วัน พร้อมเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง และหลังทดลอง 1 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง (paired t-test) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ใช้นวัตกรรมสื่อการสอนเรื่องพิษภัยบุหรี่ด้วย “ขวดดักควัน” และภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้นวัตกรรมสื่อการสอนเรื่องพิษภัยบุหรี่ด้วย “ขวดดักควัน” สามารถเพิ่มความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับภัยจากบุหรี่ได้

บุหรี่ศึกษา “การทดลองทางวิทยาศาสตร์เรื่องพิษภัยของการสูบบุหรี่”¹⁰ มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้จัดทำขึ้น เพื่อให้นำไปใช้ประโยชน์ในการจัดการเรียนรู้ เพื่อให้นักเรียนได้ตระหนักถึงอันตรายของการสูบบุหรี่ ทั้งนี้เพราะนักเรียนอยู่ในวัยที่ยากรู้ ยากลอง ชอบค้นหาสิ่งแปลกใหม่ การสาธิตทางวิทยาศาสตร์จะช่วยให้นักเรียนเข้าใจและมองเห็น โทษของการสูบบุหรี่ได้ง่ายและชัดเจนยิ่งขึ้น เมื่อนักเรียนได้ใช้ทักษะควบคู่กับการปฏิบัติ ได้รับรู้โดยตรง จะส่งผลต่อการจดจำและรับรู้เพื่อป้องกันนักเรียนให้ห่างไกลจากบุหรี่ และสิ่งเสพติดชนิดอื่นๆ ที่มีความรุนแรงยิ่งกว่า

จากการนำนวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่ (Smoking Simulation Kit Innovation) ไปใช้เป็นสื่อในการช่วยสอนโรงเรียนอนุบาลเวียงแก่นและโรงเรียนปางหัดสหศาสตร์ ปี 2567 จำนวน 506 คน พบว่า นักเรียนให้ความสนใจและมีความพึงพอใจต่อสื่อการเรียนการสอนโดยสื่อการสอนทำให้มองเห็นภาพชัดเจน ทั้งกลิ่น สี ที่เปลี่ยนแปลงสื่อการสอนทำให้เข้าใจง่ายมีความคิดสร้างสรรค์ ทำให้ตระหนักถึงโทษของบุหรี่ เหมาะกับการนำไปใช้เป็นสื่อสอนนักเรียนต่อไป



ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) แบบ
มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง ระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน
2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่จะศึกษา ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประกอบด้วย นักเรียนมัธยมต้น อำเภอ
เวียงแก่น จังหวัดเชียงราย อายุ 13-15 ปี โดยเลือกจากโรงเรียนที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด
โรงพยาบาลเวียงแก่นยังไม่เคยเข้าไปให้ความรู้เรื่องโทษของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า โดยกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุมเป็นนักเรียนโรงเรียนเดียวกัน ระดับชั้นเดียวกันแต่เป็นคนละห้องเรียน จากการปรึกษา
กับครูอนามัยพบว่านักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 กำลังเข้ามาเรียนใหม่ยังมีความกังวลเรื่องการปรับตัว
เข้ากับสถานศึกษา มีความเกรงต่อรุ่นพี่ยังไม่พบข้อมูลการใช้บุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า นักเรียนมัธยมศึกษา
ปีที่ 2 เป็นกลุ่มที่มีการปรับตัวกับเพื่อนได้ดี ยังไม่มีความกังวลใจเรื่องการสอบเข้าเรียนต่อและมีความ
เสี่ยงเรื่องการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 นักเรียนมีความกังวลเรื่องการหาที่
เรียนต่อระดับมัธยมปลาย ดังนั้นประชากรและกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 โดยใช้
เวลาในคาบเรียนห้องละ 1 คาบเรียน (50 นาที) โดยใช้วิธี Cluster Random Assignment (การสุ่ม
แบบกลุ่ม) ครูอนามัยจึงฉลากเลือกห้องกลุ่มตัวอย่างให้ ได้เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 ห้อง 2

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากโปรแกรมผู้วิจัยใช้ข้อมูลการทำแบบ
ประเมินความรู้ก่อนและหลังให้ความรู้แบบเก่า ปี 2566 มีคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังสอน 9.2 คะแนน
เฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น $1.2 \text{ SD} \pm 1.2$ คาดว่าหลังใช้นวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่ ในการเรียนการสอน
จะทำให้ให้นักเรียนมัธยมต้น มีคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น 2.4 คะแนน กำหนดค่า $\alpha = 0.05$, power
80%, two sided , ratio 1:1 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนกลุ่มละ 16 ราย ทั้งนี้ได้เพิ่มจำนวนกลุ่ม
ตัวอย่าง อีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของแบบข้อคำถามและการสูญหายของข้อมูล
ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จึงเป็นกลุ่มละ 20 ราย รวมทั้งสิ้น 40 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า

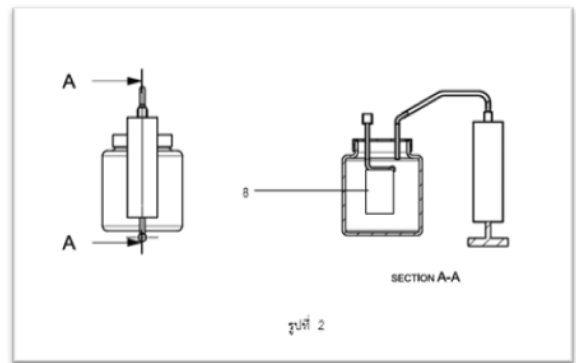
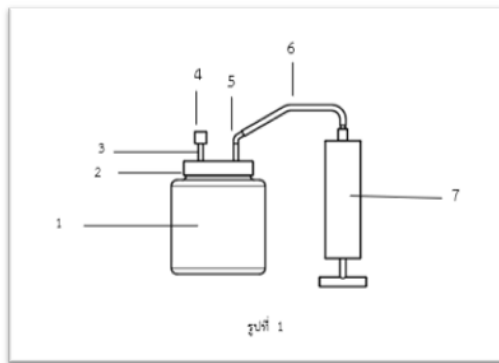
1. การวิจัยแบบสมัครใจ
2. เป็นผู้ที่มีสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
3. ไม่เป็นโรคหอบหืด/โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ

เกณฑ์การคัดออก

ผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่ยินยอมให้ข้อมูลตอบแบบสอบถาม ขณะทำการวิจัย

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. Power point ในการบรรยายเรื่องโทษพิษภัยของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า
2. ชุดนวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่ (Smoking Simulation Kit Innovation)



ตามรูปแสดงภาพลักษณะการประดิษฐ์ ชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่ ประกอบด้วย ภาชนะบรรจุหลัก (1) ทำจากแก้วโปร่งใสทรงกลมทนความร้อน ทำหน้าที่เป็นช่องว่างจำลองสภาวะปิด แทนทรงอกผู้สูบบุหรี่ เพื่อให้ผู้ทดลองสามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงภายในได้อย่างชัดเจน ฝาปิดชนิดเกลียว (2) ทำจากพลาสติกทนทานที่สามารถเจาะรูเพื่อติดตั้งท่อทางเดินอากาศและเปิด-ปิดเพื่อเข้าถึงอุปกรณ์ภายในได้ ท่อทางเดินสารชนิดปลายขยาย (3) เป็นหลอดแก้วใสหักงอ 90 องศา ส่วนปลายมีลักษณะเป็นตุ้มขยายสำหรับผูกหรือยึด ทำหน้าที่แทนหลอดลมผู้สูบบุหรี่ ชุดสะสมสาร (8) ซึ่งบรรจุสารหรือวัสดุกรองสารไว้ภายใน ทำหน้าที่แทนปอดผู้สูบบุหรี่ ท่อรับสารภายนอก (4) เป็นสายยางซิลิโคนทนความร้อน มีความยืดหยุ่นทำหน้าที่แทนปากผู้สูบบุหรี่ สำหรับใช้ติดตั้งวัสดุเผาไหม้ เช่น บุหรี่ ชุดอุปกรณ์สร้างแรงดูด (7) เป็นกระบอกสูบที่เชื่อมต่อผ่าน ท่อเชื่อมต่อระบบ (5) และสายเชื่อมต่อยืดหยุ่น (6) เพื่อทำหน้าที่สร้างแรงดูดอากาศ เปรียบเสมือนผู้สูบบุหรี่ดูดควันเข้าไปในปอด เมื่อผู้ใช้ทำการดังก้านสูบของ ชุดอุปกรณ์สร้างแรงดูด (7) จะเกิดแรงดันต่ำภายในภาชนะบรรจุหลัก (1) ส่งผลให้ควันจากการเผาไหม้ถูกดึงผ่านท่อรับสาร (4) เข้าสู่ท่อทางเดินสารภายใน (3) และผ่านเข้าสู่ชุดสะสมสาร (8) ทำให้สารจากการเผาไหม้ตกค้างอยู่บนวัสดุกรองภายในชุดสะสมสารนั้น ตามลักษณะการไหลที่แสดงในภาพตัดตามแนว A-A ในรูปที่ 2

กระบวนการทำงานของการประดิษฐ์มีขั้นตอนดังนี้ เมื่อผู้ทดลองดังก้านสูบของ ชุดอุปกรณ์สร้างแรงดูด (7) ซึ่งเชื่อมต่อผ่าน ท่อเชื่อมต่อระบบ (5) และ สายเชื่อมต่อยืดหยุ่น (6) จะทำให้เกิดความดันต่ำหรือแรงดันลบภายในภาชนะบรรจุหลัก (1) แรงดันลบดังกล่าวจะดึงควันที่เกิดจากการเผาไหม้จากส่วนต้นทางผ่าน ท่อรับสารภายนอก (4) เข้าสู่ ท่อทางเดินสารภายใน (3) ควันจะไหลเข้าสู่ชุดสะสมสาร (8) ซึ่งเป็นถุงบรรจุวัสดุกรอง (เช่น สำลี) ที่ผูกติดไว้กับส่วนปลายที่เป็นตุ้มของท่อทางเดินสารภายใน (3) สารจากการเผาไหม้จะถูกกรองและสะสมอยู่ในวัสดุกรองนี้ก่อนที่อากาศ



ส่วนเกินจะถูกดูดออกไปยังชุดอุปกรณ์สร้างแรงดูด (7) ผู้ทดลองสามารถเปิด ฝาปิดชนิดเกลียว (2) เพื่อถอดเปลี่ยน ชุดสะสมสาร (8) ออกมาตรวจสอบสีหรือปริมาณสารที่ตกค้างจากการทดลองในแต่ละครั้งได้ นวัตกรรมพัฒนาขึ้นจากทดลองสารพิษในควันบุหรี่ด้วยวิธีการป้อนน้ำ¹³

3. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ

4. แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า 20 ข้อคำถามลักษณะคำถามมีตัวเลือกให้ตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ความเชื่อมั่น Reliability Cronbach Alpha ได้ = 0.71¹¹

5. แบบสอบถามวัดความพึงพอใจเกี่ยวกับนวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่ ข้อ 8 คำถามลักษณะคำถามมีตัวเลือกให้ตอบ 5 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนน พึงพอใจน้อยสุด (1.00-1.5) ให้ 1 คะแนน, พึงพอใจน้อย (1.5-2.50) ให้ 2 คะแนน, พึงพอใจปานกลาง (2.51-3.50) ให้ 3 คะแนน, พึงพอใจมาก (3.51-4.50) ให้ 4 คะแนน, พึงพอใจมากที่สุด (4.51-5.00) ให้ 5 คะแนน คำนวณคะแนนโดยนำคะแนนทั้งหมดมาหารร้อยละของความพึงพอใจ และค่าเฉลี่ย โดยค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง พึงพอใจน้อยสุด ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง พึงพอใจน้อย ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง พึงพอใจมาก และ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

ผู้วิจัยได้นำชุดนวัตกรรมทดลองเสมือนสูบบุหรี่ (Smoking Simulation Kit Innovation) Power point ในการบรรยาย เรื่องโทษพิษภัยของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า และแบบสอบถามวัดความพึงพอใจเกี่ยวกับนวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่ เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญประจำคลินิกจิตเวชและยาเสพติด 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคถุงลมโป่งพอง หอบหืด ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน) 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา และได้ดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

แบบทดสอบเรื่องความรู้เรื่องสารพิษในบุหรี่ คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 1.0 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้¹²

แบบประเมินความพึงพอใจนวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่ คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 1.0¹

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability testing) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ไปใช้กับนักเรียนมัธยมต้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่โรงเรียนปอวิทยา อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จากนั้นนำมาตรวจสอบวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยการคำนวณหาค่า



สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์ค่าความ
เที่ยงเท่ากับ 0.71

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO 007/4 เมษายน 2568 ยึดหลัก
ความเคารพในบุคคล (Respect for person) โดยการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนจนอาสาสมัครเข้าใจ
เป็นอย่างดีและตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย รวมทั้งรักษาความลับ
ของอาสาสมัคร (Privacy and Confidentiality) โดยในแบบบันทึกข้อมูลจะไม่มี identifier ที่จะระบุ
ถึงตัวอาสาสมัคร จะมีการทำลายข้อมูลแบบใดและหลังการวิจัยเสร็จสิ้นจำนวน 1 ปี

การรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำร่างแนวทางโปรแกรมในการดำเนินงานวิจัยและร่างโครงร่างวิจัยพร้อมทั้งทบทวน
วรรณกรรม ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยจัดทำสื่อ เอกสารประกอบการใช้โปรแกรม
2. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยพร้อมเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัย
ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
3. ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อโรงเรียนกลุ่มเป้าหมาย ในอำเภอเวียงแก่น
4. ผู้วิจัยขอหนังสือรับรองจากผู้บริหาร โรงพยาบาลเวียงแก่น ทำหนังสือขอความร่วมมือไป
ยังสถานศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จากนั้นดำเนิน
คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด
5. ผู้วิจัยได้เข้าไปแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยประโยชน์ของ
การวิจัยวิธีการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งทำการพิทักษ์
สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยถ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบ
ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
6. ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุมด้วยวิธีการเขียนห้องเรียนใส่ในซองปิดผนึก ให้คุณครูเป็นตัวแทนจับฉลาก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง
มีโอกาสที่จะเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากันตามหลักการของความน่าจะเป็น
7. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังนี้
 - 7.1 กลุ่มทดลอง จะได้รับการสอน 1 ครั้ง โดยใช้โปรแกรมการสอนแบบปกติ คือ
การบรรยายโดยใช้ Power point^{2,14} ใช้เวลาประมาณ 20 นาที และใช้นวัตกรรมทำการทดลอง 1
ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที รวมเวลาสอนทั้งหมด 50 นาที โดยให้ทำการทดสอบความรู้เกี่ยวกับ



โทษของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าก่อนเรียนด้วยแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า 20 ข้อคำถาม และทำแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าหลังสอนเสร็จทันที ด้วย 20 ข้อคำถามเดิม มีการสลับตัวเลือกในแบบทดสอบความรู้หลังเรียน

7.2 กลุ่มควบคุม จะได้รับการสอน 1 ครั้ง โดยใช้โปรแกรมการสอนโปรแกรมการสอนแบบปกติคือการบรรยายโดยใช้ Power point ใช้เวลาประมาณ 50 นาที โดยให้ทำการทดสอบความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าก่อนเรียนด้วยแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า 20 ข้อคำถาม และทำแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าหลังสอนเสร็จทันทีด้วย 20 ข้อคำถามเดิม มีการสลับตัวเลือกในแบบทดสอบความรู้หลังเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยข้อมูลแจกแจงใช้ความถี่ ร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องแบบแจกแจงปกติ (Normal distribution) ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean $\pm$ SD) ข้อมูลต่อเนื่องแจกแจงไม่ปกติใช้ ค่ามัธยฐานและเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75 (Median & Interquartile)
2. สถิติเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลต่อเนื่องที่แจกแจงปกติใช้ Independent t-test ข้อมูลต่อเนื่องที่แจกแจงไม่ปกติใช้ Mann-Whitney U test ส่วนข้อมูลตัวแปรระดับใช้ Fisher's Exact Test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$
3. สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังให้ความรู้ 2 กลุ่มโดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน Paired Sample t-test และ Wilcoxon Signed Rank Test
4. คะแนนความพึงพอใจโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean $\pm$ SD)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองเป็นเพศชายจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45 และ เพศหญิงจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55 กลุ่มควบคุมเป็นเพศชายจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 และเพศหญิงจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60 กลุ่มทดลองมีอายุ 13 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45 และอายุ 14 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55 กลุ่มควบคุมมีอายุ 13 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5 และอายุ 14 ปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95
2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลัง ให้ความรู้โทษของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง



ตารางที่ 1 คะแนนความรู้โทษของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมต้นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนน	ค่าเฉลี่ย	SD	ต่ำสุด	สูงสุด	t	p-value
Pretest กลุ่มควบคุม	8.92	± 2.56	6	12	-2.94	0.008
Post test กลุ่มควบคุม	10.45	± 3.72	5	14		
Pretest กลุ่มทดลอง	6.95	± 3.14	2	14	-6.23	0.001
Post test กลุ่มทดลอง	10.55	± 3.63	5	16		

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้โทษของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมต้นกลุ่มควบคุม ได้รับการสอนโดยใช้โปรแกรมการสอนโปรแกรมการสอนแบบปกติ จากการทำแบบทดสอบจำนวน 20 ข้อ 20 คะแนน ก่อนการได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 8.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ± 2.56 คะแนนต่ำสุด 6 และสูงสุด 12 คะแนน หลังได้รับโปรแกรมคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 10.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ± 3.72 คะแนนต่ำสุด 5 และสูงสุด 14 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.94$, $p\text{-value} = 0.008$)

