



จังหวัดนนทบุรี

วารสารวิจัย ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
BCNNON Health Science Research Journal

ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
Vol. 20 No.2 May - August 2026

ISSN 3027-6659 (Online)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจอ่านบทความ
วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2569)

ผศ.ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ
ดร.จันทรัตน์ วงศ์อารีย์สวัสดิ์
รศ.ดร.จุฬารณย์ ตั้งภักดี
รศ.ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์
ผศ.ดร.ตรีสุข พุ่มมณี
ผศ.ดร.ทิวาวรรณ เทพา
รศ.ดร.นันทิยา วัฒนาย
ผศ.ดร.นิลุบล รุจิรประเสริฐ
รศ.ดร.นุจรี ไชยมงคล
รศ.ดร.บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ
รศ.ดร.ประดิษฐ์พร พงศ์เตริยาง
ผศ.ดร.ประนอม รอดคำดี
ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์
ผศ.ดร.ปราณี คำจันทร์
รศ.ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง

รศ.ดร.ปิยะนุช ชูโต
น.อ.ดร.พงษ์สุวรรณ ศรีสุวรรณ
รศ.ดร.พัชรพร แก้ววิมล
ผศ.ดร.พุทธิราภรณ์ หังสวันต์
ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
ผศ.ดร.ฟูชียะห์ หะยี
รศ.ดร.วรางคณา ชัชเวช
ผศ.ดร.ศรีมณา นิยมคำ
ศ.ดร.ศศิธร พุ่มดวง
ผศ.ดร.ศิริพร เวชโช
รศ.ดร.ศิริยา สนั่นเรืองศักดิ์
ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบรมันน์
ผศ.ดร.สืบสาน รักสกุลพิวัฒน์
ผศ.ดร.สุวิมล โรจนาวี
ผศ.ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์
รศ.ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการพิจารณา (Peer review) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสาขา
ในการพิจารณาตรวจสอบคุณภาพงานทุกเรื่องก่อนได้รับการตีพิมพ์บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารฯ
ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนวารสารฯ หรือคณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
(BCNNON HEALTH SCIENCE RESEARCH JOURNAL)

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี จัดทำโดยวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และวิจัยทาง
วิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ ที่ปรึกษาโครงการ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก		
	รศ.ดร.โยธิน	แสงวดี	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สังวรณ์	จิตกระโทก	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	ผศ.ดร.ประนอม	รอตคำดี	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (เกษียณอายุราชการ)
	ผศ.ดร.ศุภกิจ	เจริญสุข	สถาบันพระบรมราชชนก
	ผศ.ดร.จุฬารัตน์	ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
บรรณาธิการ	ดร.วรงค์	เนลสัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ผศ.ดร.จุฬารัตน์	ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
	ผศ.ดร.เมทนี	ระดาบุตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
	ผศ.ดร.สุภลักษณ์	ธานีรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
กองบรรณาธิการ	ศ.ดร.บุญทิพย์	สิริรังศรี	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (เกษียณอายุราชการ)
	ศ.ดร.สุขุมล	จงธรรมคุณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	Prof.Dr.(Med) Benno	von Bormann	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	น.อ.ดร.พงษ์สุวรรณ	ศรีสุวรรณ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์
	รศ.ดร.อรพรรณ	ลือบุญวัชชัย	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
	รศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.พรชัย	จุลเมตต์	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ผศ.ดร.วรรณรัตน์	ลาวัง	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์	มณีสาคร โพน โบร์แมนน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	Assist.Prof.Dr. Dan	Bressington	Hong Kong Polytechnic University
	น.อ.หญิง ดร.พ.ว.ธนพร	แย้มสุตา	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
	ดร.ภญ.กมลนัฏ	ม่วงยิ้ม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	ดร.ภก.บุญมี	โพธิ์คำ	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร
	ผศ.ดร.พนารัตน์	วิศวะเทพนมิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ
	ผศ.ดร.เพ็ญพรรณ	พิทักษ์สงคราม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี
	ผศ.ดร.ยศพล	เหลื่องโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
	ดร.สุริยา	โอภาสี	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร
กองบรรณาธิการด้านการตรวจภาษาอังกฤษ	Dr. Paul	Turner	โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสเซเวียร์
ฝ่ายจัดการ	นายบุรีศรี	ทองแท้	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
กำหนดออก	ราย 4 เดือน		

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี (BCNNON Health Science Research Journal) มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการด้านการพยาบาล การศึกษาพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง บทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์จะต้องผ่านการประเมินคุณภาพและตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่าน เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการพยาบาลและการเรียนการสอน ตลอดจนเป็นแหล่งความรู้สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ บุคลากรทางการศึกษา ประชาชนทั่วไป และผู้สนใจ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพได้รับการรับรองคุณภาพให้เป็นวารสารในฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index (TCI) กลุ่มที่ 1 ในการประเมินคุณภาพวารสารรอบที่ 5 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2572 สำหรับวารสารฉบับนี้เป็นปีที่ 20 ฉบับที่ 2 ประกอบด้วยบทความวิจัยภาษาไทยจำนวนทั้งสิ้น 12 เรื่อง

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของวารสารและกลั่นกรองคุณภาพของบทความ อันส่งผลให้บทความที่ดีมีคุณภาพเผยแพร่ในครั้งนี้อีกมีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาวารสาร ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้อ่านและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้ กองบรรณาธิการมุ่งมั่นที่จะพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องต่อไป

ท้ายที่สุดนี้ วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพขอขอบพระคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจและติดตามวารสารผ่านทางเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR> หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด โปรดส่งข้อเสนอแนะมายังบรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ทางอีเมล bcnnonjournal@bcnnon.ac.th กองบรรณาธิการจักขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ดร.วรทรง เนลสัน
บรรณาธิการวารสาร

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
BCNNON HEALTH SCIENCE RESEARCH JOURNAL
ISSN 3027-6659 (Online)

ปีที่ 20 ฉบับที่ 2: พฤษภาคม – สิงหาคม 2569

Vol.20 No.2: May – August 2026

สารบัญ	หน้า PAGE	CONTENTS
นิพนธ์ต้นฉบับ ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความยึดมั่น ผูกพันในวิชาชีพต่อเจตคติ และความพร้อม ในการประกอบวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล นางณภัทร รุ่งเนย, ดวงหทัย ศรีสุจริต, ขวัญตา ภูริวิทยาธีระ, ปณิดา พุ่มพุทธร, สุมิลตรา ดวงมรกต	e282962	Original Articles The Effectiveness of a Professional Commitment Program on Nursing Students' Attitudes and Readiness for Professional Practice Nongnaphat Rungnoei, Duanghathai Srisujarit, Kwanta Phooriwiththayatheera, Panida Pumpat, Sumiltra Doungmorakot
ผลของโปรแกรมการฝึกตระหนักรู้การรับประทาน อาหารตามอารมณ์โดยใช้สติเป็นฐานสำหรับ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, รวีวรรณ แก้วอยู่, พงษ์ศักดิ์ ป่านดี, วิไลวรรณ คมขำ, จินตนา ทองเพชร	e287728	Effect of Diabetes Mindfulness-based Emotional Eating Awareness Training Program for Type 2 Diabetic Patients with Uncontrolled Glycemia (DM-BEEAT) Churairat Duangchan, Raveewan Keawyo, Pongsak Pandee, Wilaiwan Komkhum, Jintana Tongpeth
ผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลแบบแกงการ ต่อทัศนคติและพฤติกรรมของพยาบาลในการ ส่งเสริมการดูแลแบบแกงการ กิตติธรร มาธสาร, สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, สุดาภรณ์ พัยคมเรือง	e288727	Effects of Implementation of Guideline for Kangaroo Care on Nurses' Attitudes and Behaviors Toward Kangaroo Care Kittithorn Matasan, Somsiri Rungamornrat, Sudaporn Payakkaraung
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการ คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร พิมพ์พิสุทธิ์ แสงอรุณ, เสาวรส มีกุล, เวหา เกษมสุข	e285451	Predicting Factors of Computer Vision Syndrome Preventive Behaviors Among High School Students in Bangkok Pimpisut Seangaroon, Saovaras Meekusol, Weha Kasemsuk
การพัฒนาระบบบริการพยาบาลในการจัดการ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางของแผนก ฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง ณทิพรดา บุญยง, ศศิธร คำพันธ์, ทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์	e285292	Development of a Nursing Service System for Pregnant Women with Anemia at the Antenatal Care Department, Trang Hospital Natiprada Boonyong, Sasitorn Kampan, Tippawan Boonyaporn

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
BCNNON HEALTH SCIENCE RESEARCH JOURNAL
ISSN 3027-6659 (Online)

ปีที่ 20 ฉบับที่ 2: พฤษภาคม – สิงหาคม 2569

Vol.20 No.2: May – August 2026

สารบัญ	หน้า PAGE	CONTENTS
นิพนธ์ต้นฉบับ ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และเพื่อนที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดชลบุรี สุกัญญา สุรังษี, กุลิสรา พิลาทอง, เพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม	e287015	Original Articles Personal, Family, and Peer Factors Influencing Smoking Behavior Among Lower Secondary School Students in Chonburi Province, Thailand Sukanya Surangsee, Kulisara Philathong, Penphan Pitaksongkram
การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพโดยใช้ PKR Model สำหรับกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช เกสรารวรรณ ประดับพจน์, อรพรรณ คงศรีชาย, กาญจนาภรณ์ ไกรนรา	e287240	Development of a Health Behavior Modification Model Using the PKR Model for At-Risk Groups of Diabetes and Hypertension in Phrom Khiri District, Nakhon Si Thammarat Province Kessarawan Pradubpoth, Oraphan Khongsrichay, Kanjanaporn Krainara
การรับรู้ของมารดาวัยรุ่นครั้งแรกในการ สัมผัสแนบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับ ทารกหลังคลอด : การวิจัยเชิงคุณภาพ ศศิญา บัวผุด, วรณทนา สมนึกประเสริฐ, จุฬารัตน์ ห่าวหาญ, เมทนี ระดาบุตร, ฐิติรัตน์ น้อยเกิด	e286731	Perception of Primiparous Teen Mothers Regarding Skin-to-Skin Contact with Their Newborn in Postpartum: Qualitative Descriptive Research Sasiya Buaphut, Wantana Somnukprasert, Chularat Howharn, Matanee Radabutr, Titirat Noikerd
การพัฒนารูปแบบการดูแลสตรีระยะรอคลอด เพื่อลดความปวดและความกลัวโดยใช้หลัก ศาสนาอิสลาม สุธิดา คลังช่อง, มนัสมีน เจาะโนะ	e287761	Development of an Islamic-Based Care Model to Reduce Pain and Fear Among Laboring Women Suthida Khlangkhong, Manusmeen Jehnok
การพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ต่อการ ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในนักศึกษา มหาวิทยาลัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ วิระพงษ์ เรียบพร, อารยา ศรีสาพันธ์, เกศรา เชิงคำ, อรอนงค์ คงอาษา, ศรีณยา พันธุ์โยธา	e286826	Development of Suicide Prevention Literacy Among University Students: Action Research Veerapong Riabporn, Araya Srisapun, Kadsara Cheangkha, Ornanong Khongarsa, Saranya Punyota

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
BCNNON HEALTH SCIENCE RESEARCH JOURNAL
ISSN 3027-6659 (Online)

ปีที่ 20 ฉบับที่ 2: พฤษภาคม – สิงหาคม 2569

Vol.20 No.2: May – August 2026

สารบัญ	หน้า PAGE	CONTENTS
นิพนธ์ต้นฉบับ การกำกับตนเองและปัจจัยทำนายต่อพฤติกรรม หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้น : การวิจัยแบบผสมผสาน สิริลักษณ์ ซื่อสัตย์, กัญชิตา เสริมสินสิริ	e287166	Original Articles Self-Regulation and Factors Predicting Smoking Prevention Behaviors Among Junior High School Students: A Mixed- Methods Study Siriluk Suesat, Kanchita Sermsinsiri
ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำอย่างมีแบบ แผนด้วยสื่อดิจิทัลต่อความรู้และพฤติกรรม ดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย วรวิทย์ แสงทอง, ศุภรดา มั่นยืน	e289922	Effects of a Structured Counseling Program Using Digital Media on Knowledge and Self-Care Behaviors of School-Aged Children with Thalassemia Worawut Saengthong, Suparada Meunyen

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพต่อเจตคติ และความพร้อมในการประกอบวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล

นางณภัทร รุ่งเนย* ดวงหทัย ศรีสุจริต** ขวัญตา ภูริวิทยาธีระ**
ปณิดา พุ่มพุดธ** สุมิตตรา ดวงมรรกฎ**

บทคัดย่อ

บทนำ : การเตรียมความพร้อมก่อนสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาพยาบาลเป็นกระบวนการสำคัญที่ส่งผลต่อเจตคติในวิชาชีพและความสามารถในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลในอนาคต การส่งเสริมความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพควบคู่กับการวางแผนชีวิตอาชีพ และการพัฒนาตนเองอย่างเป็นระบบ จึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนานักศึกษาสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพต่อเจตคติและความพร้อมในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 131 คน จากวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคใต้ของประเทศไทย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินเจตคติต่อวิชาชีพ และแบบประเมินความพร้อมในการประกอบวิชาชีพ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นดำเนินการเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบอันดับของวิลคอกซัน

ผลการวิจัย : นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลเพิ่มขึ้น) และมีความพร้อมในการประกอบวิชาชีพเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูงมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=6.725$ และ 9.568 ตามลำดับ $p<.001$)

สรุปผล : โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมเจตคติต่อวิชาชีพและความพร้อมในการประกอบวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลก่อนสำเร็จการศึกษา และสามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมในสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลตามบริบทที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ เจตคติต่อวิชาชีพ ความพร้อมในการประกอบวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาล

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสาน: ดวงหทัย ศรีสุจริต, E-mail: duanghathai@bcnsurat.ac.th

Received: October 2, 2025

Revised: August 19, 2026

Accepted: August 20, 2026

The Effectiveness of a Professional Commitment Program on Nursing Students' Attitudes and Readiness for Professional Practice

Nongnaphat Rungnoei* Duanghathai Srisujarit** Kwanta Phooriwiththayatheera**
Panida Pumpat* Sumiltra Doungmorakot*

Abstract

Background: Preparing nursing students before graduation is a crucial process that shapes their professional attitudes and future competency. Promoting professional commitment alongside systematic career planning and self-development is an effective approach to nurturing high-quality professional nurses.

Objectives: To examine the effectiveness of a program designed to enhance professional commitment on attitudes toward the nursing profession and readiness for professional nursing practice among fourth-year nursing students.

Methods: This quasi-experimental study employed a one-group pretest–posttest design. A total of 131 fourth-year nursing students from a nursing college in southern Thailand participated in the study. Data were collected using a demographic questionnaire, the Professional Attitude Scale, and the Nursing Practice Readiness Scale. The intervention program was implemented over a period of 10 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, and standard deviations, and differences between pretest and posttest scores were examined using the Wilcoxon signed-rank test.

Results: Nursing students who participated in the program showed statistically significant improvements in their professional attitudes and readiness for professional practice, increasing from moderate to very high levels ($Z=6.725$ and 9.568 , respectively; $p<.001$).

Conclusion: The developed program effectively enhanced nursing students' professional attitudes and readiness for practice before graduation. It can be adapted as a guideline for designing readiness programs in nursing education institutions according to the appropriate context.

Keywords: Professional commitment, professional attitude, professional readiness, nursing student

* Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: Duanghathai Srisujarit, E-mail: duanghathai@bcnsurat.ac.th

บทนำ

วิชาชีพการพยาบาลเป็นศาสตร์ของการปฏิบัติที่ได้รับความคาดหวังจากสังคมสูง (Sherman & Cohn, 2019) สถาบันการศึกษาต้องผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะทางวิชาชีพ มีจรรยาบรรณ ก้าวทันการเปลี่ยนแปลง และมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021) บัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่มักขาดความมั่นใจในการประกอบวิชาชีพ และเครียดจากการปรับตัวในบทบาทต่าง ๆ ทั้งต่อเพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชาและผู้ให้บริการ ส่งผลให้มีการลาออกจากการประกอบวิชาชีพ (Mohamed & Al-Hmairat, 2024) นอกจากนี้ ปัจจุบันพบว่าอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพมีแนวโน้มขาดแคลนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาลรุ่นใหม่ที่อยู่ในช่วงวัย Generation Z ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กลุ่มนี้มีลักษณะเฉพาะที่โดดเด่น ได้แก่ ความสามารถในการเรียนรู้ที่หลากหลาย ความเชื่อมั่นในตนเอง และความพร้อมในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า Generation Z มีความคาดหวังต่อความก้าวหน้าในสายงาน โอกาสพัฒนาศักยภาพ และสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อการเติบโต หากไม่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังดังกล่าวได้ อาจส่งผลให้มีระดับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพลดลงและมีแนวโน้มออกจากการงานสูงขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มรุ่นก่อน (Hisel, 2020; Lee & Ji, 2025)

สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายเชิงโครงสร้างของวิชาชีพการพยาบาล และชี้ให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล ซึ่งจำเป็นต้องมีแนวทางในการบ่มเพาะนักศึกษาให้มีความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ เข้าใจในคุณค่าและบทบาทของตนเองในระบบบริการสุขภาพ และสามารถปรับตัวและคงอยู่ในสายงานได้อย่างมั่นคงในระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาลรุ่นใหม่ที่มีความคาดหวังต่อการพัฒนาและความก้าวหน้าในวิชาชีพ การพัฒนาโปรแกรมที่มุ่งส่งเสริมเจตคติ ความรู้ ทักษะ และความพร้อมในการประกอบวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลอย่างเป็นระบบ จึงถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเตรียมความพร้อมช่วงเปลี่ยนผ่านจากการเป็นนักศึกษาไปสู่การประกอบวิชาชีพ และเป็นแนวทางในการตอบสนองต่อความต้องการพัฒนาระบบสุขภาพและการขาดแคลนกำลังคนในวิชาชีพพยาบาลในปัจจุบัน

ความยึดมั่นผูกพัน (commitment) สะท้อนถึงความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกับวิชาชีพ ความตั้งใจในการพัฒนา และการคงอยู่ในสายงานอย่างต่อเนื่อง (Godfrey & Young, 2020) มีงานวิจัยจำนวนมากยืนยันว่าความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน คุณภาพการดูแลผู้ป่วย และความตั้งใจที่จะคงอยู่ในวิชาชีพ (Chang et al., 2021; Huang et al., 2023) การส่งเสริมความยึดมั่นผูกพันสามารถทำได้ผ่านกิจกรรมสะท้อนตนเอง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมวิชาชีพ การได้รับแรงบันดาลใจจากแบบอย่างที่ดี และการสนับสนุนจากอาจารย์และสถาบันการศึกษา การเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพการพยาบาลจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่สามารถช่วยลดปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในระยะยาว และส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความสุข มุ่งมั่น และมีความมั่นคงในการประกอบวิชาชีพอย่างยั่งยืน

การเตรียมความพร้อมก่อนสำเร็จการศึกษา เป็นประเด็นสำคัญที่สถาบันการศึกษาควรให้ความสำคัญ โดยการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อส่งเสริมความผูกพันต่อวิชาชีพและความพร้อมในการประกอบวิชาชีพ ทั้งด้านวิชาการ ทักษะปฏิบัติ และทักษะสังคม โดยเฉพาะการเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ซึ่งครอบคลุม 8 รายวิชาตามที่สภาการพยาบาลกำหนด จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยของ รุ่งเนยและคณะ (Rungnoi et al., 2011) ที่ใช้แนวคิดของ Donner & Wheeler (2009) ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการพัฒนาตนเองและการวางแผนชีวิตวิชาชีพ ส่งผลให้นักศึกษามีสมรรถนะด้านการพัฒนาตนเองและการวางแผนชีวิตเพิ่มขึ้น สะท้อนถึงความจำเป็นในการจัดกิจกรรมส่งเสริมความพร้อมก่อนสำเร็จการศึกษา ในด้านความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Chen et al. (2025) จากงานวิจัย 16 เรื่อง พบว่า ทักษะคิดของสังคม โดยเฉพาะการรับรู้เชิงลบหรืออคติ มีผลต่อระดับความ

ผูกพันในวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล การเสริมสร้างเจตคติเชิงบวกจึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ผู้สอน จึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพและเตรียมความพร้อมก่อนสำเร็จการศึกษา โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมความผูกพันในวิชาชีพ การวางแผนชีวิตวิชาชีพ (Donner & Wheeler, 2009; Rungnoi et al., 2011) ร่วมกับการพัฒนาทักษะการคิดเชิงออกแบบตามแนวทางของ Tu et al. (2018) เพื่อออกแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมเจตคติเชิงบวกต่อวิชาชีพ และพัฒนาทักษะการวางแผนพัฒนาตนเองด้านวิชาการ โปรแกรมดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ มีความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ และมีความพร้อมด้านวิชาการก่อนสำเร็จการศึกษา ซึ่งจะช่วยให้บัณฑิตพยาบาลสามารถสอบผ่านชั้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพต่อเจตคติและความพร้อมในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4

สมมติฐานการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลหลังสิ้นสุดการทดลองใช้โปรแกรมฯ มากกว่าก่อนทดลอง
2. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการประกอบวิชาชีพหลังสิ้นสุดการทดลองใช้โปรแกรมฯ มากกว่าก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

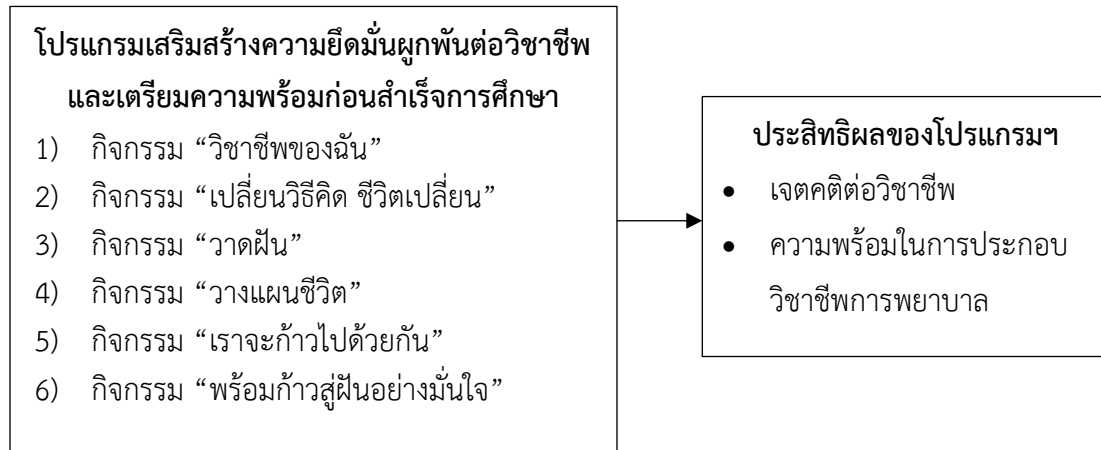
การวิจัยนี้บูรณาการแนวคิดความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ (Barač et al., 2018; Godfrey & Young, 2020) การวางแผนชีวิตวิชาชีพ (Donner & Wheeler, 2009; Rungnoi et al., 2011) และ การคิดเชิงออกแบบ (Tu et al., 2018) เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมและประเมินผลการพัฒนา

แนวคิดเกี่ยวกับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ (Barač et al., 2018; Godfrey & Young, 2020) มีองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ (1) การยอมรับค่านิยมของวิชาชีพ (2) ความตั้งใจในการพัฒนาตนเอง และ (3) ความปรารถนาในการคงอยู่ในวิชาชีพ ซึ่งสะท้อนถึงระดับความยึดมั่นผูกพันของบุคคลต่อวิชาชีพ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมและการประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม ได้แก่ เจตคติต่อวิชาชีพ และความพร้อมในการประกอบวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล

ในด้านการวางแผนชีวิตอาชีพและการพัฒนาตนเอง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการวางแผนและพัฒนาอาชีพ (Career Planning and Development Model) ของ Donner & Wheeler (2009) ร่วมกับรูปแบบการพัฒนาตนเองของ Rungnoi et al. (2011) มาใช้ในการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้นักศึกษาพัฒนาการรับรู้ตนเอง การตั้งเป้าหมาย และการวางแผนพัฒนาตนเองอย่างเป็นระบบ โดยมีขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การประเมินและวิเคราะห์สิ่งแวดล้อม การประเมินตนเอง การสร้างภาพอนาคต การวางแผน และการนำไปสู่การปฏิบัติ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) ตามแนวคิดของ Tu et al. (2018) มาใช้เป็นกระบวนการในการจัดกิจกรรม เพื่อกระตุ้นให้นักศึกษาวิเคราะห์ปัญหาของตนเองและของกลุ่ม ร่วมกันออกแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของแต่ละบุคคล โดยอาศัยกระบวนการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathize) การกำหนดโจทย์ปัญหา (Define) การสร้างความคิด (Ideate) การพัฒนาต้นแบบ (Prototype) และการทดสอบ (Test) ซึ่งช่วยส่งเสริมการ

เรียนรู้เชิงลึก การคิดอย่างเป็นระบบ และการพัฒนาทักษะการคิดสร้างสรรค์ การบูรณาการแนวคิดดังกล่าวจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในการออกแบบโปรแกรมที่มุ่งเน้นการพัฒนานักศึกษาพยาบาลทั้งด้านเจตคติและความพร้อมในการประกอบวิชาชีพก่อนสำเร็จการศึกษา โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพและความสามารถในการประกอบวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัยสามารถสรุปได้ดังแสดงในภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research, one-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพต่อเจตคติและความพร้อมในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม ถึงเมษายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4ที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคใต้ของประเทศไทย ปีการศึกษา 2566 จำนวน 137 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4ที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคใต้ของประเทศไทย ปีการศึกษา 2566 ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในประชากรทั้งหมด จึงไม่จำเป็นต้องคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อยืนยันความเพียงพอทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 (Faul et al., 2007) เลือกใช้สถิติทดสอบ t-test: Means: Difference between two dependent means (matched pairs) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง (Medium effect size) เท่ากับ 0.5 (Cohen, 1992) ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power of test; 1- β) เท่ากับ 0.95 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยจำนวน 45 คน

เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นกิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนสำเร็จการศึกษา ผู้วิจัยจึงเปิดโอกาสให้นักศึกษาทุกคนในประชากรเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเท่ากับประชากรทั้งหมด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ที่จะสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2566 มีเบอร์โทรศัพท์หรือไลน์แอปพลิเคชันหรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (Line/Email) เพื่อติดต่อสื่อสารได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) คือ ลาป่วยหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงที่ทดลองใช้โปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

1. โปรแกรมเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ เป็นแบบแผนของการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่จัดไว้อย่างเป็นระบบ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ (Barac et al., 2018; Godfrey & Young, 2020) การวางแผนชีวิตอาชีพ (Donner & Wheeler, 2009) ร่วมกับแนวคิดการออกแบบ (Tu et al., 2018) ประกอบด้วย กิจกรรมการเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ การประเมินและวิเคราะห์ตนเองโดยทำความเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้ง การกำหนดโจทย์ปัญหา การสร้างความคิดในการพัฒนาตนเอง การพัฒนาต้นแบบหรือแผนพัฒนาตนเอง และการทดสอบแผนการพัฒนาร่างหรือการนำไปใช้และประเมินผล

ทั้งนี้ ภายในโปรแกรมได้ใช้แบบบันทึกการวางแผนชีวิตวิชาชีพเป็นเครื่องมือประกอบกิจกรรมตลอดกระบวนการของโปรแกรม เพื่อให้ นักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างใช้บันทึกผลการเรียนรู้ การสะท้อนตนเอง และความก้าวหน้าในการพัฒนาตนเองจากการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม โดยผู้วิจัยปรับปรุงแบบบันทึกจากแบบบันทึกการพัฒนาตนเองของ Rungnoi et al. (2011) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและมีความสอดคล้องเท่ากับ 0.85 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบบันทึกดังกล่าวโดยเพิ่มเติมประเด็นการเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ และการวางแผนเตรียมความพร้อมเพื่อสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพก่อนสำเร็จการศึกษา เพื่อสนับสนุนให้นักศึกษาวางแผนพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรม แบบบันทึกประกอบด้วย 6 ตอน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) การเตรียมพร้อมเข้าสู่วิชาชีพ (3) การวิเคราะห์ภาพพยาบาลในฝันและสิ่งที่ภาคภูมิใจในวิชาชีพ (4) การวิเคราะห์ตนเอง (5) การวางแผนชีวิตและบันทึกการเรียนรู้ และ (6) แผนการเตรียมความพร้อมเพื่อสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

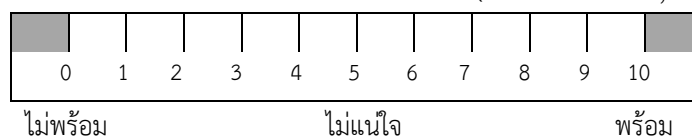
2. แบบประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของโปรแกรมเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ หลักการและแนวคิดที่นำมาใช้ วัตถุประสงค์ของโปรแกรม การกำหนดสาระการเรียนรู้ กิจกรรม ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมเหมาะสม แบบบันทึกมีเนื้อหาเหมาะสมและเข้าใจง่าย วิธีการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเหมาะสม โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริง สามารถพัฒนาความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพของนักศึกษาได้ ช่วยให้นักศึกษาสามารถวางแผนชีวิตและเตรียมพร้อมในการประกอบวิชาชีพเพิ่มขึ้น เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ตั้งแต่ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด ใช้เกณฑ์แบ่งระดับคะแนนของแบบประเมิน 5 ระดับ (Best & Kahn, 2016) ดังนี้ 4.51-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด 3.51-4.50 หมายถึง ระดับมาก 2.51-3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

3. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ คะแนนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร และหน่วยงานต้นสังกัดที่จะปฏิบัติงานเมื่อสำเร็จการศึกษา

4. แบบประเมินเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดของ Triandis (1971) โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดนี้มาปรับใช้เพื่อสร้างข้อคำถามที่สะท้อนมุมมองของนักศึกษา

พยาบาลต่อวิชาชีพการพยาบาลอย่างครอบคลุม ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ด้านละ 6 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านค่านิยมของตนเอง 2) ด้านคุณลักษณะวิชาชีพ และ 3) ด้านการปฏิบัติงาน โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด ในแบบสอบถามนี้มีข้อคำถามเชิงลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 13 และ 14 ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการกลับคะแนน (reverse scoring) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ทิศทางของคะแนนสอดคล้องกัน กล่าวคือ คะแนนที่สูงสะท้อนเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล ใช้เกณฑ์แบ่งระดับคะแนน 5 ระดับ (Best & Kahn, 2016)

5. แบบประเมินความพร้อมในการประกอบวิชาชีพ เป็นแบบประเมินระดับความพร้อมในการประกอบวิชาชีพ ใช้สำหรับประเมินความพร้อมในการประกอบวิชาชีพก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น มีลักษณะเป็นไม้บรรทัดประเมินความพร้อมของโรลนิกค์และคณะ (Rollnick et al., 1999) ดังภาพที่ 2



รูปภาพที่ 1 ไม้บรรทัดประเมินระดับความพร้อม

โดยไม้บรรทัดมีตัวเลข 0-10 ซึ่ง 0 หมายถึง ไม่มีความพร้อมในการประกอบวิชาชีพ และ 10 หมายถึง มีความพร้อมในการประกอบวิชาชีพมาก วิธีการประเมินปฏิบัติโดยผู้วิจัยสอบถามถึงความพร้อมในการประกอบวิชาชีพ ว่า “ขณะนี้นักศึกษามีความพร้อมด้านวิชาการในการประกอบวิชาชีพมากน้อยแค่ไหน” แล้วให้นักศึกษาทำเครื่องหมายกากบาทบนไม้บรรทัดตามตัวเลขที่ตรงกับความคิดของตนเองมากที่สุด ซึ่งมีคะแนน 0-10 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

คะแนน 0-3 แสดงว่า ไม่ได้คิดว่าการมีความพร้อมด้านวิชาการในการประกอบวิชาชีพเป็นสิ่งจำเป็น

คะแนน 4-7 แสดงว่า มีความตั้งใจในการพัฒนาความรู้ด้านวิชาการ แต่ยังลังเลใจ

คะแนน 8-10 แสดงว่า มีแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองและมั่นใจว่าจะพัฒนาความรู้ด้านวิชาการได้ และพร้อมในการประกอบวิชาชีพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการสอนและการพัฒนานักศึกษา จำนวน 3 ท่าน ผลการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แบบประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของโปรแกรมเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ ได้คะแนนเฉลี่ยภาพรวมในระดับดีมาก (mean = 4.93, SD 0.41) และมีคะแนนอยู่ในระดับดีมากทุกข้อ คะแนนสูงสุดคือ คะแนนเต็ม 5 คะแนน จำนวน 8 ข้อ มีเพียง 2 ข้อ ที่ได้คะแนน 4.67 (SD 0.58) ได้แก่ การกำหนดสาระการเรียนรู้สอดคล้องกับหลักการและวัตถุประสงค์ และวิธีการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเหมาะสม ผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มเนื้อหาในส่วนของการวางแผนชีวิตวิชาชีพ และเพิ่มรายละเอียดเครื่องมือประเมินประสิทธิผลโปรแกรม ผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบประเมินเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความชัดเจนของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยใช้ดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ (Item-level Content Validity Index: I-CVI) และดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Scale-level Content Validity Index: S-CVI) เป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพของเครื่องมือ ผลการประเมินพบว่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อเท่ากับ 1.00 และค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งฉบับ เท่ากับ 1.00 ปรับแก้ไขแล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของ

แบบสอบถามทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.95 และรายด้านเท่ากับ 0.86, 0.85, และ 0.82 ตามลำดับ และปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

3. แบบประเมินความพร้อมในการประกอบวิชาชีพ ซึ่งเป็นแบบประเมินชนิดข้อคำถามเดียว (single-item measure) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความชัดเจนของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผลการวิเคราะห์ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ พบว่ามีค่าเท่ากับ 1.00 แสดงว่าแบบประเมินมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดีมาก จากนั้นนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และไม่พบประเด็นที่จำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ตามเอกสารเลขที่ 2024/5 ลงวันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจวัตถุประสงค์และทุกขั้นตอนของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างลงนามแสดงความยินยอมด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยและถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการ ในการเชิญชวนนักศึกษาเข้าร่วมการวิจัย ในการเชิญนักศึกษาเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการป้องกันอิทธิพลที่อาจเกิดจากความสัมพันธ์ตามบทบาทระหว่างอาจารย์และนักศึกษา โดยการประชาสัมพันธ์และชี้แจงข้อมูลการวิจัย ดำเนินการผ่านเจ้าหน้าที่และอาจารย์ประจำชั้นในรูปแบบเอกสาร โดยมีได้กำหนดเป็นคำสั่งหรือเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการเรียน ผู้วิจัยได้ชี้แจงอย่างชัดเจนว่า การตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยไม่ส่งผลกระทบต่อผลการเรียน การประเมินผล หรือความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์และนักศึกษาในทุกกรณี ทั้งนี้เพื่อให้นักศึกษาสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระ บนพื้นฐานของความสมัครใจอย่างแท้จริง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคใต้ของประเทศไทยหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในเดือนมกราคมถึงเมษายน พ.ศ. 2567 ตามขั้นตอนโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัย และดำเนินการดังนี้

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับรองผู้อำนวยการด้านวิชาการและอาจารย์ประจำชั้น และขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น

2. เตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัยและให้เซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมกิจกรรมเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าและไม่ผลกระทบต่อการเรียนการสอนและการร่วมกิจกรรมต่างๆ ของวิทยาลัย

3. ประเมินเจตคติและความพร้อมในการประกอบวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล ก่อนเริ่มทดลองใช้โปรแกรมฯ

ขั้นทดลอง

การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย กิจกรรมประเมินและวิเคราะห์ตนเองโดยทำความเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้ง การกำหนดโจทย์ปัญหา การสร้างความคิดในการพัฒนาตนเอง การพัฒนาต้นแบบหรือแผนพัฒนาตนเอง และการทดสอบแผนการพัฒนาตนเอง การนำแผนไปใช้และประเมินผล ใช้เวลาจัดกิจกรรมที่ 1-6 กิจกรรมละ 2 ชั่วโมง รวม 12 ชั่วโมง และติดตามให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ทุก 2 สัปดาห์ ใน

สัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 และ 10 สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง รวมระยะเวลาจัดกิจกรรมจำนวน 17 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยให้นักศึกษาแบ่งกลุ่มตามความสมัครใจกลุ่มละ 9-10 คน และจัดกิจกรรมเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพและเตรียมความพร้อมก่อนสำเร็จการศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียดของกิจกรรม	แนวคิดที่เกี่ยวข้อง
กิจกรรมที่ 1 “วิชาชีพของฉัน”	เพื่อพัฒนาทักษะการประเมินและทำความเข้าใจตนเอง เพื่อเสริมสร้างความรักและภาคภูมิใจในวิชาชีพ	- อภิปรายเกี่ยวกับคุณลักษณะพยาบาลวิชาชีพที่พึงประสงค์ - ให้แต่ละกลุ่มย่อยวาดภาพพยาบาลวิชาชีพในฝัน - ให้นักศึกษาสะท้อนคิดเกี่ยวกับความรักและภาคภูมิใจในวิชาชีพ - ให้นักศึกษาสรุปแผนที่ความคิด - อาจารย์บรรยายสรุปเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการประกอบวิชาชีพ และการสร้างความยึดมั่นต่อวิชาชีพ	- Empathize - Professional Commitment - Self-assessment
กิจกรรมที่ 2 “เปลี่ยนวิธีคิด ชีวิตเปลี่ยน”	เพื่อเสริมสร้างทักษะการคิดเชิงสร้างสรรค์และการวางแผน	- ให้นักศึกษาวิเคราะห์จุดเด่น จุดที่ควรพัฒนาในการเตรียมพร้อมประกอบวิชาชีพโดยเฉพาะด้านวิชาการ - อภิปรายประเด็นปัญหาและแนวทางการเตรียมความพร้อมด้านวิชาการ - สรุปประเด็นสำคัญของการประเมินตนเองและการเตรียมพร้อมด้านวิชาการ เสริมสร้างแรงจูงใจให้คิดบวกและวางแผนพัฒนาตนเอง	- Define - Self-awareness - Career Planning
กิจกรรมที่ 3 “วาดฝัน”	เพื่อส่งเสริมทักษะการวิเคราะห์ปัญหา เพื่อพัฒนาทักษะการกำหนดภาพอนาคตและเป้าหมายชีวิตวิชาชีพ	- มอบหมายให้นักศึกษาวาดภาพอนาคตหรือเป้าหมายที่ต้องการของตนเองระยะสั้นและระยะยาว - ให้นักศึกษานำเสนอภาพอนาคตและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มย่อย ร่วมอภิปรายเพื่อเตรียมความพร้อมด้านวิชาการเพื่อประกอบวิชาชีพ	- Define - Ideate
กิจกรรมที่ 4 “วางแผนชีวิต”	เพื่อพัฒนาทักษะการวางแผนชีวิตวิชาชีพ	- ให้นักศึกษาเล่นเกมพัฒนาทักษะการวางแผน - ให้นักศึกษาร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้และผู้วิจัยสรุปความสำคัญของการวางแผนชีวิต - ให้นักศึกษาวางแผนพัฒนาตนเองในแบบบันทึกการวางแผนชีวิตวิชาชีพ	- Ideate - Prototype - Career Vision
กิจกรรมที่ 5 “เราจะก้าวไปด้วยกัน”	เพื่อพัฒนาแบบจำลองเพื่อพัฒนาตนเองและส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันในการวางแผนเตรียมพร้อมประกอบวิชาชีพ	- ให้นักศึกษาร่วมกันพัฒนาโมเดลหรือแบบจำลองเกี่ยวกับแผนการเตรียมพร้อมด้านวิชาการเพื่อประกอบวิชาชีพ โดยใช้อุปกรณ์ที่จัดให้ เช่น การวางแผนทบทวนความรู้ การเรียนแบบร่วมมือในกลุ่มย่อย การฝึกทำโจทย์ การออกแบบห้องเรียนกลุ่มย่อย - ตัวแทนนักศึกษานำเสนอผลงานของกลุ่มตนเอง และให้สมาชิกกลุ่มอื่นร่วมกันเสนอความคิดเห็นในการพัฒนาเพิ่มเติม	- Career Planning - Professional Commitment

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียดของกิจกรรม	แนวคิดที่เกี่ยวข้อง
กิจกรรมที่ 6 “พร้อมก้าวสู่ ฝันอย่างมั่นใจ”	เพื่อส่งเสริม การเรียนรู้ ร่วมกันและนำ แผนสู่การ ปฏิบัติ	- ให้นักศึกษาแต่ละกลุ่มร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และจัดทำสื่อหรือคลิปวีดิทัศน์สรุปผลการเตรียมความพร้อมประกอบวิชาชีพ - อาจารย์สรุปประเด็นสำคัญและเสริมสร้างแรงจูงใจในการนำต้นแบบไปทดลองใช้ - ให้นักศึกษานำต้นแบบหรือแผนที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้เป็นเวลา 10 สัปดาห์ - อาจารย์ประจำกลุ่มให้คำปรึกษา ติดตามการนำแผนไปใช้และประเมินผลผ่านระบบไลน์กลุ่ม	- Test - Evaluation - Professional Commitment - Professional Readiness
	เพื่อติดตามให้ คำปรึกษา ต่อเนื่องและ ประเมินผล		

หลังการทดลอง ผู้วิจัยประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น โดยประเมินเจตคติต่อวิชาชีพและความพร้อมในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลหลังสิ้นสุดการทดลอง

ทั้งนี้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นแตกต่างจากแนวทางเดิมซึ่งมักเน้นการสอนเสริมหรือการติวเพื่อพัฒนาความรู้เชิงวิชาการเป็นหลัก โดยขาดกิจกรรมที่มุ่งเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพและแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองอย่างเป็นระบบ รวมถึงไม่มีการให้คำปรึกษาและสะท้อนผลการเรียนรู้ในรูปแบบกลุ่มย่อยระหว่างกระบวนการเรียนรู้ ในขณะที่โปรแกรมนี้เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน การวางแผนพัฒนาตนเอง และการติดตามให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลจากการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 50 คน ได้ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้ Kolmogorov– Smirnov Test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายไม่ปกติ ผลการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลได้ค่านัยสำคัญ $P < 0.001$ จึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลและความพร้อมในการประกอบวิชาชีพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง 10 สัปดาห์ โดยใช้สถิติการทดสอบอันดับของวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed-Rank Test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปี ที่ 4 ที่กำลังศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคใต้ของประเทศไทย ปีการศึกษา 2566 เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น จำนวน 131 คน อายุระหว่าง 21-38 ปี อายุเฉลี่ย 22.64 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.08) เกรดเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3.01-3.50 (ร้อยละ 74.81) รองลงมาอยู่ในช่วง 2.51 - 3.00 (ร้อยละ 20.61) นักศึกษาส่วนใหญ่มีหน่วยงานต้นสังกัดระดับทุติยภูมิ (ร้อยละ 74.05) รองลงมาาระดับปฐมภูมิ (ร้อยละ 18.32)

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพและเตรียมความพร้อมก่อนสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล

หลังทดลองใช้โปรแกรมฯ 10 สัปดาห์ ผลการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ พบว่า เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลด้านค่านิยมของตนเอง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมากเท่ากับ 4.64 (SD=.32) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 4.86 (SD=.21) ด้านคุณลักษณะของวิชาชีพ ก่อนการ

ทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.75 (SD=.33) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 4.91 (SD=.18) และด้านการปฏิบัติงาน ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยรวม 4.35 (SD=.45) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 4.67 (SD=0.32) และใน ภาพรวมค่าเฉลี่ยหลังทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 4.81 (SD=.19) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลก่อน และหลังการทดลอง (n=131)

ประเด็น	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	Mean	SD	Mean	SD
ด้านค่านิยมของตนเอง	4.64	.32	4.86	.21
ด้านคุณลักษณะของวิชาชีพ	4.75	.33	4.91	.18
ด้านการปฏิบัติงาน	4.35	.45	4.67	.32
รวม 3 ด้าน	4.58	.30	4.81	.19

สำหรับความพร้อมในการประกอบวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่มีความพร้อมในการ ประกอบวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.18) รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 32.06) หลังการทดลอง พบว่า มีความพร้อมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 89.31) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 10.69) และไม่มีผู้ใดอยู่ในระดับต่ำ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของความพร้อมในการประกอบวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามระดับ ความพร้อม (n=131)

ประเด็น	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนน 0-3	1	0.76	-	-
คะแนน 4-7	88	67.18	14	10.69
คะแนน 8-10	42	32.06	117	89.31
รวม	131	100	131	100

ผลการเปรียบเทียบเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรม โดยใช้สถิติการทดสอบอันดับของวิลคอกซ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=6.725, p<.001$) และความพร้อมในการประกอบวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=9.568, p<.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลและความพร้อมในการประกอบวิชาชีพของนักศึกษา พยาบาลโดยใช้การทดสอบอันดับของวิลคอกซ์ (n=131)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mean (SD)	หลังทดลอง Mean (SD)	Z	p-value
เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล	4.58 (0.30)	4.81 (0.19)	6.725	<.001
ความพร้อมในการประกอบวิชาชีพ	7.33 (1.00)	8.73 (1.00)	9.568	<.001

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้งสองข้อ โดยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพสามารถเสริมสร้างเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลและความพร้อมในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ

สมมติฐานที่ 1 นักศึกษาพยาบาลมีเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาหลังการทดลองเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการยอมรับค่านิยมของวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงความเชื่อและความรู้สึกภายในของผู้เรียนซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Barac et al. (2018) พบว่า การรับรู้คุณค่าและความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจในการทำงาน และผู้ที่มองเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูงมักมีความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพสูงตามไปด้วย ผลการวิจัยดังกล่าวยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Wu et al. (2025) ซึ่งวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล โดยพบว่า การยอมรับค่านิยมวิชาชีพ การรับรู้ความหมายของบทบาทพยาบาล และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อระดับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมที่มุ่งเสริมสร้างเจตคติและการรับรู้คุณค่าในวิชาชีพ สามารถส่งผลต่อโครงสร้างภายในของความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพได้

ในทำนองเดียวกัน งานวิจัยของ Tsapnidou et al. (2025) แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยเชิงบริบทในกระบวนการทำงาน เช่น การสื่อสารวิสัยทัศน์ การสนับสนุนความก้าวหน้าในอาชีพ และสภาพแวดล้อมการทำงานเชิงบวก มีบทบาทในการเสริมสร้างความผูกพันต่อวิชาชีพของพยาบาล ผลการวิจัยในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การเสริมสร้างเจตคติและการยอมรับค่านิยมของวิชาชีพตั้งแต่ช่วงเป็นนักศึกษา อาจเป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถพัฒนาความผูกพันต่อวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่องเมื่อเข้าสู่บริบทการทำงานจริง นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยด้านคุณลักษณะของวิชาชีพและการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น (จากค่าเฉลี่ย 4.75 เป็น 4.91 และจาก 4.35 เป็น 4.67 ตามลำดับ) สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรม นักศึกษามีความเข้าใจบทบาทของตนเองชัดเจนขึ้น และปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบและความภาคภูมิใจ กระบวนการนี้สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างอัตลักษณ์ทางวิชาชีพ (Godfrey & Young, 2020; Sternszus et al., 2024) ซึ่งเกิดขึ้นผ่านการเรียนรู้ทางสังคม การสะท้อนตนเอง (self-reflection) และการได้รับแบบอย่างจากผู้เชี่ยวชาญ ส่งผลให้ผู้เรียนค่อย ๆ พัฒนาแนวคิด ความรู้สึก และการปฏิบัติตนในบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพอย่างแท้จริง และนำไปสู่ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งหรือความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพในที่สุด

สมมติฐานที่ 2 นักศึกษาพยาบาลมีความพร้อมในการประกอบวิชาชีพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ความพร้อมในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูงมาก แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงด้านความมั่นใจ ความชัดเจนของเป้าหมาย และความสามารถในการวางแผนชีวิตอาชีพ ซึ่งเป็นผลจากการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้นักศึกษามีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นในการกำหนดทิศทางการเรียนรู้ การสะท้อนตนเองอย่างเป็นระบบ และการเรียนรู้แบบกำกับตนเอง นับเป็นกลไกสำคัญที่เอื้อต่อการเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านสู่การประกอบวิชาชีพพยาบาล การบูรณาการแนวคิดการวางแผนชีวิตอาชีพ (Donner & Wheeler, 2009) ร่วมกับรูปแบบการพัฒนาตนเองของ Rungnoi et al. (2011) ช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้ผ่านกระบวนการที่มีโครงสร้างชัดเจน ตั้งแต่การประเมินตนเอง การกำหนดเป้าหมาย ไปจนถึงการนำแผนสู่การปฏิบัติจริง ผลลัพธ์ที่ได้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า การมีแผนพัฒนาตนเองอย่างเป็นระบบ การได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม และสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่เอื้ออำนวย มีส่วนสำคัญในการเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง

ความสามารถในการตัดสินใจด้านอาชีพ และความพร้อมในการประกอบวิชาชีพ (Rungnoi et al., 2011; Wen et al., 2022) นอกจากนี้การใช้แนวคิดเกี่ยวกับการคิดเชิงออกแบบ ของ Tu et al. (2018) เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้นักศึกษาได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบแนวทางการเรียนรู้ และทดลองใช้แนวทางที่ตนเองมีส่วนร่วมในการสร้างขึ้น กระบวนการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง การกำหนดโจทย์ปัญหา การสร้างความคิด การพัฒนาด้านแบบ และการทดสอบ ไม่เพียงแต่ส่งเสริมการคิดสร้างสรรค์ แต่ยังช่วยให้เกิด “การเรียนรู้เชิงลึก” และ “การเรียนรู้แบบมีความหมาย” (meaningful learning) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Valentine & Kroll (2017) ที่เสนอว่าการคิดเชิงออกแบบเป็นเครื่องมือในการสร้างนวัตกรรมทางสังคมและการเรียนรู้ที่มีความหมาย การที่นักศึกษามีเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลและความพร้อมในการประกอบวิชาชีพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงถึงถึงผลของการส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยเชิงระบบของ Chen et al. (2025) ซึ่งพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ การรับรู้คุณค่าในวิชาชีพ แรงจูงใจภายใน และกระบวนการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการกำกับและพัฒนาตนเอง การจัดการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมและกำกับตนเองในโปรแกรมนี้ จึงมีส่วนสำคัญต่อการเสริมสร้างเจตคติเชิงบวกและความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านสู่บทบาทวิชาชีพพยาบาล

กล่าวได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพและเตรียมความพร้อมก่อนสำเร็จการศึกษาที่พัฒนาขึ้น ออกแบบโดยใช้แนวคิดบูรณาการทั้ง 4 ด้าน มีองค์ประกอบที่เหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ช่วยให้นักศึกษามีเจตคติต่อวิชาชีพและความพร้อมในการประกอบวิชาชีพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน เป็นแนวทางที่สามารถใช้ในการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีความพร้อมทั้งด้านเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล ความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการประกอบวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้โปรแกรมดังกล่าวสามารถนำไปปรับใช้ในบริบทของสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลอื่น ๆ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงก่อนสำเร็จการศึกษา ซึ่งเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อสำคัญของการเปลี่ยนผ่านจากนักศึกษาไปสู่การประกอบวิชาชีพ

ข้อจำกัดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีกลุ่มทดลองเพียงกลุ่มเดียวและไม่มีกลุ่มควบคุม จึงอาจมีปัจจัยแทรกซ้อนอื่นที่ส่งผลต่อเจตคติต่อวิชาชีพและความพร้อมในการประกอบวิชาชีพของนักศึกษา นอกเหนือจากผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น เช่น ประสบการณ์จากรายวิชาอื่น การฝึกปฏิบัติทางคลินิก หรือการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา ส่งผลให้การสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลมีข้อจำกัด นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมาจากสถาบันการศึกษาแห่งเดียวและมีการประเมินผลในระยะสั้น จึงอาจจำกัดการอ้างอิงผลไปยังบริบทอื่นและการสะท้อนผลลัพธ์ในระยะยาว

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลงานวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพและเตรียมความพร้อมก่อนสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล พบว่าหลังการทดลอง นักศึกษาพยาบาลมีเจตคติต่อวิชาชีพและความพร้อมในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก และความพร้อมเชิงปฏิบัติของนักศึกษาได้อย่างเป็นระบบ ทำให้ได้ข้อเสนอดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างเจตคติและความพร้อมในการประกอบวิชาชีพ โดยสามารถบูรณาการโปรแกรมไว้ในรายวิชาภาคปฏิบัติ รายวิชาการพัฒนาตนเอง หรือกิจกรรมนักศึกษาเตรียมความพร้อมก่อนสำเร็จการศึกษา และปรับปรุงกิจกรรมและเนื้อหาของโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการเฉพาะของนักศึกษาแต่ละสถาบัน

2. ควรรออกแบบหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนให้เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การกำกับตนเองในการเรียนรู้ และการสะท้อนตนเองอย่างเป็นระบบ ผ่านกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้นักศึกษามีบทบาทในการวิเคราะห์ตนเอง กำหนดเป้าหมาย และวางแผนพัฒนาศักยภาพด้านวิชาชีพอย่างเหมาะสมกับแต่ละช่วงชั้นปี เพื่อเสริมสร้างเจตคติและความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในระยะยาว โดยเฉพาะภายหลังสำเร็จการศึกษาและเข้าสู่การประกอบวิชาชีพจริง เพื่อประเมินความคงอยู่และความยั่งยืนของผลลัพธ์ด้านเจตคติต่อวิชาชีพ ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ และความพร้อมในการประกอบวิชาชีพ

2. ควรขยายผลการนำโปรแกรมไปใช้ในการพัฒนานักศึกษาพยาบาลตั้งแต่เริ่มต้นเข้าศึกษาชั้นปีที่ 1 โดยออกแบบการวิจัยในลักษณะการศึกษาติดตามระยะยาว (longitudinal study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของเจตคติต่อวิชาชีพ ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ และความพร้อมในการประกอบวิชาชีพของนักศึกษาตลอดช่วงเวลาการศึกษาในหลักสูตร และนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการเสริมสร้างความพร้อมของนักศึกษาในระดับหลักสูตร

ผลประโยชน์ทับซ้อน: ไม่มี

References

- Barać, I., Prlić, N., Plužarić, J., Farčić, N., & Kovačević, S. (2018). The mediating role of nurses' professional commitment in the relationship between core self-evaluation and job satisfaction. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 31(5), 649–58. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01256>
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2016). *Research in education* (10th ed.). Pearson Education India.
- Chang, H. Y., Huang, T. L., Lee, I. C., Shyu, Y. L., Wong, M. K., Ho, L. H., Tseng, H. W., & Teng, C. I. (2021). Impact of professional commitment on professional capability improvement and care quality dimensions: A multi-wave study. *Journal of Clinical Nursing*, 30(9-10), 1285–94. <https://doi.org/10.1111/jocn.15672>
- Chen, H., Chen, Y., Zheng, A., Tan, X., & Han, L. (2025). Factors related to professional commitment of nursing students: A systematic review and thematic synthesis. *BMC Medical Education*, 25(1), Article 248. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-06780-0>
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98–101. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>
- Donner, G. J., & Wheeler, M. M. (2009). *Taking control of your career: A handbook for health professionals*. Mosby Canada.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–91. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Godfrey, N., & Young, E. (2020). Professional identity. In J. F. Giddens (Ed.), *Concepts for nursing practice* (3rd ed., pp. 379–88). Elsevier.
- Hisel, M. E. (2020). Measuring work engagement in a multigenerational nursing workforce. *Journal of Nursing Management*, 28(2), 294–305. <https://doi.org/10.1111/jonm.12921>

- Huang, T. L., Lee, I. C., Wong, M. K., Shyu, Y. I. L., Ho, L. H., Lin, J. Y., & Teng, C. I. (2023). How do three components of professional commitment influence nurse-reported patient-centred care and care quality? *Journal of Clinical Nursing*, 32(1–2), 126–36. <https://doi.org/10.1111/jocn.1625>
- Lee, T., & Ji, Y. (2025). Professional nursing values in nursing students during transitional period to nurses from the perspective of generation Z: A longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 81(8), 4723–33. <https://doi.org/10.1111/jan.16637>
- Mohamed, Z., & Al-Hmamat, N. (2024). The effectiveness of nurse residency programs on new graduate nurses' retention: Systematic review. *Heliyon*, 10(5), Article e26272. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e26272>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2021). *The future of nursing 2020-2030: Charting a path to achieve health equity* (J. L. Flaubert, S. Le Menestrel, D. R. Williams, & M. K. Wakefield, Eds.). The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25982>
- Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C. (1999). *Health behavior change: A guide for practitioners*. Churchill Livingstone.
- Rungnoei, N., Areesophonpichet, S., Methakunavudhi, P., & Halloran, E. J. (2011). Development and evaluation of self-development and professional life planning program for Thai nursing students. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 15(3), 234–47.
- Sherman, R. O., & Cohn, T. M. (2019). Promoting professional accountability and ownership. *American Nurse Today*, 14(2), 24–26.
- Sternszus, R., Steinert, Y., Razack, S., Boudreau, J. D., Snell, L., & Cruess, R. L. (2024). Being, becoming, and belonging: Reconceptualizing professional identity formation in medicine. *Frontiers in Medicine*, 11, Article 1438082. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1438082>
- Triandis, H. C. (1971). *Attitude and attitude change*. Wiley.
- Tsapnidou, E., Katharakis, G., Kelesi-Stavropoulou, M., Rovithis, M., Koukouli, S., Sigala, E., Moudatsou, M., Papageorgiou, D., & Stavropoulou, A. (2025). Fostering organizational and professional commitment through transformational leadership in nursing: A systematic review. *Hospitals*, 2(2), Article 10. <https://doi.org/10.3390/hospitals2020010>
- Tu, J.-C., Liu, L.-X., & Wu, K.-Y. (2018). Study on the learning effectiveness of Stanford design thinking in integrated design education. *Sustainability*, 10(8), Article 2649. <https://doi.org/10.3390/su10082649>
- Valentine, L., & Kroll, T. (2017). Design thinking for social innovation in health care. *The Design Journal*, 20(6), 755–74. <https://doi.org/10.1080/14606925.2017.1372926>
- Wen, Y., Li, K., Chen, H., & Liu, F. (2022). Life design counseling: Theory, methodology, challenges, and future trends. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 814458. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.814458>
- Wu, G. C., Zuo, Y. Y., Feng, B. B., Liu, Z. Y., Zhu, Y. Q., & Zhu, L. (2025). Factors affecting undergraduate nursing students' professional commitment: A structural equation modeling analysis. *BMC Nursing*, 24(1), Article 814. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03381-6>

ผลของโปรแกรมการฝึกตระหนักรู้การรับประทานอาหารตามอารมณ์โดยใช้สติ เป็นฐานสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้

จุไรรัตน์ ดวงจันทร์* รวีวรรณ แก้วอยู่* พงษ์ศักดิ์ ป่านดี* จินตนา ทองเพชร* วิไลวรรณ คมขำ*

บทคัดย่อ

บทนำ : ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มักเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามอารมณ์ การรับประทานอาหารอย่างมีสติ อาจช่วยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างยั่งยืนและช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกตระหนักรู้การรับประทานอาหารตามอารมณ์โดยใช้สติเป็นฐาน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มมีการวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และรับประทานอาหารตามอารมณ์ จำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกตระหนักรู้การรับประทานอาหารตามอารมณ์โดยใช้สติเป็นฐาน ระยะเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำการรับประทานอาหารตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับประทานอาหารอย่างมีสติ และการรับประทานอาหารตามอารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.95 และ 0.88 ตามลำดับ และการตรวจน้ำตาลสะสมในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติการทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัย : กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรม มีการรับประทานอาหารอย่างมีสติเพิ่มขึ้น และการรับประทานอาหารตามอารมณ์ลดลง ในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 รวมทั้งมีระดับน้ำตาลสะสมในสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สรุปผล : พยาบาลและบุคลากรสุขภาพในคลินิกเบาหวาน นำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลสะสม และเข้าสู่เบาหวานในระยะสงบ

คำสำคัญ : การรับประทานอาหารอย่างมีสติ การรับประทานอาหารตามอารมณ์ น้ำตาลสะสมในเลือด
เบาหวานชนิดที่ 2

* วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้พิมพ์และประสานงาน : รวีวรรณ แก้วอยู่, E-mail: raveewan@pckpb.ac.th

Received: April 14, 2026

Revised: August 19, 2026

Accepted: August 21, 2026

Effect of Diabetes Mindfulness-based Emotional Eating Awareness Training Program for Type 2 Diabetic Patients with Uncontrolled Glycemia (DM-BEEAT)

Churairat Duangchan* Raveewan Keawyooy* Pongsak Pandee* Jintana Tongpeth* Wilaiwan Komkhum*

Abstract

Background: Patients with type 2 diabetes mellitus who have uncontrolled blood glucose levels often engage in emotional eating behaviors. Mindful eating may promote sustainable dietary behavior change and help improve glycemic control.

Objective: To examine the effects of a mindfulness-based emotional eating awareness training program among T2DM patients with uncontrolled glycemia (DM-BEEAT).

Methods: This quasi-experimental study used a two-group pretest–posttest design with follow-up. Participants were 56 patients with T2DM who had uncontrolled blood glucose levels and exhibited emotional eating behaviors. They were equally allocated to an experimental group (n = 28) which received a 12-week DM-BEEAT program, while the control group (n = 28) received standard dietary advice. Data were collected at baseline, week 6, and week 12. Instruments included the Mindful Eating and the Emotional Eating Behavior Questionnaires, with Cronbach's alpha coefficients of 0.95 and 0.88, respectively. Glycated hemoglobin (HbA1c) levels were measured at baseline and week 12. Data were analyzed using descriptive statistics, independent-samples *t*-test, and repeated measures ANOVA.

Results: The experimental group who received the intervention showed increased mindful eating and decreased emotional eating at Weeks 6 and 12. In addition, glycated hemoglobin (HbA1c) levels at Week 12 were significantly lower than both pre-intervention levels and those of the control group ($p < .05$).

Conclusions: Nurses and other healthcare professionals in diabetes clinics can use this program to promote healthy eating behavior change, improve glycemic control, and support diabetes remission.

Keywords: Mindfulness eating, emotional eating, glycated hemoglobin, type 2 diabetes

* Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: Raveewan Keawyooy, E-mail: raveewan@pckpb.ac.th

บทนำ

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน จำเป็นต้องมีการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคที่เหมาะสม ทั้งการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ ละเว้นความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งต้องอาศัยการดูแลเชิงจิตวิทยาสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างยั่งยืน โดยมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) น้อยกว่า ร้อยละ 7 (สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2566) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การควบคุมอาหารเป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (จักรกฤษณ์ วังราษฎร์ และคณะ, 2561) ทั้งการเลือกอาหารเพื่อสุขภาพ การจัดแผนมื้ออาหาร ขาดความตระหนักในการควบคุมแคลอรี และไม่สามารถการจัดการการบริโภคอาหารที่ผิดปกติได้ (Pamungkas et al., 2017) รวมทั้ง มีการรับประทานเพื่อชดเชยความเครียด และความวิตกกังวล (Dakanalis et al., 2023) ผู้ป่วยที่เบาหวานที่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานในปริมาณมากเกินไป อาหารที่มีปริมาณคาร์โบไฮเดรตและน้ำตาลในปริมาณสูง และการรับประทานอย่างเร่งรีบ เป็นต้น จะทำให้มีการควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (Rajput et al., 2022) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c สูงติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

การรับประทานอาหารไม่ใช่วิถีชีวิตที่ดีของร่างกาย แต่อยู่ภายใต้อิทธิพลของสถานการณ์ทางวัฒนธรรม สังคม และแรงขับทางอารมณ์ การรับประทานอาหารตามอารมณ์ (emotional eating) เกิดจากอารมณ์ทั้งในทางลบและบวก มากกว่าปัจจัยกระตุ้นความหิวภายในร่างกาย (Schnepper et al., 2023) ส่วนใหญ่เกิดจากอารมณ์ทางลบ เช่น ความเครียด วิตกกังวล ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของเมตาบอลิซึม เช่น คอร์ติซอล อินซูลิน หรือ กลูคาγον และสารสื่อประสาท เช่น โดปามีน ทำให้ขาดความตระหนัก ความสนใจ และสติในการรับประทานอาหาร รับประทานอาหารในปริมาณมากเกินไป และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (Dakanalis et al., 2023) ในขณะที่การรับประทานอย่างมีสติ (mindful eating) เป็นการนำเอาหลักของการรู้สติ (mindfulness) มาประยุกต์ใช้กับการรับประทานอาหาร ทั้งในด้านของความคิด อารมณ์ การรับรู้ทางกาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Tapper, 2022)

การรู้สติ มีหลักการสำคัญ คือ 1) การตระหนักรู้ปัจจุบัน (present moment awareness) เป็นการใส่ใจต่อร่างกาย ความคิด และอารมณ์ 2) การยอมรับ (acceptance) เป็นการสร้างทัศนคติในการยอมรับหรือการวางเฉยโดยไม่ตัดสิน และ 3) การแยกแยะความคิด อารมณ์ และความรู้สึก (decentering) (Tapper, 2022) โปรแกรมที่ใช้การรู้สติเป็นฐาน (Mindfulness Based Interventions: MBIs) ได้ถูกนำมาใช้เพื่อบำบัดปัญหาทางจิตวิทยา รวมทั้ง ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเครียด ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (Pearson et al., 2018) และได้มีการพัฒนาไปใช้สำหรับฝึกการรับประทานโดยใช้สติเป็นฐาน (Kristeller, 2019) สำหรับบุคคลทั่วไปผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและมีการรับประทานอาหารตามอารมณ์ (Lattimore, 2020; Morillo-Sarto et al., 2023) อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการนำมาใช้ในการแก้ปัญหาการรับประทานอาหารตามอารมณ์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ มีแนวโน้มลดลงและต่ำกว่าเป้าหมายซึ่งกำหนดไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 (ระบบคลังข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2568) ซึ่งแสดงว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้จำนวนมาก และมีแนวโน้มเกิดจากพฤติกรรมรับประทานที่ไม่เหมาะสม และการรับประทานอาหารตามอารมณ์ จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจ โดยเฉพาะในสังคมและวัฒนธรรมที่มีการบริโภคอาหารที่แตกต่าง และเปลี่ยนแปลงไปจากวิถีไทยดั้งเดิม เช่น การรับประทานอาหารนอกบ้าน อาหารสำเร็จรูป และอาหารบุฟเฟต์ แนวคิดการรับประทานอย่างมีสติ ซึ่งมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการควบคุม

ตนเอง (self-regulation theory) และได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิผลในระดับบุคคล โดยการเพิ่มการตระหนักรู้ และความใส่ใจกับอาหารสิ่งที่อยู่ตรงหน้า การรับรู้ต่อสัญญาณความหิว/อิ่มของร่างกาย รู้ทันความรู้สึก อารมณ์ และความคิด และสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบ ชนิด และปริมาณอาหารที่แตกต่างที่เคยปฏิบัติจนเป็นนิสัย และเกิดเป็นพฤติกรรมมารับประทานอาหารอย่างมีสติ (Tapper, 2022)

การวิจัยนี้ นำแนวความคิดการรู้สติมาผสมผสานกับความรู้ด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน พัฒนาเป็นโปรแกรมการฝึกใช้สติเป็นฐานเพื่อลดพฤติกรรมมารับประทานอาหารตามอารมณ์ในผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (Diabetes Mindfulness-based Emotional Eating Awareness Training Program for Type 2 Diabetic Patients with Uncontrolled Glycemia: DM-BEEAT) รวมทั้ง สอดแทรกการฝึกสมาธิที่เหมาะสมกับชีวิตประจำวันและบริบทที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารและอารมณ์ ซึ่งเป็นการนำมาใช้เป็นครั้งแรกสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน ให้สามารถเปลี่ยนมาเป็นการรับประทานอาหารอย่างมีสติ เพื่อควบคุมระดับ HbA1c ที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยการวัดผลลัพธ์ทั้งทางจิตวิทยาและชีววิทยา ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการนำแนวความคิดมารับประทานอาหารอย่างมีสติมาใช้เป็นทางเลือกใหม่ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองด้านอาหาร เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ลดภาวะแทรกซ้อน และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับประทานอาหารอย่างมีสติ และการรับประทานอาหารตามอารมณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกตระหนักรู้การรับประทานอาหารตามอารมณ์โดยใช้สติเป็นฐาน และกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำในการรับประทานอาหารตามปกติ ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการติดตามหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกตระหนักรู้การรับประทานอาหารตามอารมณ์โดยใช้สติเป็นฐาน และกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำในการรับประทานอาหารตามปกติ ระหว่างก่อนการทดลอง และการติดตามหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการฝึกใช้สติเป็นฐานเพื่อลดพฤติกรรมมารับประทานอาหารตามอารมณ์ในผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (DM-BEEAT) ใช้แนวความคิดการรับประทานอาหารโดยใช้สติเป็นฐาน (mindfulness-based eating awareness training: MB-EAT) ของ Kristeller (2019) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulation theory) ช่วยชี้แนะความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ได้แก่ 1) การตระหนักรู้ (awareness) การฝึกสมาธิกำหนดลมหายใจ การใส่ใจกับปัจจุบัน 2) การยอมรับ (acceptance) พิจารณาความคิด ความรู้สึกต่ออาหาร และสัญญาณความหิวและความอิ่ม และการรับรู้ต่อผลของอาหารที่รับประทาน และ 3) การแยกแยะความคิด อารมณ์ และความรู้สึก (decentering) (Lattimore, 2020; Tapper, 2022) ส่งผลให้เพิ่มการรับประทานอาหารอย่างมีสติ ลดการรับประทานอาหารตามอารมณ์ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1

**โปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้การรับประทานอาหารตาม
อารมณ์โดยใช้สติเป็นฐาน**

- การตระหนักรู้ปัจจุบัน (present moment awareness) การฝึกสมาธิกำหนดลมหายใจ การใส่ใจกับปัจจุบันผ่านบทเรียน “รับประทานอาหารน้อย แต่มีความสุข”
- การยอมรับ (acceptance) บทเรียนการสำรวจร่างกาย (body scan) สำรวจสัญญาณความหิว/อิ่ม ผ่านบทเรียน “รับรู้ผลของอาหารที่รับประทาน”
- การแยกแยะระหว่างความคิด อารมณ์ และความรู้สึก (decentering) ผ่านบทเรียน “การยับยั้งชั่งใจต่อความหิว” และ “หยุด คิด ก่อนรับประทานอาหาร”

- การรับประทานอาหารตามอารมณ์
- การรับประทานอาหารอย่างมีสติ
- น้ำตาลสะสมในเลือด

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มมีการวัดซ้ำ (two group repeated measures design) ดำเนินการทดลองระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2567 รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ในปี พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มีรายชื่อในฐานข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานคลินิก หมอครอบครัวหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวสะพาน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุระหว่าง 35-59 ปี 2) เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 5 ปี 3) รักษาโดยการรับประทานอาหารอย่างสม่ำเสมอ 4) มีค่า HbA1c ครั้งล่าสุด มากกว่า 7 mg% หรือมีน้ำตาลหลังการอดอาหาร (FBS) มากกว่า 126 mg/dl (สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2566) 5) มีคะแนนการรับประทานอาหารตามอารมณ์ในระดับสูง (มากกว่า 10 คะแนน จาก 30 คะแนน) (ภาสกร จิงแยม ปิ่น, 2559) และ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนด

มีเกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ 1) มีการตั้งครรภ์หรือหลังคลอดที่อยู่ระหว่างการให้นมบุตร 2) รับประทานอาหารเจหรือมังสวิรัต 3) ได้รับการรักษาโดยใช้อินซูลิน และ 4) มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน เช่น แผลเบาหวาน ต้อกระจก โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น และมีเกณฑ์ในการยกเลิกจากการวิจัย (discontinuous criteria) ดังนี้ 1) ขอดอนตัวจากการวิจัย 2) ย้ายที่อยู่/ ติดต่оไม่ได้ และ 2) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากโปรแกรม G*Power 3.1 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2566) สำหรับสถิติ ANOVA: Repeated measures, between factor กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของ Miller et al. (2012) เท่ากับ 0.33 ค่าความคลาดเคลื่อน (error) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม จำนวนการวัด 3 ครั้ง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก

ร้อยละ 10 รวมเป็น 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 28 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ทำการจับคู่ตามเพศ อายุ และระดับ HbA1c และเลือกเข้ากลุ่มโดยวิธีการจับผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำแนกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) โปรแกรมการฝึกตระหนักรู้การรับประทานอาหารตามอารมณ์ โดยใช้สติเป็นฐาน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (DM-BEEAT) ซึ่งสร้างมาจากแนวคิดการรู้สติ คือ 1) การตระหนักรู้ปัจจุบัน (present moment awareness) 2) การยอมรับ (acceptance) และ 3) การแยกแยะระหว่างความคิด อารมณ์ และความรู้สึก (decentering) ดำเนินกิจกรรมรายกลุ่มเป็นเวลา 6 สัปดาห์ และการนำไปปฏิบัติด้วยตนเองต่อเนื่องจนครบ 12 สัปดาห์ และ 2) คู่มือฝึกการรับประทานอาหาร โดยใช้สติเป็นฐาน สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมีเนื้อหาและภาพประกอบเกี่ยวกับเทคนิคและแบบฝึกหัดการรับประทานอาหารอย่างมีสติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว

2.2 แบบสอบถามการรับประทานอาหารตามอารมณ์ เป็นการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในปริมาณที่มากกว่าปกติ เมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ทั้งทางบวกและทางลบ โดยไม่สัมพันธ์กับความหิวและความอิ่ม ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับประทานอาหารตามอารมณ์ของภาสกร จิงแย้มปิ่น (2559) จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ = 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง = 1 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ = 0 คะแนน มีคะแนนระหว่าง 0-30 คะแนน และมีเกณฑ์ในการจำแนกระดับคะแนน 3 ระดับ ดังนี้

ระหว่าง 0-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีการรับประทานอาหารตามอารมณ์

ระหว่าง 6-10 คะแนน หมายถึง มีการรับประทานอาหารตามอารมณ์ระดับต่ำ

ระหว่าง 11-20 คะแนน หมายถึง มีการรับประทานอาหารตามอารมณ์ระดับปานกลาง

ระหว่าง 21-30 คะแนน หมายถึง มีการรับประทานอาหารตามอารมณ์ระดับสูง

2.3 แบบสอบถามการรับประทานอาหารอย่างมีสติ ซึ่งแปลมาจากสอบถาม Mindful Eating Questionnaire (Serban et al., 2022) จำนวน 28 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ระหว่าง 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ ตามลำดับจนถึง 1 คะแนน หมายถึง แทบจะไม่เคยปฏิบัติ คิดคะแนนเฉลี่ย และจำแนกออกเป็น 4 ระดับ ระหว่าง 3.51-4.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด ระหว่าง 2.51-3.50 คะแนน หมายถึง ระดับมาก ระหว่าง 1.51-2.50 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และระหว่าง 1.00-1.50 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

2.4 การตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนการทดลอง (pretest) และในสัปดาห์ที่ 12 (follow up) ซึ่งตรวจวินิจฉัยและรายงานผลโดยคลินิกเทคนิคการแพทย์เอกชนที่ได้รับการรองมาตรฐานในจังหวัดเพชรบุรี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรม DM-BEEAT และคู่มือการรับประทานอาหารโดยใช้สติเป็นฐาน แบบสอบถามการรับประทานอาหารตามอารมณ์และแบบสอบถามการรับประทานอาหารอย่างมีสติ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content analysis) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน 2 คน และด้านการสร้างเครื่องมือการวิจัย 1 คน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Consistency:

IOC) รายข้อ ระหว่าง 0.66–1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.95 และ 0.88 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษาวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี กระทรวงสาธารณสุข เลขที่หนังสือรับรอง PBEC No. 22/2567 ลงวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ทำการวิจัยโดยการยินยอมจากอาสาสมัครการวิจัย สามารถถอนตัวได้โดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ แก่ข้อมูลเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการทดลองเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง ติดต่อพยาบาลเวชปฏิบัติประจำ รพ.สต. เพื่อนัดหมายกลุ่มตัวอย่างแยกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการแนะนำผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย เป้าโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจ และลงลายมือชื่อในแบบแสดงความยินยอมอย่างเป็นทางการลายลักษณ์อักษร และทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง (pretest) เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจค่า HbA1c และนัดหมายเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด

2. ระยะทดลอง สำหรับกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อน ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มทดลองไม่เผยแพร่รายละเอียดของโปรแกรมหรือคู่มือจนกว่าสิ้นสุดการวิจัย ดำเนินการทดลองตามกิจกรรมในโปรแกรม DM-BEEAT รายละเอียด ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 หลักการและแนวคิดของโปรแกรม DM-BEEAT

ครั้งที่	ระยะเวลา/ สถานที่	หลักการ/แนวคิดและกิจกรรม
1	2 ชม./ รพ.สต.	- ทบทวนความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการจัดการอาหารเฉพาะโรคเบาหวานและอาหารแลกเปลี่ยน แจกคู่มือการรับประทานอาหารโดยใช้สติเป็นฐาน และแนวคิดพื้นฐานของสติ - ฝึกความใส่ใจ (focus attention) โดยการฝึกสมาธิ กำหนดลมหายใจในท่ายืน - ฝึกการตระหนักรู้ (awareness) ผ่านบทเรียนการรับประทานอาหารลูกเกดอย่างมีสติ (raisin meditation) โดยให้พิจารณากลิ่น สัมผัส สัมผัส และที่มาของลูกเกด นำเข้าปากแล้ว ก็ให้เคี้ยวช้า ๆ เพื่อรับทั้งรูป รส กลิ่น สัมผัส ก่อนกลืนให้รับรู้ว่าจะรับน้ำตาลจากลูกเกดลูกนี้ ก่อนที่จะรับประทานเม็ดต่อไป (ทำให้รับประทานอาหารเช้า ปริมาณอาหารน้อยลง แต่ได้รับรู้รสชาติอาหารมากขึ้น มีความสงบมากขึ้น “รับประทานอาหารน้อย แต่มีความสุข” - มอบหมายให้ ฝึกสมาธิโดยการกำหนดลมหายใจก่อนการรับประทานอาหาร 3 นาที และนำเทคนิค raisin meditation ไปใช้กับการรับประทานอาหารในแต่ละวัน
2	2 ชม./ รพ.สต.	- ทำสมาธิโดยการกำหนดลมหายใจในท่ายืน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่นำไปใช้ในสัปดาห์ที่ผ่านมา การให้กำลังใจ และการเสริมแรงทางบวก - ฝึกการยอมรับ (acceptance) ผ่านบทเรียนการสำรวจร่างกาย (body scan) สำรวจสัญญาณความหิว ผ่านการมอง ตมกลิ่น การชิม การคิด และความรู้สึกที่มีต่ออาหาร และการประเมินระดับความหิว โดยให้คะแนน 0-10 คะแนน “ยอมรับว่า เมื่อใดต้องรับประทานอาหาร รับประทานอาหารเพราะอะไร รับประทานอาหารอะไร และมากน้อยแค่ไหน และผลของอาหารที่รับประทาน”

ครั้งที่	ระยะเวลา/ สถานที่	หลักการ/แนวคิดและกิจกรรม
3	2 ชม./ รพ.สต.	- มอบหมายให้กำหนดลมหายใจก่อนการรับประทานอาหาร 3 นาที เทคนิค raisin meditation และการสำรวจร่างกาย/สัญญาณความหิว ไปใช้ในแต่ละมื้ออาหาร - ทำสมาธิโดยการกำหนดลมหายใจในท่ายืน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่นำไปใช้ในสัปดาห์ที่ผ่านมา การให้กำลังใจ และการเสริมแรงทางบวก - ฝึกการแยกแยะระหว่างความคิด อารมณ์ และความรู้สึก (decentering) ผ่านบทเรียน “การยับยั้งชั่งใจต่อความหิว” - ฝึกการแสดงอารมณ์ที่แท้จริงและการจัดการที่เหมาะสม (authentic emotional expression and coping) ด้วยเทคนิค “หยุด คิด ก่อนรับประทานอาหาร” - มอบหมายให้ฝึกสมาธิโดยการกำหนดลมหายใจก่อนการรับประทานอาหาร 3 นาที เทคนิค raisin meditation และการสำรวจร่างกาย/สัญญาณความหิว รวมทั้ง การจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสมไปใช้กับการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ
4	2 ชม./ รพ.สต.	- ทำสมาธิโดยการกำหนดลมหายใจในท่ายืน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่นำไปใช้ในสัปดาห์ที่ผ่านมา การให้กำลังใจ และการเสริมแรงทางบวก - ฝึกเทคนิคการรับประทานอาหารอย่างมีสติ ได้แก่ การเคี้ยวช้าๆ ประมาณ 32 ครั้ง/คำ รับประทานอาหารในปริมาณพอดี (สำรวจสัญญาณความหิว-อิ่ม) กิจกรรมทางกายหลังการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารโดยไม่มียาแทรกแซง (งดกรรมอื่นระหว่างการรับประทานอาหาร) จัดการสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการมีสติ และปฏิบัติต่อเนื่องจนเป็นปกตินิสัย (สะท้อนคิดตัวเองระหว่างรับประทานอาหารอย่างมีสติและไร้สติ) - มอบหมายให้ฝึกสมาธิโดยการกำหนดลมหายใจก่อนการรับประทานอาหาร 3 นาที และฝึกใช้เทคนิคการรับประทานอาหารอย่างมีสติในแต่ละมื้อ (home retreat mindful eating) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม
5	1 ชม./ บ้าน	- เยี่ยมบ้านรายบุคคล เพื่อติดตามการนำเทคนิคการรับประทานอาหารอย่างมีสติ ให้คำปรึกษาและให้การช่วยเหลือให้สามารถปฏิบัติตนได้อย่างต่อเนื่อง
6	2 ชม./ รพ.สต.	- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ สิ่งที่ได้ดี ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไข รวมทั้งทบทวนเทคนิคการรับประทานอาหารอย่างมีสติและการศึกษาด้วยตนเองจากคู่มือ - ตอบแบบสอบถามหลักการทดลอง (posttest)
7-11	30 นาที/ครั้ง	- มอบหมายให้นำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองตามคู่มือในทุกมื้ออาหาร และติดตามทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ รวม 3 ครั้ง
12	2 ชม./ รพ.สต.	- สรุปบทเรียนและแนวทางในการปฏิบัติต่อเนื่องอย่างยั่งยืน การเจาะเลือดเพื่อตรวจ HbA1c และตอบแบบสอบถามหลังในระยะติดตาม (follow up)

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานของคลินิกเบาหวานโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ ได้แก่ คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการจัดการอาหารเฉพาะโรคเบาหวานและอาหารแลกเปลี่ยน เมื่อมารับการตรวจรักษาตามนัด มอบหมายให้ อสม. ที่ผ่านการชี้แจงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว นำแบบสอบถาม posttest (สัปดาห์ที่ 6) ไปให้ตอบด้วยตนเองที่บ้านและส่งกลับ และเมื่อสิ้นสุด 12 สัปดาห์ นัดหมายให้มาเจาะเลือดเพื่อตรวจค่า HbA1c และตอบแบบสอบถามในระยะติดตาม รวมทั้ง เข้ารับการฝึกปฏิบัติการรับประทานอาหารโดยใช้สติเป็นฐาน ตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความเท่าเทียมกันของข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบฟิชเชอร์
2. วิเคราะห์คะแนนจากแบบสอบถาม และค่า HbA1c โดยใช้สถิติพรรณนา และทดสอบการกระจายเป็นปกติโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test มีค่า $p > .05$
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับประทานอาหารอย่างมีสติ และการรับประทานอาหารตามอารมณ์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวที่มีการวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA) และเปรียบเทียบรายคู่โดยใช้สถิติ Bonferroni
4. เปรียบคะแนนเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนการทดลอง (pretest) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน และเปรียบเทียบการติดตามหลังการทดลอง (follow up) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) เมื่อควบคุม HbA1c ก่อนการทดลอง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 อายุเฉลี่ย 52.68 ปี (SD=6.47) ส่วนใหญ่อาชีพค้าขาย ร้อยละ 51.14 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,860.00 บาท (SD=3,540.00) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 89.29 สถานภาพสมรส ร้อยละ 75.00 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 7.88 ปี (SD=2.18) ค่า FBS 172.36 mg% (SD=22.18) ความยาวของเส้นรอบเอว เท่ากับ 95.12 เซนติเมตร (SD=11.41) และมี BMI 27.00 กิโลกรัม/เมตร² (SD=5.134) ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.14 อายุเฉลี่ย 51.08 ปี (SD=6.36) มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 42.86 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,844.00 บาท (SD=3,967.58) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.71 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 64.28 มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 7.24 ปี (SD=2.80) ค่า FBS 163.32 mg% (SD=24.33) ความยาวของเส้นรอบเอว เท่ากับ 89.08 เซนติเมตร (SD=10.00) และมี BMI 25.39 กิโลกรัม/เมตร² (SD=3.84) การทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มพบว่า ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มควบคุม (n=28)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน/M	ร้อยละ/SD	จำนวน/M	ร้อยละ/SD		
เพศ						
ชาย	7	25.00	5	17.86	.42 ^a	.75
หญิง	21	75.00	23	82.14		
อายุ (ปี)	52.68	6.47	51.08	6.36	.88 ^c	.38
อาชีพ						
เกษตรกร	6	21.73	5	17.86	2.13 ^b	.34
ค้าขาย	16	51.14	12	42.86		
รับจ้าง	6	21.73	11	39.28		
รายได้ต่อเดือน (บาท)	5,860.00	3,540.00	5,844.00	3,967.58	.02 ^c	.98
ระดับการศึกษา						
ระดับประถมศึกษา	25	89.29	24	85.71	.00 ^a	1.00

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มควบคุม (n=28)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน/M	ร้อยละ/SD	จำนวน/M	ร้อยละ/SD		
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	3	10.71	4	14.29		
สถานภาพสมรส						
โสด	3	10.71	6	21.73	1.23 ^b	.54
สมรส	21	75.00	18	64.28		
หม้าย/หย่า/ร้าง	4	14.29	4	14.29		
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค (ปี)	7.88	2.18	7.24	2.80	.90 ^c	.37
น้ำตาลหลังอดอาหาร (mg%)	172.36	22.18	163.32	24.33	1.03 ^c	.31
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	95.12	11.41	89.08	10.00	1.99 ^c	.06
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)	27.00	5.13	25.39	3.84	1.25 ^c	.22

a = Fisher's exact test, b = Chi-square test, c = t-test

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับประทานอาหารอย่างมีสติ การรับประทานอาหารตามอารมณ์ และระดับ HbA1c ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติ พบว่า ในระยะ pretest ไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะ posttest และ follow up แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t=11.13, 13.02$; $p<.001$; $t=8.05, 12.55$; $p<.001$) และมีระดับ HbA1c หลังการทดลอง 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ย เท่ากับ 7.74 (SD = .96) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.05 (SD=1.27) ซึ่งน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.33$, $p<.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับประทานอาหารอย่างมีสติ การรับประทานอาหารตามอารมณ์ และน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามระยะเวลา

การทดสอบ	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มควบคุม (n=28)		Mean difference	t	p-value
	M	SD	M	SD			
การรับประทานอาหารอย่างมีสติ							
pretest	2.46	.38	2.52	.36	-.06	5.12	.61
posttest	3.33	.30	2.30	.38	1.03	11.13*	<.001
follow up	3.45	.24	2.25	.42	1.20	13.02*	<.001
การรับประทานอาหารตามอารมณ์							
pretest	21.93	7.85	19.36	6.58	2.57	1.33	.19
posttest	8.71	2.80	20.32	7.10	-11.61	8.05*	<.001
follow up	4.32	2.52	19.86	6.04	-15.54	12.55*	<.001
น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)							
pretest	9.02	1.33	9.22	1.66	-.20	.48	.64
follow up	7.74	.96	9.05	1.27	-1.30	4.33*	<.001

* $p<.001$

การเปรียบเทียบการติดตามหลังการทดลอง (follow up) โดยใช้สถิติ ANCOVA เมื่อควบคุมระดับ AbA1c ก่อนการทดลอง ซึ่งผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น Homogeneity of Regression Slopes ($F=1.16$; $p=.29$) และ Levene's Test ($F=1.13$; $p=.29$) พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม DM-BEEAT มีระดับ HbA1c สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=85.88$; $p<.001$; $\eta^2=0.62$)

3. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ การทดสอบ Mauchly's Test of Sphericity มีค่า $p > .05$ อ่านค่าจาก Greenhouse-Geisser สำหรับคะแนนการรับประทานอาหารอย่างมีสติ พบอิทธิพลหลักของกลุ่ม (F=67.34; $p < .001$; $\eta^2 = 0.55$) เวลา (F=95.38; $p < .001$; $\eta^2 = 0.64$) และปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มและเวลา (F=276.04; $p < .001$; $\eta^2 = 0.84$) และคะแนนการรับประทานอาหารตามอารมณ์ พบอิทธิพลหลักของกลุ่ม (F=34.26; $p < .001$; $\eta^2 = 0.39$) เวลา (F=104.145; $p < .001$; $\eta^2 = 0.66$) และปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มและเวลา (F=121.57; $p < .001$; $\eta^2 = 0.69$) ผลการเปรียบเทียบรายคู่โดยใช้สถิติ Bonferroni พบ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการรับประทานอาหารอย่างมีสติ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามอารมณ์ตามช่วงเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับประทานอาหารอย่างมีสติ และการรับประทานอาหารตามอารมณ์ ภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Bonferroni

การเปรียบเทียบ	Mean difference	SE	p-value	95%CI
การรับประทานอาหารอย่างมีสติ				
pretest-posttest	-.87*	.06	<.001	-1.01, -.72
posttest-follow-up	-.11*	.03	<.001	-.18, -.04
pretest-follow-up	-.98*	.06	<.001	-1.14, -.82
การรับประทานอาหารตามอารมณ์				
pretest-posttest	13.21*	1.27	<.001	9.97, 16.45
posttest-follow-up	4.93*	.35	<.001	3.50, 5.28
pretest-follow-up	17.61*	1.38	<.001	14.08, 21.13

* $p < .001$

อภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับประทานอาหารอย่างมีสติ ผลการวิจัยพบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นตามระยะเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เนื่องจากกิจกรรมตามโปรแกรมใช้หลักการรู้สติเป็นฐาน (Lattimore, 2020; Tapper, 2022) ทั้งการได้ฝึกสมาธิก่อนการรับประทานอาหาร 3 นาที การพิจารณาอาหาร การสำรวจและรับรู้ต่อความหิวและความอิ่ม เป็นรายกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง ติดต่อกัน 5 ครั้ง และมอบหมายให้นำฝึกเทคนิคการรับประทานอาหารอย่างมีสติไปปฏิบัติต่อเนื่อง แบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเริ่มจาก 1-2 มื้อ/วัน ในช่วงแรก และเพิ่มเป็นทุกมื้อหลังสัปดาห์ที่ 6 จนครบ 12 สัปดาห์ ร่วมกับการติดตามให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ชี้ให้เห็นว่าหลักสติสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนมา มีพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่ดีได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Andriani et al. (2024) ในผู้ป่วยเบาหวาน (มีค่า FBS > 130 mg%) ได้รับการฝึกรับประทานอาหารอย่างมีสติสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 20-30 นาที นาน 4 สัปดาห์ และมอบหมายให้ฟังเสียงคำแนะนำจากเครื่องเล่นพกพานาน 6 นาที ระหว่างรับประทานอาหารทุกวัน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ศึกษาครั้งนี้ มีระยะเวลาในแต่ละสัปดาห์ มากกว่าและต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมต่อการติดตามค่า HbA1c อย่างไรก็ดี ความแตกต่างของระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม จำเป็นต้องได้รับการวิจัยเพื่อศึกษาเวลาที่เหมาะสมต่อไป

2. การเปรียบเทียบคะแนนการรับประทานอาหารตามอารมณ์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงอย่างต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 เนื่องจากโปรแกรมนี้ออกแบบมาให้ฝึกการแยกแยะระหว่างความคิด และอารมณ์ รวมทั้ง สอนวิธีการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้อาหารเพื่อบำบัดอารมณ์ทั้งทางบวกและลบ

สอดคล้องการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานของ van Son et al. (2014) ซึ่งทำการฝึกสมาธิ จำนวน 8 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และนำไปปฏิบัติเองที่บ้านใช้เวลา 30 นาที เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ จนครบ 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงการลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า ซึ่งเห็นว่าการฝึกสติช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานลดอารมณ์ทางลบได้ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาเน้นการฝึกปฏิบัติเฉพาะวิธีการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเช้าเพื่อชดเชยอารมณ์เท่านั้น ส่วนการจัดการอารมณ์วิธีอื่น ๆ เป็นเพียงการให้ความรู้ทั่วไป ซึ่งไม่ได้ควบคุมการนำไปใช้ในแต่ละบุคคล รวมทั้ง ติดตามโดยการเยี่ยมบ้านเพียง 1 ครั้ง แต่ใช้การติดตามทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ อาจทำให้ขาดความเข้มในการกำกับติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือดพบว่า กลุ่มทดลองมีค่า HbA1c ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า แนวคิดการฝึกการรู้สติในการรับประทานอาหารเช้า ซึ่งส่งผลทั้งการเพิ่มขึ้นของคะแนนการรับประทานอาหารเช้าอย่างมีสติ และลดการรับประทานอาหารเช้าตามอารมณ์นั้น ยังส่งผลต่อเนื่องต่อการลดลงของระดับ HbA1c ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pearson et al. (2018) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมการฝึกสติผ่านการฟังซีดีเสียงแนะนำการรับรู้ลมหายใจวันละ 30 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และติดตามระดับ HbA1c เมื่อครบ 12 สัปดาห์ พบว่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$) อย่างไรก็ตามระดับ HbA1c ในกลุ่มทดลองยังสูงกว่าค่าเป้าหมายของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ซึ่งเห็นว่าการผู้ป่วยเบาหวานต้องคงไว้ซึ่งพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าอย่างมีสติอย่างยั่งยืน จึงจะสามารถควบคุมระดับ HbA1c ได้ดี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Miller et al. (2012) เป็นการฝึกสติในการรับประทานอาหารเช้าเป็นเวลา 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับ FBS และ HbA1c ไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาข้างต้นไม่ได้ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับประทานอาหารเช้าตามอารมณ์ ในขณะที่ van Son et al. (2014) ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาทางอารมณ์ แต่ก็ไม่พบความแตกต่างของ HbA1c เมื่อติดตามครบ 6 เดือน ซึ่งเห็นว่าการฝึกสติอาจช่วยลดระดับ HbA1c ผ่านการส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า และการจัดการทางอารมณ์ที่ดี ซึ่งต้องการการศึกษาซ้ำ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ ขาดการติดตามความคงอยู่ของการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่อเนื่องในระยะยาว รวมทั้ง การควบคุมความเท่าเทียมของตัวแปร เช่น เส้นรอบเอว

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

โปรแกรมการฝึกตระหนักรู้การรับประทานอาหารเช้าอย่างมีสติเป็นฐาน โดยการฝึกสมาธิ การตระหนักรู้ต่ออาหารที่รับประทาน การสำรวจความหิว-อิ่ม การแยกแยะระหว่างความคิด อารมณ์ และความรู้สึก ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีพฤติกรรมการกินอาหารอย่างมีสติ ลดการกินตามอารมณ์ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพในคลินิกโรคเบาหวาน ควรได้รับการฝึกอบรมการนำแนวทางตามโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า และนำไปใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจรายบุคคล เพื่อนำไปสู่เบาหวานในระยะสงบต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยที่มีการออกแบบการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) เพื่อลดอคติจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการติดตามผลลัพธ์อื่น ๆ เช่น เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย ต่อเนื่องในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัย จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2567

ผลประโยชน์ทับซ้อน : ไม่มี

References

- จักรกฤษณ์ วัชรราชูรี, สุวินัย แสงโย, และ กัญญาณัฐ อุ่มมี. (2561). อุปสรรคในการดำเนินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน. *วารสารการพัฒนารวมชนและคุณภาพชีวิต*, 6(2), 351–61.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2566). ขนาดอิทธิพล การวิเคราะห์อำนาจ การคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยโปรแกรม G*Power. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาสุร จิงแย้มปิ่น. (2559). ผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปรัชญาพฤติกรรมนิยมต่อการรับประทานอาหารด้วยอารมณ์และการรับรู้ความสามารถของตนในการลดน้ำหนักของนิสิตนักศึกษาคณะพยาบาล (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). Chula DigiVerse.
<https://digiverse.chula.ac.th/Info/item/dc:20807>
- ระบบคลังข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *ตัวชี้วัด NCD ClinicPlus*.
<https://hdc.moph.go.th/center/public/kpi/9>
- สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566*. ศรีเมืองการพิมพ์.
- Andriani, R., Kamila, A., Putri, R. A., Fadhilah, A., Helmi, S., & Septiani, D. (2024). The effect of mindful eating on dietary behaviour and fasting blood glucose in type 2 diabetes mellitus patients. *Healthcare in Low-Resource Settings*, 12(3), 11896.
<https://doi.org/10.4081/hls.2024.11896>
- Dakanalis, A., Mentzelou, M., Papadopoulou, S. K., Papandreou, D., Spanoudaki, M., Vasios, G. K., Pavlidou, E., Mantzorou, M., & Giaginis, C. (2023). The association of emotional eating with overweight/obesity, depression, anxiety/stress, and dietary patterns: A review of the current clinical evidence. *Nutrients*, 15(5), 1173.
<https://doi.org/10.3390/nu15051173>
- Kristeller, J. L. (2019). Mindfulness-based eating awareness training (MB-EAT). In I. Ivtzan (Ed.), *Handbook of mindfulness-based programmes: Mindfulness interventions from education to health and therapy* (pp. 252–265). Routledge.