เปรียบเทียบคะแนนความรู้โทษภัยของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมต้นกลุ่มทดลอง ได้รับการสอนโดยใช้โปรแกรมการสอนแบบปกติและเพิ่มการทดลองด้วยชุดนวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่ จากการทำแบบทดสอบจำนวน 20 ข้อ 20 คะแนน ก่อนการได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 6.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ± 3.14 คะแนนต่ำสุด 2 และสูงสุด 14 คะแนน หลังได้รับโปรแกรมคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 10.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ± 3.63 คะแนนต่ำสุด 5 และสูงสุด 16 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.23$, $p\text{-value} = 0.001$)

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้โทษภัยของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมต้น ที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนที่เพิ่มขึ้น	ค่าเฉลี่ย	SD	t	p-value
กลุ่มควบคุม	1.50	± 2.28	-2.72	0.010
กลุ่มทดลอง	3.60	± 2.58		

จากตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนที่เพิ่มขึ้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.5 คะแนน และมีส่วน



เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ± 2.28 กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 3.6 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ± 2.58 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนที่เพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ย แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมสอนและเพิ่มการทดลองด้วยชุดนวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่กับกลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพดีกว่าส่งผลให้ผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.72$, $p\text{-value} = 0.010$)

3. ความพึงพอใจของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีต่อนวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่
ตารางที่ 3 คะแนนความพึงพอใจต่อชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่

หัวข้อที่ประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	SD	เกณฑ์
1. โครงสร้างมีความแข็งแรง	4.50	90.00	± 0.59	มาก
2. การออกแบบมีความคิดสร้างสรรค์	4.15	83.00	± 0.57	มาก
3. องค์ประกอบแต่ละชิ้นสามารถแยกชิ้นส่วนเพื่อสะดวกต่อการเคลื่อนย้ายได้	4.40	88.00	± 0.66	มาก
4. สื่อการสอนทำให้เข้าใจง่าย	4.65	93.00	± 0.57	มากที่สุด
5. สื่อการสอนทำให้มองเห็นภาพชัดเจน ทั้งกลืน สีส ที่เปลี่ยนแปลง	4.75	95.00	± 0.54	มากที่สุด
6. สื่อการสอนทำให้ทราบถึงผลกระทบที่มีต่อร่างกายชัดเจน	4.70	94.00	± 0.56	มากที่สุด
7. สื่อการสอนทำให้ตระหนักถึงโทษ พิษภัยของ บุหรี่	4.60	92.00	± 0.73	มากที่สุด
8. โดยภาพรวมท่านมีความพึงพอใจและ ประโยชน์ที่ได้รับในระดับใด	4.30	86.00	± 0.64	มาก
รวม	4.52	90.13	± 0.60	มาก

จากตารางที่ 3 แสดงคะแนนความพึงพอใจต่อชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มทดลอง มีความพึงพอใจต่อชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่โดยรวมร้อยละ 90.13 แสดงว่านักเรียนกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อชุดทดลองนี้โดยรวมอยู่ในเกณฑ์พึงพอใจมาก โดยพึงพอใจในด้านสื่อการสอนทำให้มองเห็นภาพชัดเจน ทั้งกลืน สีส ที่เปลี่ยนแปลง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ± 0.54 และทำให้ทราบถึงผลกระทบที่มีต่อร่างกายชัดเจน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ± 0.56



การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า การให้ความรู้โทษของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.010$) ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น 3.6 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ± 2.58 ส่วนกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น 1.53 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ± 2.28 อธิบายได้ว่าโปรแกรมการสอนแบบเดิมที่ใช้เฉพาะการบรรยายปกติผู้เรียนอาจไม่เห็นภาพความเสียหายในอวัยวะภายในขณะสูบบุหรี่ โปรแกรมการสอนแบบเดิมร่วมกับใช้นวัตกรรม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ ของกันยา สุวรรณแสง และทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) การจัดการเรียนรู้แบบสร้างองค์ความรู้ (Constructivism)⁸ จากแนวคิดของ Ausubel และ Piaget ที่ว่าผลการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมของการเรียนรู้ การรู้สึก การรับรู้ ผ่านการกระบวนการคิด เป็นความรู้ เน้นการเรียนรู้และการลงมือทำ กระบวนการเรียนรู้เริ่มจากตัวกระตุ้น ซึ่งคือนวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่ ที่ทางผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น โดยจำลองชิ้นส่วนต่างๆของอุปกรณ์ เทียบเคียงกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ติดตั้งเป็นระบบปิด เมื่อเริ่มทำงานอากาศหรือควันจะไหลเข้าไปในขวดแก้ว และไหลเข้าสู่ชุดสะสมสาร ทำให้นักเรียนสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เมื่อผู้เรียนได้เห็นการทำงานของนวัตกรรมร่วมกับการได้ยินการบรรยายจากผู้สอน ทำให้นักเรียนเห็นภาพการเปลี่ยนแปลงชัดเจน เปลี่ยนสิ่งที่เป็นนามธรรมให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ส่งเสริมให้เกิดความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นวัตกรรมสื่อการสอนเรื่องพิษภัยบุหรี่ด้วยขวดดักควัน¹⁴ ได้ใช้นวัตกรรมสื่อการสอนเรื่องพิษภัยบุหรี่ด้วยขวดดักควัน ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติจริง ประกอบด้วย การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม เกม การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ใช้นวัตกรรมสื่อการสอนเรื่องพิษภัยบุหรี่ด้วยขวดดักควัน และภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.005$) ซึ่งสรุปได้ว่ากระบวนการเรียนรู้ร่วมกับการปฏิบัติจริงจะช่วยส่งเสริมความรู้ได้

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่ในภาพรวมร้อยละ 90.13 อยู่ในเกณฑ์พึงพอใจมาก โดยพึงพอใจในด้านสื่อการสอนทำให้มองเห็นภาพชัดเจน ทั้งกลิ่น สี ที่เปลี่ยนแปลง และทำให้ทราบถึงผลกระทบที่มีต่อร่างกายชัดเจน ซึ่งยืนยันว่าชุดทดลองนี้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ในการสร้างความรู้

ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitations of the Study) ระยะเวลาในการวัดความคงทนของความรู้: การวิจัยครั้งนี้ทำการวัดผลความรู้หลังการสอน "ทันที" เท่านั้น จึงยังมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถทราบถึงความคงทนของความรู้ (Retention of knowledge) ในระยะยาวได้ว่า หลังจากเวลาผ่านไป นักเรียนจะยังคงมีความรู้ในระดับเดิมหรือไม่ ขอบเขตของกลุ่มตัวอย่าง: กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำกัดอยู่เพียง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียนเดียว (โรงเรียนปอวิทยา) ในพื้นที่อำเภอ



เวียงแก่นเท่านั้น การอ้างอิงผลลัพธ์ (Generalizability): เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 40 คน และมาจากบริบทพื้นที่เฉพาะ ทำให้การนำผลการวิจัยไปปรับใช้หรือ อ้างอิงกับนักเรียนกลุ่มอื่นหรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทต่างกันอาจทำได้จำกัด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานอื่น เช่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ต้องการสร้างความรู้โทษของ บุหรี่ร่วมกับการบรรยายเพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้มีส่วนร่วมในการทดลอง การเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน สามารถมาเรียนรู้ที่ผู้วิจัย เพื่อนำนวัตกรรมชุดทดลองเสมือนสูบบุหรี่ ไปใช้ในการให้ความรู้แก่ นักเรียน และประชาชนทั่วไปได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเกี่ยวกับการติดตั้งเซนเซอร์วัดค่าฝุ่น PM 2.5 หรือก๊าซ คาร์บอนมอนอกไซด์ขณะสูดดม แล้วแสดงผลเป็นกราฟผ่านแท็บเล็ตแบบ Real-time
2. ควรพัฒนาชุดทดลอง คว้นบุหรี่มือสองและมือสาม ออกแบบตู้จำลองที่แสดงให้เห็นว่าคว้น บุหรี่เกาะติดเสื้อผ้า ตุ๊กตา หรือเฟอร์นิเจอร์ได้นานแค่ไหน เพื่อรณรงค์ในกลุ่มผู้ปกครอง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล แพทย์หญิงณัฐพร ตันเครือ แพทย์ประจำคลินิกจิตเวชและยาเสพติดและทีมพยาบาลวิชาชีพประจำ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ที่สนับสนุนในการทำวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเครื่องมือ ขอขอบคุณคลินิกวิจัยประจำปี 2568 โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ที่ให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะการใช้เครื่องมือ การ วิเคราะห์สถิติในงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการ คณะครูและนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนปอวิทยา อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ผ่องศรี ศรีมรกต เครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่ง ประเทศไทยผู้สร้างแรงบันดาลใจในการทำวิจัยครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

1. Office of Tobacco Products Control Committee, Department of Disease Control.
Annual report 2023 [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 9]. Available from:
<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1528320240129105408.pdf> (In Thai)
2. Office of Tobacco Products Control Committee, Department of Disease Control.
E-learning course on implementation of integrated smoke-free schools [Internet].
2022 [cited 2024 Sep 9]. Available from:
https://www.ddc.moph.go.th/otpc/journal_detail.php?publish=13888 (In Thai)
3. Wisetsak S. Situation report on e-cigarette use behavior [Internet]. 2023 [cited 2024
Nov 1]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2023/06/27921> (In Thai)
4. Psychiatric and Substance Abuse Group. Report on smoking behavior among lower
secondary school students, 2023–2024 [unpublished report]. Chiang Rai: Wiang
Kaen Hospital; 2024. (In Thai)
5. Office of the Basic Education Commission, Ministry of Education. Supervision
guidelines for developing and promoting active learning management according
to the “Reduce Learning Time, Increase Knowing Time” policy [Internet]. 2019
[cited 2024 Sep 9]. Available from:
https://academic.obec.go.th/images/document/1603180137_d_1.pdf (In Thai)
6. Phawakanant U, et al. General psychology. 7th ed. Bangkok: Thammasat University
Press; 2011. (In Thai)
7. Suwannasang K. General psychology. 3rd ed. Bangkok: Aksorn Pittayakan Printing;
2001. (In Thai)
8. Chand SP. Constructivism in education: exploring the contributions of Piaget,
Vygotsky, and Bruner. Int J Sci Res. 2023;12(7):274–8.
doi:10.21275/SR23630021800. Available from:
<https://www.researchgate.net/publication/378071316>
9. Thitiwattanakul U. Innovation for educating on the harm from tobacco smoking -
the smoke trap bottle. JHS 2019;28:1040-7. (In Thai)
10. Kaewkiri T, translator, compiler. Smoking education: scientific experiments on the
dangers of smoking. 2nd ed. Nonthaburi: S.F. Process Co., Ltd.; 2018. (In Thai)



11. Meehanphong P, Chatdokmaiprai K. Assessing quality of research instrument in nursing research. J Royal Thai Army Nurses 2018;19(1):9-15. (In Thai)
12. Sukmolsun S. Various methods for determining content validity of quantitative research instruments and selecting an appropriate method. Pasaa Paritat J 2024;39:75-102. (In Thai)
13. Action on Smoking and Health Foundation (Thailand). Demonstration of toxic substances in cigarette smoke [Internet]. YouTube; 2015 [cited 2024 Nov 1]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=vnPNxahrdvM> (In Thai)
14. Thai Health Promotion Foundation. Know the major toxic substances in cigarettes [Internet]. 2017 [cited 2024 Nov 1]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/?p=230335> (In Thai)



ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ3 คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพาน

นราภัทร ราชคม*, ชนกชนม์ สาคะศุภฤกษ์**, อีสริยา ราชคม***,
จักรพันธ์ กันธะนะ***

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและระดับโลก มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น การใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยการนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการมาใช้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ3 จำนวน 200 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ใช้โปรแกรมเดิม 100 ราย และกลุ่มที่ใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง 100 ราย วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ t-test และ exact probability test และหาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมด้วย Multivariable logistic regression

ผลการวิจัย พบว่าความรู้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ3 ของกลุ่มที่ใช้โปรแกรมมีมากกว่ากลุ่มที่ใช้โปรแกรมเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ การใช้โปรแกรมช่วยลดการเสื่อมของไตได้ 0.2 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ3 ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีมาตรฐาน ส่งผลต่อคุณภาพการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

คำสำคัญ: โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ3

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพาน

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานวิจัยและพัฒนากายภาพ โรงพยาบาลพะเยา

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพาน

* Corresponding author; email: npunyalet9@gmail.com



The Effects of a Self-Management Support Program on Knowledge Regarding Kidney Function Decline among Patients with Stage 3 Chronic Kidney Disease in the Chronic Disease Clinic at Phan Hospital

Narapat Rachakom*, Chanokchon Sakasupalerk**, Isariya Rachakom***,
Jukkarpan Kuntana***

Abstract

Chronic kidney disease (CKD) is a major public health problem at both national and global levels, with a continuously increasing trend. The implementation of a self-management support program, based on self-management support concepts, enables patients to manage their condition appropriately and effectively, and may help delay the progression of renal function decline. This study aimed to examine the effects of a self-management support program on renal function decline, as well as on knowledge, awareness, and self-management skills among patients. The sample consisted of 200 patients with stage 3 CKD, divided into two groups: 100 patients receiving usual care and 100 patients receiving the self-management support program. Data were analyzed using t-test, exact probability test, and the effectiveness of the program was evaluated using multivariable logistic regression.

The results showed the levels of knowledge, awareness, and self-management skills among patients with stage 3 chronic kidney disease in the intervention group were significantly higher than those in the group receiving the standard program, with statistical significance at $p < 0.001$. The use of the program also significantly reduced the progression of kidney deterioration by 0.2 times ($p < 0.001$).

The findings suggest that the self-management support program can be implemented to standardize patient care and improve the quality of nursing practice.

Keywords: Self-management support program, Stage 3 chronic kidney disease

* Registered nurse, professional level, Outpatient Department, Phan Hospital

** Registered nurse, professional level, Research and development, Phayao Hospital

*** Registered nurse, professional level, Outpatient Department, Phan Hospital

* Corresponding author; email: npunyaalert9@gmail.com



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและระดับโลกซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อัตราความชุกของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 เฉลี่ยทั่วโลก ร้อยละ 10¹ ส่วนประเทศไทยพบอัตราความชุก โรคไตเรื้อรังระยะ3 ในกลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไป ร้อยละ 5.3 และกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16.3² โรคไตเรื้อรัง มีอัตราการเสียชีวิตในทุกกลุ่มอายุ พ.ศ. 2559-2563 เพิ่มขึ้นจาก 14.24 เป็น 16.49 ต่อแสนประชากร³ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรัง คือ อายุที่เพิ่มขึ้น เพศ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคยูริกในเลือดสูง และพฤติกรรม การบริโภคเค็ม^{4,5} โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย การควบคุมโรคประจำตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดการบริโภคเค็ม ช่วยชะลอภาวะไตเสื่อมได้^{6,7}

โรงพยาบาลพาน เป็นโรงพยาบาลโรงพยาบาลทุติยภูมิ (M2) ขนาด 120 เตียง ให้บริการสุขภาพแบบบูรณาการครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับทุติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการรับส่งต่อผู้ป่วยในอำเภอพานและให้บริการประชากรในเขตพื้นที่ใกล้เคียง จากเวชระเบียนโรงพยาบาลพาน ปี 2567 มีประชากรในเขตรับผิดชอบ จำนวน 117,259 คน มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ3 ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพาน ปี 2565-2567 คิดเป็นร้อยละ 76, 83 และ 90 ตามลำดับ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมดของโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อวิเคราะห์ปัญหาพบด้านความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ยกตัวอย่าง เช่น การรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง มีการปรุงอาหารท้องถิ่นด้วยกะปิ น้ำปลา ถั่วเน่า และเครื่องปรุงรสต่างๆ ที่มีเกลือโซเดียมสูง ผู้ป่วยบางรายขาดความตระหนักในการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกมีรุนแรงและข้อจำกัดของรูปแบบการดูแลเดิม จึงจำเป็นต้องพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการเสื่อมของไตใหม่ที่เหมาะสมกับบริบท เพื่อปรับปรุงพฤติกรรม การดูแลตนเองและชะลอการดำเนินของโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การพัฒนาคลินิกชะลอไตเสื่อม การจัดการรายกรณี การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การประเมินปัญหาของผู้ป่วย การให้ความรู้ทั้งรายกลุ่ม รายบุคคล การติดตามเยี่ยมบ้าน และการเสริมพลัง⁸⁻¹⁰ การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบ โค้ชชิ่ง¹¹ รวมถึงการพัฒนาโปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีผลลัพธ์สามารถชะลอไตเสื่อมได้¹² การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี ชัดเจน และต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ3 คลินิกโรคเรื้อรัง ด้วยการนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management) ของแคนเฟอร์ และเกลlick-บายส์¹¹ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) ได้แก่ การสังเกตตนเอง (self-observation) และการบันทึก



พฤติกรรมตนเอง (self-recording) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และ 3) การเสริมแรง
ตนเอง (self-reinforcement) มาใช้ซึ่งการพร้อมความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผล
ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วย ทำให้การควบคุมโรคที่ขาดประสิทธิภาพและเร่งการเสื่อมของ
ไต¹² ผู้ป่วยมีความรู้ ความตระหนัก และทักษะในการจัดการตนเอง สามารถจัดการตนเองได้อย่าง
ถูกต้อง เหมาะสมและ ชะลอการเสื่อมของไต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ความเสื่อมของไต ในผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรัง ระยะ 3