- Lattimore, P. (2020). Mindfulness-based emotional eating awareness training: Taking the emotional out of eating. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(3), 649–57. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00667-y>
- Miller, C. K., Kristeller, J. L., Headings, A., Nagaraja, H., & Miser, W. F. (2012). Comparative effectiveness of a mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: A pilot study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(11), 1835–42. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2012.07.036>
- Morillo-Sarto, H., López-del-Hoyo, Y., Pérez-Aranda, A., Modrego-Alarcón, M., Barceló-Soler, A., Borao, L., Puebla-Guedea, M., Demarzo, M., García-Campayo, J., & Montero-Marin, J. (2023). ‘Mindful eating’ for reducing emotional eating in patients with overweight or obesity in primary care settings: A randomized controlled trial. *European Eating Disorders Review*, 31(2), 303–19. <https://doi.org/10.1002/erv.2958>
- Pamungkas, R. A., Mayasari, A., & Nudin, N. (2017). Factors associated with poor glycemic control among type 2 diabetes mellitus in Indonesia. *Belitung Nursing Journal*, 3(3), 272–80. <https://doi.org/10.33546/bnj.61>
- Pearson, S., Wills, K., Woods, M., & Warnecke, E. (2018). Effects of mindfulness on psychological distress and HbA1c in people with diabetes. *Mindfulness*, 9(5), 1615–26. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0908-1>
- Rajput, S. A., Ashraff, S., & Siddiqui, M. (2022). Diet and management of type II diabetes mellitus in the United Kingdom: A narrative review. *Diabetology*, 3(1), 72–8. <https://doi.org/10.3390/diabetology3010006>
- Schnepper, R., Blechert, J., Arend, A. K., Yanagida, T., & Reichenberger, J. (2023). Emotional eating: elusive or evident? Integrating laboratory, psychometric and daily life measures. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 28(1), 74. <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01606-8>
- Serban, D. M., Serban, C. L., Ursoniu, S., Putnoky, S., Moleriu, R. D., & Putnoky, S. (2022). Mindful eating questionnaire: validation and reliability in Romanian adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10517. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710517>
- Tapper, K. (2022). Mindful eating: What we know so far. *Nutrition Bulletin*, 47(2), 168–85. <https://doi.org/10.1111/nbu.12559>
- van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., Blonk, M. C., Erdtsieck, R. J., & Pouwer, F. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for people with diabetes and emotional problems: Long-term follow-up findings from the DiaMind randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(1), 81–4. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.03.013>

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลแบบแกงการู ต่อทัศนคติและพฤติกรรมของ พยาบาลในการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการู

กิตติธร เมธสาร* สมสิริ รุ่งอมรรัตน์** สุดาภรณ์ พัยคมเรือง**

บทคัดย่อ

บทนำ : การส่งเสริมการดูแลแบบแกงการูมีความสำคัญต่อทารกเกิดก่อนกำหนด จึงจำเป็นต้องพัฒนาแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติการดูแลแบบแกงการู ต่อทัศนคติและพฤติกรรมของพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการู

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด จำนวน 27 คน ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ตามกรอบแนวคิด PARIHS จากหลักฐานเชิงประจักษ์ และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการร่วมกับการใช้วิดีโอ สื่อบทเรียน และสถานการณ์จำลอง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทัศนคติ และแบบประเมินพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา paired t-test, Wilcoxon Signed-Rank Test, simple linear regression และ multiple regression analysis

ผลการวิจัย : หลังการใช้แนวปฏิบัติฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการดูแลแบบแกงการูของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=11.73, p<.001$) และคะแนนพฤติกรรมในการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการูของพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ ครั้งที่ 2 มีค่ามัธยฐานสูงกว่าครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=4.06, p<.001$) ทั้งนี้คะแนนทัศนคติสามารถทำนายคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการูของพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=8.383, p=.002$)

สรุปผล : แนวปฏิบัติการดูแลทารกแบบแกงการูมีประสิทธิภาพต่อการเพิ่มทัศนคติและพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกแบบแกงการู

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติ การดูแลแบบแกงการู ทัศนคติพยาบาล พฤติกรรมส่งเสริมการดูแลแบบแกงการู

* นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, E-mail: somsiri.run@mahidol.ac.th

Received: May 19, 2026

Revised: August 19, 2026

Accepted: August 26, 2026

Effects of Implementation of Guideline for Kangaroo Care on Nurses' Attitudes and Behaviors Toward Kangaroo Care

Kittithorn Matasan* Somsiri Rungamornrat** Sudaporn Payakkaraung**

Abstract

Background: Promoting kangaroo care is essential for preterm infants and requires close nursing supervision and support. Therefore, it is necessary to develop evidence-based kangaroo care practice guidelines that are appropriate to the specific context of the unit.

Objectives: This study examined the effect of a kangaroo care guideline on nurses' attitudes and behaviors toward kangaroo care.

Methods: The study used a one-group quasi-experimental pretest–posttest design. Twenty-seven registered nurses working in the neonatal intensive care unit (NICU) were recruited. The guideline was developed by the researcher based on the PARIHS framework and relevant empirical evidence. To facilitate implementation of the guideline in clinical practice, the intervention included a structured workshop with video demonstrations, computer-based materials, and simulation scenarios. Data were collected using a nurse demographic questionnaire, the Nurses' Attitudes Toward Kangaroo Care Questionnaire, and an observational assessment form of nurses' kangaroo care–promoting behaviors, and analyzed using descriptive statistics, paired t-test, Wilcoxon Signed-Rank Test, simple linear regression, and multiple regression analysis.

Results: The results showed that nurses' mean attitude scores toward kangaroo care increased significantly following implementation of the practice guideline ($t=11.73$, $p<.001$). Nurses' median behavior score in promoting kangaroo care also increased significantly from the first to the second post-implementation assessment ($Z=4.06$, $p<.001$). In addition, nurses' attitudes toward kangaroo care significantly predicted their kangaroo care–promoting behaviors ($F=8.383$, $p=.002$).

Conclusion: The kangaroo care practice guideline was effective in improving nurses' attitudes and behaviors toward kangaroo care.

Keywords: Guideline, kangaroo care, nurses' attitudes, behaviors toward kangaroo care

* Student of Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

** Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Corresponding Author: Somsiri Rungamornrat, E-mail: somsiri.run@mahidol.ac.th

บทนำ

การเกิดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานของทารกแรกเกิด เนื่องจากระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ในประเทศไทยพบทารกเกิดก่อนกำหนดประมาณ 41,600 รายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 9.91 ของเด็กเกิดมีชีวิต (กรมอนามัย, 2568) จากสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ปี พ.ศ. 2567 พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดมีระยะเวลานานอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 2–90 วัน และบางรายนานถึง 1 ปี (หน่วยสถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา, 2567) ระหว่างการรักษาทารกกลุ่มนี้ ส่วนหนึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน เช่น การได้รับเครื่องช่วยหายใจ การได้รับอาหารทางสายให้อาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการดูแลในตู้อบ (Gardner & Goldson, 2021) ส่งผลให้ทารกต้องถูกแยกจากบิดามารดาเป็นเวลานาน ซึ่งอาจรบกวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดากับทารก การตอบสนองของบิดามารดาต่อสัญญาณของทารก และพัฒนาการทางอารมณ์ระยะแรกของทารก ทำให้บิดามารดาขาดความมั่นใจในการดูแลบุตร (Yildiz & Besirik, 2025) ดังนั้นหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (Neonatal Intensive Care Unit: NICU) จึงเห็นความสำคัญในการรณรงค์ให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารก ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์

การดูแลแบบแกงการู (Kangaroo Care) เป็นหนึ่งในแนวทางสากลที่ได้รับการยอมรับเพื่อส่งเสริมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดผ่านกิจกรรมการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (World Health Organization [WHO], 2023) ซึ่งเป็นกิจกรรมช่วยส่งเสริมความคงที่ทางสัญญาณชีพของทารก และสามารถนำมาใช้ได้กับทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอาการคงที่ รวมถึงทารกที่มีภาวะหายใจลำบากและได้รับออกซิเจนในปริมาณต่ำ (เยาวรัตน์ สุภาชี และคณะ, 2566) อย่างไรก็ตาม ทารกเกิดก่อนกำหนดยังคงมีโอกาสได้รับการดูแลแบบแกงการูน้อยกว่าทารกครบกำหนดโดยทั่วไป Larsen et al. (2025) กล่าวว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ 32–36⁺ สัปดาห์จะมีโอกาสได้รับการดูแลแบบแกงการูในระยะแรกหลังคลอดต่ำกว่าทารกครบกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=0.26, 95%CI 0.09–0.68, $p=.008$) เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมักมีความไม่สมบูรณ์ทางสรีรวิทยา และต้องการการดูแลเฉพาะทางมากกว่าทารกครบกำหนด ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเริ่มสัมผัสแบบแกงการูในระยะแรกหลังคลอด ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมให้ทารกกลุ่มนี้เข้าถึงการดูแลแบบแกงการูมากขึ้น

แม้ว่าการดูแลแบบแกงการูจะเป็นแนวปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ แต่การนำไปใช้จริงในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดยังขึ้นอยู่กับบทบาทของพยาบาลเป็นสำคัญ เนื่องจากพยาบาลต้องประเมินความพร้อมของทารกและบิดามารดา ช่วยเคลื่อนย้ายและจัดท่าทารก เผื่อระวังสัญญาณชีพ และให้การช่วยเหลือเมื่อทารกมีอาการหรือสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ดังนั้น การดูแลแบบแกงการูอาจมองว่าเป็นการปฏิบัติที่มีความท้าทายทางคลินิก โดยเฉพาะในพยาบาลจบใหม่หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อุปสรรคของการนำการดูแลแบบแกงการูไปใช้ในทางปฏิบัติสามารถพิจารณาได้ภายใต้กรอบแนวคิด PARISH โดยครอบคลุมทั้งด้านหลักฐาน ได้แก่ ความรู้และประสบการณ์ของพยาบาล ความกังวลด้านความปลอดภัยของทารก และทัศนคติที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติ ด้านบริบท ได้แก่ ภาระงาน ข้อจำกัดด้านทรัพยากรพื้นที่ และสภาพแวดล้อมของหน่วยงาน และด้านการเอื้ออำนวย ได้แก่ การขาดการอบรม การขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่ยังไม่เพียงพอ (Cai et al., 2024; Sahoo et al., 2025) ขณะที่การจัดการศึกษาอย่างเป็นระบบและการฝึกปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลองสามารถช่วยเสริมสร้างสมรรถนะความมั่นใจ ทักษะ และพฤติกรรมในการปฏิบัติของพยาบาลได้ (Ebrahim et al., 2024) อย่างไรก็ตาม การนำการดูแลแบบแกงการูไปใช้ให้เกิดขึ้นจริงและต่อเนื่องในบริบทของหอผู้ป่วย ไม่ได้ขึ้นอยู่กับ การเพิ่มพูนความรู้

หรือทักษะของบุคลากรเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ ความพร้อมของ บริบทหน่วยงาน และการสนับสนุนการนำไปใช้ในทางปฏิบัติด้วย

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลแบบแก๊งการูที่เหมาะสมกับ บริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โดยใช้กรอบแนวคิด PARIHS เป็นแนวทางในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จำลองผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมทัศนคติและพฤติกรรม ของพยาบาลในการสนับสนุนการดูแลแบบแก๊งการู โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อให้การดูแลแบบแก๊งการูสามารถ ดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับบริบท และยั่งยืนในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติการดูแลแบบแก๊งการู ต่อทัศนคติและพฤติกรรมของพยาบาลในการ ส่งเสริมการดูแลแบบแก๊งการู

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด The Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS) ของ Kitson et al. (1998) เพื่ออธิบายกระบวนการนำแนวปฏิบัติการดูแล แบบแก๊งการูไปใช้ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของพยาบาล โดยทัศนคติหมายถึงความคิดเห็น หรือความรู้สึกของพยาบาลที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลแบบแก๊งการู และการส่งเสริมการดูแลดังกล่าว ส่วนพฤติกรรมหมายถึงการส่งเสริมและช่วยเหลือติดตามการดูแลแบบ แก๊งการูแก่ทารกเกิดก่อนกำหนด ครอบคลุมการประเมินทารก การเตรียมความพร้อม และการช่วยเหลือติดตาม และทารก ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติ

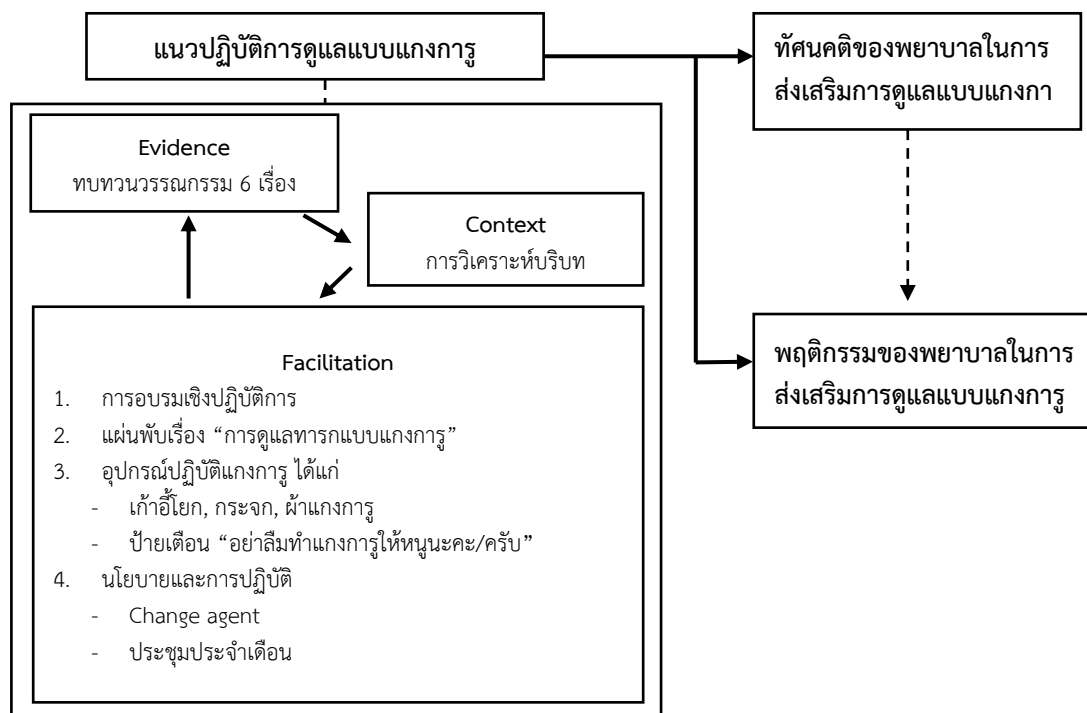
กรอบแนวคิดดังกล่าวเสนอว่า ความสำเร็จของการนำหลักฐานไปใช้ขึ้นอยู่กับ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ หลักฐานเชิงประจักษ์ บริบท และการอำนวยความสะดวก ซึ่งต้องดำเนินควบคู่กันเพื่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน (Kitson et al., 1998) ในกรอบแนวคิดนี้หลักฐานเชิง ประจักษ์ หมายถึง ข้อมูลที่นำมาใช้สนับสนุนการพัฒนาและการตัดสินใจใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วยงานวิจัย ประสบการณ์ทางคลินิก ประสบการณ์ของผู้ป่วยหรือครอบครัว และข้อมูลในบริบทหน่วยงาน (Kitson et al., 1998) ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลแบบแก๊งการูนี้จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย และตำราที่เกี่ยวข้อง ทั้งหมด 6 เรื่อง (Davanzo et al., 2013; Gardner & Goldson, 2021; Ludington-Hoe et al., 2003; Ludington-Hoe et al., 2008; WHO, 2003; Zhang et al., 2014) ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านทารกแรก เกิด และประสบการณ์ของบิดามารดาที่เคยปฏิบัติการดูแลทารกแบบแก๊งการู เพื่อให้แนวปฏิบัติมีความ น่าเชื่อถือ เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วย และสามารถนำไปใช้ได้จริง อย่างไรก็ตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพียง อย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลง หากขาดการวิเคราะห์บริบทและการสนับสนุนที่เหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์บริบทของหน่วยงานและจัดกระบวนการอำนวยความสะดวกควบคู่กันไปด้วย

ด้านบริบท หมายถึง สภาพแวดล้อมของหน่วยงานที่แนวปฏิบัติจะถูกนำไปใช้ ประกอบด้วยวัฒนธรรม องค์กร บทบาทของผู้นำ และกระบวนการประเมินผล ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของหน่วยงาน ทั้ง ลักษณะพื้นที่ของการจัดวางหอผู้ป่วย ข้อจำกัดด้านความเป็นส่วนตัว ภาระงาน นโยบายของโรงพยาบาล และ ประสบการณ์ของพยาบาลในหน่วยงาน เพื่อนำมาปรับรูปแบบการดำเนินแนวปฏิบัติให้สอดคล้องกับสภาพจริง ของหอผู้ป่วย การพิจารณาปัจจัยดังกล่าวช่วยลดช่องว่างระหว่างแนวปฏิบัติสากลกับการนำไปใช้ในบริบทไทย และเพิ่มโอกาสให้แนวปฏิบัติสามารถดำเนินได้อย่างเหมาะสม

ด้านการอำนวยความสะดวก หมายถึง กระบวนการหรือกลไกที่ช่วยให้บุคลากรสามารถนำหลักฐาน เชิงประจักษ์และแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ได้จริงอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องในบริบทของหน่วยงาน ผู้วิจัย

จึงได้จัดการสนับสนุนหลายรูปแบบ ได้แก่ การอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้วีดิทัศน์และสื่อคอมพิวเตอร์ การฝึกสถานการณ์จำลอง การจัดทำแผนพับให้ความรู้แก่บิดามารดา การจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น และการใช้ป้ายเตือนเพื่อกระตุ้นการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนจากหัวหน้าและการนำประเด็นการดูแลแบบแกงการเข้าสู่การประชุมประจำเดือน เพื่อร่วมกันสะท้อนปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข อันจะนำไปสู่การใช้แนวปฏิบัติการดูแลทารกแบบแกงการอย่างต่อเนื่อง ได้มาตรฐาน และยั่งยืนในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด

การนำกรอบแนวคิด PARIHS (1998) เข้ามาร่วมออกแบบการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ตามได้กล่าวไปข้างต้น ผู้วิจัยมีจุดมุ่งหมายที่จะศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลแบบแกงการ ต่อทัศนคติและพฤติกรรมของพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการ ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังแสดงในแผนผังแสดงกรอบทฤษฎีการวิจัย ดังต่อไปนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วย NICU โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบบสะดวก (convenience sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ พยาบาลที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานใน NICU เป็นระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป เกณฑ์ในการยุติการวิจัย ได้แก่ พยาบาลที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดทุกขั้นตอน ได้แก่ ลาออก หรือย้ายไปทำงานหอผู้ป่วยอื่นระหว่างขั้นตอนการวิจัย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ .80 และระดับนัยสำคัญ .05 แบ่งการคำนวณเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) การเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยอ้างอิงผลการศึกษาของ Abuhammad et al. (2024) ซึ่งได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .50 ผลการ

คำนวณพบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 27 คน และ 2) การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ โดยอ้างอิงงานวิจัยของบุษบา เนติสารยาภากร และคณะ (2564) ซึ่งได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .58 ผลการคำนวณพบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 20 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำตามการวิเคราะห์ที่ต้องใช้จำนวนมากที่สุด คือ 27 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Polit & Beck, 2021) ได้กลุ่มตัวอย่างรวมประมาณ 30 คน และระหว่างการดำเนินการศึกษาและเก็บข้อมูลตามที่กำหนด พบว่ามีผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนจบการศึกษาได้ จำนวน 3 คน เนื่องได้มีการจากลาออก จำนวน 1 คน และย้ายหน่วยงาน จำนวน 2 คน จึงทำให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้ทั้งหมด จำนวน 27 คน ซึ่งยังอยู่ในจำนวนที่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย ประกอบด้วย

1) แนวปฏิบัติในการดูแลทารกแบบแกงการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด PARIHS ของ Kitson et al. (1998) โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Davanzo et al., 2013; Gardner & Goldson, 2021; Ludington-Hoe et al., 2003; Ludington-Hoe et al., 2008; WHO, 2003; Zhang et al., 2014) และความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นแนวทางการปฏิบัติสำหรับพยาบาลใน NICU ในการช่วยเหลือปิตามารดา ปฏิบัติการดูแลแบบแกงการให้กับทารกเกิดก่อนกำหนดที่อยู่ในตู้อบ และยังไม่สามารถดูนมจากเต้าได้ โดยแนวปฏิบัติ มีทั้งสิ้น 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนปฏิบัติแกงการ ระหว่างปฏิบัติแกงการ และหลังปฏิบัติแกงการ มีเนื้อหาครอบคลุมการเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ การเตรียมความพร้อมของทารกและปิตามารดา ขั้นตอนการช่วยเหลือปิตามารดาในการปฏิบัติการดูแลแบบแกงการ

2) สื่อและอุปกรณ์ประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการโดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด PARIHS ของ Kitson et al. (1998) ประกอบด้วย

2.1 วิดีทัศน์ เรื่อง “ความสำเร็จในการให้การดูแลแบบแกงการในหอผู้ป่วย” เป็นสื่อวีดิทัศน์ ภาพเคลื่อนไหวประมาณ 10 นาที ใช้เป็นกิจกรรมแรกในการอบรมเชิงปฏิบัติการก่อนการบรรยายและการฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จำลอง เนื้อหาครอบคลุมเรื่อง ความรู้สึกของปิตามารดาที่มีต่อการดูแลแบบแกงการ หอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการดูแลแบบแกงการ โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกภาพจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และขอความยินยอมจากบุคคลที่ปรากฏภาพอยู่ในวีดิทัศน์เป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้สื่อวีดิทัศน์เฉพาะในงานวิจัยนี้เท่านั้นและไม่นำไปเผยแพร่ที่อื่นใด

2.2 สื่อคอมพิวเตอร์ เรื่อง “การดำเนินแนวปฏิบัติการดูแลแบบแกงการบนหอผู้ป่วย” ใช้ประกอบการบรรยายหลังจากการชมวีดิทัศน์เรียบร้อยแล้ว ซึ่งใช้เวลาในการบรรยายประมาณ 10-15 นาที มีเนื้อหาประกอบด้วย ประโยชน์ของการดูแลแบบแกงการ และวิธีปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลแบบแกงการ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.3 สถานการณ์จำลองสำหรับการฝึกปฏิบัติการดูแลแบบแกงการ ใช้เพื่อให้พยาบาลทดลองฝึกปฏิบัติในเหตุการณ์เสมือนจริงประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที มีทั้งหมด 6 สถานการณ์ เนื้อหาประกอบด้วย ประวัติของทารก ได้แก่ อายุครรภ์ อายุปัจจุบันของทารก สัญญาณชีพ การวินิจฉัยโรค และการรักษาที่ทารกได้รับ ประวัติของปิตามารดา ได้แก่ ประสบการณ์การปฏิบัติแกงการ ประวัติการเจ็บป่วย และการสูบบุหรี่

2.4 อุปกรณ์ประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ หุ่นจำลองทารก จำนวน 3 ตัว แก้วน้ำ จำนวน 3 ตัว ตู้อบ จำนวน 3 ตู้ (ยี่ห้อ Dräger) และเครื่องวัดสัญญาณชีพ จำนวน 3 เครื่อง (ยี่ห้อ Philips)

3) สื่อและอุปกรณ์ประกอบการนำเสนอปฏิบัติไปในหอผู้ป่วย

3.1 ป้าย “อย่าลืมทำแกงการูให้หนูนะ” เป็นป้ายที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นสำหรับแขวนที่ตู้ของทารก เพื่อแจ้งเตือนให้พยาบาลส่งเสริมการดูแลแบบแกงการูแก่บิดา มารดาและทารก มีขนาด 4 x 8 นิ้ว

3.2 แผ่นพับ เรื่อง “การดูแลทารกแบบแกงการู” เป็นสื่อที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้พยาบาลใช้ประกอบการอธิบายและแนะนำการดูแลแบบแกงการูแก่บิดามารดา ในการเตรียมความพร้อมก่อนที่ปฏิบัติการดูแลแบบแกงการู เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของการดูแลแบบแกงการู ประโยชน์ของการปฏิบัติแกงการู และการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติแกงการู

3.3 อุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติการดูแลแบบแกงการู ได้แก่ แก้วโยก 1 ตัว กระจกเงา 1 บาน ผ้าห่มแกงการู 15 ผืน ฉากม่านเคลื่อนย้ายได้ 2 อัน

3.4 แบบบันทึกสัญญาณชีพทารกขณะปฏิบัติแกงการู ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้เป็นแบบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง และหลังปฏิบัติแกงการู สำหรับพยาบาลใช้ในการประเมินบิดา มารดาและทารก ประกอบด้วย การประเมินทารกในเรื่องอุณหภูมิร่างกาย อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ระดับออกซิเจนในเลือด เวลาในการเริ่มและสิ้นสุดการปฏิบัติแกงการู เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น และการตอบสนองของบิดาหรือมารดา ได้แก่ ความรู้สึกหลังปฏิบัติแกงการู

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการปฏิบัติงานใน NICU และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบแกงการู

2) แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลแบบแกงการู ผู้วิจัยแปลจากแบบสอบถาม Attitudes towards Kangaroo Care ของ Chia et al. (2006) โดยได้รับอนุญาตจาก Australian Journal of Advanced Nursing ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ฉบับภาษาไทยได้รับการแปลโดยคงเนื้อหาข้อคำถามเดิม และผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของการแปล ความเทียบเท่าของความหมาย และความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามมีทั้งหมด จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ในข้อคำถามเชิงบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ส่วนในข้อคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงข้ามกัน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-70 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง พยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลทารกแบบแกงการูมาก คะแนนน้อย หมายถึง พยาบาลมีทัศนคติที่ต่อการดูแลทารกแบบแกงการูน้อย

3) แบบสังเกตพฤติกรรมพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการู ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติการดูแลแบบแกงการูที่พัฒนาขึ้น มีทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก ปฏิบัติ (1 คะแนน) ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง (0 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน แปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0-6 คะแนน (ร้อยละ 0-33) หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมการดูแลแบบแกงการูในระดับต่ำ 7-13 คะแนน (ร้อยละ 34-66) หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมการดูแลแบบแกงการูในระดับปานกลาง และ 14-20 คะแนน (ร้อยละ 67-100) หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมการดูแลแบบแกงการูในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย ประกอบด้วย แนวปฏิบัติในการดูแลทารกแบบแกงการู สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “ความสำเร็จในการให้การดูแลแบบแกงการูในหอผู้ป่วย” สื่อคอมพิวเตอร์ เรื่อง “การดำเนินแนวปฏิบัติการดูแลแบบแกงการูบนหอผู้ป่วย” และแผ่นพับ เรื่อง “การดูแลทารกแบบแกงการู” ได้นำส่งตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหา และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้เกิดความชัดเจนของสื่อ รูปแบบการนำเสนอ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาและเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

แบบสอบถามทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกแรกเกิด การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือดำเนินการกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมเด็จฯ ณ ศรีราชา จำนวน 10 คน ซึ่งจะไม่ถูกนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย พบว่า แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลแบบแก๊งการูมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .81 ส่วนแบบสังเกตพฤติกรรมพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลแบบแก๊งการู มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .92 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น Inter-rater reliability เท่ากับ .972

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2567 เลขที่หนังสือรับรอง COA No.IRB-NS2024/848.2803 และโรงพยาบาลสมเด็จฯ ณ ศรีราชา วันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2567 เลขที่หนังสือรับรอง COE No.027/2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย การรักษาความลับ ความเป็นอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบกับการทำงานในโรงพยาบาล เมื่อพยาบาลตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงขอให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ภายหลังได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จฯ ณ ศรีราชา ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย NICU เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และขอเข้าพบพยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยตัวเอง

2) ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยวิทยากร จำนวน 3 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญด้านการพยาบาลทารกแรกเกิดและการดูแลแบบแก๊งการู โดยไม่ได้ปฏิบัติงานในพื้นที่วิจัยเพื่อลดอคติ ผู้ช่วยวิทยากรทำหน้าที่สนับสนุนการฝึกปฏิบัติเป็นผู้ป่วยมาตรฐาน (standardized patient) ในสถานการณ์จำลอง และประเมินพฤติกรรมพยาบาลตามแบบสังเกตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ทั้งนี้ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ เนื้อหา ขั้นตอนสถานการณ์จำลองทั้ง 6 สถานการณ์ การแสดงบทบาทบิดามารดา และการให้ข้อมูลย้อนกลับตามแนวปฏิบัติฯ อย่างเป็นมาตรฐาน

3) ในวันที่เข้าพบพยาบาลกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยให้พยาบาลอ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และเปิดโอกาสให้ตัดสินใจ 1 วัน เมื่อพยาบาลตกลงยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงขอให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

4) การดำเนินการทดลองในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับข้อมูลเหมือนกันและพร้อมกัน แบ่งเป็นทั้งหมด 3 ระยะ ดังนี้

4.1 ระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติ คือ กิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ

วันที่ 1 ให้พยาบาลตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมดูแลทารกแบบแก๊งการูก่อนเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ และเลือกวันที่สามารถเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน จากทั้งหมด 3 วัน ซึ่งแต่ละวันสามารถลงทะเบียนได้ไม่เกิน จำนวน 12 คน

วันที่ 2 จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 6-12 คน ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง มีกิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 ชมวิดีโอ เรื่อง “ความสำเร็จในการให้การดูแลแบบแก๊งการูในหอผู้ป่วย” และได้รับเอกสารแนวปฏิบัติในการดูแลทารกแบบแก๊งการู ใช้เวลาประมาณ 10 นาที กิจกรรมที่ 2

ฟังบรรยายด้วยสื่อคอมพิวเตอร์เรื่อง “การดำเนินแนวปฏิบัติการดูแลแบบแกงการูบนหอผู้ป่วย” ใช้เวลาประมาณ 10–15 นาที กิจกรรมที่ 3 ฝึกปฏิบัติด้วยสถานการณ์จำลอง จำนวน 6 สถานการณ์ ร่วมกับใช้ผู้ป่วยมาตรฐาน (standardized patient) และหุ่นทาร์ก โดยพยาบาลถูกแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีพยาบาลจำนวน 3–4 คน และมีผู้ช่วยวิทยากร จำนวน 1 คน ภายหลังการฝึกสถานการณ์จำลอง พยาบาลจะได้รับการประเมินโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมฯ หากพยาบาลปฏิบัติไม่ครบขั้นตอน หรือไม่ถูกต้อง ผู้ช่วยวิทยากรจะสาธิตวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องและให้พยาบาลสาธิตย้อนกลับจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องครบทุกขั้นตอน ใช้เวลาประมาณ 60–90 นาที

4.2 ระยะใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเริ่มใช้แนวปฏิบัติในการดูแลแบบแกงการูทุกวันในช่วงเวลาที่ให้บิดา มารดาเข้าเยี่ยมทารก คือ 11.00–12.00 น., 14.00–15.00 น., และ 18.00–20.00 น. เป็นระยะเวลาประมาณ 4 เดือน โดยมีกิจกรรมเสริมระหว่างดำเนินแนวปฏิบัติฯ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ให้หัวหน้าพยาบาลเวรเช้าและเวรบ่ายเป็นผู้ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง โดยมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบในการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการู ติดป้าย “อย่าลืมทำแกงการูให้หนูนะ/ครับ” ที่ตู้ของทารก และช่วยกระตุ้นเตือนพยาบาลเจ้าของไข้ของทารกให้ปฏิบัติการดูแลแบบแกงการู

กิจกรรมที่ 2 นำการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการูบรรจุเป็นวาระหนึ่งของการประชุมประจำเดือนของหน่วยงานเพื่อให้บุคลากรได้หารือเกี่ยวกับอุปสรรค ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข และสนับสนุนให้การดำเนินงานตามแนวปฏิบัติฯ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุผลสำเร็จ

4.3 ระยะประเมินผล ผู้วิจัยประเมินทัศนคติต่อการดูแลแบบแกงการูด้วยแบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลแบบแกงการูอีกครั้ง เมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติฯ ครบ 4 เดือน ส่วนการประเมินพฤติกรรมพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการูจะประเมินทั้งหมด 2 ครั้ง ด้วยแบบสังเกตพฤติกรรมพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการู โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินเอง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ประเมินหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ ในหอผู้ป่วยครบ 1 เดือน โดยให้พยาบาลเลือกวันที่สะดวกให้ผู้วิจัยเข้าประเมินทั้งหมด 3 วัน จากนั้นเมื่อผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมพยาบาลครบ 3 วันเรียบร้อยแล้ว จะสุ่มเลือกผลการประเมินเพียง 1 วัน โดยใช้ฟังก์ชันสุ่มจากโปรแกรม Microsoft Excel จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนข้อมูลอีก 2 วัน ผู้วิจัยจะไม่นำมาเป็นข้อมูลในการวิจัย และจะทำลายข้อมูลนั้นทันที

ครั้งที่ 2 ประเมินผลแบบเดียวกันหลังการประเมินครั้งที่ 1 เมื่อครบ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบการแจกแจงของคะแนนด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่าคะแนนทัศนคติก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลแบบแกงการูมีการแจกแจงปกติ จึงเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test ส่วนคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมการดูแลแบบแกงการูหลังใช้แนวปฏิบัติฯ ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีการแจกแจงไม่ปกติ จึงเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test นอกจากนี้ วิเคราะห์อำนาจทำนายของทัศนคติต่อพฤติกรรมส่งเสริมการดูแลแบบแกงการูด้วยการถดถอยเชิงเส้นอย่างง่ายและการถดถอยเชิงพหุคูณ ภายหลังตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติแล้วพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงทุกประการ