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีความรู้ สูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีความเสื่อมของไตต่ำกว่ากลุ่ม
ควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแนวคิดของแคนเฟอร์ และ แกลิกซ์-บายส์¹¹
ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การเฝ้าสังเกตตนเอง (Self-monitoring) กลุ่มทดลอง
สังเกต บันทึก และติดตามพฤติกรรมของตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น การรับประทานอาหาร การชั่งยา
การควบคุมปริมาณน้ำ การออกกำลังกาย และอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ใน
พฤติกรรมของตนเอง ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง (Self-evaluation) กลุ่มทดลองนำข้อมูลจาก
การเฝ้าสังเกตตนเองมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายหรือเกณฑ์ที่กำหนดร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ เช่น
เป้าหมายด้านพฤติกรรม เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิภาพของการปฏิบัติตน และ
ขั้นตอนที่ 3 การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) กลุ่มทดลอง ได้รับสร้างแรงจูงใจแก่ตนเอง
เสริมแรงทางบวก เมื่อสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเองได้สำเร็จ ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจและ
ส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง คาดว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการ
ตนเองน่าจะช่วยให้ความรู้ของกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้น และความเสื่อมของไตลดลง



โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรค
ไตเรื้อรัง ระยะ 3 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การติดตามตนเอง (self monitoring)
- 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation)
- 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement)



1. ความรู้
2. ความเสี่ยงของไต

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Quasi-Experimental Research ชนิด 2 กลุ่ม (Two group pretest-posttest design) ศึกษาตั้งแต่ มกราคม 2568 – มิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3 ที่เข้ามาใช้บริการที่
คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพาน ตั้งแต่ มกราคม 2568 – มีนาคม 2568 จำนวน 200 คน เมษายน-
มิถุนายน 2568 จำนวน 100 คน จากการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3 ที่
เข้ามาใช้บริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกของกลุ่มผู้ป่วย ดังนี้

1. เกณฑ์คัดเข้า ดังนี้
 - 1.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3 ที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง
 - 1.2 สื่อสารเข้าใจ
 - 1.3 ยินยอมเข้าร่วมวิจัย
2. เกณฑ์คัดออก
 - 2.1 มีการเจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่อง
 - 2.2 ไม่สามารถติดต่อ สื่อสารได้ในระหว่างดำเนินการวิจัย

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม STATA ประเมิน
ขนาดตัวอย่างโดยคำนวณจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3 ที่ใช้โปรแกรมเดิมปี 2567 ของเวชระเบียน
ของโรงพยาบาลพาน (กลุ่มควบคุม) ร้อยละ 30 คาดว่าเมื่อใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองใน
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3 (กลุ่มศึกษา) จะชะลอการเสื่อมของไตได้ร้อยละ 10 (การประมาณผลจาก
โปรแกรม CKDNET) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และ Power of test ร้อย
ละ 80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 184 คน ในการวิจัยครั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและป้องกัน



ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา กลุ่มละ 100 คน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยใช้แนวคิดของแคนเฟอร์ และ แกลลิค-บายส์¹¹ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3 ในด้านความรู้ ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การเฝ้าสังเกตตนเอง (Self-monitoring) กลุ่มทดลอง สังเกต บันทึก และ ติดตามพฤติกรรมสุขของตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น การรับประทานอาหาร การช้ยา การควบคุม ปริมาณน้ำ การออกกำลังกาย และอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในพฤติกรรมของ ตนเอง ผ่านสื่อการสอน web site https://ckd.kku.ac.th/?page_id=877 หรือ QR code



ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง (Self-evaluation) กลุ่มทดลองนำข้อมูลจากการเฝ้าสังเกต ตนเองมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายหรือเกณฑ์ที่กำหนดร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ เช่น เป้าหมาย ด้านพฤติกรรม เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิภาพของการปฏิบัติตน

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) กลุ่มทดลอง ได้รับสร้างแรงจูงใจแก่ ตนเอง เสริมแรงทางบวก เมื่อสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเองได้สำเร็จ ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจ และส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง มีการจัดทำแผนภาพรูปไต แสดงค่า ของการกรองของไตของผู้ป่วยทุกครั้งที่ได้รับการตรวจค่าการกรองของไต เพื่อเป็นช่องทาง ติดต่อสื่อสารระหว่างสร้างความตระหนักและการตื่นตัว และเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อ ไม่ให้ไตเสื่อมมากขึ้น ให้คำปรึกษา การสนับสนุนด้านข้อมูลต่างๆ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวาย เรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว การศึกษา สถานะภาพ รายได้ อาชีพ ค่าความเสื่อมของไต
2. แบบประเมินความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ ตัวเลือกรายข้อเป็นใช่และ ไม่ใช่ ข้อคำถามประกอบด้วย เรื่อง สาเหตุของโรค การแบ่งระยะของโรค ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อม และการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม



3. แบบบันทึกค่าความเสื่อมของไต เพื่อดูแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของระดับอัตราการ
กรองของไต ร่วมกับจัดการตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และแบบ
ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
(content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 2 ท่าน แพทย์เวช
ปฏิบัติทั่วไป 1 ท่าน พยาบาลผู้จัดการรายกรณี 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแล
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์
ของการวิจัย โดยให้คะแนนเป็น +1 (สอดคล้อง) 0 (ไม่แน่ใจ) และ -1 (ไม่สอดคล้อง) จากนั้นนำมา
คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective
Congruence: IOC) ผลการประเมินพบว่า ค่า IOC เท่ากับ 0.80

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่ม
ตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้ค่า
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำหนังสือขอรับการพิจารณา
รับรองจริยธรรมจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพะเยา เลขที่ 47/2566
เอกสารรับรองเลขที่ COA no 224 วันที่รับรอง 25 ตุลาคม 2566

การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรม
โครงการวิจัยแบบเร็ว จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพะเยา ขั้นตอนการ
ดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

การพัฒนา 1) การติดตามตนเอง (self- monitoring) ให้ผู้ป่วยประเมินอาการและระยะ
โรคของตนเองจากนั้นวัดความรู้ให้ความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรังผ่านสื่อการสอน website
https://ckd.kku.ac.th/?page_id=877 หรือ QR code มีการประเมินความรู้ก่อนและหลังการให้
ความรู้ และนักโภชนาการให้ความรู้เรื่องโภชนาการ 2) การประเมินตนเอง (self- evaluation) ฝึก
ทักษะการจัดการตนเอง ด้วยการให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีต้นแบบที่ดี (role
model) โดยให้ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองดีเล่าประสบการณ์รวมถึงการจัดการตนเองที่ดีและอุปสรรคที่ทำให้



การจัดการตนเองไม่สำเร็จ 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) มีการติดตามการ
สนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยมีการแจ้งระยะของโรคไตเรื้อรังผ่านรูปภาพที่
จัดทำขึ้น มีการใช้ tele-nursing เพื่อติดตามและกำกับการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะทุก 1-3 เดือน โดย
พยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีการกระตุ้นเตือนเสริมแรงด้วยการชื่นชมเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี พร้อมทั้ง
ให้คำปรึกษาเมื่อพบอุปสรรค โดยพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลตรวจสอบเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5
ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ 2 ท่าน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 1 ท่าน พยาบาลผู้จัดการรายกรณี 1 ท่าน และ
พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1 ท่าน และปรับปรุงแก้ไข

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการ

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพาน เพื่อขอความร่วมมือในการ
ดำเนินการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขั้นตอนในการดำเนินการ

2. ผู้วิจัย แนะนำตัว อธิบายอย่างละเอียดถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา
การให้ข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วม ดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนการกลุ่มทดลอง เป็นการนำรูปแบบโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่
ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยใช้แนวคิดของแคนเฟอร์ และ แกลลิค-บายส์¹¹ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง
ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3 ในด้านความรู้ ความตระหนักและทักษะในการจัดการตนเอง
โรงพยาบาลพาน โดยใช้แนวคิดการจัดการตัวเอง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เริ่มต้นสัปดาห์ที่ 1

1. ประเมินผู้ป่วยรายบุคคล การติดตามตนเอง (self-monitoring) โดยให้ผู้ป่วย
ประเมินอาการและระยะโรคของตนเอง จากนั้นวัดความรู้ให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังผ่านสื่อการ
สอน web site https://ckd.kku.ac.th/?page_id=877 หรือ QR code มีการประเมินความรู้ก่อน
และหลังการให้ความรู้ และนักโภชนาการให้ความรู้เรื่องโภชนาการประเมินพฤติกรรมจัดการ
ตนเองของผู้ป่วย

2. บันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก โรคที่ประจำตัว การศึกษา
สถานะภาพ รายได้ อาชีพ ระยะของโรคไตเรื้อรัง 3a และ 3b

3. ประเมินความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ ตัวเลือกรายข้อเป็นใช่และ
ไม่ใช่ ข้อคำถามประกอบด้วย เรื่อง สาเหตุของโรค การแบ่งระยะของโรค ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อม
และการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ให้ความรู้ผู้ป่วยโรคการประเมินตนเอง (self-evaluation) ฝึก
ทักษะการจัดการตนเอง ด้วยการให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีต้นแบบที่ดี (role
model) โดยให้ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองดีเล่าประสบการณ์รวมถึงการจัดการตนเองที่ดีและอุปสรรคที่ทำให้
การจัดการตนเองไม่สำเร็จ



4. สอนทักษะเรื่องความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังเรื้อรัง ให้ทราบค่าอัตราการกรองของไต เพื่อดูแลแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของระดับอัตราการกรองของไต ร่วมกับการจัดการตนเองในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 2-4

1. ผู้ป่วยการติดตามตนเอง (self-monitoring) ให้ผู้ป่วยประเมินอาการและระยะ โรคของตนเองจากนั้นวัดความรู้ให้ความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรังผ่านสื่อการสอน web site https://ckd.kku.ac.th/?page_id=877 หรือ QR code มีการประเมินความรู้ก่อนและหลังการให้ ความรู้ และนักโภชนาการให้ความรู้เรื่องโภชนาการ

2. ผู้วิจัยและทีมสุขภาพติดตามข้อมูลผ่าน สนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่ บ้าน ผ่านบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) โดย Video Call สนับสนุนข้อมูลหรือสื่อสุขภาพ ต่างๆ ในการให้ความรู้ และปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมโรคถูกต้องตามแผนการรักษาขณะอยู่ที่ บ้าน

กิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 5-8

1. ผู้ป่วยการติดตามตนเอง (self- monitoring) ให้ผู้ป่วยประเมินอาการและระยะ โรคของตนเองจากนั้นวัดความรู้ให้ความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรังผ่านสื่อการสอน web site https://ckd.kku.ac.th/?page_id=877 หรือ QR code มีการประเมินความรู้ก่อนและหลังการให้ ความรู้ และนักโภชนาการให้ความรู้เรื่องโภชนาการ

2. ผู้วิจัยและทีมสุขภาพติดตามข้อมูลผ่าน สนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่ บ้าน ผ่านบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) โดย Video Call สนับสนุนข้อมูลหรือสื่อสุขภาพ ต่างๆ ในการให้ความรู้ และปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมโรคถูกต้องตามแผนการรักษาขณะอยู่ที่ บ้าน

กิจกรรมที่ 4 สัปดาห์ที่ 9-15

1. ผู้ป่วยการติดตามตนเอง (self- monitoring) ให้ผู้ป่วยประเมินอาการและระยะ โรคของตนเองจากนั้นวัดความรู้ให้ความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรังผ่านสื่อการสอน web site https://ckd.kku.ac.th/?page_id=877 หรือ QR code มีการประเมินความรู้ก่อนและหลังการให้ ความรู้ และนักโภชนาการให้ความรู้เรื่องโภชนาการ

2. ผู้วิจัยและทีมสุขภาพติดตามข้อมูลผ่าน สนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่ บ้าน ผ่านบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) โดย Video Call สนับสนุนข้อมูลหรือสื่อสุขภาพ ต่างๆ ในการให้ความรู้ และปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมโรคถูกต้องตามแผนการรักษาขณะอยู่ที่ บ้าน



กิจกรรมที่ 5 สัปดาห์ที่ 16

นัดผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 16 เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพ
ปัญหา อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ประเมินระดับอัตราการกรองของไต

กลุ่มควบคุม กิจกรรมสัปดาห์ที่ 1-16

1. ประเมินผู้ป่วยรายบุคคล การติดตามตนเอง (self- monitoring) ให้ผู้ป่วย
ประเมินอาการและระยะโรคของตนเอง จากนั้นวัดความรู้ให้ความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรังผ่านสื่อการ
สอน web site https://ckd.kku.ac.th/?page_id=877 หรือ QR code มีการประเมินความรู้ก่อน
และหลังการให้ความรู้ และนักโภชนาการให้ความรู้เรื่องโภชนาการประเมินพฤติกรรมจัดการ
ตนเองของผู้ป่วย

2. บันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก โรคที่ประจำตัว การศึกษา
สถานะภาพ รายได้ อาชีพ ระยะของโรคไตเรื้อรัง 3a และ 3b

3. ผู้วิจัยและทีมสุขภาพติดตามข้อมูลสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน
ผ่านบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) โดย (Video Call) สนับสนุนข้อมูลหรือสื่อสุขภาพต่างๆ
ในการให้ความรู้ และปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมโรคถูกต้องตามแผนการรักษาขณะอยู่ที่บ้าน

4. นัดผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 16 เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพ
ปัญหา อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ประเมินระดับอัตราการกรองของไต

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์

ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ตามรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น โดยประเมินการดำเนินงานและการ
เปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ ด้วยวิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้
สถิติเชิงพรรณนาอธิบายข้อมูลที่เป็นค่าต่อเนื่องแสดงผลเป็นค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน (SD) ข้อมูลที่เป็น categorical data แสดงผลเป็นจำนวนและร้อยละ เปรียบเทียบการใช้
โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3 สามารถชะลอความเสี่ยงของไตได้
โดยใช้ pair t-test ระยะเวลาดำเนินการ: ตั้งแต่ธันวาคม 2567 - กรกฎาคม 2568 ก่อนและหลังเข้า
ร่วมโครงการวิจัยในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 16 โดยนักกลุ่มตัวอย่างมาที่โรงพยาบาลพาน ใน
สัปดาห์ที่ 16 เพื่อประเมินพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านและผลลัพธ์ทางคลินิก
แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพ เหตุจูงใจที่ทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ โดยให้กลุ่มผู้ป่วยมี
ส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อให้กลุ่มสนับสนุนกันเอง ใช้เวลากลุ่มละ 1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



2. เปรียบเทียบความแตกต่างของ ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติทดสอบ t-test exact probability test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

3. วิเคราะห์ผลการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3 สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้โดยใช้ ด้วยสถิติ multivariable regression

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามีความคล้ายคลึงกันหลายด้าน โดยสัดส่วนเพศชาย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 55 และ 51 ตามลำดับ, $p = 0.479$) อายุ ≥ 60 ปี โดยกลุ่มที่ใช้โปรแกรมเดิมมีอายุเฉลี่ย 71.0 ± 8.1 ปี และกลุ่มที่ใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีอายุเฉลี่ย 67.6 ± 9.0 ปี ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.057$) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 45) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.115$) สถานภาพสมรสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีสถานภาพสมรสมากกว่ากลุ่มที่ได้รับใช้โปรแกรมเดิม (ร้อยละ 85 และ 68 ตามลำดับ, $p < 0.001$) ด้านอาชีพ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 52) ในขณะที่กลุ่มที่ใช้โปรแกรมเดิมมีสัดส่วนผู้ไม่มีอาชีพสูงกว่า (ร้อยละ 33) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ น้อยกว่า 15,000 บาท โดยกลุ่มที่ใช้โปรแกรมเดิมมีรายได้เฉลี่ย $13,022 \pm 17,133$ บาท และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีรายได้เฉลี่ย $10,730 \pm 9,471$ บาท ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.028$) โรครวม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และโรคถุงลมโป่งพอง พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.498, 1.000, 0.126, 1.000$ และ 0.947 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3

ลักษณะการศึกษา	โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง (n=100)		โปรแกรมเดิม (n=100)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.479
หญิง	45	45.0	49	49.0	
ชาย	55	55.0	51	51.0	
อายุ (ปี)					0.057
< 60 ปี	8	8.0	18	18.0	



ลักษณะ การศึกษา	โปรแกรมสนับสนุนการ จัดการตนเอง (n=100)		โปรแกรมเดิม (n=100)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
≥ 60ปี	92	92.0	82	82.0	
Mean ±SD	71.0±8.1		67.6±9.4		
สถานะภาพ					<0.001*
โสด	37	27.0	4	4.0	
คู่	68	68.0	85	85.0	
หม้าย	5	5.0	11	11.0	
ระดับการศึกษา					0.115
ไม่ได้รับ	4	4.0	1	1.0	
การศึกษา					
ประถมศึกษา	47	47.0	42	42.0	
มัธยมศึกษา	45	45.0	45	45.0	
อุดมศึกษา	4	4.0	12	12.0	
อาชีพ					<0.001*
ไม่มี	23	23.0	33	33.0	
เกษตรกร	52	52.0	21	21.0	
รับจ้าง	12	12.0	12	12.0	
รับราชการ	13	13.0	24	24.0	
ธุรกิจ	0	0.0	10	10.0	
รายได้ (บาท)					<0.05*
<15,000	64	64.0	79	79.0	
≥15,000	36	36.0	21	21.0	
Mean ±SD	10730±9471		13022±17133		
เบาหวาน					0.498
ไม่เป็น	3	3.0	6	6.0	
เป็น	97	97.0	94	94.0	
ความดันโลหิต					1.000
ไม่เป็น	1	1.0	2	2.0	
เป็น	99	99.0	98	98.0	