ผลการวิจัย

1) คุณลักษณะทั่วไปของพยาบาล: พยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวนทั้งสิ้น จำนวน 27 คน มีช่วงอายุระหว่าง 23–52 ปี ส่วนใหญ่มีอายุไม่เกิน 30 ปี จำนวน 19 คน (ร้อยละ 70.37) อายุมากกว่า 30 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 29.63) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 29.37 ปี (SD=7.70) และพยาบาลทั้งหมดมีระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 100.00) ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดพบว่า มีช่วงระยะเวลาการทำงานตั้งแต่ 1–30 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 1–5 ปี จำนวน 16 คน (ร้อยละ 59.26) รองลงมาคือระหว่าง

มากกว่า 5–10 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 29.63) และมากกว่า 10 ปี จำนวน 3 คน (ร้อยละ 11.11) โดยมีระยะเวลาการทำงานเฉลี่ยเท่ากับ 6.63 ปี ($SD=7.57$) สำหรับประสบการณ์ในการอบรมหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบแกงการพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบแกงการ จำนวน 26 คน (ร้อยละ 96.29) และมีเพียง 1 คน (ร้อยละ 3.71) ที่เคยได้รับการอบรม

2) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรที่ศึกษา

2.1 คะแนนทัศนคติต่อการดูแลแบบแกงการของพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=11.73$, $p<.001$)

2.2 คะแนนพฤติกรรมในการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการของพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติ ครั้งที่ 1 (หลังใช้แนวปฏิบัติ 1 เดือน) มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 16 (IQR=3) และครั้งที่ 2 (หลังการประเมินครั้งที่ 1 เป็นเวลา 3 เดือน) มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 18 (IQR=1) โดยครั้งที่ 2 สูงกว่าครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=4.06$, $p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติและพฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการของพยาบาล ($n=27$)

ตัวแปร	ระยะเวลา	$\bar{X}(SD)$ / Median(IQR)	สถิติทดสอบ	p-value
ทัศนคติต่อการดูแลแบบแกงการ	ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	55.15 (4.59) ^a	$t = 11.73$	$<.001$
	หลังการใช้แนวปฏิบัติ	61.26 (5.08) ^a		
พฤติกรรมในการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการหลังการใช้แนวปฏิบัติ	ครั้งที่ 1	16 (3) ^b	$Z = 4.06$	$<.001$
	ครั้งที่ 2	18 (1) ^b		

หมายเหตุ: เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติด้วย paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test

a. $\bar{X}(SD)$, b. Median(IQR)

3) ผลทำนายความสัมพันธ์ของทัศนคติกับคะแนนพฤติกรรมในการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการ

3.1 คะแนนทัศนคติการดูแลแบบแกงการของพยาบาลก่อนใช้แนวปฏิบัติ สามารถทำนายคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการหลังใช้แนวปฏิบัติ ครั้งที่ 1 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=20.15$, $p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

3.2 คะแนนทัศนคติและคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการของพยาบาลในครั้งที่ 1 สามารถร่วมกันทำนายคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการครั้งที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=8.383$, $p=.002$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นอย่างง่ายของคะแนนทัศนคติการดูแลแบบแกงการก่อนใช้แนวปฏิบัติ กับคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการของพยาบาล หลังใช้แนวปฏิบัติ ครั้งที่ 1

ตัวแปร	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	3.678	2.870		1.281	0.212
ทัศนคติก่อนใช้แนวปฏิบัติ	0.233	0.052	0.668	4.489	<0.001
R = 0.668 ^a R ² = 0.446 Adjusted R ² = 0.424 SEE = 1.216 F = 20.151					

a. Dependent Variable: พฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการหลังใช้แนวปฏิบัติ ครั้งที่ 1

b. Predictor: ทัศนคติการดูแลแบบแกงการของพยาบาลก่อนใช้แนวปฏิบัติ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการของพยาบาล หลังใช้แนวปฏิบัติ ครั้งที่ 1 และคะแนนการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติการดูแลแบบแกงการของพยาบาล กับคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการของพยาบาลหลังใช้แนวปฏิบัติ ครั้งที่ 2

ตัวแปร	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	10.232	2.168		4.720	<0.001
คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมฯ ครั้งที่ 1	0.409	0.117	0.624	3.504	0.002

ตัวแปร	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
คะแนนการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติฯ	0.244	0.069	0.628	3.528	0.002
R = 0.641 ^a R ² = 0.411 Adjusted R ² = 0.362 SEE = 0.839 F = 8.383					
a. Dependent Variable: พฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการู ครั้งที่ 2					
b. Predictor: พฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการู ครั้งที่ 1, การเปลี่ยนแปลงของทัศนคติการดูแลแบบแกงการูของพยาบาล					

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ พยาบาลมีคะแนนทัศนคติต่อการดูแลแบบแกงการูสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.73, p < .001$) และคะแนนพฤติกรรมในการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการูของพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ ครั้งที่ 2 มีค่ามัธยฐานสูงกว่าครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=4.06, p<.001$) นอกจากนี้ คะแนนทัศนคติและคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการูของพยาบาลในครั้งที่ 1 สามารถร่วมกันทำนายคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการูครั้งที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=8.383, p=.002$) ผลดังกล่าวสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยและสะท้อนว่าแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมทั้งทัศนคติและพฤติกรรมของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งช่วยคงพฤติกรรมเชิงบวกได้ต่อเนื่องในระยะ 4 เดือน หลังสิ้นสุดการใช้แนวปฏิบัติฯ

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า พยาบาลมีความหลากหลายด้านอายุและประสบการณ์ แต่มีพื้นฐานการศึกษาใกล้เคียงกัน และมีประสบการณ์เฉพาะด้านการดูแลแบบแกงการูจำกัด ลักษณะดังกล่าวช่วยสนับสนุนว่า การเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติและพฤติกรรมภายหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ อาจสะท้อนผลของแนวปฏิบัติได้ชัดเจน และแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ที่สอดคล้องกับบริบทจริงของหอผู้ป่วย NICU ร่วมกับการอบรมเชิงปฏิบัติ ดังนั้น หากพิจารณาตามกรอบแนวคิด PARIHS (1998) ซึ่งเน้นความสำเร็จของการนำหลักฐานไปใช้ผ่านองค์ประกอบด้านหลักฐานเชิงประจักษ์ บริบท และการอำนวยความสะดวก โดยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

จากผลการวิจัยที่พบว่าทัศนคติของพยาบาลดีขึ้นหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ สะท้อนว่าแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นส่งผลต่อการรับรู้และมุมมองของพยาบาลต่อการดูแลแบบแกงการูได้ดีขึ้น อาจกล่าวได้ว่า การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจากการที่แนวปฏิบัติฯ มีความเข้มแข็งทั้งในด้านหลักฐานเชิงประจักษ์ บริบท และการอำนวยความสะดวก ซึ่งแนวปฏิบัติฯ พัฒนาจากข้อมูลที่ครอบคลุมทั้ง 4 แหล่ง อันได้แก่ 1) งานวิจัยที่ผ่านการประเมินระดับหลักฐานตาม JBI Levels of Evidence (Joanna Briggs Institute, 2013) 2) ประสบการณ์ทางคลินิก โดยได้รับข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ จากแพทย์เฉพาะทางทารกเกิดก่อนกำหนดในหน่วยงานถึงความเหมาะสม ความปลอดภัย และความเป็นไปได้ในการใช้จริง 3) ประสบการณ์ของบิดามารดา ในช่วงการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์บิดาและมารดาที่มีโอกาสได้ปฏิบัติการดูแลแบบแกงการู พบว่าครอบครัวยอมรับ เห็นคุณค่า และสามารถมีส่วนร่วมได้เมื่อได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลอย่างเหมาะสม และ 4) ข้อมูลในบริบทหน่วยงาน พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดต้องแยกจากบิดามารดาเป็นเวลานาน เพิ่มความจำเป็นในการส่งเสริมรูปแบบการดูแลที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลทารกมากขึ้น ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ดังกล่าวมีความเข้มแข็งด้านหลักฐานเชิงประจักษ์ มีความน่าเชื่อถือทางวิชาการ มีเหตุผลรองรับ และสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ไม่ใช่เพียงข้อเสนอเชิงทฤษฎี ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด PARIHS (Kitson et al., 1998)

จากการวิเคราะห์ด้านบริบท พบว่าการที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมีนโยบายองค์กรที่ชัดเจน สนับสนุนและยอมรับการเปลี่ยนแปลง ทำให้แนวปฏิบัติฯ ถูกนำไปใช้อย่างจริงจัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Yue et al. (2022) ได้นำการดูแลแบบแกงการูซึ่งเป็น evidence-based intervention ไปใช้ในโรงพยาบาลประเทศจีน โดยการสัมภาษณ์แพทย์ จำนวน 10 คน และพยาบาล จำนวน 18 คน ที่มีการนำแกงการูไปใช้ในหอผู้ป่วย พบว่า ความสำเร็จของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ไม่ได้ขึ้นอยู่กับหลักฐานเชิงประจักษ์เพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยความสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ประสบการณ์ทางคลินิกของผู้ปฏิบัติ ภาวะผู้นำ และกระบวนการเอื้ออำนวยที่เหมาะสม โดยควรได้รับการประเมินและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของการนำไปใช้จริง

นอกจากนี้ในการส่งเสริมปัจจัยเอื้อ พยาบาลได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการผ่านวิดีโอที่สนับสนุนประสบการณ์เชิงบวกของบิดามารดาและต้นแบบหน่วยงาน สื่อคอมพิวเตอร์ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และขั้นตอนการดูแลแบบแกงการ รวมถึงการฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จำลอง 6 สถานการณ์ร่วมกับอุปกรณ์สนับสนุน เช่น แก้วโยก ผ้าแกงการู กระจก ฉากกั้น และแผ่นพับ กิจกรรมดังกล่าวช่วยให้พยาบาลเข้าใจแนวปฏิบัติ เห็นความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง ลดความกังวล เพิ่มความมั่นใจ และส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลแบบแกงการู สอดคล้องกับ Petty et al. (2020) ที่พบว่าเรื่องเล่าดีจิตจากประสบการณ์ของบิดามารดาช่วยให้พยาบาลสะท้อนคิดด้านอารมณ์ของบิดามารดาได้มากขึ้น และ Abuhammad et al. (2024) ที่พบว่าโปรแกรมให้ความรู้ร่วมกับการฝึกสถานการณ์จำลองช่วยเพิ่มทัศนคติของพยาบาลต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลแบบแกงการูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จึงอาจกล่าวได้ว่า กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นตัวเอื้อและกลไกสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลเกิดความเข้าใจ เห็นคุณค่า และมีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการู

ในส่วนของพยาบาลหัวหน้าเวรประจำวันซึ่งเป็นผู้ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ เนื่องจากเป็นผู้กระตุ้น เตือน และสนับสนุนให้พยาบาลเจ้าของไข้ส่งเสริมการดูแลแบบแกงการูอย่างต่อเนื่อง แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Soni et al. (2016) ซึ่งศึกษาผลของการมีผู้ขับเคลื่อนการดูแลแบบแกงการู ในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ประเทศอินเดีย พบว่า เมื่อไม่มีผู้ขับเคลื่อนการดูแลแบบแกงการูโอกาสที่ทารกจะได้รับการดูแลแบบแกงการูลดลงร้อยละ 45 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงที่มีผู้ขับเคลื่อนการดูแลแบบแกงการูอยู่ในหน่วยงาน (95% CI 64% ถึง 17%) อัตราการเริ่มให้การดูแลแบบแกงการูลดลงร้อยละ 38 (95% CI 53% ถึง 18%) และระยะเวลาการได้รับการดูแลแบบแกงการูลดลงเฉลี่ย 1.47 ชั่วโมงต่อราย (95% CI -2.07 ถึง -0.86) แสดงให้เห็นว่าการมีบุคลากรผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ขับเคลื่อนในหน่วยงานมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติการดูแลแบบแกงการูอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ การนำประเด็นการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการูเข้าสู่การประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน ช่วยให้พยาบาลร่วมสะท้อนปัญหาและหาแนวทางแก้ไขระหว่างดำเนินงาน โดยพบว่าพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดในการประเมินครั้งที่ 2 คือ การแจกแผ่นพับและอธิบายการดูแลแบบแกงการูแก่บิดา/มารดา เนื่องจากผู้ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงได้นำปัญหาเรื่องเวลาเยี่ยมที่จำกัด (60–90 นาทีต่อครั้ง) เข้าหารือ และปรับแนวทางให้หัวหน้าเวรเข้าตรวจสอบรายชื่อทารกที่เข้าเกณฑ์ พร้อมเตือนพยาบาลเจ้าของไข้ให้เตรียมแผ่นพับไว้ก่อนเวลาเยี่ยม ส่งผลให้พยาบาลให้คำแนะนำแก่บิดามารดาได้ทันที และคะแนนพฤติกรรมข้อนี้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับ Ramachandrappa et al. (2022) ที่พบว่าการอบรมระยะสั้นร่วมกับการประชุมติดตามปัญหารายเดือนช่วยเพิ่มเพิ่มระยะเวลาการดูแลแบบแกงการูจาก 2.7 เป็น 6 ชั่วโมงต่อวัน และคงการปฏิบัติได้ต่อเนื่อง 2 ปี สะท้อนว่าผู้ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงและการประชุมติดตามปัญหาเป็นกลไกสำคัญในการแก้ไขอุปสรรคและส่งเสริมการดูแลแบบแกงการูในงานประจำ

เมื่อวิเคราะห์แบบสอบถามทัศนคติฯ รายข้อพบว่า ข้อคำถาม “การช่วยเหลือให้มีการดูแลแบบแกงการูเป็นการเพิ่มภาระให้พยาบาล” มีค่ามัธยฐานเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.33, p < .001$) สะท้อนว่าหลังได้รับการอบรมและนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง 4 เดือน พยาบาลมีความกังวลต่อการะงานลดลง เนื่องจากมีขั้นตอนปฏิบัติที่ชัดเจน มีแนวทางรองรับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อุปกรณ์สนับสนุน และผู้ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงคอยให้คำปรึกษา ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ Sahoo et al. (2025) ที่พบว่าอุปสรรคสำคัญของการนำการดูแลแบบแกงการูไปใช้ ณ หอผู้ป่วย NICU คือ การรับรู้ของพยาบาลว่าการปฏิบัติดังกล่าวเพิ่มภาระงานและลดเวลาในการดูแลทารกวิกฤตรายอื่น จึงสะท้อนว่าการอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมช่วยลดอุปสรรคและส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกของพยาบาลต่อการดูแลแบบแกงการูได้

พฤติกรรมส่งเสริมการดูแลแบบแกงการูของพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลทุกคนมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีตั้งแต่การประเมินครั้งที่ 1 และคงอยู่ตลอดระยะ 4 เดือน สะท้อนว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและคงอยู่ของพฤติกรรมการปฏิบัติในระยะ 4 เดือน ซึ่งอธิบายได้จากองค์ประกอบด้านการอำนวยความสะดวกของ Kitson et al. (1998) ได้แก่ การสอน สาธิต การฝึกปฏิบัติจาก

สถานการณ์จำลอง และการจัดสื่อและอุปกรณ์สนับสนุนก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ Ebrahim et al. (2024) ที่พบว่าโปรแกรมที่ประกอบด้วยการศึกษาและการฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จำลองช่วยเพิ่มคะแนนพฤติกรรมการดูแลแบบแกงการของพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และยังคงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเมื่อติดตามผลหลังดำเนินแนวปฏิบัติ 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการของพยาบาล พบว่าพยาบาลที่มีคะแนนทัศนคติที่ดีต่อการดูแลแบบแกงการตั้งแต่ก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ มีแนวโน้มที่จะมีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=20.15, p < .001$) สะท้อนให้เห็นว่า ทัศนคติของพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ และความสม่ำเสมอในการส่งเสริมให้บิดามารดาปฏิบัติตามการดูแลแบบแกงการ กล่าวคือ พยาบาลที่มีทัศนคติเชิงบวกรับรู้ว่าการดูแลแบบแกงการมีประโยชน์ ปลอดภัย และสามารถปฏิบัติได้จริงในบริบทของหน่วยงาน ย่อมมีแนวโน้มที่จะเริ่มต้น แนะนำ สนับสนุน และช่วยเหลือบิดามารดาในการปฏิบัติได้มากกว่า

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า คะแนนทัศนคติและคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการของพยาบาลในการประเมินครั้งที่ 1 สามารถร่วมกันทำนายคะแนนพฤติกรรมในการประเมินครั้งที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=8.383, p=.002$) สะท้อนว่าทัศนคติเชิงบวกและประสบการณ์การปฏิบัติจริงในระยะแรกมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพฤติกรรมในระยะต่อมา แม้กรอบแนวคิด PARIHS จะไม่ได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมโดยตรง แต่สามารถอธิบายได้ว่า การยอมรับและนำแนวปฏิบัติไปใช้จะเกิดขึ้นได้ดีเมื่อมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน และได้รับการอำนวยความสะดวกอย่างเพียงพอ (Kitson et al., 1998) ดังนั้น ทัศนคติที่ดีของพยาบาลจึงอาจสะท้อนความพร้อมขององค์ประกอบดังกล่าว และสัมพันธ์กับความยั่งยืนของพฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการสรุปได้ว่าแนวปฏิบัติการดูแลแบบแกงการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมทัศนคติของพยาบาล เพิ่มพฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการได้ และทำให้ทัศนคติเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงทำนายต่อพฤติกรรมดังกล่าว จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงจากระดับทัศนคติไปสู่ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติที่คงอยู่ได้ในระยะ 4 เดือน ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนทั้งประสิทธิผลของแนวปฏิบัติฯ ในเชิงปฏิบัติการ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ต่อเนื่องอย่างยั่งยืนในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด

สรุปและข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. หน่วยงานควรกำหนดให้การดูแลแบบแกงการเป็นสมรรถนะจำเป็นของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด และสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่องผ่านการอบรม การฝึกปฏิบัติ และการนิเทศติดตาม เพื่อส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรพัฒนาสื่อดิจิทัลหรือระบบช่วยเตือน เช่น QR code วิดีโอสาธิต แผ่นพับอิเล็กทรอนิกส์ หรือข้อความแจ้งเตือนในระบบงานของหอผู้ป่วย เพื่อช่วยให้พยาบาลเข้าถึงข้อมูล ขั้นตอนการปฏิบัติ และแนวทางการให้คำแนะนำแก่บิดามารดาได้สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเก็บข้อมูลมากกว่า 2 ครั้ง และติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ ทุก 3 เดือน เพื่อประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรมในระยะยาวและปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนของพฤติกรรม
2. ควรออกแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม เพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงภายในและลดอิทธิพลของปัจจัยแทรกซ้อน
3. ควรเพิ่มการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ด้วย AGREE tool ร่วมกับ JBI เพื่อความสมบูรณ์ของการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มากขึ้น
4. ควรเพิ่มการศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับทารกและครอบครัวภายหลังการนำแนวปฏิบัติการดูแลแบบแกงการไปใช้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้สละเวลา ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมตามขั้นตอนการวิจัย ตอบแบบสอบถาม และให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษา

ผลประโยชน์ทับซ้อน : ไม่มี

References

- กรมอนามัย. (2568). *ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนด*. กระทรวงสาธารณสุข.
<https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/bpreterm/index?year=2024>
- บุษบา เนติสารยาภากร, บุษงา ตโนภาส, และ เอื้องพร เผ่าเจริญ. (2564). ทักษะติดต่อวิชาชีพการพยาบาล พฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และการรับรู้สมรรถนะหลักขององค์กรในพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 8(1), 1–20.
- เยาวรัตน์ สุภาชี, จุฑามาศ โชติบาง, และ พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น. (2566). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบแก๊งการูของมารดาต่อการทำหน้าที่ทางสรีรวิทยาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก. *วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 34(2), 237–51.
- หน่วยสถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. (2567). *ข้อมูลสถิติทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ปี พ.ศ. 2567* [ไฟล์ข้อมูลภายใน]. โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา.
- Abuhammad, S., Karimeh, R., & Mahadeen, A. (2024). The impact of an educational intervention on neonatal intensive care unit nurses' knowledge, attitudes, and perceptions of parental participation in kangaroo mother care. *PLOS ONE*, 19(8), e0306888. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306888>
- Cai, Q., Zhou, Y., Hong, M., Chen, D., & Xu, X. (2024). Healthcare providers' perceptions and experiences of kangaroo mother care for preterm infants in four neonatal intensive care units in China: A qualitative descriptive study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1419828. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1419828>
- Chia, P., Sellick, K., & Gan, S. (2006). The attitudes and practices of neonatal nurses in the use of kangaroo care. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(4), 20–7. <https://doi.org/10.37464/2006.234.1919>
- Davanzo, R., Brovedani, P., Travan, L., Kennedy, J., Crocetta, A., Sanesi, C., Strajn, T., & De Cunto, A. (2013). Intermittent kangaroo mother care: A NICU protocol. *Journal of Human Lactation*, 29(3), 332–8. <https://doi.org/10.1177/0890334413489375>
- Ebrahim, G., Hassanen, E., & Mansy, A. (2024). Effect of kangaroo mother care educational program on nurses' performance and physiological parameters of preterm neonates. *International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research*, 4(2), 340–59. <https://doi.org/10.21608/ejnsr.2024.257973.1344>
- Gardner, S. L., & Goldson, E. (2021). The environment impact on development. In S. L. Gardner, B. S. Carter, M. I. Enzman-Hines, & S. Niermeyer (Eds.), *Merenstein & Gardner's handbook of neonatal intensive care* (9th ed., pp. 334–406). Mosby Elsevier.
- Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. (2013). *JBI levels of evidence*. Joanna Briggs Institute. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf

- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence-based practice: A conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7(3), 149–158. <https://doi.org/10.1136/qshc.7.3.149>
- Larsen, J. N., Hansson, H., Pooririsak, P., Navne, L. E., Rom, A. L., Hegaard, H. K., Sørensen, J. L., & Maastrup, R. (2025). Obstetric and neonatal conditions and associations with early skin-to-skin contact: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25, 692. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07811-w>
- Ludington-Hoe, S. M., Ferreira, C., Swinth, J., & Ceccardi, J. J. (2003). Safe criteria and procedure for kangaroo care with intubated preterm infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(5), 579–88. <https://doi.org/10.1177/0884217503257618>
- Ludington-Hoe, S. M., Morgan, K., & Abouelfettouh, A. (2008). A clinical guideline for implementation of kangaroo care with premature infants of 30 or more weeks' postmenstrual age. *Advances in Neonatal Care*, 8(3, Suppl.), S3–S23. <https://doi.org/10.1097/01.ANC.0000324330.25734.b6>
- Petty, J., Jarvis, J., & Thomas, R. (2020). Exploring the impact of digital stories on empathic learning in neonatal nurse education. *Nurse Education in Practice*, 48, 102853. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102853>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Ramachandrappa, G., Aradhya, A. S., Mercy, L., Kumar, A., & Venkatagiri, P. (2022). Sustaining prolonged kangaroo mother care in stable low birthweight babies over 2 years in a predominant outborn unit: A quality improvement approach. *BMJ Open Quality*, 11(Suppl. 1), e001771. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2021-001771>
- Sahoo, P., Panda, S. K., & Das, N. (2025). A literature review on early kangaroo mother care: Historical roots, neonatal intensive care unit (NICU) integration, and challenges. *Cureus*, 17(5), e85140. <https://doi.org/10.7759/cureus.85140>
- Soni, A., Amin, A., Patel, D. V., Fahey, N., Shah, N., Phatak, A. G., Allison, J., & Nimbalkar, S. M. (2016). The presence of physician champions improved Kangaroo Mother Care in rural western India. *Acta Paediatrica*, 105(9), e390–5. <https://doi.org/10.1111/apa.13445>
- World Health Organization. (2003). *Kangaroo mother care: A practical guide*. <https://www.who.int/publications/i/item/9241590351>
- World Health Organization. (2023). *Kangaroo mother care: A transformative innovation in health care: Global position paper*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240072657>
- Yildiz, G. K., & Besirik, S. A. (2025). Parenting in the neonatal intensive care unit: A qualitative study. *Child: Care, Health and Development*, 51(3), e70089. <https://doi.org/10.1111/cch.70089>
- Yue, J., Liu, J., Zhao, Y., Williams, S., Zhang, B., Zhang, L., Zhang, Q., Liu, X., Wall, S., & Zhao, G. (2022). Evaluating factors that influenced the successful implementation of an evidence-based neonatal care intervention in Chinese hospitals using the PARIHS framework. *BMC Health Services Research*, 22, 104. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07493-6>
- Zhang, S. H., Yip, W. K., Lim, P. F., & Goh, M. Z. (2014). Evidence utilization project: Implementation of kangaroo care at neonatal ICU. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 12(2), 142–50. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000009>

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร

พิมพ์พิสุทธิ์ แสงอรุณ* เสาวรส มีกุล** เวหา เกษมสุข**

บทคัดย่อ

บทนำ : คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมเป็นกลุ่มอาการของการเจ็บป่วยทางตา การมองเห็น รวมถึงระบบกระดูกกับกล้ามเนื้อที่เกิดจากการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เป็นเวลา 2-3 ชั่วโมงต่อวัน การป้องกันไม่ให้เกิดคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมจะช่วยลดผลกระทบต่อร่างกายตลอดจนคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพในการเรียนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร

วิธีการดำเนินการวิจัย : การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์เพื่อหาอำนาจการทำนายนี้ ศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 1 จำนวน 282 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.6) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมและแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและโรงเรียนสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 21.8 ($R^2=.218$, $df=2$, $F=38.922$, $p<.001$)

สรุปผล : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและโรงเรียน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมของกลุ่มตัวอย่างได้ ส่วนระยะเวลาการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกัน กลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมของกลุ่มตัวอย่างได้

คำสำคัญ : กลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม พฤติกรรมป้องกัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
แรงสนับสนุนทางสังคม นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

* นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : เสาวรส มีกุล, E-mail: saovaros.mee@mahidol.ac.th

Predicting Factors of Computer Vision Syndrome Preventive Behaviors Among High School Students in Bangkok

Pimpisut Seangaroon* Saovaros Meekusol** Weha Kasemsuk**

Abstract

Background: Computer Vision Syndrome (CVS) refers to a group of eye and vision-related problems, as well as musculoskeletal discomfort, associated with prolonged use of electronic screens, typically 2-3 hours or more per day. Preventing CVS helps reduce physical impacts, improve quality of life, and enhance academic performance.

Objectives: To examine the predictive power of predisposing, enabling, and reinforcing factors on CVS preventive behaviors among high school students in Bangkok.

Methods: This predictive correlational study involved 282 high school students under the jurisdiction of the Bangkok Secondary Education Service Area Office 1. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

Results: Most participants showed moderate levels of CVS preventive behaviors (71.6%). Multiple regression analysis revealed that health literacy concerning CVS and social support from peers and school together accounted for 21.8% ($R^2 = .218$, $F = 38.922$, $p < .001$) of the variance in CVS preventive behaviors among high school students in Bangkok.

Conclusion: Health literacy and social support from peers and schools were significant predictors of CVS preventive behaviors. Conversely, the duration of electronic device use and social support from family were not significant predictors of CVS preventive behaviors among high school students in Bangkok.

Keywords: Computer Vision Syndrome, preventive behaviors, health literacy, social support, high school students

* Master of Nursing Science Student, Community Nurse Practitioner Program, Faculty of Nursing, Mahidol University

** Faculty of Nursing, Mahidol University

Corresponding Author: Saovaros Meekusol, E-mail: saovaros.mee@mahidol.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันโลกเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ยุคดิจิทัลอย่างเต็มตัว โดยในปี ค.ศ. 2024 มีจำนวนผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตทั่วโลกมากถึง 5.35 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 66.2 ของประชากรทั่วโลก (Kemp, 2024) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีจำนวนผู้ที่ใช้งานโทรศัพท์มือถือและอินเทอร์เน็ตมากถึง 62.9 ล้านคน และ 59.0 ล้านคน ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) โดยมีการใช้งานอินเทอร์เน็ตเฉลี่ย 7 ชั่วโมง 4 นาทีต่อวัน ซึ่งประชาชนในกลุ่มอายุ 15-24 ปี เป็นกลุ่มที่มีรายงานการใช้งานสมาร์ทโฟนและอินเทอร์เน็ตสูงที่สุด (ศูนย์วิเคราะห์ข้อมูลสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, 2565)

การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยที่เรียกว่า กลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม (Computer Vision Syndrome: CVS) หรือ กลุ่มอาการตาล้า (Digital Eye Strain: DES) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการหนึ่งของโรคออฟฟิศซินโดรม (ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และ สกุนตลา แซ่เตียว, 2561) โดย CVS คือ กลุ่มอาการของการเจ็บป่วยทางตา การมองเห็น รวมถึงระบบกระดูกกับกล้ามเนื้อ (American Optometric Association [AOA], 2021) ที่เกิดจากการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เป็นเวลา 2-3 ชั่วโมงต่อวัน (ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และคณะ, 2560; Zenbaba et al., 2021) บางรายอาจมีอาการเพียงเล็กน้อย เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว แต่ในบางรายอาจมีอาการรุนแรงจนต้องใช้อาหารยาและไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ต่อได้ (ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และคณะ, 2560) นอกจากนี้ยังพบว่า CVS ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลในด้านอื่นอีกด้วย ได้แก่ คุณภาพชีวิตลดลง (Alemayehu et al., 2019) รบกวนสมาธิในการทำงาน (Kaur et al., 2022) ประสิทธิภาพและความแม่นยำในการทำงานลดลง (Beeson et al., 2024) คุณภาพการนอนหลับแย่ลง (Patil et al., 2019) และยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ เช่น เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (Issa et al., 2023)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบความชุกของการเกิด CVS กว่าร้อยละ 60-90 ในประชากรทั้งกลุ่มวัยเรียนและวัยทำงานทั่วโลก ในขณะที่ประเทศไทยเองพบความชุกของการเกิด CVS มากถึงร้อยละ 50-99.4 (Wangsan et al., 2022) นอกจากนี้จากสถานการณ์โควิด 19 ที่ผ่านมามีพบว่านักเรียนไทยมีการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เพิ่มขึ้นมากถึงวันละ 4 ชั่วโมง ในขณะที่มีจำนวนชั่วโมงของการเรียนออนไลน์เฉลี่ยถึงวันละ 7 ชั่วโมง และพบความชุกของการเกิด CVS ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมากถึงร้อยละ 70.1 (Seresirikachorn et al., 2022) ซึ่งจะเห็นได้ว่า CVS นั้นเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญและกำลังเกิดขึ้นกับเด็กนักเรียนในประเทศไทย โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นพื้นที่ที่การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนนั้นมีความสะดวกสบาย เข้าถึงง่าย มีการติดตั้งจุดกระจายสัญญาณอินเทอร์เน็ตไร้สาย (Wi-Fi) ทั่วทั้ง 50 เขต เพื่อตอบสนองนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงเทคโนโลยีและบริการอินเทอร์เน็ตตามสถานที่สาธารณะและพัฒนาประเทศไทยให้เป็นสังคมอุดมปัญญา เปิดโอกาสให้นักเรียนสามารถใช้สื่อ สังคมออนไลน์เพื่อการเรียนรู้และสื่อสารได้อย่างเต็มที่

พฤติกรรมป้องกัน CVS เป็นการกระทำของบุคคลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันที่สามารถช่วยลดโอกาสและป้องกันการเกิด CVS ได้ ทั้งในด้านวิธีปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมและการใช้อุปกรณ์ป้องกัน และด้านพฤติกรรมป้องกันอื่น ๆ ซึ่งพฤติกรรมป้องกัน CVS เป็นการป้องกันระดับปฐมภูมิที่ควรส่งเสริมให้เกิดขึ้น เพื่อลดโอกาสเกิด CVS และลดโอกาสเกิดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้

ผู้วิจัยจึงนำ PRECEDE Model (Green & Kreuter, 2005) ที่มองว่าการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต้องมีการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม นำมาวางแผนและกำหนดกลวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกัน CVS ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่ติดตัวมา

รวมถึงปัจจัยที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ซึ่งก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม โดยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ($r=.455, p<.001$) (ปาจรา โพธิ์หัง และคณะ, 2564) ซึ่งความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้น จะส่งผลให้บุคคลมีศักยภาพในการคิด วิเคราะห์ข้อมูล ให้เหตุผล ตัดสินใจในการกระทำได้อย่างถูกต้องและนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ 2) ปัจจัยเอื้อ เป็นทรัพยากรหรือสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยการเพิ่มขึ้นของระยะเวลาที่ใช้งานหน้าจอทุก ๆ 1 ชั่วโมง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด CVS ขึ้นถึงร้อยละ 12 (Wangsan et al., 2022) และอาจทำให้เกิดแนวโน้มที่จะละเลยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของดวงตาได้ โดยระยะเวลาการปฏิบัติงานคอมพิวเตอร์ต่อวันนั้นเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันคอมพิวเตอร์ซินโดรมในกลุ่มตัวอย่างของผู้ใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงานได้ ($\beta=-0.280, P<0.001$) (ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และคณะ, 2562) และ 3) ปัจจัยเสริม เป็นการเสริมหรือเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดหรือยับยั้งพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.49, p<.01$) (ประภัสสร อักษรพันธ์ และรุ่งกานต์ พลายแก้ว, 2564) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาหรือเพื่อนร่วมงานนั้นเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมได้ ($\beta=0.295, P<0.001$) (ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และคณะ, 2562)

ในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนซึ่งมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ประชากรทุกกลุ่มวัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกัน CVS ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร ภายใต้การนำกรอบแนวคิด PRECEDE Model (2005) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยมีปัจจัยนำ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ CVS ปัจจัยเอื้อได้แก่ ระยะเวลาการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และปัจจัยเสริมได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและโรงเรียน ซึ่งหากปัจจัยที่ศึกษาทั้ง 4 ตัวนี้มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกัน CVS ได้ จะนำไปสู่การออกแบบโปรแกรม ตลอดจนการกำหนดมาตรการหรือนโยบายในการป้องกันการเกิด CVS ให้แก่เด็กนักเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระยะเวลาการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและโรงเรียน ต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร

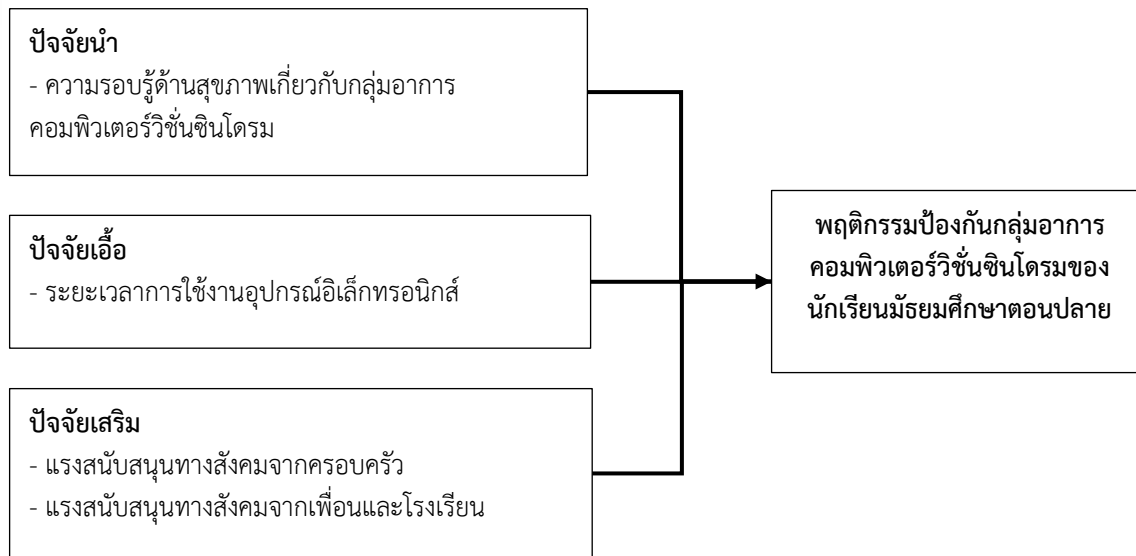
สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระยะเวลาการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและโรงเรียน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานครได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิด PRECEDE Model (2005) มาใช้ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดด้านพฤติกรรมที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย (Multiple causality assumption) โดยเลือกใช้เฉพาะแนวคิด PRECEDE Model ในขั้นตอนที่ 3 การประเมินทางการศึกษาและ

สิ่งแวดล้อม (Phase 3: Educational and Ecological Assessment) มาประยุกต์ใช้ สามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์เพื่อหาอำนาจการทำนาย วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัย ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) เลือกตัวแปรโดยวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (Stepwise Regression)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่ศึกษาในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร (สพม.กท.) ในปีการศึกษา 2568 จำนวน 110,493 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 กำหนดค่า $\alpha=.05$ ค่า power=.80 และ effect size=.048 ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันในการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรสายสนับสนุน (ปาจรา โพธิ์ทัง และคณะ, 2564) และเพื่อการสูญเสียของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 282 คน มีวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Stratified Multi-stage sampling) โดยจับสลากเลือกเขตพื้นที่การศึกษา จากนั้นสุ่มเลือกเขตพื้นที่จำนวน 5 เขตจากทั้งหมด 23 เขตที่อยู่ภายใต้การดูแลของ สพม.กท. เขต 1 ที่สุ่มได้จากขั้นตอนแรก จากนั้นทำการจับสลากแบบไม่ใส่คืนเพื่อสุ่มเลือกโรงเรียน เขตพื้นที่ละ 1 โรงเรียน และใช้วิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนนักเรียนในระดับชั้นของแต่ละโรงเรียน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในปีการศึกษา 2568 2) มีการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ และ 3) ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยด้วย CVS หรือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในขั้นตอนของการตรวจวินิจฉัยยืนยัน

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีประวัติมีอาการทางจิตเวช และ 2) มีปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ โดยในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมีข้อความถามปัจจัยเอื้อ 1 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ให้เลือกตอบโดยระบุเป็นจำนวนชั่วโมง

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของปาจรา โพธิ์หัง (2564) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม มีข้อความถาม จำนวน 45 ข้อ ประเมินโดยมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือเป็นจริงกับผู้ตอบน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ จำนวน 35 ข้อ และข้อความแบบให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ถูกต้องจำนวน 10 ข้อ คะแนนรวม 35-185 คะแนน แปลผลโดยพิจารณาค่าคะแนนรวม คะแนน 35-85 หมายถึง ความรอบรู้อยู่ในระดับน้อย คะแนน 86-136 หมายถึง ความรอบรู้อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 137-185 หมายถึง ความรอบรู้ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ Sawangsuk (2021) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม มีข้อความถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 1) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 5 ข้อ และ 2) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและโรงเรียน 10 ข้อ ประเมินโดยมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คือ ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ แปลผลโดยใช้คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนน 1-2.33 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย คะแนน 2.34-3.67 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และคะแนน 3.68-5 หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมของทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และคณะ (2562) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม มีข้อความถาม จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านวิถีปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 ข้อ 2) ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมและการใช้อุปกรณ์ป้องกัน 5 ข้อ และ 3) ด้านพฤติกรรมและการป้องกันอื่น ๆ 5 ข้อ ประเมินโดยมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ แบ่งเป็นข้อความเชิงบวก 13 ข้อ ให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-4 คือ ไม่ปฏิบัติเลยหรือปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ และปฏิบัติเป็นประจำ ตามลำดับ และข้อความเชิงลบ 2 ข้อ ให้เลือกตอบตั้งแต่ 1-4 คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลยหรือปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ตามลำดับ แปลผลโดยใช้คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00-4.00 คะแนน คะแนน 1.00-2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันระดับต่ำ คะแนน 2.01-3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันระดับปานกลาง และคะแนน 3.01-4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อคำถามระยะเวลาการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เฉลี่ยในแต่ละวัน แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ CVS แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกัน CVS มาตรวจสอบความตรงต่อเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาแต่ละเครื่องมือ คือ 1.00, 0.98, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อคำถามระยะเวลาการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เฉลี่ยในแต่ละวัน แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ CVS องค์ประกอบที่ 1-5 (ประเมินโดยมาตราวัดประมาณค่า) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ CVS

องค์ประกอบที่ 6 (ประเมินโดยข้อคำถามแบบเลือกคำตอบที่ถูกต้อง) แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกัน CVS ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามากที่สุด และไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่า 0.967, 0.965, 0.703, 0.946 และ 0.726 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ IRB-NS 2024/88.0212 COA No. IRB-NS2025/921.1202 ได้รับการรับรองครั้งแรกเมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 และได้รับการรับรองการเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยเฉพาะส่วนเมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 โดยความสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง การปฏิเสธไม่เข้าร่วมในการวิจัยไม่มีผลต่อการบริการที่ได้รับแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอายุยังไม่ถึง 18 ปี ซึ่งข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทุกอย่างถือเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำเสนอในภาพรวมที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อการวิจัยเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 1 เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงเรียน และนำหนังสือแนะนำตัวเสนอต่อผู้อำนวยการโรงเรียน รวมถึงเข้าพบครูประจำชั้น เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงเรียนและมอบโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ให้ครูช่วยติดที่บอร์ดหน้าชั้นเรียนเพื่อประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้ที่สนใจเข้าร่วมการวิจัย
2. ภายหลังมีผู้สมัครเข้าร่วมวิจัยผ่าน QR code ที่ระบุไว้ในโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ครบจำนวนตามที่ต้องการ ผู้วิจัยนัดหมายกับผู้ที่มีสมัครเข้าร่วมการวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงมอบเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมด้วยหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อลงนาม สำหรับนักเรียนที่มีอายุระหว่าง 15-17 ปี ให้นำเอกสารส่งผู้ปกครองเพื่อให้ผู้ปกครองรวมถึงนักเรียนลงลายมือชื่อ โดยการตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัยและความยินยอมของผู้ปกครอง สำหรับนักเรียนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป นักเรียนสามารถลงลายมือชื่อด้วยตนเองได้ และในวันที่นำเอกสารเข้าร่วมการวิจัยมาส่งคืน ผู้วิจัยทำการแจกแบบสอบถามในรูปแบบเอกสารบรรจุในซองเอกสารเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม โดยให้เวลาในการตอบแบบสอบถามเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นให้ส่งแบบสอบถามกลับโดยใส่ซองเอกสารและหย่อนลงในกล่องที่บิที่มีช่องสำหรับใส่เอกสารที่จัดเตรียมไว้ในห้องของครูประจำชั้น
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในส่วนของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยต่าง ๆ โดยวิธีแจกแจงความถี่ หาค่าจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) การศึกษาเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของ

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการเกิดกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) เลือกตัวแปรโดยวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (Stepwise Regression) กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติทั้ง Normality, Homoscedasticity, Autocorrelation และ Multicollinearity แล้วพบว่าผ่านข้อตกลงเบื้องต้นก่อนจึงทำการวิเคราะห์ Multiple regression analysis ต่อไป

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.06 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 16.50 ปี ($SD=1.00$) ส่วนใหญ่อายุ 17 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.52 ส่วนใหญ่มีความผิดปกติของค่าสายตา ร้อยละ 63.48 โดยสายตาสั้น ร้อยละ 52.13 สายตาเอียง ร้อยละ 37.94 และสายตายาว ร้อยละ 1.77 มีการใช้อุปกรณ์ที่ช่วยในการมองเห็น ได้แก่ แว่นสายตา ร้อยละ 35.46 และคอนแทคเลนส์ ร้อยละ 8.16 การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในปัจจุบัน ได้แก่ สมาร์ทโฟน ร้อยละ 98.23 ไอแพด/แท็บเล็ต ร้อยละ 44.33 โน้ตบุ๊ก/MAC book ร้อยละ 18.09 และคอมพิวเตอร์ ร้อยละ 17.02 โดยอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้งานบ่อยที่สุด คือ สมาร์ทโฟน ร้อยละ 89.36 ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ทุกชนิดในแต่ละวันเฉลี่ยเท่ากับ 8.13 ชั่วโมง ($SD=3.44$) โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ทุกชนิดในแต่ละวันมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ชั่วโมง ร้อยละ 97.90 ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ทุกชนิดเพื่อการศึกษาในแต่ละวันเฉลี่ยเท่ากับ 4.48 ชั่วโมง ($SD=2.76$) โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ทุกชนิดเพื่อการศึกษาในแต่ละวันมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ชั่วโมง ร้อยละ 68.40 โดยมีจำนวนวันที่มีการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในแต่ละสัปดาห์เท่ากับ 7 วัน ร้อยละ 94.33 โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.43 มีอาการแสดงที่ผิดปกติเกิดขึ้นขณะใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ โดยอาการที่พบมากที่สุดคือ อาการปวดคอ บ่า ไหล่ หรือหลัง ร้อยละ 49.29 รองลงมาคือ ปวดตา ร้อยละ 39.72 และปวดศีรษะ ร้อยละ 37.94 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ตัวแปรที่ศึกษา

ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ CVS โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 130.35 คะแนน ($SD=25.094$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 26.54

ปัจจัยระยะเวลาการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ทุกชนิดเท่ากับ 8.13 ชั่วโมง ($SD=3.44$) โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่ำสุดเท่ากับ 1.5 ชั่วโมง และสูงสุดเท่ากับ 16 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.90 มีระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ทุกชนิดในแต่ละวันมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ชั่วโมง

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เท่ากับ 3.54 คะแนน ($SD=0.79$) ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.3 ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและโรงเรียนพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและโรงเรียนเท่ากับ 3.35 ($SD=0.83$) ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและโรงเรียนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.1

พฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม (n=282)

ระดับพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00-2.00 คะแนน)	27	9.6
ระดับปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน)	202	71.6
ระดับสูง (3.01-4.00 คะแนน)	53	18.8
Mean=2.68, SD=0.48, Min=1, Max=4		

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกัน CVS เท่ากับ 2.68 คะแนน (SD=0.48) ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกัน CVS อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 71.6

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้าน (n=282)

พฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม	ช่วงคะแนน ค่าที่เป็นไปได้	คะแนน M	SD
ด้านวิธีปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน	1 - 4	2.82	0.63
ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมและการใช้อุปกรณ์ป้องกัน	1 - 4	2.68	0.74
ด้านพฤติกรรมและการป้องกันอื่น ๆ	1 - 4	2.53	0.44

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกัน CVS จำแนกรายด้านของพฤติกรรมป้องกันพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกัน CVS ด้านวิธีปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันสูงที่สุด คือ 2.82 คะแนน (SD=0.63) รองลงมาคือ ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมและการใช้อุปกรณ์ป้องกัน 2.68 คะแนน (SD=0.74) และด้านพฤติกรรมและการป้องกันอื่น ๆ 2.53 คะแนน (SD=0.44)

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรที่ใช้ในการทำนายพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมของกลุ่มตัวอย่าง (n=282)

ตัวแปร	b	SE	β	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	1.517	.136		11.123	<.001
ความรู้ด้านสุขภาพ	0.006	0.001	0.289	4.206	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและโรงเรียน	0.131	0.040	0.226	3.285	<.001
R=.467 ; R ² =.218 ; Adjusted R ² =0.213 ; df=2 ; F=38.922 ; p <.001					

จากตารางที่ 3 พบว่าความรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและโรงเรียน เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกัน CVS ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานครได้ ร้อยละ 21.8 (R²=.218, p<.001) โดยปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพเป็น

ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มตัวอย่างได้ดีที่สุด ($\beta=.289$, $p<.001$) รองลงมาคือปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและโรงเรียน ($\beta=.226$, $p<.001$)

อภิปรายผล

สมมติฐานได้รับการสนับสนุนบางส่วน ซึ่งสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม เป็นปัจจัยทำนายที่ดีที่สุดและสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกัน CVS ของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยมีอำนาจการทำนายสูงสุด ($\beta=.289$, $p<.001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่เข้าถึงระบบการศึกษา ได้รับการเรียนการสอนในรายวิชาต่าง ๆ ตลอดจนเป็นกลุ่มวัยที่มีการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและมีความสามารถในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพที่ค่อนข้างดีตามไปด้วย และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ่อมส่งผลให้เกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามไปด้วย โดยผลที่ได้สนับสนุนตามกรอบแนวคิด PRECEDE Model (Green & Kreuter, 2005) ด้านปัจจัยนำ และแนวคิดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008) รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของปาจรา โพธิ์หัง และคณะ (2564) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและโรงเรียน เป็นปัจจัยที่ทำนายได้รองลงมาและสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันกลุ่ม CVS ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=.226$, $p<.001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่มีการใช้เวลาโดยส่วนใหญ่ไปกับการเรียนและทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับกลุ่มเพื่อนในโรงเรียน รวมถึงเป็นช่วงวัยที่มักให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อน มีการปรับตัวให้เข้ากับกฎ กติกาของสังคม กลุ่มเพื่อนจึงมีอิทธิพลอย่างมากในการกำหนดพฤติกรรมต่าง ๆ หากกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากเพื่อนและโรงเรียนทั้งในด้านการดูแลเอาใจใส่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและประสบการณ์ต่าง ๆ ตลอดจนได้รับการสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์และสิ่งของต่าง ๆ ย่อมส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมป้องกัน CVS ที่ดีด้วยเช่นกัน ซึ่งผลที่ได้สนับสนุนตามกรอบแนวคิด PRECEDE Model (Green & Kreuter, 2005) ด้านปัจจัยเสริม รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ (2562) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาหรือเพื่อนร่วมงานของกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงานนั้นเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกัน CVS ได้

ปัจจัยระยะเวลาการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกัน CVS ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจอธิบายได้ว่าจำนวนชั่วโมงการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่มากของกลุ่มตัวอย่างนั้น มิได้มีลักษณะของการใช้งานเพื่อวัตถุประสงค์ทางการศึกษาหรือการทำงานเพียงอย่างเดียว แต่ยังเป็นการใช้งานเพื่อการติดต่อสื่อสาร และการทำกิจกรรมสันทนาการอื่น ๆ เพื่อความบันเทิงด้วย ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความผ่อนคลาย ความตึงเครียดลดลง จึงไม่ละเลยที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ช่วยป้องกัน CVS นอกจากนี้เมื่อพิจารณาตัวแปรอื่นในการศึกษาร่วมด้วยแล้ว ยังอาจอธิบายได้ว่าแม้จะมีจำนวนชั่วโมงการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่สูง แต่หากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดี ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ่อมอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมป้องกัน CVS ที่ดีได้ เนื่องจากการเกิดพฤติกรรมป้องกัน CVS นั้นอาจมีความซับซ้อนมากกว่าแค่จำนวนชั่วโมงที่มีการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เพียงอย่างเดียว

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกัน CVS ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง

วัยที่มีการแสวงหาความเป็นอิสระ สามารถดูแลตนเองได้ ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวลดลง พ่อแม่ไม่มีเวลาใกล้ชิดบุตร ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างคนในครอบครัวลดลง วัยรุ่นเริ่มถอยห่างจากครอบครัว ไม่สนิทกับสมาชิกในครอบครัวเหมือนเดิม และให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมและกลุ่มเพื่อนมากกว่า (ธัญญรัตน์ ธนวิธอภิชาติโชติ, 2567) ทำให้ครอบครัวจึงไม่มีอิทธิพลมากนักต่อการเกิดพฤติกรรมใด ๆ

โดยสรุป กลไกสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกัน CVS นั้นเริ่มจากปัจจัยนำ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงและจัดการข้อมูลรวมถึงภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างเท่าทันส่งผลให้เกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมเหล่านี้ถูกตอกย้ำให้แข็งแกร่งขึ้นจากการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและโรงเรียน ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมที่มีอิทธิพลอย่างมากของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากพฤติกรรมของช่วงวัยนี้มักถูกกำหนดโดยกลุ่มเพื่อนหรือสังคมรอบตัว ในขณะที่แรงสนับสนุนจากครอบครัวนั้นไม่สามารถกำหนดพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มตัวอย่างได้เนื่องจากครอบครัวเริ่มมีบทบาทลดลงตามธรรมชาติของช่วงวัย นอกจากนี้ระยะเวลาการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ก็ได้เป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเกิดพฤติกรรมป้องกันที่ดี เพราะหากกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและได้รับแรงสนับสนุนที่ดีจากเพื่อนและโรงเรียนย่อมทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันที่ดีตามไปด้วยได้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Green & Kreuter (2005) ที่ว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัย ซึ่งต้องอาศัยทั้งองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและโรงเรียน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกัน CVS ของกลุ่มตัวอย่างได้ ส่วนระยะเวลาการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกัน CVS ของกลุ่มตัวอย่างได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ CVS และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและโรงเรียน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกัน CVS ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานครได้ ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงควรมีบทบาทในการนำปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและโรงเรียน มาประยุกต์ ออกแบบเป็นกิจกรรมหรือพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกัน CVS ที่ดีขึ้นต่อไป

2. เป็นแนวทางให้กับบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพนักเรียน นำผลการศึกษาไปใช้สำหรับวางแผนและกำหนดนโยบายเพื่อป้องกัน CVS ของนักเรียนต่อไปได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำผลการศึกษาที่ได้มาศึกษาในรูปแบบการวิจัยทดลอง โดยสร้างโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกัน CVS เน้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ CVS และเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและโรงเรียนในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด CVS

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ทักษะคิดและเจตคติต่อพฤติกรรมป้องกัน ประสิทธิภาพ และการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงเกี่ยวกับกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความสะดวกในการเข้าถึงอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น

3. ควรมีการขยายพื้นที่การศึกษาวิจัยไปยังโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานและโรงเรียนเอกชนในประเทศ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย และสามารถนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบ

กัน เพื่อนำข้อมูลจากการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางสำหรับวางแผนและกำหนดนโยบายเพื่อป้องกัน CVS ของนักเรียนและนักศึกษาในภาพรวมของประเทศไทยได้

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

การศึกษานี้เป็นการรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานคร และศึกษาในโรงเรียนภายใต้สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 เท่านั้น ข้อมูลที่ได้อาจมีความแตกต่างจากผลการศึกษาในภูมิภาคและสังกัดอื่น ๆ จึงไม่สามารถนำข้อมูลไปอ้างอิงในภาพรวมของประเทศไทยได้

ผลประโยชน์ทับซ้อน: ไม่มี

References

- ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, สกุนตลา แซ่เตียว, และวรินทร์ลดา จันทวีเมือง. (2560). คอมพิวเตอร์ซินโดรม: ภัยใกล้ตัวคุณที่รับรู้และป้องกันได้. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(ฉบับพิเศษ), 19–31.
- ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และ สกุนตลา แซ่เตียว. (2561). พฤติกรรมการป้องกันและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมของบุคลากรสายสนับสนุน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 19(37), 69–83.
- ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมของผู้ใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงาน: องค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งหนึ่งใน ภาคใต้. *วารสารวิชาการศรีปทุม ชลบุรี*, 15(4), 78–87.
- ธัญญ์ธัม ธนวิดิอภิชาติโชติ. (2567). รูปแบบการให้การปรึกษาแนวพุทธจิตวิทยาเพื่อแก้ไข บำบัด พื้นฟูสำหรับเด็กและเยาวชนกระทำความผิด. *วารสาร มจร.อุบลปริทรรศน์*, 9(2), 333–44.
- ประภัสสร อักษรพันธ์ และ รุ่งกานต์ พลายแก้ว. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์. *พยาบาลสาร*, 48(4), 107–20.
- ปาจรา โพธิ์หัง, นนทกร ดำรงค์ และอนิชา ทศนาธนชัย. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกลุ่มอาการออฟฟิตซินโดรมกับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิตซินโดรมของบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 14(2), 235–50.
- ศูนย์วิเคราะห์ข้อมูลสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (2565). *รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2565*. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. <https://www.etda.or.th/getattachment/78750426-4a58-4c36-85d3-d1c11c3db1f3/IUB-65-Final.pdf.aspx>
- สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์ และ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกระจกตาอักเสบของนักศึกษา มหาวิทยาลัยที่ใส่คอนแทคเลนส์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 122–30.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2567 (ไตรมาส 1)*. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20240531072624_48392.pdf
- Abuallut, I., Ajeebi, R. E., Bahari, A. Y., Abudeyah, M. A., Alyamani, A. A., Zurayyir, A. J., Alharbi, A. H., Al Faqih, A. A., Suwaydi, A. Z., Alqasemi, M. I., Alnami, B. A., & Al Zahrani, K. J.

- (2022). Prevalence of computer vision syndrome among school-age children during the COVID-19 pandemic, Saudi Arabia: A cross-sectional survey. *Children (Basel)*, 9(11). <https://doi.org/10.3390/children9111718>
- Alemayehu, A. M. (2019). Pathophysiologic mechanisms of computer vision syndrome and its prevention: Review. *World Journal of Ophthalmology & Vision Research*, 2(5). <https://doi.org/10.33552/WJOVR.2019.02.000547>
- American Optometric Association. (2021). *Computer vision syndrome (CVS)*. <https://www.aoa.org/healthy-eyes/eye-and-vision-conditions/computer-vision-syndrome>
- Beeson, D., Wolffsohn, J. S., Baigum, T., Qureshi, T., Gohil, S., Wahid, R., & Sheppard, A. L. (2024). Digital eye strain symptoms worsen during prolonged digital tasks, associated with a reduction in productivity. *Computers in Human Behavior Reports*, 16. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2024.100489>
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. McGraw-Hill.
- Gupta, R., Chauhan, L., & Varshney, A. (2021). Impact of E-schooling on digital eye strain in coronavirus disease era: A survey of 654 students. *Journal of Current Ophthalmology*, 33(2), 158–164. https://doi.org/10.4103/joco.joco_89_20
- Issa, R., Sfeir, M., Azzi, V., Salameh, P., Akiki, M., Akel, M., Hallit, S., Obeid, S., Malaeb, D., & Hallit, R. (2023). Association of computer vision syndrome with depression/anxiety among Lebanese young adults: The mediating effect of stress. *Healthcare (Basel)*, 11(19). <https://doi.org/10.3390/healthcare11192674>
- Kaur, K., Gurnani, B., Nayak, S., Deori, N., Kaur, S., Jethani, J., Singh, D., Agarkar, S., Hussaindeen, J. R., Sukhija, J., & Mishra, D. (2022). Digital eye strain: A comprehensive review. *Ophthalmology and Therapy*, 11(5), 1655–80. <https://doi.org/10.1007/s40123-022-00540-9>
- Kemp, S. (2024, January 31). *Digital 2024: Global overview report*. Datareportal. <https://datareportal.com/reports/digital-2024-global-overview-report>
- Li, R., Ying, B., Qian, Y., Chen, D., Li, X., Zhu, H., & Liu, H. (2022). Prevalence of self-reported symptoms of computer vision syndrome and associated risk factors among school students in China during the COVID-19 pandemic. *Ophthalmic Epidemiology*, 29(4), 363–73. <https://doi.org/10.1080/09286586.2021.1963786>
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine* (1982), 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>.
- Patil, A., Bhavya, Chaudhury, S., & Srivastava, S. (2019). Eyeing computer vision syndrome: Awareness, knowledge, and its impact on sleep quality among medical students. *Industrial Psychiatry Journal*, 28(1), 68–74. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_93_18.

- Sawangasuk, C. & Nakagasien, P. (2021). Factors predicting preventive behaviors of pulmonary tuberculosis among high school students in Bangkok. *Chulalongkorn Medical Journal*, 65(4), 369–78. <https://doi.org/10.58837/chula.Cmj.65.4.2>
- Seresirikachorn, K., Thiamthat, W., Sriyuttagrai, W., Soonthornworasiri, N., Singhanetr, P., Yudtanahiran, N., & Theeramunkong, T. (2022). Effects of digital devices and online learning on computer vision syndrome in students during the COVID-19 era: An online questionnaire study. *BMJ Paediatr Open*, 6(1), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2022-001429>
- Wangsan, K., Upaphong, P., Assavanopakun, P., Sapbamrer, R., Sirikul, W., Kitro, A., Sirimaharaj, N., Kuanprasert, S., Saenpo, M., Saetiao, S., & Khamphichai, T. (2022). Self-Reported Computer Vision Syndrome among Thai University Students in Virtual Classrooms during the COVID-19 Pandemic: Prevalence and Associated Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 3996. <https://doi.org/10.3390/ijerph19073996>
- Zenbaba, D., Sahiledengle, B., Bonsa, M., Tekalegn, Y., Azanaw, J., & Kumar Chattu, V. (2021). Prevalence of computer vision syndrome and associated factors among instructors in Ethiopian universities: A Web-Based Cross-Sectional Study. *ScientificWorldJournal*, 2021, 3384332. <https://doi.org/10.1155/2021/3384332>

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลในการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ของแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง

ณทิพรดา บุญยง* ศศิธร คำพันธ์** ทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์**

บทคัดย่อ

บทนำ : อัตราภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ทั้งในระดับประเทศและจังหวัดตรังยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทั้งมารดาและทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลระบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยและพัฒนานี้ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม 2567 ถึงกรกฎาคม 2568 แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) การศึกษาสถานการณ์โดยทบทวนวรรณกรรมและสัมภาษณ์เชิงลึกหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง จำนวน 10 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน 2) การพัฒนาร่างระบบบริการ 3) การทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง จำนวน 30 คน โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง และ 4) การประเมินประสิทธิผลของระบบบริการ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัย : ระบบบริการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง โดยการจัดตั้งคลินิกซีด 2) ด้านกระบวนการ โดยการให้ความรู้และการส่งเสริมการดูแลตนเอง และ 3) ด้านผลลัพธ์ โดยการติดตามระดับค่าฮีมาโตคริต จากการประเมินประสิทธิผลของระบบบริการ พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ระดับค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปผล : ระบบบริการที่พัฒนาขึ้นช่วยลดอุบัติการณ์ภาวะโลหิตจางและยกระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ จึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมสำหรับการประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลในหน่วยงานฝากครรภ์ต่อไป

คำสำคัญ : ระบบบริการ ภาวะโลหิตจาง หญิงตั้งครรภ์ การวิจัยและพัฒนา

* โรงพยาบาลตรัง

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสตรัง

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ศศิธร คำพันธ์, E-mail: sasitornk@bcnt.ac.th

Received: January 12, 2026

Revised: August 26, 2026

Accepted: August 27, 2026

Development of a Nursing Service System for Pregnant Women with Anemia at the Antenatal Care Department, Trang Hospital

Natiprada Boonyong^{*} Sasitorn Kampan^{**} Tippawan Boonyaporn^{**}

Abstract

Background: The prevalence of anemia among pregnant women both nationwide and in Trang Province has continued to rise. This remains an important health problem that directly affects the health of both mothers and their fetuses.

Objectives: To develop and evaluate the effectiveness of a healthcare service system for pregnant women with anemia.

Methods: This research and development study was conducted from May 2024 to July 2025 and comprised four phases: (1) situation analysis through a literature review and in-depth interviews with 10 pregnant women with anemia and three registered nurses; (2) development of a healthcare service system; (3) implementation of the developed system among 30 pregnant women with anemia using a one-group pretest–posttest quasi-experimental design; and (4) evaluation of the effectiveness of the healthcare service system. Data were analyzed using descriptive statistics and a dependent t-test.

Results: The developed healthcare service system consisted of three main components: (1) structure, involving the establishment of an anemia clinic; (2) process, involving health education and promotion of self-care; and (3) outcomes, involving monitoring of hematocrit levels. Evaluation of the system showed that, after the intervention, participants had improved knowledge and self-care behaviors. In addition, the participants' mean hematocrit level at the time of delivery was significantly higher than that before the intervention ($p < .001$).

Conclusion: The developed healthcare service system significantly reduced the incidence of anemia and improved self-care behaviors among pregnant women. Therefore, this system represents an effective and appropriate approach for improving the quality of care in antenatal care units.