ลักษณะการศึกษา	โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง (n=100)		โปรแกรมเดิม (n=100)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไขมันในเลือดสูง					0.126
ไม่เป็น	88	88.0	95	95.0	
เป็น	12	12.0	5	5.0	
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง					0.497
ไม่เป็น	98	98.0	100	100.0	
เป็น	2	2.0	0	0.0	

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ (Fisher's Exact Test)

ลักษณะทางคลินิกด้านค่าการทำงานของไต (estimated glomerular filtration rate: eGFR) ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีสัดส่วนผู้ที่มีค่า $eGFR \leq 29$ ร้อยละ 1 โดยมีค่าเฉลี่ย 44.7 ± 8.4 ml/min/1.73 m² ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติไม่พบผู้ที่มีค่า $eGFR \leq 29$ และมีค่าเฉลี่ย 43.0 ± 7.7 ml/min/1.73 m² ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.157$) ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีสัดส่วนผู้ที่มีค่า $eGFR \leq 29$ ร้อยละ 2 และมีค่าเฉลี่ย 46.9 ± 9.7 ml/min/1.73 m² ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีสัดส่วนผู้ที่มีค่า $eGFR \leq 29$ ร้อยละ 6 และมีค่าเฉลี่ย 43.0 ± 7.7 ml/min/1.73 m² โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าการทำงานของไตก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ3

ลักษณะการศึกษา	โปรแกรมสนับสนุนการ		โปรแกรมเดิม		p-value
	จัดการตนเอง (n=100)		(n=100)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ค่าการทำงานของไต (eGFR) ก่อนการใช้โปรแกรม					0.157
≤29	1	1.0	0	0.0	
30-44	46	46.0	57	57.3	
≥45	53	53.0	43	43.0	
Mean ±SD	44.7±8.4		43.0±7.7		



ลักษณะการศึกษา	โปรแกรมสนับสนุนการ จัดการตนเอง (n=100)		โปรแกรมเดิม (n=100)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ค่าการทำงานของไต (eGFR) หลังการใช้โปรแกรม					<0.05*
≤29	2	2.0	6	6.0	
30-44	35	35.0	52	52.0	
≥45	63	63.0	42	42.0	
Mean ±SD	46.9±9.7		43±8.6		

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p<0.05 (Fisher's Exact Test)

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการจัดการตนเองของกลุ่มที่ใช้โปรแกรมมีมากกว่ากลุ่มที่ใช้โปรแกรมเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.001 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ3

คะแนน ความรู้	โปรแกรมสนับสนุนการ		โปรแกรมเดิม		p-value
	จัดการตนเอง (n=100)		(n=100)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก่อนการใช้โปรแกรม					0.059
<5	0	0.0	95	95.0	
≥5	100	100.0	5	5.0	
Mean ±SD	2.1±0.8		2.3±1.0		
หลังการใช้โปรแกรม					<0.01*
<5	0	0.0	13	13.0	
≥5	100	100.0	87	87.0	
Mean ±SD	6.3±0.7		5.0±0.7		

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p<0.01 (Fisher's Exact Test)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ3 และกลุ่มที่ใช้โปรแกรมเดิมหลังปรับอิทธิพลเพศ อายุ รายได้อาชีพ สถานะภาพ



ระดับการศึกษา พบว่า ผลของโปรแกรมช่วยลดการเสื่อมของไต ได้ 0.2 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ $p < 0.001$ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3 ภายหลังควบคุม
อิทธิพลของ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ สถานะภาพ ระดับการศึกษา

ตัวแปร	กลุ่มเปรียบเทียบ	RR	95% CI	p-value
การเสื่อมของไต	เกิด vs ไม่เกิด	0.2	0.04-0.62	$< 0.001^*$
เพศ	ชาย vs หญิง	0.8	0.39-1.38	0.332
อายุ	< 60 vs ≥ 60 ปี	1.0	0.94-1.07	0.876

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ (multivariable logistic regression)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า 1) คะแนนความรู้ในการจัดการตนเองของกลุ่มที่ใช้โปรแกรมสนับสนุน
การจัดการตนเองมีมากกว่ากลุ่มที่ใช้โปรแกรมเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ แสดง
ถึงโปรแกรมช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เช่น การ
ควบคุมอาหาร การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และ 2)
ผลของโปรแกรมช่วยลดการเสื่อมของไต ได้ 0.2 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ แสดง
ถึง พฤติกรรมเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการชะลอความเสื่อมของไต สอดคล้องกับแนวคิดด้านการ
จัดการตนเองที่ระบุว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้และทักษะที่เหมาะสมจะสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้นและลด
การดำเนินโรค สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า การให้ความรู้และการสนับสนุนด้านการจัดการ
ตนเองช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและมีส่วนช่วยชะลอการดำเนินของโรคไตเรื้อรัง¹⁴
รวมทั้งการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง¹² ในทางตรงกันข้าม ก่อนการทดลอง
พบว่าค่าความเสื่อมของไตทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.157$) แสดงให้
เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกันในระยะเริ่มต้น ซึ่งช่วยลดอคติและเพิ่มความน่าเชื่อถือ¹⁵

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ระยะที่ 3 ในสถานพยาบาลอื่นๆ เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและลดการเข้าสู่ระยะไตวาย
2. ควรบูรณาการโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเข้ากับระบบบริการปกติของคลินิกโรค
ไตเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน



3. ควรส่งเสริมบทบาทของทีมนิสิตวิชาชีพในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย
อย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในระยะเวลาติดตามที่ยาวขึ้น
เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านการชะลอการเสื่อมของไตในระยะยาว
2. ควรพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบดิจิทัลหรือการติดตามทางไกล เพื่อเพิ่มความสะดวกและ
การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ3
สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์และความกรุณาจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง
ต่อผู้บริหารและบุคลากร ที่ให้การสนับสนุน อำนวยความสะดวก และเอื้อเฟื้อสถานที่ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูล รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ป่วยโรค
ไตเรื้อรัง ระยะ3 และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยและให้
ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง ท้ายที่สุด ผู้วิจัย
ขอขอบพระคุณครอบครัวและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้อำนาจและสนับสนุนด้วยดีเสมอมา
คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ที่เกี่ยวข้อง
ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. International Society of Nephrology. ISN Global Kidney Health Atlas [Internet].
2019 [cited 2022 Sep 1]. Available from: www.theisn.org/global-atlas
2. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, Assanangkornchai S,
Taneepanichskul S, Neelapaichit N, et al. Women and other risk factors for chronic
kidney disease of unknown etiology in Thailand: National Health Examination
Survey. Sci Rep. 2021;11:22674. doi:10.1038/s41598-021-02191-5



3. Wijitsoonthornkul K. Epidemiology and review of preventive intervention of chronic kidney disease [Internet]. Nonthaburi: Division of Non Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2022 [cited 2022 Sep 1]. Available from: <http://thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14423&gid=1-015-005>
4. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2020;395(10225):709–33. doi:10.1016/S0140-6736(20)30045-3.
5. Kurathong S. Chronic kidney disease. In: Internal medicine. Bangkok: P.A. Living; 2018. p. 99-123. (in Thai)
6. Nerbass FB, Calice-Silva V, Pecoits-Filho R. Sodium intake and blood pressure in patients with chronic kidney disease: a salty relationship. *Blood Purif*. 2018;45(1–3):166-72. doi:10.1159/000485154.
7. Borrelli S, Provenzano M, Gagliardi I, Michael A, Liberti ME, De Nicola L, et al. Sodium intake and chronic kidney disease. *Int J Mol Sci*. 2020;21(13):4744. doi:10.3390/ijms21134744.
8. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Manual of practice for prevention of chronic kidney disease in patients with diabetes or hypertension. Bangkok: Printing Office of the War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King; 2016. (in Thai)
9. Sarnthong P. The development model of diabetes and hypertension care to slow chronic kidney disease progression at Renu Nakhon Hospital, Nakhon Phanom Province. *Mahasarakham Hosp J*. 2018;15(3):76-84. (in Thai)



10. Phaengkha W. Effectiveness of care for patients with diabetes mellitus and chronic kidney disease stage 2-4 with case management at Nam Nao Hospital Health Network, Phetchabun Province. *Region 11 Med J.* 2017;31(3):405-14. (in Thai)
11. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. *Helping people change: A textbook of methods.* 4th ed. New York: Pergamon Press; 1991. p. 305-60.
12. Lopez-Vargas PA, Tong A, Howell M, Craig JC. Educational interventions for patients with chronic kidney disease: a systematic review. *Am J Kidney Dis.* 2016;68(3):353-70.
13. Reaungboon A, Padee P, Pradittapong J, Riengisarang Y, Konsue A. A model for promotion and rehabilitation of glomerular filtration rate in patients with chronic renal disease. *J Health Sci.* 2019;28(Suppl 2):S122-9. (in Thai)
14. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med.* 2003;26(1):1-7.
15. Wright Nunes JA, Wallston KA, Eden SK, Shintani AK, Ikizler TA, Cavanaugh KL. Associations among health literacy, knowledge, and patient outcomes in chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis.* 2011;58(5):741-8.



การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในวัยรุ่น: บทบาทของพยาบาลจิตเวช

ณัฐวรา เชื้อหมอก*, พนิดา ชัยวัง**, พัชรววรรณ แก้วกันทะ***

บทคัดย่อ

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา เผชิญกับแรงกดดันต่าง ๆ เช่น ความคาดหวังจากครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน และอิทธิพลจากสื่อออนไลน์ การมีความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นปัจจัยปกป้องและเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อเป็นภูมิคุ้มกันให้วัยรุ่นสามารถรับมือกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกล่าวถึงความสำคัญความเข้มแข็งทางใจในวัยรุ่น โดยได้อธิบายตามแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และเน้นถึงบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในวัยรุ่น พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในวัยรุ่นผ่านการดำเนินการในทุกะดับของการป้องกัน ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกในระดับปฐมภูมิ การคัดกรองและให้การบำบัดระยะสั้นในระดับทุติยภูมิ ไปจนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในระดับตติยภูมิ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ: วัยรุ่น ความเข้มแข็งทางใจ พยาบาลจิตเวช สุขภาพจิต

* อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** Corresponding author; email: leeyumi.p@gmail.com



A Strengthening of Resilience in Adolescents: Psychiatric Nurse's role

Natwara Chuemor*, Panida Chaiwang**, Patcharawan Kaewkanta***

Abstract

Adolescence is a period characterized by significant physical, mental, emotional, and intellectual changes, along with various pressures such as family expectations, peer relationships, and the influence of online media. Resilience serves as a protective factor and a crucial mechanism that helps mitigate the risk of mental health issues. Therefore, fostering resilience is essential to equip adolescents with the psychological fortitude to effectively cope with problems and mature into well-adjusted adults. This article aims to discuss the importance of resilience in adolescents by explaining relevant concepts and theories. It also highlights the role of psychiatric nurses in building this psychological strength. Psychiatric nurses have a vital role in fostering adolescent resilience through interventions at every level of prevention: from proactive mental health promotion at the primary level to screening and short-term therapy at the secondary level, and rehabilitation and relapse prevention at the tertiary level. This article serves as a guideline for developing effective and sustainable adolescent mental healthcare.

Keywords: Adolescence, Resilience, Psychiatric Nurse, Mental health

* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Corresponding author; email: varunrat.prompakdee@crc.ac.th

Received 26 June 2025; Revised 7 August 2025; Accepted 27 January 2026



บทนำ

วัยรุ่น (Adolescence) คือช่วงวัยแห่งการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและซับซ้อนในทุกมิติ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา วัยรุ่นต้องเผชิญกับความท้าทายและแรงกดดันมากมาย ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่ส่งผลต่ออารมณ์ การค้นหาอัตลักษณ์และความเป็นตัวตน สัมพันธภาพกับเพื่อนและคนรอบข้าง ความกดดันทางด้านการเรียนหรือการเลือกอาชีพ รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจำนวนมากจากสื่อดิจิทัลและสังคมออนไลน์ ซึ่งอาจนำมาซึ่งความเครียด ความวิตกกังวล หรือปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ได้¹

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก² ประมาณ 1 ใน 7 ของวัยรุ่นทั่วโลกอายุ 10-19 ปี ประสบปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งมักเริ่มปรากฏอาการในช่วงวัยนี้ แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันที่ ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ปัญหาพฤติกรรม และการใช้สารเสพติด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของวัยรุ่น สถานการณ์วัยรุ่นในประเทศไทย วัยรุ่นไทยอายุ 10-19 ปี ประมาณ 1 ใน 7 คน ความผิดปกติทางจิตประสาทและอารมณ์ ขณะที่การฆ่าตัวตายคือสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสามของวัยรุ่นไทย โดยการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนทั่วโลกในส่วนของประเทศไทยเมื่อปี 2564 พบว่า ร้อยละ 17.6 ของวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย^{3,4} ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต⁵ ระบุว่าปัญหาซึมเศร้าและความเครียดในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากการศึกษาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัยในประชาชนทั่วไปจำนวน 8,337 คน พบกลุ่มเยาวชน (13-19 ปี) มีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำมากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่นๆ และพบว่าพลังใจมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต⁶ ซึ่งบ่งชี้ถึงความเปราะบางทางจิตใจที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มประชากรนี้ สถานการณ์นี้ชี้ให้เห็นถึงสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่น ซึ่งไม่เพียงแต่ต้องเน้นการรักษาเมื่อเกิดปัญหาเท่านั้น แต่ยังต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจด้วย ด้วยเหตุนี้การดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการดูแลสุขภาพจิตนั้นมีหลายอย่างแต่การเสริมสร้าง "ความเข้มแข็งทางใจ" หรือ Resilience มีความสำคัญ เนื่องจากความเข้มแข็งทางใจนั้นเป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและรับมือกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก ความเครียด หรือความทุกข์ใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถกลับมาอยู่ในภาวะสมดุล⁷ ความเข้มแข็งทางจิตใจทำหน้าที่เป็นภูมิคุ้มกัน ช่วยให้วัยรุ่นสามารถฟันฝ่าอุปสรรค พัฒนาทักษะการแก้ปัญหา และเติบโตได้อย่างแข็งแกร่ง

ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้วัยรุ่นสามารถรับมือกับความเครียดและความทุกข์ใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยความเข้มแข็งทางใจไม่ได้หมายถึงการปราศจากปัญหา แต่เป็นการมีความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวจากสถานการณ์ที่ยากลำบาก



การมีภูมิคุ้มกันทางใจจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา พันฝ่าอุปสรรค และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่แข็งแกร่งได้ การส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจจึงเปรียบเสมือนการสร้างเกราะป้องกันทางจิตใจให้แก่วัยรุ่น เพื่อลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว

ในบริบทของการดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่น พยาบาลจิตเวชมีบทบาทที่สำคัญยิ่งในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจให้กับวัยรุ่น บทบาทของพยาบาลจิตเวชไม่ได้จำกัดอยู่แค่การประเมินและให้การรักษาทางจิตเวชเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงการส่งเสริม การให้ความรู้ สร้างทักษะ และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี พยาบาลจิตเวชสามารถทำงานร่วมกับวัยรุ่น ครอบครัว และชุมชน เพื่อเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง (Protective factors) เช่น ทักษะการจัดการอารมณ์ การสร้างความสัมพันธ์เชิงบวก และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ บทบาทนี้จึงเป็นหัวใจสำคัญในการเปลี่ยนจากการเน้นการรักษาปัญหาไปสู่การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตวัยรุ่นอย่างยั่งยืน

ความหมายและองค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ

ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นคุณลักษณะสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถรับมือและฟื้นตัวจากความยากลำบาก ความเครียด หรือสถานการณ์ที่ตึงเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สมาคมจิตวิทยาแห่งอเมริกา⁸ ได้นิยามความเข้มแข็งทางใจเป็นกระบวนการที่สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้ โดยเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความคิด และการกระทำของบุคคลที่ช่วยให้สามารถปรับตัวได้ดีเมื่อเผชิญกับความทุกข์ยาก เช่นเดียวกันกับแนวคิดของ Grotberg (1995)⁹ ความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถที่บุคคลมีอยู่ในตนเองเพื่อใช้เอาชนะปัญหา อุปสรรค หรือความยากลำบากที่เกิดขึ้น สิ่งนี้ช่วยให้บุคคลสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤต หรือเหตุการณ์ร้าย ๆ ไปได้ และอาจพลิกวิกฤตให้เป็นโอกาส โดยสามารถยกระดับความคิด จิตใจ และการดำเนินชีวิตในทางที่ดีขึ้นหลังเหตุการณ์ผ่านพ้นไป กรมสุขภาพจิต¹⁰ ได้ให้ความหมายของความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถในการปรับตัวและฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจได้อย่างรวดเร็วภายหลังเหตุการณ์วิกฤต หรือเป็นคุณสมบัติเฉพาะตัวที่ช่วยให้บุคคลพลิกวิกฤตให้เป็นโอกาสได้โดยไม่จมอยู่กับความทุกข์

สรุปได้ว่า ความเข้มแข็งทางจิตใจ คือ ความสามารถของแต่ละบุคคลในการปรับตัวและรับมือได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ท้าทายหรือวิกฤต เป็นเหมือนพลังขับเคลื่อนให้ก้าวผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบาก หรือเหตุการณ์ร้าย ๆ ไปได้ และเป็นความสามารถในการฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจให้กลับสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว

โดยแนวคิดของกรมสุขภาพจิตได้แบ่งองค์ประกอบของพลังใจออกเป็น 3 ส่วนหลัก



พลังใจ (I am) หมายถึง ความสามารถในการทนทานต่อแรงกดดัน มีจิตใจที่มั่นคง และสามารถควบคุมอารมณ์ได้ แม้จะต้องเผชิญกับเรื่องเครียดหรือความทุกข์ ก็ยังสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ตามปกติ

พลังใจ (I have) คือ การมีขวัญกำลังใจและแรงจูงใจจากทั้งภายในตนเองและจากการสนับสนุนของบุคคลรอบข้าง เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกท้อถอยและสามารถก้าวเดินต่อไปได้

พลังใจ (I can) คือ ความพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับปัญหา มีความสามารถในการแสวงหาทางออกที่หลากหลาย โดยใช้การพิจารณาข้อมูลอย่างรอบคอบและไม่ตัดสินใจโดยใช้อารมณ์ ซึ่งรวมถึงการประเมินตนเองว่าสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยความสามารถที่มีอยู่

ปัจจัยที่เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

ปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มวัยรุ่นประกอบด้วย

ปัจจัยภายใน (Internal Factors) ปัจจัยภายในบุคคลที่เป็นรากฐานสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจในวัยรุ่น¹¹ ประการแรกคือ ความสามารถในการดูแลและควบคุมตนเอง (Autonomy) ความสามารถในการดูแลและควบคุมตนเองหมายถึงการที่วัยรุ่นสามารถตัดสินใจและรับผิดชอบชีวิตของตนเองได้ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาตนเองอย่างอิสระ และการตระหนักรู้ตนเอง (Self-awareness) เป็นกระบวนการที่วัยรุ่นเข้าใจและรับรู้ถึงความคิด อารมณ์ ความสามารถ และข้อจำกัดของตนเองอย่างถ่องแท้ ซึ่งรวมถึงการที่วัยรุ่นมีความเข้าใจในตนเอง รับรู้ความสามารถของตนเอง และสามารถควบคุมตนเองได้ เป็นรากฐานสำคัญของความเข้มแข็งทางใจ^{10,11} การที่วัยรุ่นมีความรู้สึกดีกับตัวเองและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถจัดการกับปัญหาได้ จะช่วยให้พวกเขากล้าที่จะเผชิญหน้ากับความท้าทาย แทนที่จะหลีกเลี่ยงปัญหา ปัจจัยถัดมาคือ ความสามารถทางสังคม (Social Competence) โดยวัยรุ่นที่มีทักษะในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และความสามารถในการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนและคนรอบข้าง ถือเป็นสิ่งจำเป็นในการปรับตัวและรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ¹⁰ นอกจากนี้ ความสามารถในการแก้ปัญหา (Problem Solving) ก็เป็นสิ่งสำคัญ วัยรุ่นที่มีความสามารถในการคิดแยกแยะอย่างมีเหตุผล มองโลกในแง่ดี และสามารถพึ่งพาตนเองพร้อมทั้งแสวงหาแหล่งช่วยเหลือเมื่อเผชิญปัญหา จะมีความเข้มแข็งทางจิตใจสูงขึ้น¹⁰ การมีมุมมองเชิงบวกต่อปัญหาและการมีแนวทางแก้ไขปัญหาก็เป็นองค์ประกอบสำคัญ¹¹ ปัจจัยสำคัญอีกประการคือ ความมุ่งมั่นตั้งใจในการประสบความสำเร็จในชีวิต (Sense of Meaning and Purpose) และการมีเป้าหมายชีวิต ซึ่งหมายถึงการตั้งจุดมุ่งหมาย การสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในตนเอง รวมถึงการมีความหวังในชีวิตและการไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค เป็นสิ่งส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจอย่างยิ่ง^{10,11} งานวิจัยยังชี้ให้เห็นถึงความมุ่งมั่น (determination) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ว่าเป็นคุณลักษณะสำคัญ¹²



สุดท้ายคือ ความมั่นคงทางอารมณ์และการจัดการอารมณ์ การมีจิตใจที่ไม่หวั่นไหวง่าย อดทนต่อความกดดัน และมีวิธีการจัดการอารมณ์ให้สงบและกลับมามั่นคงได้ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ¹¹ รวมถึงความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่น

ปัจจัยภายนอก (External Factors) สภาพแวดล้อมรอบตัววัยรุ่นมีบทบาทสำคัญในการช่วยลดผลกระทบเชิงลบจากสถานการณ์ที่เครียดและกดดัน นอกเหนือจากปัจจัยภายในแล้ว สภาพแวดล้อมรอบตัววัยรุ่นก็มีบทบาทสำคัญในการช่วยลดผลกระทบเชิงลบจากสถานการณ์ที่ตึงเครียดและกดดัน ประการแรกคือ การสนับสนุนจากครอบครัว (Family Support) การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว การได้รับการดูแล สนับสนุน และให้คำปรึกษาจากผู้ปกครอง รวมถึงการมีบรรยากาศในครอบครัวที่อบอุ่นและเป็นมิตร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ^{10,13} ครอบครัวที่ให้ความรัก ความเข้าใจ และเป็นแหล่งที่ปลอดภัยสำหรับวัยรุ่นในการระบายความรู้สึก เป็นรากฐานที่สำคัญที่สุดของความเข้มแข็งทางใจ ถัดมาคือ การสนับสนุนจากเพื่อน (Peer Support) กลุ่มเพื่อนที่เข้าใจและให้การสนับสนุนมีอิทธิพลอย่างมากต่อวัยรุ่น การมีเพื่อนที่คอยรับฟังและให้กำลังใจช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา สัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนก็มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเข้มแข็งทางใจในวัยรุ่นเช่นกัน¹³ นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลสำคัญอื่นๆ¹² เช่น ครู อาจารย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้คำแนะนำและการสนับสนุน เป็นแหล่งกำลังใจและช่วยให้วัยรุ่นเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น^{10,13} และสุดท้ายคือ การได้รับโอกาสและการผลักดันให้พึ่งตนเอง¹² สภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้วัยรุ่นได้เรียนรู้และพึ่งพาตนเองในการแก้ปัญหา จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้ตนเอง¹⁰

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจในวัยรุ่น

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจ (Resilience) คำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องเป็นสำคัญ ได้แก่ การลดปัจจัยเสี่ยง พยาบาลจะมุ่งเน้นการลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงที่วัยรุ่นกำลังเผชิญอยู่ เช่น หากพบว่าวัยรุ่นกำลังเผชิญกับปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว พยาบาลจะให้คำปรึกษารอบครอบครัวเพื่อปรับปรุงการสื่อสาร หรือหากพบว่ากำลังถูกรังแก พยาบาลจะประสานงานกับบุคลากรทางการศึกษาเพื่อหาแนวทางแก้ไข และการเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง ในขณะเดียวกันพยาบาลจะให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างปัจจัยปกป้องที่มีอยู่หรือที่ขาดหายไป เช่น การฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ การเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง หรือการช่วยให้วัยรุ่นค้นพบงานอดิเรกที่สร้างสรรค์ เพื่อเป็นแหล่งพักพิงทางใจ พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการ



ดำเนินการทั้งในระดับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงบทบาทในการรักษาและฟื้นฟู ซึ่งล้วนนำไปสู่การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจในวัยรุ่น

การส่งเสริมสุขภาพจิต (Mental Health Promotion)

1. การคัดกรองและประเมินสุขภาพจิตแบบองค์รวม (Holistic Mental Health Assessment and Screening) เป็นกระบวนการที่ครอบคลุมและมีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำ ความเข้าใจความเข้มแข็งทางจิตใจของวัยรุ่น การประเมินแบบองค์รวมจะมองไปที่ภาพรวมของชีวิต วัยรุ่นทั้งหมด ซึ่งทำให้สามารถระบุได้ทั้งจุดอ่อนและจุดแข็งที่ส่งผลต่อความสามารถในการรับมือกับ ความเครียดและปัญหาต่างๆ การเริ่มต้นด้วยการประเมินสุขภาพจิตของวัยรุ่นอย่างครอบคลุม ไม่เพียงแต่การค้นหาปัญหาหรือพยาธิสภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการค้นหาจุดแข็ง และศักยภาพที่มี อยู่ในตัววัยรุ่นและสิ่งแวดล้อม การประเมินนี้ควรดำเนินการอย่างเป็นระบบและอ่อนไหวต่อ วัฒนธรรม ครอบคลุมประเด็นสำคัญ เช่น ประวัติสุขภาพจิตส่วนบุคคลและครอบครัว ปัจจัยเสี่ยงและ ปัจจัยปกป้อง พัฒนาการทางอารมณ์และสังคม พฤติกรรมการปรับตัวและการเผชิญปัญหา และความ เสี่ยงต่ออันตราย (เช่น การทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น การใช้สารเสพติด) เป็นต้น พยาบาลสามารถใช้ เครื่องมือคัดกรองที่เหมาะสมและได้รับการรับรอง เช่น แบบประเมินความเครียด (เช่น DASS-21) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่น (PHQ-A), แบบประเมินโรควิตกกังวลทั่วไป 7 ข้อ (GAD-7) หรือแบบประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจ (Resilience Scale for Adolescents) เพื่อระบุกลุ่มวัยรุ่น ที่มีความเสี่ยงหรือมีจุดแข็งที่ควรส่งเสริมได้ตั้งแต่เนิ่นๆ¹³ และเป็นพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาล ที่เหมาะสม

2. การให้ความรู้และการสร้างทักษะ พยาบาลจิตเวชไม่ได้มุ่งให้ความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ ยังให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนทัศนคติเชิงลบ เช่น ความรู้สึกไร้ค่าหรือสิ้นหวัง ให้เป็นทัศนคติ เชิงบวก การมองเห็นคุณค่าในตนเองและความหวังในอนาคต โดยการจัดการเรียนรู้เชิงรุก เช่น จัด กิจกรรมกลุ่มย่อยที่เน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแสดงบทบาทสมมติ (Role-playing) และ การอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมในการเรียนรู้อย่างกระตือรือร้นและได้ฝึกฝนทักษะจริง ๆ หรือการใช้สื่อสังคมออนไลน์และสื่อดิจิทัล พัฒนาเนื้อหาที่เข้าถึงง่าย (Psychoeducation and Skill Building) พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้ความรู้และฝึกฝนทักษะที่จำเป็นต่อการพัฒนาความเข้มแข็งทาง จิตใจในวัยรุ่น โดยอาจจัดในรูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล กลุ่ม หรือผ่านโปรแกรมใน โรงเรียน ทักษะที่สำคัญประกอบด้วย

2.1 ทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียด สอนเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การ หายใจลึกๆ การเจริญสติ (mindfulness)¹⁴ การระบุและแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม การ จัดการความคิดเชิงลบ และการวางแผนรับมือกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

2.2 ทักษะการสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์ ส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแสดงออกอย่างเปิดเผยและเหมาะสม การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อนและคนในครอบครัว รวมถึงการพัฒนาทักษะการปฏิเสธอย่างสร้างสรรค์¹⁰

2.3 ทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ สอนกระบวนการระบุปัญหา การระดมสมองหาทางออก การประเมินข้อดีข้อเสีย และการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานของความเข้มแข็งทางจิตใจ¹⁰

2.4 การส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง สนับสนุนให้วัยรุ่นค้นพบจุดแข็งและศักยภาพของตนเอง การตั้งเป้าหมายที่ทำได้จริง และการเฉลิมฉลองความสำเร็จเล็กๆ น้อยๆ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง¹⁰

3. การส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างสรรค์และผ่อนคลาย แนะนำและสนับสนุนให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ชื่นชอบ เช่น กีฬา ดนตรี ศิลปะ หรืองานอดิเรกอื่นๆ ซึ่งช่วยลดความเครียด พัฒนาทักษะทางสังคม และสร้างความสุข¹⁰

4. การสนับสนุนครอบครัวและโรงเรียน (Family and School Support) เนื่องจากสุขภาพจิตวัยรุ่นมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับครอบครัวและโรงเรียน พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทสำคัญในการทำงานร่วมกับผู้ปกครองและบุคลากรในโรงเรียน โดยให้คำแนะนำและเสริมพลังผู้ปกครองเกี่ยวกับการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ, การสร้างบรรยากาศในบ้านที่อบอุ่นและสนับสนุน, การทำความเข้าใจพัฒนาการและพฤติกรรมของวัยรุ่น เพื่อสร้างรากฐานที่แข็งแกร่งของความเข้มแข็งทางจิตใจจากภายในบ้าน¹⁵ นอกจากนี้ พยาบาลสามารถเป็นบุคลากรสำคัญในการพัฒนาและดำเนินโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียน ให้ความรู้แก่ครูและบุคลากรในโรงเรียนเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของปัญหาสุขภาพจิต และสร้างสภาพแวดล้อมในโรงเรียนที่เป็นมิตรและเอื้อต่อสุขภาพจิต

5) การสร้างเครือข่ายและความร่วมมือ (Networking and Collaboration) ดูแลสุขภาพจิตของวัยรุ่นอย่างครอบคลุมนั้นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันจากหลายฝ่าย ทั้งภายในและภายนอกระบบสุขภาพ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพในระบบสุขภาพ (จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์) บุคลากรทางการศึกษา (ครู อาจารย์) ผู้ดูแลหลักและครอบครัว และ องค์กรชุมชน พยาบาลจิตเวชสามารถมีบทบาทเชิงรุกในการสร้างระบบส่งต่อแบบบูรณาการ พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจนระหว่างโรงเรียน โรงพยาบาล และองค์กรชุมชน จัดทำฝักร่วมกับ work shop เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจให้กับบุคลากรทางการศึกษาและผู้ปกครอง การดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่นเป็นไปอย่างครบวงจรและมีประสิทธิภาพ การสร้างเครือข่ายจะช่วยให้วัยรุ่นเข้าถึงแหล่งทรัพยากรและบริการที่จำเป็นได้ง่ายขึ้น²



การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (Prevention)

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการลดอุบัติการณ์ของปัญหา และพยาบาลจิตเวชมีบทบาทในทุกะดับของการป้องกัน

การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) มุ่งเน้นการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรวัยรุ่นโดยรวม โดยไม่จำเป็นต้องมีปัจจัยเสี่ยงเฉพาะเจาะจง โดยมีเป้าหมายหลักคือการค้นหาและเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง (Protective Factors) เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ (resilience) ก่อนที่ปัญหาจะเกิดขึ้น พยาบาลจิตเวชมีบทบาท ให้ความรู้และสร้างความตระหนัก จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตที่ดี ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น (เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล การใช้สารเสพติด การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์) และวิธีการดูแลสุขภาพจิตที่ดี ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น การบรรยาย เวิร์คช็อป สื่อสังคมออนไลน์^{5,16} ฝึกทักษะชีวิตเพื่อลดความเสี่ยง จัดโปรแกรมฝึกทักษะชีวิต (Life Skills Education) ที่เน้นการพัฒนาทักษะการตัดสินใจ การแก้ปัญหา การจัดการความเครียด การสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง และการปฏิเสธการใช้สารเสพติด ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่าช่วยลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้¹⁰ และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจิตที่ดี พยาบาลจิตเวชสามารถทำงานร่วมกับโรงเรียนและชุมชนเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย สนับสนุน และส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี เช่น การรณรงค์ต่อต้านการกลั่นแกล้ง การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียน การสร้างพื้นที่ที่ปลอดภัยสำหรับวัยรุ่นในชุมชน²

การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) มุ่งเน้นการค้นหาและให้การช่วยเหลือในระยะเริ่มแรกแก่กลุ่มวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต หรือกลุ่มที่เริ่มมีอาการของปัญหา โดยมีเป้าหมายหลักคือการลดปัจจัยเสี่ยงและเสริมสร้าง resilience ให้กับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น พยาบาลจิตเวชมีบทบาท การคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงสูง ดำเนินการคัดกรองเชิงรุกในโรงเรียนหรือสถานพยาบาล เพื่อระบุวัยรุ่นที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง เช่น วัยรุ่นที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคจิตเวช วัยรุ่นที่ประสบเหตุการณ์สะเทือนใจ วัยรุ่นที่แสดงอาการของความเครียดหรือความกังวลเล็กน้อย การให้คำปรึกษาและบำบัดระยะสั้น ให้คำปรึกษาเบื้องต้น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy [CBT]) หรือการบำบัดแบบเน้นการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy) ในระยะสั้นแก่กลุ่มวัยรุ่นที่เริ่มมีอาการหรือมีความเสี่ยง เพื่อช่วยให้พวกเขามีทักษะในการรับมือและป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น¹⁵ และส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม หากพยาบาลจิตเวชประเมินแล้วว่าวัยรุ่นมีอาการของโรคจิตเวช ภาวะซึมเศร้า หรือมีภาวะอื่น ๆ ที่รุนแรงขึ้น จะต้องดำเนินการส่งต่อให้จิตแพทย์หรือทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญสูงกว่าเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที



การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) มุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสมรรถภาพในวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาปัญหาสุขภาพจิตแล้ว เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดความรุนแรงของอาการ และส่งเสริมการใช้ชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพด้วยความเข้มแข็งทางใจ พยาบาลจิตเวช มีบทบาทในการ การดูแลต่อเนื่อง ติดตามอาการและการปรับตัวของวัยรุ่นอย่างสม่ำเสมอ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา (เช่น การใช้ยา การบำบัด) เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษา¹⁰ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ช่วยเหลือวัยรุ่นในการกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน การเรียน การทำงาน และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม การฝึกทักษะทางสังคมและอาชีพที่จำเป็น และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การระบุสัญญาณเตือนของการกลับเป็นซ้ำ การวางแผนเผชิญเหตุ และการสนับสนุนให้วัยรุ่นรักษาวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง เช่น การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ และการจัดการความเครียด ซึ่งเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ยั่งยืน