Keywords: Service system, anemia, pregnant women, research and development

^{*} Trang Hospital

^{**} Boromarajonani College of Nursing, Trang

Corresponding Author: Sasitorn Kampan, E-mail: sasitornk@bcnt.ac.th

บทนำ

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติปี 2566, 2567, และ 2568 ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 63.46, 64.64 และ 62.99 จากสถานการณ์ของจังหวัดตรัง พบ ร้อยละ 37.06, 37.31 และ 37.90 ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราเพิ่มขึ้น และมากกว่าค่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือไม่เกินร้อยละ 14 (กระทรวงสาธารณสุข, 2568) จากสถิติที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่ต้องได้รับการแก้ไข

ผลกระทบของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ จากการศึกษาของ Wang et al. (2025) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการตกเลือดหลังคลอด การแตกของ ผนังน้ำคร่ำก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยและความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังพบว่าทารกที่ขาดธาตุเหล็กขณะอยู่ในครรภ์ จะส่งผลกระทบต่อสมรรถนะและการพัฒนาการด้านสติปัญญาของทารก เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุ เหล็ก ทารกจะมีปริมาณการสะสมของธาตุเหล็กน้อยกว่ากลุ่มทารกที่คลอดจากการคลอดปกติไม่มีภาวะโลหิตจาง (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2568) สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก (Obianeli et al., 2024) โดยหญิงตั้งครรภ์ต้องการธาตุเหล็กที่ดูดซึมแล้วประมาณวันละ 6-7 มิลลิกรัม ในขณะที่การรับประทาน อาหารตามปกติจะได้รับปริมาณธาตุเหล็ก 18-20 มิลลิกรัมต่อวัน และดูดซึมร้อยละ 10-20 คือ ประมาณ 3 มิลลิกรัม ดังนั้นจึงไม่เพียงพอกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะโลหิตจาง

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นภาวะที่สามารถแก้ไขได้ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวทาง ในการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ให้หมดไป มีกลยุทธ์ที่สำคัญ ได้แก่ 1) การตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางเพื่อให้การรักษาตามความจำเป็น 2) ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับ รับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กตลอดช่วงการตั้งครรภ์ 3) ให้สูติศึกษาและโภชนาการศึกษา 4) การควบคุมการติดเชื้อและพยาธิ (อนุพันธ์ ประจำ และ ชนัชชา อุปฮาด, 2564) ประเทศไทยได้ดำเนินการแก้ไขปัญหภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ แต่ยังไม่สามารถแก้ไขให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สำหรับแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง ในช่วงก่อนดำเนินการวิจัยพบว่าอัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางยังคงสูงกว่าเป้าหมาย แม้จะมีการดำเนินการแก้ไขปัญห โดยการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในการให้การดูแลหญิงครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง การให้สูติศึกษา การให้ยาเสริมธาตุเหล็ก และการติดตามภาวะโลหิตจางทุก 1 เดือน ซึ่งเมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 พบว่าระบบบริการเดิมมีจุดอ่อนครบทั้งสามด้าน กล่าวคือ ด้านโครงสร้าง ยังไม่มีคลินิกหรือบุคลากรที่รับผิดชอบเฉพาะ ไม่มีเครื่องมือคัดกรองที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ด้านกระบวนการ เป็นการให้ความรู้เป็นรายบุคคลแบบไม่มีลำดับขั้นตอน หรือการติดตามที่ต่อเนื่อง และด้านผลลัพธ์ ไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดหรือเกณฑ์ประเมินความสำเร็จของการดูแลที่ชัดเจน ดังนั้น จึงได้พัฒนาระบบบริการพยาบาล ในการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางตามกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลของ Donabedian (2003) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เป็นพื้นฐานความคิดในการพัฒนาและประเมินระบบบริการพยาบาลในการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง กรอบแนวคิดนี้มีความเหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้ด้วยเหตุผลสำคัญ 3 ประการ 1) Donabedian เสนอว่า โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์มีความสัมพันธ์เชิงเหตุ-ผลต่อเนื่องกัน (โครงสร้างที่ดีนำไปสู่กระบวนการที่มีคุณภาพ และกระบวนการที่มีคุณภาพนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี) ซึ่งสอดคล้องโดยตรงกับจุดอ่อนของระบบบริการเดิมที่พบในระยะที่ 1 ทำให้สามารถใช้กรอบแนวคิดนี้วินิจฉัย ปัญหาและออกแบบแนวทางแก้ไขได้อย่างเป็นระบบครบทุกมิติ มิใช่การแก้ไขเฉพาะจุดใดจุดหนึ่ง 2) กรอบแนวคิดนี้เป็นที่ยอมรับและถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลาย ในการประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพและการพยาบาลมาอย่างยาวนาน จึงทำให้มี

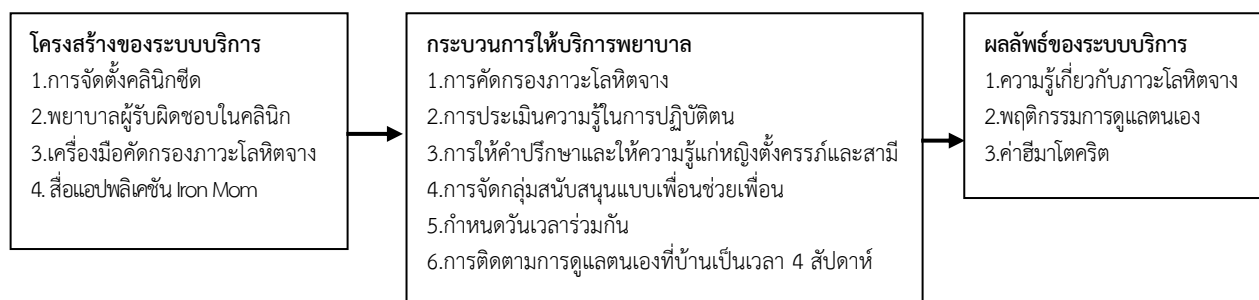
ตัวชี้วัดและองค์ประกอบที่ชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติและวัดผลได้จริงในบริบทของหน่วยบริการ และ 3) โครงสร้างสามองค์ประกอบของ Donabedian สอดคล้องกับขั้นตอนของระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่ใช้ในการศึกษานี้ กล่าวคือ ระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ของ โครงสร้าง-กระบวนการ-ผลลัพธ์เดิม ระยะที่ 2 เป็นการออกแบบโครงสร้าง-กระบวนการ-ผลลัพธ์ใหม่ และ ระยะที่ 3-4 เป็นการทดลองใช้และประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง ทำให้ กรอบแนวคิดและระเบียบวิธีวิจัยเสริม กันอย่างเป็นเหตุเป็นผลตลอดทั้งกระบวนการวิจัย ทั้งนี้การ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Donabedian (2003) ร่วมกับกระบวนการวิจัยและพัฒนาในบริบทของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางของโรงพยาบาลระดับจังหวัด ยังไม่ปรากฏชัดเจน ในงานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทย จึงเป็น ความใหม่ของการศึกษาครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลในการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบบริการพยาบาลในการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลของ Donabedian (2003) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เป็นพื้นฐานความคิดในการพัฒนา และประเมินระบบบริการพยาบาลในการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง โดยมุ่งเน้นให้โครงสร้างพร้อม กระบวนการบริการมีคุณภาพ และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อทั้งผู้รับบริการและระบบบริการพยาบาล



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการระหว่าง เดือนพฤษภาคม 2567 ถึงกรกฎาคม 2568 โดยแบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ ระยะที่ 1 และ 2 เป็น ขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนา (ศึกษาสถานการณ์และพัฒนาต้นแบบระบบบริการ) ส่วนระยะที่ 3 และ 4 เป็นการนำระบบบริการที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้และประเมินผลโดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดี่ยว วัดผลก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest quasi-experimental design)

ตารางที่ 1 สรุปภาพรวม 4 ระยะของการวิจัย (กลุ่มเป้าหมาย กิจกรรม และผลผลิตของแต่ละระยะ)

ระยะ	กลุ่มเป้าหมาย/ กลุ่มตัวอย่าง	กิจกรรมหลัก	ผลผลิต/ผลลัพธ์
1 (R1)	หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ โลหิตจาง 10 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน	ทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูล ย้อนหลัง 1–3 ปี สัมภาษณ์เชิงลึก	สภาพปัญหาและประเด็นตั้งต้น ของระบบบริการ
2 (D1)	ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน	ยกร่างระบบบริการตามกรอบ Donabedian ตรวจสอบ IOC และ ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ	ร่างระบบบริการ (โครงสร้าง/กระบวนการ/ ผลลัพธ์)
3 (R2)	หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ โลหิตจาง 30 คน	ทดลองใช้ระบบบริการ วัดความรู้/ พฤติกรรม/ฮิมาโตคริต ก่อน-หลัง 4 สัปดาห์	คะแนนความรู้ พฤติกรรม และค่าฮิมาโตคริตเปลี่ยนแปลง
4 (2)	กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว กับระยะที่ 3	ติดตามค่าฮิมาโตคริตเมื่อเข้าสู่ ระยะเจ็บครรภ์คลอด	ประสิทธิผลเชิงคลินิกระยะยาว ของระบบบริการ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนาระบบบริการ พยาบาล ในการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (Research 1)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มาฝากครรภ์ที่แผนก ฝากครรภ์ โรงพยาบาลตราง
และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกสูติ-นรีเวชกรรม

กลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง
โดยคำนึงถึงคุณสมบัติที่ต้อง การศึกษา ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 10 คน มีเกณฑ์คัดเข้า คือ มีภาวะ
โลหิตจาง พูด อ่านภาษาไทยได้ รับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรางอย่างน้อย 2 ครั้ง
เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการทดลอง และไม่สามารถ
ติดตามหญิงตั้งครรภ์ได้ตลอดการทดลอง 2) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน ซึ่งการศึกษาระยะที่ 1 ใช้กลุ่ม
ตัวอย่างขนาดเล็กเพื่อให้สามารถเก็บ ข้อมูลเชิงลึก และปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง โดยมี
เกณฑ์คัดเข้า คือ ปฏิบัติงานอย่าง น้อย 1 ปี เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่อยู่ในระหว่าง
การเก็บข้อมูล ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด หรือถอนตัวระหว่างการศึกษ

ระยะที่ 2 การพัฒนาร่างระบบบริการพยาบาลในการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (Development 1)

เป็นการนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์และการสังเคราะห์วรรณกรรมจากระยะที่ 1 มาพัฒนาร่าง
ระบบบริการพยาบาลในการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง โดยใช้กรอบแนวคิดของ Donabedian
(2003) ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ คือ 1) โครงสร้าง 2) กระบวนการ และ 3) ผลลัพธ์
รายละเอียดของระบบบริการที่พัฒนาขึ้นในระยะนี้แสดงไว้ในหัวข้อผลการวิจัยระยะที่ 2

ระยะที่ 3 การนำระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ (Research 2)

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยผู้วิจัยคำนึงถึงคุณสมบัติที่ต้องการศึกษา และเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ซ้ำกับระยะอื่นๆ คือ หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ มีภาวะโลหิตจาง (ค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่า 33%) สามารถพูด อ่านภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์มือถือ จำนวน 30 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ด้วยโปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.7 (Faul et al., 2007) สำหรับสถิติทดสอบที่แบบจับคู่ (Paired samples t-test, two-tailed) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มเดียวกัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power; $1-\beta$) เท่ากับ 0.80 สำหรับขนาดอิทธิพล (Effect size) ผู้วิจัยกำหนดที่ระดับปานกลาง (Cohen's $d^*=0.5$) ตามแนวคิดของ Cohen (1988) เนื่องจากไม่มีผลการศึกษานำร่อง (Pilot study) ที่เพียงพอ ผลการคำนวณพบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องใช้คือ 27 คน ทั้งนี้ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการสูญหายของข้อมูลระหว่างการทดลอง (Attrition rate) และข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมตามเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (จำนวน 3 คน) รวมเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ทั้งสิ้น จำนวน 30 คน เพื่อให้มั่นใจว่าจะมีจำนวนตัวอย่างที่สมบูรณ์เพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติตามอำนาจการทดสอบที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการทดลอง และไม่สามารถติดตามหญิงตั้งครรภ์ได้ตลอดการทดลอง

ระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของระบบบริการพยาบาลในการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (Development 2)

เป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกับระยะที่ 3 โดยติดตามผลฮีมาโตคริตเมื่อหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดและเข้ารับบริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลตรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อศึกษาปัจจัยหรือสาเหตุที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะโลหิตจาง

2. ระบบบริการพยาบาลในการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ Donabedian (2003) มีผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลมารดาทารก จำนวน 3 คน ประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องด้วยดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.81

3. แบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อมีภาวะโลหิตจาง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะถูก-ผิด โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน หาความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.89 และหาความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์ Kuder-Richardson 20 (KR-20) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามลักษณะถูก-ผิด ได้ค่าเท่ากับ 0.85

4. แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยปฏิบัติเป็นประจำ = 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง = 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 1 คะแนน มีคะแนนรวม 15-45 คะแนน หาความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าเท่า

กับ 0.91 และหาความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.88

5. แบบบันทึกค่าฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกค่าฮีมาโตคริตเป็นรายบุคคลตลอดระยะเวลาการทดลองให้สอดคล้องกับการวัดผลที่กำหนดไว้ในวิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ช่วงเวลา ได้แก่ 1) ก่อนใช้ระบบบริการ (สัปดาห์ที่ 0) 2) หลังใช้ระบบบริการครบ 4 สัปดาห์ 3) การติดตามซ้ำทุก 4 สัปดาห์ในกรณีที่ฮีมาโตคริตน้อยกว่า 33% จนกว่าจะถึงเกณฑ์ คือค่าฮีมาโตคริต $\geq 33\%$ และ 4) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบรับ รหัสนิ่งรับรอง IRB of BCNT 16/2567 รับรองเมื่อวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2567 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตรัง เลขที่ 034/7/2567 ลงวันที่ 10 กรกฎาคม พ.ศ. 2567

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาสภาพปัญหาโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โดยวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 1–3 ปี วิเคราะห์ระบบบริการเดิมตามกรอบ Structure–Process–Outcome ได้แก่ ขั้นตอนการให้บริการและเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ทบทวนวรรณกรรมและแนวทางการดูแลตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2016), ACOG (2021) และกรมอนามัย (2556) สัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจำนวน 10 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกคนละ 15 นาที

ระยะที่ 2 นำข้อมูลจากการสังเคราะห์ผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาพัฒนาระบบบริการพยาบาลในการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง โดยใช้กรอบแนวคิดของ Donabedian (2003) มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) โครงสร้าง 2) กระบวนการ 3) ผลลัพธ์ มีผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลมารดาและทารก จำนวน 3 คน คือ แพทย์เฉพาะทางด้านสูติศาสตร์ 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาพยาบาลผดุงครรภ์ 1 คน ประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของระบบบริการที่พัฒนาขึ้น และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงให้สมบูรณ์

ระยะที่ 3 นำระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง จำนวน 30 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อมีภาวะโลหิตจาง แบบสอบถามพฤติกรรมและการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง และบันทึกค่าฮีมาโตคริตก่อนเริ่มดำเนินการ (pretest) จากนั้นดำเนินการตามระบบบริการที่กำหนด และเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างซ้ำ (posttest) เมื่อครบ 4 สัปดาห์หลังเข้าร่วมโครงการ โดยใช้แบบสอบถามความรู้แบบสอบถามพฤติกรรม และบันทึกค่าฮีมาโตคริต สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าฮีมาโตคริตยังไม่ถึงเกณฑ์ปกติ (มากกว่า 33%) ผู้วิจัยติดตามและวัดค่าฮีมาโตคริตซ้ำทุก 4 สัปดาห์จนกว่าค่าจะถึงเกณฑ์ปกติ (มากกว่าหรือเท่ากับ 33%) โดยใช้ผลการ วัดครั้งแรกที่ครบ 4 สัปดาห์เป็นค่า posttest หลักในการวิเคราะห์เปรียบเทียบซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ต้องวัดค่า ฮีมาโตคริตซ้ำมากกว่า 1 ครั้งมีจำนวน 3 ราย

ระยะที่ 4 ติดตามผลฮีมาโตคริตของกลุ่มตัวอย่างเดียวกันเมื่อเข้ารับบริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลตรัง เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาวของระบบบริการที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากหลายแหล่งข้อมูล (multiple qualitative data sources) ร่วมกับสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลย้อนหลัง 1-3 ปี และข้อมูลระบบบริการเดิม วิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ (Qualitative content analysis) สำหรับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการวิเคราะห์เอกสาร (Document analysis) จากองค์การอนามัยโลก และกรมอนามัย โดยนำผลจากทั้งสามวิธีมาสังเคราะห์ร่วมกันเพื่อสรุปสภาพปัญหาและกำหนดแนวทางพัฒนาระบบบริการในระยะต่อไป

ระยะที่ 2 ใช้การสังเคราะห์ข้อมูล (Content synthesis) เพื่อพัฒนาระบบบริการตามกรอบ Donabedian (2003) วิเคราะห์ความเหมาะสมและความสอดคล้องด้วยดัชนีความสอดคล้อง (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพด้วยการ วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อปรับปรุงระบบบริการให้สมบูรณ์

ระยะที่ 3 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน-หลังโดยใช้สถิติ Dependent t-test

ระยะที่ 4 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนใช้ระบบบริการกับค่าฮิมาโตคริตเมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดโดยใช้สถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และทบทวนวรรณกรรมเพื่อการพัฒนาบริการพยาบาลในการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง พบว่า ข้อมูลย้อนหลัง 1-3 ปี หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางในช่วงร้อยละ 28-32.9 ระบบบริการเดิมมีลักษณะให้ความรู้เป็นรายบุคคลโดยไม่มีระบบที่ชัดเจน สำหรับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบประเด็นหลัก 4 ประเด็น ได้แก่ 1) พฤติกรรมการรับประทานยา เช่น การลืมรับประทานยา การรับประทานยาไม่ถูกต้อง และผลข้างเคียงของยา 2) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เน้นความสะดวกและความชอบส่วนบุคคล 3) อิทธิพลของวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา และ 4) การเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น ปัญหาการนัดที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ดังกล่าวเป็นข้อมูลตั้งต้นที่นำไปสู่การพัฒนาบริการในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการพยาบาลในการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง พบว่าระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นตามกรอบ Donabedian (2003) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. โครงสร้าง

1.1 การจัดตั้งคลินิกซีด (Anemia Clinic for Pregnancy) เป็นคลินิกเฉพาะด้านสำหรับดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและการบริการมีความเป็นระบบมากขึ้น โดยมีบุคลากรที่รับผิดชอบในคลินิกจำนวน 2 คน กำหนดให้มีพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ด้านการฝากครรภ์และการดูแลภาวะโลหิตจางรับผิดชอบ เปิดบริการวันพุธสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ของเดือน เวลา 13.00-15.00 น.

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะโลหิตจาง พัฒนาแนวปฏิบัติในการ คัดกรองภาวะโลหิตจางตามเกณฑ์กรมอนามัยและองค์การอนามัยโลกเพื่อให้ดำเนินการตามแนวทางเดียวกัน

1.3 สื่อแอปพลิเคชัน Iron Mom (Iron Mom Application) จัดทำขึ้นเพื่อช่วยในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ เป็นองค์ประกอบสำคัญด้านโครงสร้างเพื่อสนับสนุนการให้ความรู้และการติดตามพฤติกรรม มี

มีฟังก์ชันหลัก 6 ส่วน ได้แก่ 1) ประวัติคุณแม่ 2) การดูแลตนเอง 3) การทดสอบความรู้ 4) การเตือนการกินยา
ธาตุเหล็ก 5) บันทึกผลเลือด และ 6) สมาคมคุณแม่

2. กระบวนการ ผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาล กำหนดกระบวนการให้บริการ 6 ขั้นตอน ซึ่ง
ผ่านการประเมินความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิและปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของสถานบริการ ดังนี้

2.1 การคัดกรองภาวะโลหิตจาง เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญ โดยใช้เครื่อง มือคัดกรองที่ได้รับการประเมิน
จากผู้ทรงคุณวุฒิ ช่วยจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะโลหิตจางได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว เริ่มตั้งแต่การ
ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และส่งตรวจฮีมาโตคริตเมื่ออายุครรภ์ 24 สัปดาห์ เพื่อประเมินภาวะโลหิตจาง

2.2 การประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อมีภาวะโลหิตจาง และประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง
โดยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถาม ความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อ
มีภาวะโลหิตจาง และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง และนัดมา
คลินิกซีดในวันพุธเวลา 13.00 น. โดยให้สามีหรือครอบครัวมาด้วย

เมื่อหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือครอบครัว มาคลินิกซีด มีการดำเนินการดังนี้

2.3. การให้คำปรึกษาและให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามี ประกอบด้วยการให้ข้อมูลเฉพาะราย
การใช้แอปพลิเคชัน Iron Mom เป็นสื่อประกอบ การจัดกิจกรรม “โภชนาการ ตามฤดูกาลเพื่อเสริมธาตุเหล็ก”
การแนะนำเมนูอาหารจาก วัตถุดิบท้องถิ่น ที่มีธาตุเหล็กสูง การจัดเวิร์กช็อป การทำอาหาร
และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในการ สนับสนุนพฤติกรรมมารับ ประทานอาหารและยาธาตุเหล็ก
ซึ่งช่วยเพิ่มความร่วมมือของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์

2.4 การจัดกลุ่มสนับสนุนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ผ่านกลุ่มไลน์ เพื่อให้หญิง ตั้งครรภ์แลกเปลี่ยน
ประสบการณ์ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และแบ่งปันเคล็ดลับการดูแลตนเอง โดยมีพยาบาล และนักโภชนาการ
ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลกลุ่ม (Moderator) เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

2.5 การกำหนดวันเวลาร่วมกันสำหรับการติดตามผล ปรับให้ เป็นรูปแบบ “co-planning” คือการ
นัดหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ มีส่วนร่วมในการจัดตารางที่เหมาะสมกับ
บริบทของตนเอง

2.6 การติดตามการดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลา 4 สัปดาห์ กำหนดกิจกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน เช่น
การรับประทานยาธาตุเหล็กสม่ำเสมอ การเลือก อาหารเพิ่มธาตุเหล็ก การใช้แบบบันทึกในแอปพลิเคชัน Iron
Mom และการสังเกตอาการผิดปกติ เป็นเวลา 4 สัปดาห์หลังให้คำปรึกษา โดยมีพยาบาลติดตามผลผ่านการ
นัดหมายทางโทรศัพท์

เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามนัดในสัปดาห์ที่ 4 ส่งเจาะเลือดเพื่อติดตามผลฮีมาโตคริต พบกรณี ดังนี้

1) กรณีผลฮีมาโตคริตน้อยกว่า 33% ดำเนินการดังนี้ 1) พบหญิงตั้งครรภ์พร้อมสามีหรือครอบครัว 2)
ซักถามปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง การรับประทานยาและอาหารที่มีธาตุเหล็ก ภาวะไม่สบาย
หลังรับประทานยา และอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น 3) ทบทวนความสำคัญของการรักษาภาวะโลหิตจาง 4) สนับสนุนให้กำลังใจ 5) ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหตามอุปสรรคที่พบ 6) ตรวจสอบความเข้าใจโดยใช้วิธี “สอนกลับ”
(Teach back) หากยังไม่เข้าใจ อธิบายซ้ำโดยใช้สื่อเพิ่มเติมจนกว่าจะเข้าใจ 7) พิจารณาให้ยาธาตุเหล็ก 8) นัด
ตรวจอุจจาระและอธิบายวิธีเก็บอุจจาระส่งตรวจ และ 9) นัดตรวจติดตามผลครั้งต่อไปอีก 4 สัปดาห์ และติดตามหญิงตั้งครรภ์อย่างสม่ำเสมอจนมีค่าฮีมาโตคริตมากกว่าหรือเท่ากับ 33% และติดตามจนกระทั่งคลอด

2) กรณีผลฮีมาโตคริตมากกว่า 33% ดำเนินการดังนี้ 1) พบหญิงตั้งครรภ์พร้อมสามีหรือครอบครัว
2) ซักถามปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเอง 3) สนับสนุนให้กำลังใจและชมเชย 4) เน้นการปฏิบัติพฤติกรรม

การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางอย่างสม่ำเสมอ 5) พิจารณาส่งยาธาตุเหล็ก และ 6) นัดตรวจติดตามผลครั้งต่อไปอีก 4 สัปดาห์ และติดตามจนกระทั่งคลอด

ระยะที่ 3 การนำระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาไปทดลองใช้ ผลลัพธ์การบริการในสัปดาห์ที่ 4 หลังการใช้ระบบ มีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.7 และมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 46.7 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 56.7

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าฮีมาโตคริตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้ระบบบริการพยาบาลในการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง รวมทั้งค่าฮีมาโตคริตเมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด พบว่าคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าฮีมาโตคริตของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้ระบบบริการสูงกว่าก่อนการใช้ระบบบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร ($p < 0.05$) และค่าฮีมาโตคริตเมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดสูงกว่าก่อนการใช้ระบบบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของระบบบริการพยาบาลในการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง โดยติดตามค่าฮีมาโตคริตเมื่อหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดและเข้ารับบริการที่ห้องคลอด พบว่าค่าฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าก่อนการใช้ระบบบริการ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าฮีมาโตคริตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้ระบบบริการพยาบาล และเมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด ($n=30$)

ตัวแปร (หน่วยวัด)	ช่วงเวลาวัดผล	Mean	SD	t	p-value
คะแนนความรู้ (เต็ม 15 คะแนน)	ก่อนใช้ระบบบริการ	10.633	2.109	.588	0.031
	หลังใช้ระบบบริการ (สัปดาห์ที่ 4)	13.433	0.898		
คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง (เต็ม 45 คะแนน)	ก่อนใช้ระบบบริการ	24.367	4.627	9.415	<.001
	หลังใช้ระบบบริการ (สัปดาห์ที่ 4)	31.133	2.474		
ค่าฮีมาโตคริต (ร้อยละ)	ก่อนใช้ระบบบริการ	30.839	1.228	10.064	<.001
	หลังใช้ระบบบริการ (สัปดาห์ที่ 4)	34.537	0.273		
ค่าฮีมาโตคริต (ร้อยละ) ผลลัพธ์เชิงคลินิกเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด	ก่อนใช้ระบบบริการ	30.839	1.228	11.464	<.001
	ระยะเจ็บครรภ์คลอด	34.533	1.503		

อภิปรายผล

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลในการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาระบบโดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมจากสถานการณ์จริงของหญิงตั้งครรภ์ ผลการวิเคราะห์ระบบบริการเดิม และการสังเคราะห์แนวทางการดูแลตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2016), American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2021) และกรมอนามัย (2556) โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพบริการของ Donabedian (2003) ซึ่งประกอบ ด้วยองค์ประกอบด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ดังนี้

1.1 ความเหมาะสมด้านโครงสร้างของระบบบริการ ผลการวิจัยพบว่า โครงสร้างที่ได้รับการพัฒนา ได้แก่ 1) การจัดตั้งคลินิกซีด 2) การกำหนดพยาบาลผู้รับผิดชอบ 3) เครื่องมือคัดกรองที่เป็นมาตรฐาน และ 4) แอปพลิเคชัน Iron Mom ได้รับการประเมินความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ สอดคล้องกับแนวคิดของ Donabedian (2003) ที่ระบุว่าโครงสร้างที่ดีเป็นรากฐานสำคัญของคุณภาพบริการ และนำไปสู่กระบวนการบริการที่มีประสิทธิภาพ การมีคลินิกเฉพาะทางและพยาบาลผู้รับผิดชอบช่วยเพิ่มความเป็นระบบ ลดความซ้ำซ้อน และทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของพิศสมัย โลออน และคณะ (2567) ที่พบว่าการกำหนดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของทีมนสหวิชาชีพที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีดทำให้สามารถแก้ไขภาวะโลหิตจางได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ความครบถ้วนและมีประสิทธิภาพของกระบวนการบริการ ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการบริการที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ การคัดกรองภาวะซีด การประเมินความรู้ การให้คำปรึกษา การจัดกลุ่มสนับสนุน การนัดหมายร่วมกัน และการติดตามการดูแลตนเองที่บ้าน เป็นกระบวนการที่มีลำดับขั้นตอน และมีความต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดการฝากครรภ์คุณภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2016) ที่ระบุว่าการดูแลก่อนคลอดที่มีคุณภาพควรประกอบด้วย การคัดกรอง การให้คำปรึกษา และการดูแลต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์ นอกจากนี้การจัดกลุ่มสนับสนุนแบบเพื่อนช่วยเพื่อนและการใช้แอปพลิเคชัน Iron Mom ช่วยสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรม การติดตาม และการบันทึกพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของกรมอนามัย (กรมอนามัย, 2564) ที่เน้นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลแม่และเด็ก เช่น mobile health และ telehealth เพื่อให้เข้าถึงบริการอย่างครอบคลุมมากขึ้น

1.3 ผลลัพธ์การบริการ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังใช้ระบบบริการ (13.433 ± 0.898) สูงกว่าก่อนใช้ (10.633 ± 2.109) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.031$) คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยหลังใช้ระบบบริการ (31.133 ± 2.474) สูงกว่าก่อนใช้ (24.367 ± 4.627) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง ($p<0.001$) และค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สะท้อนให้เห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากระบบดังกล่าวออกแบบกิจกรรมการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของหญิงตั้งครรภ์ ใช้สื่อที่เข้าใจง่าย และเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้ ทำให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างชัดเจน

ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงประสิทธิผลของระบบในเชิงผลลัพธ์ด้านสุขภาพโดยตรง การเพิ่มขึ้นของค่าฮีมาโตคริตจาก 30.8% เป็น 34.5% เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด นับว่ามีนัยสำคัญทางคลินิก เนื่องจากค่าที่สูงกว่าเกณฑ์ภาวะโลหิตจาง ($\geq 33\%$) ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอดและหลังคลอด เช่น การตกเลือดหลังคลอด และความจำเป็นในการรับ

เลือด ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Wang et al. (2025) พบว่าภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์สัมพันธ์กับความเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่เพิ่มขึ้น การที่ค่าฮีมาโตคริตของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นจนใกล้เคียงหรือสูงกว่าเกณฑ์ปกติก่อนเข้าสู่ระยะคลอด จึงเป็นผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญทั้งเชิงสถิติและเชิงคลินิก การเพิ่มขึ้นของค่าฮีมาโตคริตอาจเกิดจากการที่หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมมากขึ้นหลังได้รับการส่งเสริมอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Elsharkawy et al. (2022) ที่พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการติดตามอย่างต่อเนื่องสามารถเพิ่มความรู้ความสามารถในการเลือกอาหาร การปฏิบัติตนในการรับประทานธาตุเหล็กและโฟลิก และระดับฮีโมโกลบินของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้ถือเป็นผลลัพธ์พื้นฐานสำคัญซึ่งเป็นขั้นตอนแรกที่น่าไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นต่อไป การจัดการภาวะโลหิตจางที่ได้ผลจำเป็นต้องใช้แนวทางบูรณาการ ซึ่งไม่เพียงให้ความรู้ แต่ยังต้องส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

อย่างไรก็ตาม แม้คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเฉลี่ยหลังการใช้ระบบบริการ (31.13 คะแนน) จะสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังไม่ถึงคะแนนเต็ม 45 คะแนน สะท้อนว่ายังมีพฤติกรรมดูแลตนเองบางด้านที่กลุ่มตัวอย่างปรับเปลี่ยนได้ไม่เต็มที่ ผู้วิจัยจึงเห็นควรวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ (item-level analysis) ของแบบสอบถามพฤติกรรมเพื่อระบุพฤติกรรมที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย และนำผลไปใช้ปรับปรุง เนื้อหาการให้คำปรึกษาในรอบการพัฒนาต่อไปตามวงจร PDCA เพื่อยกระดับคุณภาพของระบบบริการอย่างต่อเนื่อง

2. ประเมินประสิทธิผลของระบบบริการพยาบาลในการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

จากการติดตามผลลัพธ์เชิงคลินิกอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะเจ็บครรภ์คลอด พบว่าค่าฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์เมื่อเข้ารับบริการที่ห้องคลอดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มค่าฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นระบบบริการพยาบาลในการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจึงมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริงในระบบบริการฝากครรภ์ เนื่องจากครอบคลุมทั้งมิติด้านความรู้ พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยระบบที่พัฒนาขึ้นสะท้อนความสัมพันธ์ของโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โครงสร้างที่ชัดเจนและกระบวนการที่เป็นระบบสามารถตอบสนองต่อปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างตรงจุด มีความครอบคลุม เหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยที่รายงานว่า การพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการดูแลที่ผสมผสานการให้ความรู้ การสนับสนุน และการติดตามกำกับอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Pinsuwan et al., 2022)

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ดังนี้ 1) การทดลองใช้ระบบบริการในระยะที่ 3 และ 4 ใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (one-group pretest-posttest design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถยืนยันได้อย่างสมบูรณ์ว่าการเปลี่ยนแปลงของความรู้ พฤติกรรม และค่าฮีมาโตคริตที่พบเป็นผลจากระบบบริการที่พัฒนาขึ้นเพียงอย่างเดียว อาจมีปัจจัยร่วมอื่น เช่น การได้รับยาเสริมธาตุเหล็กตามมาตรฐานปกติ หรือการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของการตั้งครรภ์ 2) กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 และ 4 มีจำนวนจำกัด (30 คน) และเก็บข้อมูลจากสถานบริการแห่งเดียว จึงควรระมัดระวังในการนำผลไปอ้างอิงในบริบทอื่น และ 3) ระยะเวลาติดตามผลค่อนข้างสั้น (ประมาณ 4 สัปดาห์จนถึงระยะคลอด) การศึกษาในอนาคตจึงควรออกแบบให้มีกลุ่มเปรียบเทียบและติดตามผลในระยะยาวมากขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 การวิจัยครั้งนี้สามารถพัฒนาระบบบริการพยาบาลในการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มีองค์ประกอบครบทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ตามกรอบแนวคิดของ Donabedian (2003) และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิผลพบว่าระบบดังกล่าวช่วยเพิ่มความรู้อุบัติการณ์การดูแลตนเอง และค่าฮีมาโตคริตของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังทดลองใช้และเมื่อเข้าสู่ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล โดยรวมแล้วระบบบริการพยาบาลในการจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่พัฒนาขึ้นนี้มีประสิทธิภาพ เป็นระบบที่ปฏิบัติได้จริง และเหมาะสมที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลตวัน และสามารถใช้เป็นแบบจำลอง สำหรับสถานบริการอื่นในการพัฒนาบริการเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การปฏิบัติการพยาบาล ควรนำโปรแกรมการให้ความรู้ไปใช้เพื่อเพิ่มศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ ควรบูรณาการเข้ากับบริการอื่นที่เป็นรูปธรรม เช่น การจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก การประเมิน ภาวะโลหิตจางอย่างสม่ำเสมอ และการให้คำปรึกษาด้านอาหารรายบุคคล
2. การวิจัย ควรเพิ่มระยะเวลาการศึกษาเพื่อติดตามผลระยะยาว ควรออกแบบการวิจัยให้มีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย และออกแบบโปรแกรมที่รวมการปรับพฤติกรรมและการสนับสนุนทางสังคมอย่างเข้มข้น และศึกษาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อค่าฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น

ผลประโยชน์ทับซ้อน : ไม่มี

References

- กรมอนามัย. (2556). *แนวทางการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก*. สำนักโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข. <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/194488>
- กรมอนามัย. (2564). *แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพ*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2568). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC)*. <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/anemia1549n?year=2025>
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2568). *แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์*. https://www.rtcog.or.th/files/1754468534_a1313bf4e47ba4bf4499.pdf
- พิศสมัย ไลออน, กำพร ดานา, อนุชา ไทยวงษ์, และกาญจนา จันทะนุญ. (2567). การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อำเภอวังน้อย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 16(1), 131–49.
- อนุพันธ์ ประจำ, และชนัชชา อุปฮาด. (2564). ผลของรูปแบบการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 4(2), 121–9.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Anemia in pregnancy: ACOG Practice Bulletin, number 233. *Obstetrics & Gynecology*, 138(2), 55–64. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004477>

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- Elsharkawy, N. B., Abdelaziz, E. M., Ouda, M. M., & Oraby, F. A. (2022). Effectiveness of health information package program on knowledge and compliance among pregnant women with anemia: A randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2724. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052724>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–91. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Obianeli, C., Afifi, K., Stanworth, S., & Churchill, D. (2024). Iron deficiency anemia in pregnancy: A narrative review from a clinical perspective. *Diagnostics*, 14(20), 1–17. <https://doi.org/10.3390/diagnostics14202306>
- Pinsuwan, S., Chatchawet, W., & Chunuan, S. (2022). Effectiveness of interactive learning via multimedia technology with family support program among pregnant women with anemia: A quasi-experimental study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 26(4), 600–12.
- Wang, R., Xu, S., Hao, X., Jin, X., Pan, D., Xia, H., Liao, W., Yang, L., & Wang, S. (2025). Anemia during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Frontiers in Global Women's Health*, 6, 1502585. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1502585>
- World Health Organization. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และเพื่อนที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บุหรี่ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดชลบุรี

สุกัญญา สุรังษี* กุลิสรา พิลาทอง** เพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม*

บทคัดย่อ

บทนำ : การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบในวัยรุ่นเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยเฉพาะบุหรี่ไฟฟ้าที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และเพื่อนอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บุหรี่ อย่างไรก็ตาม หลักฐานในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นของไทยยังมีจำกัด

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บุหรี่ และวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านเพื่อนต่อพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดชลบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 790 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย : นักเรียนร้อยละ 10.13 มีพฤติกรรมการใช้บุหรี่ในปัจจุบัน โดยส่วนใหญ่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า การวิเคราะห์พบว่า เพศชาย (adjusted OR=8.74, 95% CI: 4.45-17.19) การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ (adjusted OR=2.11, 95% CI: 1.32-3.37) การได้รับการชักชวนให้สูบบุหรี่ (adjusted OR = 1.96, 95% CI: 1.17–3.28) และคะแนนทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน (adjusted OR=1.07, 95% CI: 1.05-1.10) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ปัจจัยด้านครอบครัวไม่พบว่ามีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญ

สรุปผล : พฤติกรรมการใช้บุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นสัมพันธ์กับปัจจัยหลายระดับ โดยเฉพาะเพศ ทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ และอิทธิพลของเพื่อน การป้องกันการใช้บุหรี่ในวัยรุ่นควรมุ่งเน้นการจัดการอิทธิพลของเพื่อน การเสริมทักษะการปฏิเสธ การปรับทัศนคติ และการสร้างบรรทัดฐานไม่สูบบุหรี่ในระบบสุขภาพโรงเรียน

คำสำคัญ : พฤติกรรมการใช้บุหรี่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านเพื่อน

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : เพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม, E-mail: penphan@bnc.ac.th

Personal, Family, and Peer Factors Influencing Smoking Behavior Among Lower Secondary School Students in Chonburi Province, Thailand

Sukanya Surangsee* Kulisara Philathong** Penphan Pitaksongkram*

Abstract

Background: Tobacco use among adolescents is an important public health problem, particularly electronic cigarette use, which is increasing. Individual, family, and peer factors may influence smoking behavior. However, evidence among lower secondary school students in Thailand remains limited.