สรุป

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่สำคัญและเปราะบาง การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการเตรียมความพร้อมให้วัยรุ่นสามารถเผชิญกับความท้าทายต่างๆ ในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น ตั้งแต่การประเมินและการคัดกรอง การให้ความรู้และทักษะที่จำเป็น การสนับสนุนครอบครัวและโรงเรียน ไปจนถึงการดำเนินงานในระดับการป้องกันปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เป็นกุญแจสำคัญในการสร้างอนาคตสุขภาพจิตที่ดีของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นกลายเป็นผู้ใหญ่ที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. King RA. Adolescence. In: Martin A, Volkmar FR, editors. Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 279–90.
2. World Health Organization. Adolescent mental health [Internet]. 2021 [cited 2025 Jun 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
3. Department of Health, Ministry of Public Health. Report of the Global School-based Student Health Survey, 2021 (GSHS) [Report]. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2022. (in Thai)



4. Burnet Institute, Department of Mental Health, Mahidol University, UNICEF Thailand. Strengthening the mental health and psychosocial support systems and services for children and adolescents in East Asia and the Pacific Region: Thailand Country Report, Study conducted in 2022. Bangkok: UNICEF; 2022. (in Thai)
5. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Thailand Mental Health Situation Report 2023. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
6. Detkong T, Aksorn S, Gunadhiyadhana P, Assadonsak K, Tipchot T. Correlation between the resilience inventory 3-item version and screening of mental health problems by age group. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2023;31(1):52-63. (in Thai)
7. Danpho W, Thommachot P. Factors related to resilience of adolescents living in out-of-home care settings in Bangkok. *BMJ Paediatrics Open*. 2025;9:e003238. doi:10.1136/bmjpo-2024-003238. (in Thai)
8. American Psychological Association. The road to resilience. Washington (DC): American Psychological Association; 2014.
9. Grotberg E. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The Hague-NO: Bernard Van Leer Foundation; 1995. (Early Childhood Development Practice and Reflections; v.8).
10. Division of Mental Health Promotion and Development. Creative Mind-Power Manual for Teens (Revised Edition). Nonthaburi: Department of Mental Health; 2020 [cited 2025 Jun 20]. Available from: <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/1330>. (in Thai)
11. Chanueyjing A. Factors related to the resilience of Kasem Bundit University students [Bachelor's thesis]. Bangkok: Kasem Bundit University; 2022. (in Thai)
12. Kamphaengphan S, Prayai N, Junprasert T. Resilience in Children of Poverty: Case Study of Students Granted Equitable-Education-Fund-Scholarships. *Journal of Multidisciplinary in Humanities and Social Sciences (JMHS)*. 2023;6(6):3099-3122. (in Thai)



13. Boonchoo K. Factors effecting resilience of unwanted pregnancy teenage girls in Nakhonpathom province [Master's thesis]. Nakhon Pathom: Silpakorn University; 2012. [cited 2025 Jun 25]. Available from: <https://sure.su.ac.th/xmlui/handle/123456789/8284>. (in Thai)
14. Somboonsup S. Resilience and associated factors among adolescents with congenital heart disease attending at pediatric outpatient clinic of King Chulalongkorn Memorial Hospital [Master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2023. [cited 2025 Jun 25]. Available from: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/11838>. (in Thai)
15. Weisz JR, Kuppens S, Ng MY, Eckshtain D, Ugueto AM. What five decades of research tells us about the effects of youth psychotherapy: A 2017 meta-analysis and a half-century review. *Am Psychol*. 2017;72(2):79-93.
16. Royal College of Psychiatrists. Mental health of children and young people statistics [Internet]. 2020 [cited 2025 Jun 20]. Available from: <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/parents-and-young-people/about-mental-health/mental-health-of-children-and-young-people-statistics>.



การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการออกแบบการจัดการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาครู

ปรีดาภรณ์ สุวรรณดี*, วิไลภรณ์ วิชญาวัฒน์**

บทคัดย่อ

ในยุคที่เทคโนโลยีเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการจัดการเรียนรู้ โดยเฉพาะในระดับอุดมศึกษาที่มุ่งผลิตครูยุคใหม่ที่มีความสามารถทั้งด้านวิชาการและเทคโนโลยี ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นเพียงเครื่องมือเสริม แต่เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยออกแบบระบบการเรียนรู้ให้มีความยืดหยุ่น ปรับตามผู้เรียนรายบุคคล โดยปัญญาประดิษฐ์ สามารถช่วยนักศึกษาครูออกแบบการจัดการเรียนรู้ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลผู้เรียน เพื่อจัดเส้นทางการเรียนรู้รายบุคคล การสร้าง/ปรับแผนการสอน กิจกรรม สื่อการเรียนรู้ และการออกแบบการวัดและประเมินผล และส่งเสริมการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 เช่น การคิดวิเคราะห์ การเรียนรู้ด้วยตนเอง และการแก้ปัญหาเชิงระบบ บทบาทของครูจึงเปลี่ยนจากผู้ถ่ายทอดความรู้ไปสู่การเป็นผู้ออกแบบ ประเมิน และกำกับดูแลการเรียนรู้ที่ผสมผสานเทคโนโลยีอย่างมีประสิทธิภาพและมนุษยธรรม

บทความวิชาการนี้มุ่งนำเสนอ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ การใช้ปัญญาประดิษฐ์ของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา การออกแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ และจริยธรรมในการใช้ปัญญาประดิษฐ์เพื่อออกแบบการจัดการเรียนรู้ เนื้อหาเหล่านี้จะเป็นแนวทางเชิงปฏิบัติในการส่งเสริมให้นักศึกษาครูสามารถใช้ ปัญญาประดิษฐ์ เพื่อสร้างสรรค์การจัดการเรียนรู้ที่มีคุณภาพ มีความยืดหยุ่น และมีความรับผิดชอบต่อประเด็นด้านจริยธรรม ตลอดจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาการศึกษาทั้งในระดับหลักสูตรและระดับชั้นเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ: ปัญญาประดิษฐ์ การจัดการเรียนรู้ นักศึกษาครู จริยธรรมในการใช้ปัญญาประดิษฐ์

* อาจารย์, คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยการศึกษา มหาวิทยาลัยพะเยา

* Corresponding author; email: pangphysics124@gmail.com



The Application of Artificial Intelligence in Instructional Design for Pre-service Teachers

Preedaporn Suwandee*, Wilaiphorn Witchayawat**

Abstract

In an era of rapid technological transformation, Artificial Intelligence (AI) has become a vital component in instructional design, particularly in higher education institutions that prepare future educators. AI is no longer merely a supplementary tool; it serves as a key mechanism for designing flexible learning systems that can be adapted to individual learners. AI can support pre-service teachers in instructional design by analyzing learner data to personalize learning pathways, generating and refining lesson plans, learning activities, and instructional materials, and assisting in the design of assessment and evaluation. It also promotes the development of essential 21st-century skills such as critical thinking, self-directed learning, and systems-based problem solving. Consequently, the teacher's role is shifting from a transmitter of knowledge to a designer, evaluator, and facilitator of learning who integrates technology with ethical and human-centered responsibility.

This academic article examines three main aspects: the use of AI by higher education students, the design of learning experiences using AI, and the ethical considerations in AI-driven instructional design. It highlights how AI can be leveraged to create adaptive and personalized learning environments while addressing critical issues of fairness, transparency, and data privacy. The knowledge presented here provides a practical framework for empowering pre-service teachers to utilize AI effectively in designing high-quality and ethically sound learning experiences. Furthermore, it offers insights for improving education at both curriculum and classroom levels, ensuring that technological integration supports not only academic achievement but also the holistic development of learners in an ethical and sustainable manner.

Keywords: Artificial Intelligence, Learning Management, Pre-service Teachers, Ethics in AI Usage

* Lecturer, Faculty of Education, Chiang Rai Rajabhat University

** Lecturer, School of Education, University of Phayao

* Corresponding author; email: varunrat.pompakdee@crc.ac.th

บทนำ

ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) หมายถึง เทคโนโลยีที่สามารถเลียนแบบการคิด การเรียนรู้ และการตัดสินใจของมนุษย์ โดยอาศัยการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ ปัญญาประดิษฐ์ได้ กลายเป็นเครื่องมือสำคัญในหลายภาคส่วน ทั้งภาคอุตสาหกรรม การแพทย์ การเงิน และการศึกษา ด้วย ความสามารถในการเรียนรู้แบบอัตโนมัติ วิเคราะห์พฤติกรรม และตอบสนองต่อสถานการณ์ ที่หลากหลาย ทำให้ปัญญาประดิษฐ์มีศักยภาพในการส่งเสริมการพัฒนาระบบการเรียนรู้ที่มีความ ยืดหยุ่นและมีประสิทธิภาพสูง โดยเฉพาะในระดับอุดมศึกษา ซึ่งต้องเตรียมผู้เรียนให้พร้อมต่อโลก ยุคดิจิทัลอย่างรอบด้าน¹

ในปัจจุบัน โลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรงในทุกด้าน ทั้งด้าน เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม การปฏิวัติอุตสาหกรรมยุคใหม่ (Industry 4.0) และการ เติบโตของเทคโนโลยีดิจิทัล ได้พลิกโฉมวิถีชีวิตและรูปแบบการทำงานของผู้คนทั่วโลก รายงานของ World Economic Forum² ระบุว่า ภายในปี 2025 แรงงานกว่า 50% จำเป็นต้องพัฒนาทักษะใหม่ เพื่อให้ทันต่อเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อระบบการศึกษา โดยเฉพาะการผลิตครูยุค ใหม่ที่ต้องไม่เพียงมีความรู้ทางวิชาชีพ แต่ยังต้องเป็นผู้นำทางการเรียนรู้ในสังคมฐานข้อมูล ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีและปัญญาประดิษฐ์อย่างรู้เท่าทันจึงเป็นทักษะจำเป็นอย่างมาก ประเด็นสำคัญไม่ใช่เพียงการใช้ปัญญาประดิษฐ์แต่คือการนำปัญญาประดิษฐ์มาเป็นส่วนหนึ่งของ กระบวนการออกแบบการจัดการเรียนรู้ เพื่อยกระดับคุณภาพการสอนให้ยืดหยุ่น แม่นยำ และ ตอบสนองความแตกต่างระหว่างผู้เรียนได้จริง

แนวคิดหลักที่ใช้ในการออกแบบการเรียนรู้ด้วยปัญญาประดิษฐ์ คือ Personalized Learning ซึ่งมีรากฐานจากทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ของ Piaget และ Vygotsky ที่เชื่อว่าผู้เรียนสร้าง องค์ความรู้จากประสบการณ์ของตนเอง Bloom³ ยังได้นำเสนอแนวคิด Mastery Learning ที่ ส่งเสริมการเรียนรู้ตามจังหวะของแต่ละบุคคล ซึ่งปัญญาประดิษฐ์ สามารถตอบสนองต่อแนวคิดนี้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้เรียนและปรับกิจกรรมให้เหมาะสม งานวิจัยของ Luckin และคณะ⁴, Chen และคณะ⁵ ชี้ว่าปัญญาประดิษฐ์ ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเรียนรู้ที่ สามารถเพิ่มผลสัมฤทธิ์ของผู้เรียนได้อย่างชัดเจน แต่การใช้ปัญญาประดิษฐ์ก็มีข้อจำกัด เช่น ความ ลำเอียงของข้อมูล และปัญหาด้านจริยธรรมที่ควรได้รับการกำกับดูแลอย่างรอบคอบ⁶ ในขั้นวิเคราะห์ ผู้เรียน ปัญญาประดิษฐ์ช่วยสังเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมและผลการเรียนเพื่อระบุระดับความพร้อม จุดแข็ง-จุดอ่อน และความต้องการจำเพาะ ในขั้นออกแบบ ปัญญาประดิษฐ์ช่วยเสนอทางเลือกของ กิจกรรม การสอนแบบแตกต่าง และเส้นทางการเรียนรู้รายบุคคล ในขั้นพัฒนา ปัญญาประดิษฐ์ช่วย สร้าง/ปรับสื่อการเรียนรู้ ตัวอย่างคำถาม ใบงาน คำอธิบายหลายระดับความยาก และในขั้น

ประเมินผล ปัญญาประดิษฐ์ช่วยออกแบบข้อคำถาม รูปрик และสร้างข้อเสนอแนะ ที่รวดเร็วเพื่อนำไปใช้ปรับแผนการสอนแบบวนซ้ำ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ ในการออกแบบการจัดการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาครูระดับอุดมศึกษา โดยเน้นการสร้างรูปแบบการเรียนรู้ที่ส่งเสริมทักษะการคิดวิเคราะห์ ทักษะด้านเทคโนโลยี และสมรรถนะวิชาชีพครู บทความประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การใช้ปัญญาประดิษฐ์ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา 2) การออกแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ และ 3) จริยธรรมในการใช้ปัญญาประดิษฐ์เพื่อการออกแบบการจัดการเรียนรู้ องค์ความรู้ที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อวงวิชาการศึกษาและการพัฒนาครูยุคใหม่ พร้อมทั้งเป็นแนวทางสนับสนุนการจัดการศึกษาไทยให้เท่าทันและมีประสิทธิภาพในยุคปัญญาประดิษฐ์

1. การใช้ปัญญาประดิษฐ์ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา

การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ ในการเรียนการสอนระดับอุดมศึกษาได้รับความสนใจอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในฐานะเครื่องมือที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้และการจัดการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัย Zawacki-Richter และคณะ⁷ กล่าวว่า การใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการศึกษาไม่ได้เป็นเพียงกระแสเทคโนโลยี แต่ได้กลายเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของการปฏิรูปการเรียนรู้ โดยสามารถจำแนกการใช้ปัญญาประดิษฐ์ ได้ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ระบบติวเตอร์อัจฉริยะ ช่วยปรับเนื้อหาการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล 2) การวิเคราะห์ข้อมูลผู้เรียน เพื่อคาดการณ์ผลลัพธ์การเรียนรู้ 3) ระบบให้ข้อเสนอแนะแบบอัตโนมัติที่ช่วยให้นักศึกษารับคำแนะนำทันที และ 4) การใช้ผู้ช่วยเสมือนจริง ในการตอบคำถามทางวิชาการ Bond และคณะ⁸ สนับสนุนแนวคิดข้างต้น โดยให้เหตุผลว่ามหาวิทยาลัยในยุคดิจิทัลจำเป็นต้องอาศัยปัญญาประดิษฐ์เพื่อเพิ่มคุณภาพการเรียนรู้และลดภาระงานของอาจารย์ ซึ่งส่งผลให้อาจารย์มีเวลามากขึ้นในการออกแบบกิจกรรมที่เน้นกระบวนการเรียนรู้ที่ลึกซึ้ง ตัวอย่างเช่น Turnitin และ Grammarly ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับความนิยมในระดับนานาชาติ ไม่เพียงช่วยตรวจสอบการลอกเลียน แต่ยังให้ข้อเสนอแนะแบบเรียลไทม์ในการปรับปรุงทักษะการเขียนภาษาอังกฤษของนักศึกษา

เมื่อพิจารณาจากบริบทของประเทศไทย⁹ รายงานผลการสำรวจในมหาวิทยาลัยของรัฐว่า มีนักศึกษากว่า 70% ที่ใช้ปัญญาประดิษฐ์อย่างน้อยหนึ่งรูปแบบ เช่น การใช้ระบบค้นคว้าที่มีปัญญาประดิษฐ์ ช่วยวิเคราะห์สิ่งที่ต้องการ การเรียนรู้ภาษาผ่านแอปพลิเคชันที่ตรวจสอบการออกเสียง และการสร้างบรรณานุกรมอัตโนมัติ ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้จำกัดอยู่ในห้องเรียน แต่แทรกซึมเข้าสู่ทุกกระบวนการของการเรียนรู้ โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาที่ต้องการจัดการเวลาและเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนในอีกด้าน Selwyn⁶ กลับตั้งข้อสังเกตในเชิงวิพากษ์ว่า แม้ปัญญาประดิษฐ์จะอำนวยความสะดวกอย่างมาก แต่การพึ่งพาเทคโนโลยีมากเกินไปอาจลดทอน

ทักษะสำคัญบางประการของนักศึกษา เช่น ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การสรุปเนื้อหา และการสร้างองค์ความรู้ใหม่ด้วยตนเอง ปรากฏการณ์นี้สะท้อนผ่านการใช้เครื่องมืออย่าง ChatGPT หรือเครื่องมือสรุปบทความ ซึ่งอาจทำให้นักศึกษาขาดการฝึกฝนทักษะเชิงลึก นอกจากนี้ Selwyn⁶ ยังเตือนถึงความกังวลด้านจริยธรรม เช่น ความเป็นส่วนตัวของข้อมูลผู้เรียน และความลำเอียงในอัลกอริทึม (Algorithm Bias) ที่อาจนำไปสู่การตัดสินใจที่ไม่เป็นธรรม

ล่าสุด Jin และคณะ ได้พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้เท่าทันปัญญาประดิษฐ์ที่เรียกว่า GenAI Literacy Assessment Test (GLAT)¹⁰ เพื่อวัดว่าผู้เรียนมีความเข้าใจในการใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ อย่างมีวิจารณญาณหรือไม่ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีคะแนน GLAT สูงมีแนวโน้มจะใช้ปัญญาประดิษฐ์อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ที่อาศัยเพียงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยผลการทดสอบยังสามารถพยากรณ์ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้แม่นยำกว่าการประเมินตนเองอีกด้วย ในทำนองเดียวกัน Nikolovski และคณะ ได้ศึกษาและเปรียบเทียบระบบปัญญาประดิษฐ์¹¹ สำหรับการออกแบบข้อสอบในมหาวิทยาลัย โดยเสนอกรอบแนวคิดในการใช้โมเดลภาษาขนาดใหญ่ (LLMs) ในการปรับปรุงคุณภาพข้อสอบให้สอดคล้องกับจุดประสงค์ของรายวิชา และเน้นถึงความจำเป็นในการควบคุมความเป็นธรรมและบริบททางการเรียนรู้ที่เหมาะสม

กล่าวได้ว่า การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในระดับอุดมศึกษามีประโยชน์อย่างมากในการพัฒนาประสิทธิภาพการเรียนรู้และเพิ่มความหลากหลายในการออกแบบการเรียนการสอน โดยเฉพาะในยุคที่ผู้เรียนต้องการความยืดหยุ่นและความเป็นส่วนตัว แต่ความท้าทายทางจริยธรรม ความเป็นส่วนตัว และการพัฒนาทักษะการคิดด้วยตนเอง ยังคงเป็นประเด็นสำคัญ การพัฒนาความฉลาดรู้ทางปัญญาประดิษฐ์และนโยบายการใช้งานที่มีจริยธรรม จึงจำเป็นสำหรับการส่งเสริมการใช้ปัญญาประดิษฐ์อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพในการศึกษายุคใหม่

2. การออกแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์

ในบริบทของการออกแบบการจัดการเรียนรู้สมัยใหม่ อธิป เกตุสิริ และคณะ ชี้ว่าปัญญาประดิษฐ์ทำหน้าที่เป็น ผู้ช่วยทางวิชาการ¹² ซึ่งสามารถวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกจากพฤติกรรมผู้เรียน และผลประเมิน เพื่อจัดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับศักยภาพแต่ละคน กระบวนการนี้ช่วยให้ครูสามารถออกแบบกิจกรรมที่มุ่งเน้นทักษะการคิดวิเคราะห์และการแก้ปัญหาได้มากขึ้น แทนที่จะหมกมุ่นอยู่กับงานซ้ำ ๆ เช่น การตรวจข้อสอบหรือบันทึกข้อมูล นอกจากนี้ปัญญาประดิษฐ์ยังส่งเสริมทักษะขั้นสูงที่จำเป็นในยุคศตวรรษที่ 21 เช่น self-directed learning และการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ในลักษณะเดียวกัน วิชัย วงษ์ใหญ่ เน้นว่าปัญญาประดิษฐ์ช่วยสร้างระบบการเรียนรู้ที่ยืดหยุ่น¹³ โดยเทคโนโลยีโลกเสมือนผสมผสานโลกแห่งความจริง (Augmented Reality: AR) และระบบประเมินผลแบบเรียลไทม์ ปัญญาประดิษฐ์ช่วยให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบต่อตนเอง และกระตุ้นให้

เกิดแรงจูงใจภายใน ในขณะที่ครูมีเวลามากขึ้นในการเสริมสร้างด้านอารมณ์และจิตวิญญาณของผู้เรียน เช่น การให้คำปรึกษาเชิงลึกและพัฒนาชีวิต โดยปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้เปลี่ยนครู แต่ช่วยให้ครูทำหน้าที่เชิงคุณภาพได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ในขณะที่ Jundan Wang เตือนถึงความเสี่ยงของการใช้ปัญญาประดิษฐ์ที่อาจก่อให้เกิดผลเสียในด้านคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างครูและนักเรียน¹⁴ เขาชี้ว่าการพึ่งพาปัญญาประดิษฐ์มากเกินไปอาจเปลี่ยนบทบาทครูจาก ผู้สร้างความหมายไปเป็นระบบเพื่อผลลัพธ์ที่เน้นคะแนนและผลสัมฤทธิ์มากกว่าการสอนแบบมีจิตวิญญาณ นอกจากนี้เขายังชี้ว่าการใช้ข้อมูลขนาดใหญ่ในการปรับเนื้อหาอาจสร้างความกังวลเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัวและอัลกอริทึมที่ไม่โปร่งใส ซึ่งอาจสร้างความไม่เชื่อมั่นต่อระบบการเรียนรู้ที่สร้างขึ้น

ในมุมมองวิชาการในต่างประเทศ งานวิจัยเชิงปรัชญาและเทคนิค เช่น ARCHED framework เป็นกรอบแนวคิดที่ Li และคณะ เสนอเพื่อกำกับการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการศึกษาให้มีความรับผิดชอบ โปร่งใส และเน้นความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วย 6 หลักการ¹⁵ ได้แก่ Accountability ความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์, Responsibility การยึดจริยธรรมและการคุ้มครองข้อมูล, Critical Awareness การรู้เท่าทันข้อจำกัดและอคติของ AI, Human-Centeredness การออกแบบที่ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง, Equity การสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึง และ Data Literacy การเสริมทักษะรู้เท่าทันข้อมูล เพื่อให้การใช้ปัญญาประดิษฐ์สนับสนุนการเรียนรู้อย่างมีคุณค่าและยั่งยืน งานศึกษาเชิงระบบของ Bulut และคณะ พบว่า แม้ปัญญาประดิษฐ์จะเพิ่มประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ก็ต้องคำนึงถึงปัญหาทางจริยธรรม¹⁶ เช่น อคติของอัลกอริทึม ความไม่โปร่งใส และความไม่เป็นธรรม หลายงานแนะนำให้ใช้ไกด์ไลน์เชิงนโยบาย¹⁷ เพื่อสร้างสมดุลระหว่างความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและความเป็นมนุษย์ในบริบทการศึกษา

จากการเปรียบเทียบงานวิจัยและข้อเสนอเชิงวิชาการหลายชิ้น^{15,16,17,18} พบว่าปัญญาประดิษฐ์ มีศักยภาพโดดเด่นในการ ปรับเนื้อหาและวิธีการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับผู้เรียนรายบุคคล ซึ่งช่วยตอบโจทย์การเรียนรู้เฉพาะตัวอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ปัญญาประดิษฐ์ยังสามารถ ลดภาระงานซ้ำซากของครู เช่น การตรวจข้อสอบ การให้ข้อเสนอแนะทั่วไป หรือการจัดเก็บข้อมูล ส่งผลให้ครูสามารถมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้เรียน เช่น การสร้างแรงบันดาลใจ การดูแลด้านอารมณ์ และการส่งเสริมทักษะชีวิตได้มากขึ้น แต่หลายแหล่งข้อมูลชี้ให้เห็นข้อจำกัดสำคัญของการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการจัดการเรียนรู้ ได้แก่ การลดบทบาทของครูในด้านปฏิสัมพันธ์ทางอารมณ์ การพึ่งพาเทคโนโลยีมากเกินไปจนเกิดช่องว่างในการสื่อสารมนุษย์ และปัญหาด้านจริยธรรม เช่น ความไม่โปร่งใสของอัลกอริทึม ความเป็นส่วนตัวของข้อมูลผู้เรียน และความเสี่ยงในการสร้างความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึง



ดังนั้นการออกแบบการจัดการเรียนรู้ที่ใช้ปัญญาประดิษฐ์จึงควรอยู่ภายใต้กรอบมนุษย์เป็นศูนย์กลาง โดยให้ครูยังคงทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกและผู้ดูแลที่เข้าใจบริบทของผู้เรียนอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งต้องคำนึงถึงหลักการพื้นฐานของความโปร่งใส ความเป็นส่วนตัว และความเสมอภาคในการเข้าถึงเทคโนโลยี เพื่อให้ผู้เรียนได้รับการพัฒนาอย่างสมดุล ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และจิตใจ

เพื่อให้เห็นภาพความแตกต่างระหว่างการออกแบบการจัดการเรียนรู้ที่ใช้ปัญญาประดิษฐ์กับรูปแบบดั้งเดิมที่ไม่ใช่ปัญญาประดิษฐ์บทความนี้จะได้นำเสนอการเปรียบเทียบในด้านต่างๆ ที่มีนัยสำคัญต่อกระบวนการเรียนการสอน เช่น เป้าหมายของการเรียนรู้ บทบาทของครู วิธีการวิเคราะห์ผู้เรียน เครื่องมือสนับสนุนการสอน รูปแบบการประเมิน และผลที่เกิดขึ้นกับผู้เรียน รายละเอียดเปรียบเทียบแสดงไว้ในตารางที่ 1 จากการสังเคราะห์ของผู้เขียน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการออกแบบการจัดการเรียนรู้ที่ใช้ปัญญาประดิษฐ์ และไม่ใช้ปัญญาประดิษฐ์

ประเด็น	การออกแบบการจัดการเรียนรู้ที่ใช้ปัญญาประดิษฐ์	การออกแบบการจัดการเรียนรู้แบบไม่ใช้ปัญญาประดิษฐ์
เป้าหมาย	มุ่งปรับให้เหมาะกับผู้เรียนรายบุคคล	มักออกแบบให้เหมาะกับผู้เรียนกลุ่มใหญ่ โดยเน้นความครอบคลุมของเนื้อหา
บทบาทครู	เปลี่ยนจากผู้ถ่ายทอดความรู้เป็นผู้ออกแบบระบบการเรียนรู้ และผู้ดูแล	เป็นผู้กำหนดเนื้อหา วิธีสอน และประเมินผลแบบตรงไปตรงมา
บทบาทผู้เรียน	ผู้เรียนเชิงรุก สามารถโต้ตอบกับระบบปัญญาประดิษฐ์ เพื่อปรับแนวทางการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับความสนใจ	ผู้เรียนมีบทบาทน้อยกว่า มักเป็นผู้รับสารความรู้ตามที่ครูกำหนด โดยต้องพึ่งพาครูเป็นหลักในการจัดเนื้อหาและกิจกรรม
การวิเคราะห์ผู้เรียน	ใช้ระบบ Learning Analytics ตรวจสอบพฤติกรรมผู้เรียนแบบเรียลไทม์	วิเคราะห์จากประสบการณ์หรือการสังเกตโดยครู ซึ่งอาจมีอคติหรือไม่ทันสมัย
เครื่องมือ	ใช้ ITS, AI Chatbots, ระบบประเมินอัตโนมัติ ฯลฯ เพื่อเสริมการสอน	ใช้เครื่องมือพื้นฐาน เช่น สื่อการสอน เอกสาร วิดีโอ หรือแบบฝึกหัด
ความยืดหยุ่น	เนื้อหาและกิจกรรมเรียนรู้สามารถปรับตามความสามารถและความเร็วของผู้เรียน	เนื้อหาตายตัว ผู้เรียนต้องปรับตามโครงสร้างที่ครูวางไว้



ประเด็น	การออกแบบการจัดการเรียนรู้ที่ใช้ปัญญาประดิษฐ์	การออกแบบการจัดการเรียนรู้แบบไม่ใช้ปัญญาประดิษฐ์
ประเมินผล	ใช้ระบบปัญญาประดิษฐ์วิเคราะห์ข้อสอบและให้ Feedback อัตโนมัติ	การประเมินโดยครู มักใช้เวลา และมีความล่าช้า
ข้อควรระวัง	เสี่ยงต่อการลดบทบาทครูในด้านอารมณ์ ความสัมพันธ์ และจริยธรรม	ยังคงเน้นมนุษยสัมพันธ์ และการสื่อสารที่มีอารมณ์ร่วม
ผลต่อผู้เรียน	ส่งเสริมความเป็นเจ้าของในการเรียนรู้ และการคิดวิเคราะห์	ผู้เรียนมีบทบาทน้อยกว่า มักเกิดการเรียนรู้จากการฟัง

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า การออกแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับนักศึกษาครูมีลักษณะเด่นที่ช่วยให้ผู้สอนฝึกหัดสามารถ ออกแบบบทเรียนแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางได้ชัดเจนขึ้น โดยปัญญาประดิษฐ์สนับสนุนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้เรียน เพื่อมองเห็นความแตกต่างระหว่างบุคคล (ระดับความพร้อม จุดแข็ง-จุดอ่อน ความสนใจ และรูปแบบการเรียนรู้) และช่วย สร้าง/ปรับแผนการสอน กิจกรรม สื่อ และการวัดประเมินผล ให้เหมาะสมกับผู้เรียนแต่ละกลุ่มหรือรายบุคคลมากขึ้น นอกจากนี้ปัญญาประดิษฐ์ยังช่วย ติดตามพฤติกรรมการเรียนรู้และพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ทำให้นักศึกษาครูสามารถฝึกใช้ข้อมูลจริงในการ ตัดสินใจเชิงวิชาชีพ เช่น การปรับจังหวะการสอน การจัดกิจกรรมเสริม การให้ feedback รายบุคคล และการออกแบบงานที่ท้าทายอย่างเหมาะสม ส่งผลให้การสอนมีแนวโน้ม เพิ่มแรงจูงใจภายในผู้เรียน และส่งเสริมทักษะเชิงลึก เช่น การคิดวิเคราะห์และการแก้ปัญหาได้มากขึ้น

ในทางกลับกัน การออกแบบแบบดั้งเดิมยังคงมีคุณค่าในด้าน มนุษยสัมพันธ์ ความเข้าใจเชิงอารมณ์ และการดูแลผู้เรียนในมิติที่ ปัญญาประดิษฐ์ทดแทนไม่ได้ แต่สำหรับนักศึกษาครูมักเผชิญข้อจำกัดด้านเวลาและประสบการณ์ ทำให้การปรับบทเรียนให้ตอบสนองความแตกต่างของผู้เรียนทำได้ไม่เต็มที่ เมื่อไม่มีเครื่องมือช่วยวิเคราะห์ข้อมูลและสะท้อนผลอย่างเป็นระบบ ดังนั้น การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์อย่างมีวิจารณญาณจึงเป็นตัวช่วยเชิงกระบวนการที่ทำให้นักศึกษาครูฝึกการออกแบบการสอนได้รวดเร็วขึ้น มีหลักฐานประกอบการตัดสินใจมากขึ้น และพัฒนาสมรรถนะสำคัญของวิชาชีพครู ได้แก่ การออกแบบการสอนเชิงข้อมูล การประเมินเพื่อพัฒนา และการปรับปรุงแผนการสอนแบบวนซ้ำ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความพร้อมต่อการฝึกประสบการณ์วิชาชีพและการเป็นครูในยุคดิจิทัลได้อย่างเหมาะสม

ในมุมมองของผู้เขียน การออกแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ไม่ใช่การแทนครู แต่เป็นการยกระดับบทบาทครูให้ทำงานเชิงคุณภาพได้มากขึ้น โดยเฉพาะในบริบทนักศึกษาครูที่ยังมีข้อจำกัดด้านเวลาและประสบการณ์ ปัญญาประดิษฐ์ช่วยให้การตัดสินใจทางการสอนมีหลักฐานเชิง

ข้อมูลรองรับ ทั้งการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างบุคคล การปรับแผนการสอนแบบยืดหยุ่น และการประเมินเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้เรียนมีแนวโน้มเกิดความเป็นเจ้าของการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการคิดขั้นสูงได้เด่นชัดขึ้น แต่การใช้ปัญญาประดิษฐ์ ต้องอยู่ภายใต้กรอบมนุษย์เป็นศูนย์กลาง โดยครูยังคงเป็นผู้ดูแลความสัมพันธ์ การหล่อหลอมคุณค่า และการพัฒนาด้านอารมณ์จิตใจ ซึ่งเป็นมิติที่เทคโนโลยีไม่อาจทดแทนได้เต็มที่ ดังนั้น แนวทางที่เหมาะสมที่สุดคือการใช้ปัญญาประดิษฐ์อย่างมีวิจารณญาณ โปร่งใส เคารพความเป็นส่วนตัว และคำนึงถึงเสมอภาคในการเข้าถึง เพื่อให้เทคโนโลยีทำหน้าที่เสริมพลังการเรียนรู้ไม่ลดทอนความเป็นมนุษย์ของห้องเรียน และนำไปสู่การพัฒนาผู้เรียนอย่างสมดุลทั้งความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะในศตวรรษที่ 21 อย่างยั่งยืน

3. จริยธรรมในการใช้ปัญญาประดิษฐ์เพื่อการออกแบบการจัดการเรียนรู้

การใช้ปัญญาประดิษฐ์เพื่อออกแบบการจัดการเรียนรู้มีข้อดีหลายประการ เช่น การวิเคราะห์ข้อมูลผู้เรียนได้อย่างแม่นยำ การสร้างเส้นทางการเรียนรู้เฉพาะบุคคล และการประเมินผลเรียลไทม์ แต่ในขณะเดียวกัน การนำปัญญาประดิษฐ์มาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนการสอนโดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาครูที่กำลังพัฒนาทักษะด้านวิชาชีพและจริยธรรม จำเป็นต้องพิจารณาประเด็นสำคัญด้านจริยธรรม 3 ประการ ประกอบด้วย ความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูล ความพึงพิงเทคโนโลยี การลดทอนความสามารถมนุษย์ ความรับผิดชอบ และการกำกับดูแล

3.1 ความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูล

ระบบปัญญาประดิษฐ์ที่ใช้ในการเรียนรู้มักต้องอาศัยข้อมูลจำนวนมาก ทั้งข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ชื่อ-นามสกุล รหัสนักศึกษา และข้อมูลพฤติกรรมการเรียนรู้ ได้แก่ ระดับความสำเร็จในแต่ละบทเรียน ความถี่ในการเข้าสู่ระบบ เวลาที่ใช้ในกิจกรรม รวมถึงพฤติกรรมคำตอบคำถามหรือปฏิสัมพันธ์กับเนื้อหา ข้อมูลเหล่านี้ถูกจัดว่าเป็น ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (PDPA) เนื่องจากสามารถนำไปวิเคราะห์ลักษณะนิสัย สมรรถนะ และศักยภาพผู้เรียนได้อย่างละเอียด หากไม่มีมาตรการความปลอดภัยที่รัดกุม อาจเสี่ยงต่อการถูกเข้าถึงโดยไม่เกี่ยวข้อง การนำไปใช้ในทางที่ไม่เหมาะสม เช่น การประเมินผลเชิงลบโดยไม่เป็นธรรม การใช้ข้อมูลเพื่อการพาณิชย์โดยไม่ได้รับความยินยอม หรือการรั่วไหลที่กระทบต่อความเป็นส่วนตัวของผู้เรียน¹⁹

ในบริบทของ นักศึกษาครู ซึ่งกำลังฝึกฝนวิชาชีพและเรียนรู้การออกแบบการจัดการเรียนรู้ การเข้าใจและปฏิบัติตามหลักการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งในฐานะผู้เรียนที่ต้องได้รับการคุ้มครอง และในฐานะผู้ที่ครูที่ต้องสามารถออกแบบการเรียนรู้โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายและจริยธรรม การละเมิดหรือเพิกเฉยต่อข้อกำหนดของ

PDPA ไม่เพียงแต่กระทบต่อความเชื่อมั่นของผู้เรียนเท่านั้น แต่ยังอาจส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือในวิชาชีพครู^{20,21}

3.2 ความพึงพิงเทคโนโลยีและการลดทอนความสามารถมนุษย์

แม้ปัญญาประดิษฐ์จะสามารถให้คำแนะนำและวิเคราะห์ข้อมูลได้แม่นยำกว่าในบางมิติ แต่การออกแบบกระบวนการเรียนรู้ที่ใช้ปัญญาประดิษฐ์เป็นศูนย์กลางมากเกินไป อาจก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิงเทคโนโลยี โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาครูที่อยู่ในช่วงพัฒนา ทักษะคิดเชิงวิเคราะห์และความสามารถในการตัดสินใจ เห็นว่านักศึกษาที่ใช้ปัญญาประดิษฐ์เพื่อตรวจสอบ สรุป หรือสร้างเนื้อหาตลอดเวลา มีโอกาสสูงที่จะขาดความเชื่อมั่นในการประเมินเนื้อหาด้วยตนเอง ลดแรงจูงใจในการค้นคว้าเชิงลึก และกลายเป็นผู้บริโภคข้อมูลสำเร็จรูปมากกว่าจะเป็นผู้เรียนเชิงรุก การเรียนรู้เชิงลึก (Deep Learning) ที่ต้องอาศัยการตั้งคำถาม วิเคราะห์ข้อมูลจากหลายแหล่ง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จึงอาจถูกแทนที่ด้วยการรับคำตอบที่ปัญญาประดิษฐ์จัดเตรียมมาให้

ดังนั้น การออกแบบการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการเรียนรู้ต้อง วางกรอบชัดเจน โดยกำหนดบทบาทปัญญาประดิษฐ์ให้เป็น เครื่องมือเสริมการเรียนรู้ แทนที่จะใช้แทนกระบวนการคิดของมนุษย์ ควรมีการฝึกฝนให้นักศึกษาคูรู้จักรวบรวมตรวจสอบความถูกต้องของผลลัพธ์ แยกแยะข้อมูลที่ผ่านปัญญาประดิษฐ์ประมวลผล และฝึกทักษะวิเคราะห์ประกอบกัน

3.3 ความรับผิดชอบและการกำกับดูแล

เมื่อระบบปัญญาประดิษฐ์ถูกใช้ตัดสินใจในประเด็นสำคัญ เช่น การประเมินความสามารถ การแนะนำเส้นทางเรียนรู้ หรือการให้ผลสะท้อนกลับ คำถามที่ตามมาคือ “หากระบบผิดพลาด ใครต้องรับผิดชอบ?” ตัวอย่างความผิดพลาด เช่น ปัญญาประดิษฐ์แนะนำเนื้อหาที่ไม่เหมาะสมกับระดับผู้เรียน ระบบประเมินผลสัมฤทธิ์ผิดพลาดจากความไม่เป็นจริง หรือให้ข้อเสนอแนะที่สร้างความเข้าใจผิด ความไม่ชัดเจนในโครงสร้างการรับผิดชอบอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างหลายฝ่าย ได้แก่ อาจารย์ผู้สอน ที่ต้องรับผิดชอบต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา ผู้พัฒนาปัญญาประดิษฐ์ที่ออกแบบและดูแลระบบ และมหาวิทยาลัย ที่เป็นผู้กำหนดนโยบายและเลือกใช้ระบบดังกล่าว ในบริบทของ นักศึกษาครู ซึ่งอาจใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการออกแบบแผนการสอนหรือกิจกรรมการเรียนรู้ภายใต้การฝึกประสบการณ์วิชาชีพ ความรับผิดชอบจะซับซ้อนขึ้น เพราะเกี่ยวข้องกับหลายบทบาท ได้แก่ 1) นักศึกษาครู รับผิดชอบในการตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องของเนื้อหาและวิธีการที่ปัญญาประดิษฐ์สร้างขึ้น ก่อนนำไปใช้กับผู้เรียน 2) อาจารย์นิเทศ รับผิดชอบในฐานะที่ปรึกษาและผู้ประเมินแผนการสอน ควรกำกับดูแลให้การใช้ปัญญาประดิษฐ์เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ 3) ครูพี่เลี้ยง รับผิดชอบกำกับการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในสถานศึกษา เพื่อให้มั่นใจว่ากิจกรรมการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในชั้นเรียนมีความถูกต้องและปลอดภัย 4) สถาบันฝึก

ประสบการณ์และมหาวิทยาลัย รับผิดชอบกำหนดนโยบายและมาตรการรองรับ หากเกิดข้อผิดพลาดจากการใช้ปัญญาประดิษฐ์

Zawacki-Richter และคณะ จึงเสนอว่าจำเป็นต้องมี กรอบจริยธรรมและข้อกำหนดทางกฎหมาย ที่กำหนดอย่างชัดเจนว่า ใครเป็นผู้ดูแลระบบปัญญาประดิษฐ์ ใครมีอำนาจตรวจสอบและปรับแก้ข้อผิดพลาด กระบวนการแก้ไขเมื่อเกิดความเสียหายเป็นอย่างไร และวิธีแจ้งผู้ใช้เมื่อระบบตัดสินใจผิดพลาด นอกจากนี้ การสร้าง หน่วยกำกับดูแลจริยธรรมปัญญาประดิษฐ์ (AI Ethics Committee) ในระดับสถาบันก็เป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยติดตาม ป้องกัน และจัดการประเด็นจริยธรรมเหล่านี้ได้อย่างเป็นระบบ

ทั้งนี้ องค์การยูเนสโก แนะนำให้มหาวิทยาลัยและผู้พัฒนาเทคโนโลยีจัดทำนโยบายคุ้มครองข้อมูล (Data Protection Policy) ที่ครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้²² 1) การแจ้งวัตถุประสงค์ระบุชัดว่าข้อมูลจะถูกใช้เพื่ออะไร 2) การขอความยินยอม อย่างชัดเจนก่อนการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล 3) สิทธิในการเข้าถึงและแก้ไขข้อมูล ของผู้เรียน 4) มาตรการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล เช่น การเข้ารหัส และการควบคุมการเข้าถึง และ 5) การลบข้อมูลเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาใช้งาน การปฏิบัติตามมาตรการเหล่านี้จะช่วยสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้เรียน รักษามาตรฐานทางวิชาชีพครู และลดความเสี่ยงทางกฎหมายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการออกแบบการจัดการเรียนรู้

จากการพิจารณาทั้ง 3 ประเด็น พบว่า ความเป็นส่วนตัวของข้อมูลผู้เรียน ซึ่งข้อมูลการเรียนรู้ที่ละเอียดสามารถถูกนำไปใช้ในทางที่ผิดหากไม่มีมาตรการปกป้องที่ชัดเจน ความพึงพิงเทคโนโลยีที่อาจลดทอนความสามารถในการคิดวิเคราะห์ของมนุษย์ หากใช้ปัญญาประดิษฐ์แทนการเรียนรู้ที่ต้องอาศัยการไตร่ตรอง และความไม่ชัดเจนด้านความรับผิดชอบ ซึ่งการออกแบบระบบปัญญาประดิษฐ์ที่มีผลต่อผลการเรียน จำเป็นต้องมีกลไกกำกับดูแลและแนวทางความรับผิดชอบต่อโปร่งใส จึงกล่าวได้ว่า แม้ปัญญาประดิษฐ์จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ได้อย่างมาก แต่การใช้อย่างมีจริยธรรมต้องอยู่ภายใต้กรอบที่ชัดเจน โปร่งใส มีการกำกับดูแล และยังคงยึดมนุษย์เป็นศูนย์กลาง เพื่อไม่ให้เทคโนโลยีมาลดคุณค่าของกระบวนการเรียนรู้อย่างแท้จริง

สรุป

บทความนี้ได้นำเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับนักศึกษาครู โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ซึ่งทำให้ผู้อ่านได้รับประโยชน์และแนวทางปฏิบัติ ดังนี้ 1) การรู้เท่าทันการใช้ปัญญาประดิษฐ์ของผู้เรียนในปัจจุบัน พบว่านักศึกษาในปัจจุบันมีการใช้ปัญญาประดิษฐ์เป็นเครื่องมือพื้นฐานในการเรียนรู้ ทั้งในรูปแบบตัวเตอร์และผู้ช่วยวิเคราะห์ข้อมูล สิ่งที่นักศึกษาครูจะได้รับจากส่วนนี้คือ ความตระหนักว่าครูไม่สามารถปฏิเสธเทคโนโลยีได้ แต่จำเป็นต้องสร้างทักษะความฉลาดรู้ทางปัญญาประดิษฐ์เพื่อป้องกันปัญหาการพึ่งพิงเทคโนโลยีจนขาดทักษะการคิดวิเคราะห์

2) แนวทางการเปลี่ยนบทบาทผู้ออกแบบการจัดการเรียนรู้ด้วยปัญญาประดิษฐ์ ในส่วนนี้ผู้อ่านจะได้เรียนรู้กระบวนการใช้ปัญญาประดิษฐ์เพื่อยกระดับคุณภาพการสอน จากเนื้อหาที่ได้นำเสนอเรื่องขั้นตอนการวิเคราะห์และออกแบบ สามารถสังเคราะห์ได้ว่าปัญญาประดิษฐ์มีบทบาทเด่นที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ 4 ด้าน ได้แก่ (1) การวิเคราะห์ผู้เรียน ใช้ปัญญาประดิษฐ์วิเคราะห์พฤติกรรมเพื่อระบุความแตกต่างระหว่างบุคคล ซึ่งแม่นยำกว่าการสังเกตทั่วไป (2) การออกแบบและปรับปรุงใช้สร้างและปรับแผนการสอนหรือสื่อการเรียนรู้ให้ยืดหยุ่นเหมาะกับผู้เรียนรายคนหรือรายกลุ่ม (3) การประเมินผล ใช้ปัญญาประดิษฐ์ช่วยประเมินและติดตามความก้าวหน้าแบบเรียลไทม์ และ (4) การสะท้อนผล ให้ข้อเสนอแนะรายบุคคลเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงการสอนแบบวนซ้ำ บทบาททั้ง 4 นี้แสดงให้เห็นว่าปัญญาประดิษฐ์ช่วยลดภาระงานซ้ำซ้อน ทำให้นักศึกษามีเวลาไปโฟกัสที่การออกแบบกิจกรรมเชิงลึกและการดูแลผู้เรียนได้มากขึ้น และ 3) เกราะป้องกันความเสี่ยงด้วยจริยธรรม ในส่วนสุดท้าย ผู้อ่านจะได้รับแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการใช้ปัญญาประดิษฐ์โดยต้องคำนึงถึง 3 เรื่องสำคัญคือ ความเป็นส่วนตัวของข้อมูลผู้เรียน การไม่ปล่อยให้ปัญญาประดิษฐ์ลดทอนความสามารถมนุษย์ และความรับผิดชอบหากระบบเกิดข้อผิดพลาด ซึ่งเป็นสิ่งที่นักศึกษาครูต้องยึดถือเป็นมาตรฐานวิชาชีพ โดยสรุปการนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้จึงไม่ใช่เพียงการหาเครื่องมือมาช่วยสอน แต่เป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของนักศึกษาครู ให้กลายเป็นผู้อำนวยความสะดวกที่ทำงานบนฐานข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีอย่างมีวิจารณญาณและยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง

จากการสังเคราะห์เนื้อหาทั้ง 3 ส่วน ทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ในรูปแบบกรอบแนวคิดการออกแบบการจัดการเรียนรู้เชิงรุกด้วยปัญญาประดิษฐ์บนฐานจริยธรรมซึ่งมีสาระสำคัญคือ การผสมผสานเทคโนโลยีกับมนุษยนิยม การเรียนรู้รูปแบบใหม่ไม่ได้เกิดจากการใช้ปัญญาประดิษฐ์แทนครู แต่เกิดจากการใช้ศักยภาพของปัญญาประดิษฐ์ในด้านการจัดการข้อมูล ผสานกับศักยภาพของครูในด้านอารมณ์และสังคม วงจรการออกแบบที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล กระบวนการออกแบบการสอนเปลี่ยนจากการวางแผนล่วงหน้าแบบตายตัวเป็นวงจรหมุนเวียนที่ประกอบด้วย การวิเคราะห์-ออกแบบ-ประเมิน-สะท้อนผล โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์เป็นกลไกขับเคลื่อนในทุกขั้นตอน ทำให้แผนการสอนมีความเป็นพลวัตปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาตามพัฒนาการผู้เรียน สมรรถนะคู่ขนานของครูยุคใหม่ ครูยุคใหม่ต้องมีสมรรถนะ 2 ด้านที่พัฒนาไปพร้อมกัน คือ ความฉลาดทางเทคนิคและ ความฉลาดทางจริยธรรมซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้การศึกษาเกิดความยั่งยืน



เอกสารอ้างอิง

1. Intel. Artificial intelligence in higher education [Internet]. Santa Clara (CA): Intel; 2021 [cited 2025 Aug 11]. Available from:
<https://www.intel.com/content/www/us/en/education/highered/artificial-intelligence.html>
2. World Economic Forum. The future of jobs report 2020 [Internet]. Geneva: World Economic Forum; 2020 [cited 2025 Aug 11]. Available from:
https://www3.weforum.org/docs/WEF_Future_of_Jobs_2020.pdf
3. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. New York: McKay; 1956.
4. Luckin R, Holmes W, Griffiths M, Forcier LB. Intelligence unleashed: An argument for AI in education. London: Pearson Education; 2020.
5. Chen L, Chen P, Lin Z. Artificial intelligence in education: A review. IEEE Access. 2020;8:75264–78.
6. Selwyn N. Should robots replace teachers? AI and the future of education. Cambridge: Polity Press; 2021.
7. Zawacki-Richter O, Marín VI, Bond M, Gouverneur F. Systematic review of research on artificial intelligence applications in higher education – Where are the educators?. Int J Educ Technol High Educ. 2019;16(1):1–27.
8. Bond M, Zawacki-Richter O, Nichols M. Revisiting five decades of educational technology research: A content and authorship analysis of the British Journal of Educational Technology. Br J Educ Technol. 2021;52(1):8–25.
9. Phongwarapha P. The use of artificial intelligence technology in higher education in Thailand. Journal of Educational Technology. 2021;15(2):45–62. (in Thai).
10. Jin Y, Martinez-Maldonado R, Gašević D, Yan L. GLAT: the generative AI literacy assessment test. Comput Educ Artif Intell. 2025;9:100436.
doi:10.1016/j.caeai.2025.100436.
11. Nikolovski V, Trajanov D, Chorbev I. Advancing AI in higher education: a comparative study of large language model-based agents for exam question generation, improvement, and evaluation. Algorithms. 2025;18(3):144.
doi:10.3390/a18030144.



12. Ketusiri A, Ketusiri N, Senket S, Rianru W. The artificial intelligence (AI) for teaching and learning management in the 21st century. *J Res Innov Soc.* 2025;1(1):44–51. (in Thai).
13. Wongyai W. The use of artificial intelligence (AI) for learning management in the 21st century. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2021. (in Thai).
14. Wang J. The impact of artificial intelligence teaching on teaching quality. Beijing: Higher Education Press; 2025.
15. Li X, Zhang H, Kim Y. Human-centered AI in education: Designing ARCHED framework for equity and agency. *J Educ Technol Soc.* 2025;28(2):45–61.
16. Bulut O, Ozkul AE, Uluç S. Ethical concerns and algorithmic bias in AI-supported learning analytics. *Comput Educ.* 2024;204:104865. doi: 10.1016/j.compedu.2024.104865.
17. EDUCAUSE. Guiding principles for responsible AI integration in higher education [Internet]. Boulder (CO): EDUCAUSE; 2024 [cited 2024 Oct 1]. Available from: <https://www.educause.edu/research-and-publications>
18. Holmes W, Bialik M, Fadel C. Artificial intelligence in education: Promises and implications for teaching and learning. Boston (MA): Center for Curriculum Redesign; 2019.
19. Hunton Andrews Kurth LLP. Thailand’s personal data protection act enters into force [Internet]. Privacy & Information Security Law Blog; 2022 [cited 2024 Oct 1]. Available from: <https://www.hunton.com/privacy-and-information-security-law/thailands-personal-data-protection-act-enters-into-force>
20. Sadhuwong K. The Personal Data Protection Act B.E. 2562 (2019): Awareness and implementation guidelines for academic institutions. *Thai Acad J (TRESP).* 2021;48(2).
21. Pislai Ngam K, Inmor S. Understanding data privacy: How Bangkok workers perceive Thai personal data protection act regulations. *Int J Adv Appl Sci.* 2025;12(1):69–77.
22. UNESCO. AI and education: Guidance for policy-makers [Internet]. Paris: UNESCO Publishing; 2021 [cited 2024 Oct 1]. Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000376709>