Objectives: To examine smoking behavior and analyze the influence of individual, family, and peer factors on smoking behavior among lower secondary school students in Chonburi Province.

Methods: This analytical cross-sectional study included 790 lower secondary school students selected through multistage random sampling. Data were collected using an online questionnaire and analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and multiple logistic regression. The statistical significance level was set at .05.

Results: A total of 10.13% of the students were current tobacco users, with most using electronic cigarettes. The analysis showed that being male (adjusted OR=8.74, 95% CI: 4.45–17.19), having close friends who smoked (adjusted OR=2.11, 95% CI: 1.32–3.37), being invited to smoke (adjusted OR=1.96, 95% CI: 1.17–3.28), and a one-point increase in the attitude toward tobacco use score (adjusted OR=1.07, 95% CI: 1.05–1.10) significantly influenced smoking behavior. In contrast, family factors did not show a statistically significant influence.

Conclusion: Smoking behavior among lower secondary school students was associated with multiple levels of factors, particularly sex, attitudes toward tobacco use, and peer influence. Tobacco use prevention among adolescents should focus on addressing peer influence, strengthening refusal skills, modifying attitudes toward tobacco use, and promoting non-smoking norms within the school health system.

Keywords: Smoking behavior, lower secondary school students, personal factors, family factors, peer factors

* Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Ban Bung Hospital, Chonburi Province

Corresponding Author: Penphan Pitaksongkram, E-mail: penphan@bnc.ac.th

บทนำ

การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าการบริโภคยาสูบเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรที่สามารถป้องกันได้ และมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิด เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็ง (World Health Organization [WHO], 2023b) นอกจากนี้ การเริ่มใช้บุหรี่ตั้งแต่อายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการติดนิโคตินอย่างรุนแรง และเพิ่มโอกาสการใช้สารเสพติดชนิดอื่นในอนาคต (Mallol et al., 2021) ส่งผลให้การป้องกันการเริ่มใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบในวัยเด็กและวัยรุ่นเป็นประเด็นสำคัญของนโยบายด้านสุขภาพทั่วโลก ทั้งนี้ การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบในกลุ่มวัยรุ่นยังคงอยู่ในระดับที่น่ากังวล โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งมีสัดส่วนผู้ใช้ยาสูบในวัยรุ่นจำนวนมากเมื่อเทียบกับประเทศรายได้สูง (Itanyi et al., 2018) ขณะเดียวกัน การแพร่หลายของผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ โดยเฉพาะบุหรี่ไฟฟ้า ทำให้เกิดความท้าทายใหม่ต่อการควบคุมยาสูบ เนื่องจากผลิตภัณฑ์ดังกล่าวมักถูกนำเสนอผ่านสื่อและการตลาดในลักษณะที่ทำให้เยาวชนเข้าใจว่ามีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่แบบดั้งเดิม ส่งผลให้เยาวชนจำนวนมากเริ่มทดลองใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ (Fulton et al., 2018)

สำหรับประเทศไทย การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบดำเนินการภายใต้กรอบกฎหมายและมาตรการสาธารณสุขหลายประการ ทั้งการควบคุมการจำหน่าย การจำกัดการเข้าถึงของเด็กและเยาวชน การควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการตลาด ตลอดจนการกำหนดพื้นที่ปลอดบุหรี่ โดยพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 กำหนดห้ามขายหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ขณะที่บุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องถูกกำหนดให้เป็นสินค้าต้องห้ามในการนำเข้ามาในราชอาณาจักรตามประกาศกระทรวงพาณิชย์ อย่างไรก็ตาม แม้มาตรการทางกฎหมายดังกล่าวสะท้อนความพยายามในการควบคุมการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชน แต่การบังคับใช้กฎหมายในทางปฏิบัติยังเผชิญข้อท้าทาย โดยเฉพาะการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าผ่านช่องทางออนไลน์ ร้านค้าลับ หรือเครือข่ายกลุ่มเพื่อน ส่งผลให้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ยังคงแพร่หลายในกลุ่มวัยรุ่น แม้อยู่ภายใต้ข้อจำกัดทางกฎหมายก็ตาม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2568; WHO, 2022)

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีความเปราะบางต่อการเริ่มทดลองใช้บุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า เนื่องจากเป็นระยะของการเปลี่ยนผ่านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพัฒนาการด้านการคิดรู้ โดยเฉพาะความสามารถในการตัดสินใจ การยับยั้งชั่งใจ และการควบคุมตนเองที่ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์เต็มที่ ส่งผลให้วัยรุ่นมีแนวโน้มแสวงหาการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ต้องการแสดงตัวตน และอาจตัดสินใจภายใต้อิทธิพลของกลุ่มมากกว่าการพิจารณาผลกระทบระยะยาว (Steinberg, 2008; WHO, 2024) ในบริบทที่บุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้ายังคงพบเห็นและเข้าถึงได้ แม้มีข้อจำกัดทางกฎหมาย กระบวนการเรียนรู้ทางสังคม การลอกเลียนแบบพฤติกรรมของเพื่อน การถูกชักชวน และแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน จึงอาจเพิ่มโอกาสให้วัยรุ่นเริ่มทดลองสูบบุหรี่หรือใช้บุหรี่ไฟฟ้า (Littlecott et al., 2023; Luu et al., 2025) สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบว่า ปัจจัยทางสังคมใกล้ชิด ได้แก่ การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ การรับรู้ทัศนคติของผู้ปกครองต่อการสูบบุหรี่ การมีเพื่อนสูบบุหรี่ และการได้รับการชักชวนจากเพื่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ (Wang et al., 2018; Cheng et al., 2022; Tapera et al., 2020; Radzi et al., 2025) ประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Social Ecological Model ที่อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไม่ได้เกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยหลายระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น ครอบครัวและเพื่อน ระดับองค์กร เช่น โรงเรียน ระดับชุมชน และระดับนโยบายสาธารณะ (Bronfenbrenner, 1997; McLeroy et al., 1988) ภายใต้กรอบแนวคิดนี้ พฤติกรรมการใช้บุหรี่ของวัยรุ่นจึงควรพิจารณาทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับชั้น และทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ ร่วมกับปัจจัยทางสังคม

ใกล้ชิด ได้แก่ ครอบครัวและเพื่อน เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้อาจส่งเสริมหรือยับยั้งพฤติกรรมการใช้บุหรี่ได้แตกต่างกันตามบริบทของวัยรุ่นแต่ละกลุ่ม

จังหวัดชลบุรีเป็นพื้นที่เศรษฐกิจและอุตสาหกรรมที่สำคัญของประเทศไทย มีการพัฒนาอย่างรวดเร็วทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การขยายตัวของชุมชนเมือง และการเคลื่อนย้ายประชากร ลักษณะดังกล่าวอาจส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตของเยาวชน การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบและบุหรี่ไฟฟ้า ตลอดจนการรับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนและสื่อออนไลน์ที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมในชุมชนเมืองและพื้นที่อุตสาหกรรมอาจเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น เช่น การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด และพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ แม้ว่าจะมีการศึกษาพฤติกรรมการใช้บุหรี่ในเยาวชนจำนวนมาก แต่การศึกษาที่มุ่งวิเคราะห์บทบาทของปัจจัยด้านครอบครัวและเพื่อน ร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติ ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในบริบทของจังหวัดชลบุรียังมีจำกัด อีกทั้งข้อมูลเชิงประจักษ์ในพื้นที่ยังมีความจำเป็นต่อการสนับสนุนการกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการใช้บุหรี่ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงเรียน ชุมชน และระบบสุขภาพในระดับพื้นที่

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งศึกษาพฤติกรรมการใช้บุหรี่ และวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านเพื่อน และทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ ต่อพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดชลบุรี เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนามาตรการป้องกันและควบคุมการใช้บุหรี่ในกลุ่มเยาวชน รวมทั้งสนับสนุนการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บุหรี่ และวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านเพื่อน ต่อพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดชลบุรี

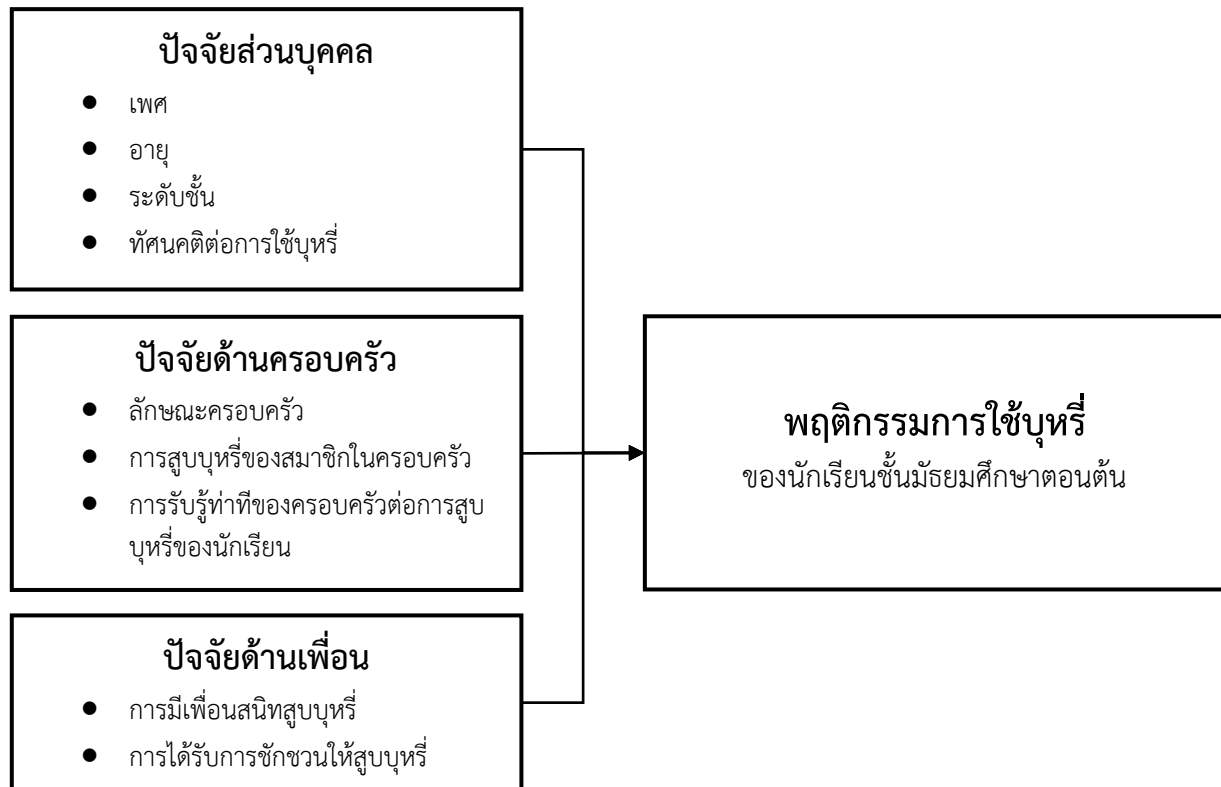
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิด Socio-Ecological Model เพื่ออธิบายพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของวัยรุ่น โดยแนวคิดดังกล่าวอธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไม่ได้เกิดจากปัจจัยระดับบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยหลายระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบายสาธารณะ (Bronfenbrenner, 1997; McLeroy et al., 1988) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเน้นปัจจัยระดับบุคคลและระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยใกล้ชิดตัววัยรุ่นและมีอิทธิพลต่อการเริ่มทดลองหรือใช้บุหรี่

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยระดับบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับชั้น และทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของวัยรุ่น โดยเฉพาะทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้บุหรี่ ซึ่งอาจเพิ่มโอกาสในการเริ่มทดลองหรือใช้บุหรี่ ขณะเดียวกัน ปัจจัยระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัวและเพื่อน มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของวัยรุ่น โดยการมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ลักษณะครอบครัว และทัศนคติของผู้ปกครองต่อการสูบบุหรี่ อาจส่งผลต่อการรับรู้บรรทัดฐานเกี่ยวกับการใช้บุหรี่ ส่วนปัจจัยด้านเพื่อน ได้แก่ การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่และการได้รับการชักชวนให้สูบบุหรี่ อาจส่งผลผ่านการลอกเลียนแบบพฤติกรรม แรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน และความต้องการการยอมรับในกลุ่มวัยรุ่น (Wang et al., 2018; Cheng et al., 2022; Tapera et al., 2020; Radzi et al., 2025)

ดังนั้น การศึกษานี้จึงกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยโดยพิจารณาปัจจัยสำคัญ 3 กลุ่ม ที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้น และทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ 2) ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย ลักษณะครอบครัว การสูบบุหรี่

บุหรืของสมาชิกในครอบครัว และการรับรู้ท่าทีของครอบครัวต่อการสูบบุหรืของนักเรียน และ 3) ปัจจัยด้านเพื่อน ประกอบด้วย การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรื และการได้รับการชักชวนให้สูบบุหรื โดยปัจจัยดังกล่าวถูกนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บุหรืของนักเรียน ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บุหรื และวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านเพื่อนต่อพฤติกรรมการใช้บุหรืของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษา ทั้งภาครัฐและเอกชน ในจังหวัดชลบุรี ปีการศึกษา 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2567 สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ภายหลังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยและได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรสำหรับการศึกษาภาคตัดขวางเพื่อประมาณค่าความชุกของประชากร ตามแนวทางของ Daniel (1995) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยด้านสาธารณสุข (Lwanga & Lemeshow, 1991) จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 196 ราย

เนื่องจากการศึกษานี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนในระดับโรงเรียนและห้องเรียน ซึ่งเป็นลักษณะการสุ่มแบบกลุ่ม ผู้วิจัยจึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยค่า design effect เท่ากับ 2 เพื่อชดเชยความแปรปรวนที่เพิ่มขึ้นจากความคล้ายคลึงกันของหน่วยตัวอย่างภายในกลุ่ม ตามข้อเสนอแนะของ Kish (1965) และองค์การอนามัยโลก (WHO, 2023a) ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 392 ราย จากนั้น ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อชดเชยการสูญหายของข้อมูลหรือการไม่ตอบแบบสอบถามตามแนวทางที่แนะนำในงานวิจัยเชิงระบาดวิทยา (Naing et al., 2006) ส่งผลให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำประมาณ 430 ราย อย่างไรก็ตาม เพื่อเพิ่มความแม่นยำของการประมาณค่า และให้กลุ่มตัวอย่างครอบคลุมพื้นที่การศึกษาทั้ง 3 เขตของจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 790 ราย

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยแบ่งพื้นที่การศึกษาในจังหวัดชลบุรีออกเป็น 3 เขตพื้นที่การศึกษา จากนั้นสุ่มคัดเลือกโรงเรียนที่เปิดสอนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นทั้งภาครัฐและเอกชนในแต่ละเขตพื้นที่ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ภายในแต่ละโรงเรียนทำการสุ่มห้องเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 อย่างน้อยระดับชั้นละ 1 ห้องเรียน และเชิญนักเรียนทุกคนในห้องเรียนที่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ภายหลังได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองและการยินยอมเข้าร่วมจากนักเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และปรับจากแบบสำรวจการใช้ยาสูบในกลุ่มเยาวชนทั่วโลกขององค์การอนามัยโลก (WHO Global Youth Tobacco Survey: Core Questionnaire with Optional Questions) (WHO, 2023a) ร่วมกับแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสูบที่พัฒนาโดย Seeherunwong et al. (2024) จากนั้นนำมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดชลบุรี

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้น และข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว
2. พฤติกรรมการใช้บุหรี่ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการใช้บุหรี่ในปัจจุบัน ประเภทผลิตภัณฑ์บุหรี่ ความถี่ในการใช้ สถานการณ์ที่กระตุ้นให้ใช้บุหรี่ และการใช้สารอื่นร่วมกับการสูบบุหรี่
3. ปัจจัยด้านครอบครัวและเพื่อน จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ลักษณะครอบครัว การสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว การรับรู้ท่าทีของครอบครัวต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ และการได้รับการชักชวนให้สูบบุหรี่ ข้อคำถามเกี่ยวกับท่าทีของครอบครัวต่อการสูบบุหรี่ เป็นการประเมินจากการรับรู้ของนักเรียนต่อปฏิกิริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่านักเรียนมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ โดยไม่ได้หมายถึงการส่งเสริมให้เริ่มสูบบุหรี่ แต่หมายถึงระดับการยอมรับ การตักเตือน หรือการอนุญาตให้สูบบุหรี่ภายในบ้านในกรณีที่นักเรียนมีพฤติกรรมสูบบุหรี่อยู่แล้ว
4. ทักษะคิดต่อการใช้บุหรี่ จำนวน 15 ข้อ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยอิงทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1977) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) ข้อคำถามครอบคลุมการรับรู้และความเชื่อต่อการใช้บุหรี่ เช่น การรับรู้ว่าการสูบบุหรี่ช่วยคลายเครียด การยอมรับการสูบบุหรี่ในกลุ่มเพื่อน การรับรู้ว่าการสูบบุหรี่ช่วยให้เข้าสังคมได้ง่ายขึ้น และการรับรู้ความเสี่ยงหรืออันตรายจากการใช้บุหรี่ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึงทัศนคติเชิงบวกหรือการยอมรับต่อการใช้บุหรืมากขึ้น ทั้งนี้ ข้อคำถามเชิงลบได้รับการกลับคะแนนก่อนคำนวณคะแนนรวม

การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ 15-35 คะแนน ปานกลาง 36-55 คะแนน และสูง 56-75 คะแนน และในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ได้จัดกลุ่มเป็นทัศนคติระดับสูง (>55 คะแนน) และระดับต่ำถึงปานกลาง (≤55 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้บุหรี่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อความคำถามกับวัตถุประสงค์และนิยามตัวแปร ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.86 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ตามแนวทางการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (Polit & Beck, 2006)

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .91

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่รับรอง BNC REC 04/2566 เมื่อวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมไม่มีการระบุชื่อหรือตัวตนของผู้ตอบ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุญาตจากสถานศึกษา ผู้วิจัยประสานงานกับโรงเรียนที่ได้รับการคัดเลือกจำนวน 12 แห่ง เพื่อกำหนดวัน เวลา และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลในห้องเรียนที่สุ่มได้ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google Form

ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการชี้แจงขั้นตอนการวิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูลให้นักเรียน โดยเน้นว่าการเข้าร่วมเป็นไปโดยสมัครใจ นักเรียนสามารถปฏิเสธหรือยุติการตอบแบบสอบถามได้ทุกเวลา และการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมจะไม่มีผลต่อการเรียน คะแนน หรือความสัมพันธ์กับครูและโรงเรียน

กระบวนการขอความยินยอมจากผู้ปกครองและการยินยอมเข้าร่วมจากนักเรียนดำเนินการโดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย ไม่ใช่ครูประจำชั้น เพื่อลดอิทธิพลจากความเกรงใจหรือความรู้สึกถูกกดดันระหว่างการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ในช่วงที่นักเรียนตัดสินใจเข้าร่วมหรือตอบแบบสอบถาม ไม่มีครูหรือบุคคลที่อาจมีอำนาจประเมินผลการเรียนอยู่ร่วมกับการตอบแบบสอบถาม

นักเรียนตอบแบบสอบถามด้วยตนเองผ่านโทรศัพท์มือถือส่วนตัว โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังจากเก็บข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่สมบูรณ์เข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมการใช้บุหรี่ ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านเพื่อน และทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามลักษณะของข้อมูล

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านเพื่อน และทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ กับพฤติกรรมการใช้บุหรี่ในปัจจุบันของนักเรียน ใช้การทดสอบไคสแควร์ สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บุหรี่ ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ โดยกำหนดพฤติกรรมการใช้บุหรี่ในปัจจุบันเป็นตัวแปรตามแบบทวิภาค และนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์เบื้องต้น รวมทั้งตัวแปรที่มีความสำคัญตามกรอบแนวคิด เข้าสู่แบบจำลองพหุคูณ ผลการวิเคราะห์นำเสนอเป็นค่าอัตราส่วนโอกาสที่ปรับแล้ว ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่า p-value

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดชลบุรี จำนวนทั้งสิ้น 790 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.3 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 46.8 และเพศอื่น ๆ หรือไม่ระบุเพศ ร้อยละ 0.9 อายุเฉลี่ย 13.32 ปี (SD=0.96) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 42.3 รองลงมาคือระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 31.4 เมื่อพิจารณาลักษณะการอยู่อาศัย พบว่านักเรียนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 72.0 และมีสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับพอใช้ มีเหลือเก็บ ร้อยละ 76.6

2. พฤติกรรมการใช้บุหรี่ ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านเพื่อน

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีพฤติกรรมการใช้บุหรี่ในปัจจุบันมีจำนวน 80 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 87.5 และกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 63.8 เมื่อพิจารณาประเภทของผลิตภัณฑ์บุหรี่ พบว่านักเรียนส่วนใหญ่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 76.3 รองลงมาคือบุหรี่โรงงาน ร้อยละ 23.8 และสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 88.6 สถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากที่สุด คือ เมื่อรู้สึกหงุดหงิด โกรธ หรือเหงา ร้อยละ 67.5 รองลงมาคือ การอยู่ร่วมกับกลุ่มเพื่อน ร้อยละ 40.5 ส่วนใหญ่ไม่ใช้สารอื่นร่วมกับการสูบบุหรี่ ร้อยละ 79.7 รองลงมาคือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการสูบบุหรี่ ร้อยละ 17.7

ในด้านปัจจัยครอบครัวและเพื่อน พบว่า นักเรียนที่มีพฤติกรรมการใช้บุหรี่ในปัจจุบันส่วนใหญ่มาจากครอบครัวเดียว ร้อยละ 56.3 และไม่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 72.5 เมื่อพิจารณาการรับรู้ท่าทีของครอบครัวต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน พบว่านักเรียนส่วนใหญ่รับรู้ว่าการสูบบุหรี่ไม่เห็นด้วยหรือตักเตือนเรื่องการสูบบุหรี่ ร้อยละ 93.8 ขณะที่บางส่วนรับรู้ว่าการสูบบุหรี่ยอมรับหรืออนุญาตให้สูบบุหรี่ในบ้าน ร้อยละ 2.5 และเฉย ๆ หรือไม่แสดงท่าทีชัดเจน ร้อยละ 3.8 อย่างไรก็ตาม นักเรียนมากกว่าครึ่งมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ ร้อยละ 57.5 และเคยได้รับการชักชวนให้สูบบุหรี่ ร้อยละ 33.8 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการใช้บุหรี่ ปัจจัยด้านครอบครัวและเพื่อน ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีพฤติกรรมการใช้บุหรี่ในปัจจุบัน (n=80)

ลักษณะ	n (%)
เพศ	
ชาย	70 (87.5)
หญิง	10 (12.5)
ระดับชั้น	
มัธยมศึกษาปีที่ 1	9 (11.3)
มัธยมศึกษาปีที่ 2	20 (25.0)
มัธยมศึกษาปีที่ 3	51 (63.8)

ลักษณะ	n (%)
ประเภทของผลิตภัณฑ์บุหรี่	
บุหรี่ไฟฟ้า	61 (76.3)
บุหรี่โรงงาน	19 (23.8)
ความถี่ในการสูบบุหรี่	
สูบเป็นประจำทุกวัน	71 (88.8)
สูบบางครั้ง	9 (11.3)
สถานการณ์ที่กระตุ้นให้สูบบุหรี่*	
รู้สึกหงุดหงิด / โกรธ / เหนง	54 (67.5)
การอยู่ร่วมกับกลุ่มเพื่อน	32 (40.0)
เห็นเพื่อน / คนในครอบครัว/ คนใกล้ชิดสูบ	13 (16.3)
เห็นภาพ หรือสื่อ มีเดีย (social media) ต่าง ๆ เกี่ยวกับบุหรี่	16 (20.0)
การใช้สารอื่นร่วมกับการสูบบุหรี่*	
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ / สุรา / เบียร์	14 (17.5)
เครื่องดื่มชูกำลัง (4x100, ผสมยาแก้ไอ เป็นต้น)	7 (8.8)
ยานอนหลับ / ยาคลายเครียด	5 (6.3)
สารเสพติดอื่น ๆ (กัญชา, กระท่อม, ยาไอซ์, ยาบ้า, ยาเค เป็นต้น)	3 (3.8)
ไม่ใช้สารอื่นร่วม	64 (80.0)
ลักษณะครอบครัว	
ครอบครัวเดี่ยว (พ่อแม่ลูก)	45 (56.3)
ครอบครัวขยาย (พ่อแม่ลูก ปู่ย่าตายาย หรือญาติ)	14 (17.5)
ครอบครัวข้ามรุ่น (ปู่ย่าตายายอยู่กับหลานตามลำพัง)	6 (7.5)
บิดาเลี้ยงเดี่ยว	7 (8.8)
มารดาเลี้ยงเดี่ยว	8 (10.0)
การสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว	
ไม่มีสมาชิกสูบบุหรี่	58 (72.5)
มีสมาชิกสูบบุหรี่	22 (27.5)
การรับรู้ท่าทีของครอบครัวต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน	
ไม่เห็นด้วย/ตักเตือน	75 (93.8)
ยอมรับหรืออนุญาตให้สูบภายในบ้าน	2 (2.5)
เฉย ๆ / ไม่แสดงท่าทีชัดเจน	3 (3.8)
เพื่อนสนิทสูบบุหรี่	
มี	46 (57.5)
ไม่มี	34 (42.5)
การได้รับการชักชวนให้สูบบุหรี่	
เคยถูกชักชวน	27 (33.8)
ไม่เคย	53 (66.3)

*ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

3. ทศนคติต่อการใช้บุหรี่

นักเรียนที่ใช้บุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยของทศนคติต่อการใช้บุหรี่ยุ่สูงกว่านักเรียนที่ไม่ใช้บุหรี่ยุ่อย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มที่ใช้บุหรี่ยุ่มีคะแนนเฉลี่ย 42.24 คะแนน (SD=9.12) ขณะที่กลุ่มที่ไม่ใช้บุหรี่ยุ่มีคะแนนเฉลี่ย 31.67

คะแนน (SD=9.56) แสดงให้เห็นว่านักเรียนที่ใช้บุหรี่มีทัศนคติเชิงบวกหรือการยอมรับต่อการใช้บุหรืมากกว่านักเรียนที่ไม่ใช้บุหรื

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านเพื่อน และทัศนคติต่อการใช้บุหรื กับพฤติกรรมการใช้บุหรืของนักเรียน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า เพศ การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรื การได้รับการชักชวนให้สูบบุหรื และทัศนคติทางบวกต่อการใช้บุหรื มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บุหรืของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยนักเรียนเพศชายมีสัดส่วนการใช้บุหรืสูงกว่าเพศหญิง/อื่น ๆ นักเรียนที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรื เคยได้รับการชักชวนให้สูบบุหรื และมีทัศนคติทางบวกต่อการใช้บุหรืระดับสูง มีสัดส่วนการใช้บุหรืสูงกว่านักเรียนที่ไม่มีปัจจัยดังกล่าว ขณะที่การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรืและลักษณะครอบครัวไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บุหรืของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ตัวแปร	สูบบุหรื n (%)	ไม่สูบบุหรื n (%)	χ^2	p-value
เพศ			59.11	<0.001
ชาย (n = 370)	70 (18.9)	300 (81.1)		
หญิง/อื่น ๆ (n = 420)	10 (2.4)	410 (97.6)		
เพื่อนสนิทสูบบุหรื			12.45	<0.001
มี (n = 310)	46 (14.8)	264 (85.2)		
ไม่มี (n = 480)	34 (7.1)	446 (92.9)		
การได้รับการชักชวนให้สูบบุหรื			10.04	0.002
เคยได้รับการชักชวน (n = 160)	27 (16.9)	133 (83.1)		
ไม่เคยได้รับการชักชวน (n = 630)	53 (8.4)	577 (91.6)		
สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรื			0.04	0.845
มี (n = 210)	22 (10.5)	188 (89.5)		
ไม่มี (n = 580)	58 (10.0)	522 (90.0)		
ลักษณะครอบครัว			0.00	0.969
ครอบครัวเดี่ยว (n = 446)	45 (10.1)	401 (89.9)		
ครอบครัวอื่น ๆ (n = 344)	35 (10.2)	309 (89.8)		
ทัศนคติทางบวกต่อการใช้บุหรื			42.07	<0.001
สูง (>55 คะแนน) (n = 158)	38 (24.1)	120 (75.9)		
ต่ำ/ปานกลาง (≤ 55 คะแนน) (n = 632)	42 (6.6)	590 (93.4)		

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วย Pearson's chi-square test; เนื่องจากกลุ่มเพศอื่น ๆ มีจำนวนค่อนข้างน้อย จึงรวมไว้กับกลุ่มหญิงในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้านเพศ

5. อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านเพื่อนต่อพฤติกรรมการใช้บุหรืของนักเรียน

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศและคะแนนทัศนคติต่อการใช้บุหรื และปัจจัยด้านเพื่อน ได้แก่ การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรืและการได้รับการชักชวนให้สูบบุหรื มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บุหรืของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักเรียนเพศชายมีโอกาสใช้บุหรืสูงกว่าเพศหญิง/อื่น ๆ 8.74 เท่า (Adjusted OR=8.74, 95% CI: 4.45-17.19, $p < .001$) นักเรียนที่มีเพื่อนสนิท

สูบบุหรี่มีโอกาสใช้บุหรี่สูงกว่านักเรียนที่ไม่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ 2.11 เท่า (Adjusted OR = 2.11, 95% CI: 1.32-3.37, $p=.002$) และนักเรียนที่เคยได้รับการชักชวนให้สูบบุหรี่มีโอกาสใช้บุหรี่สูงกว่านักเรียนที่ไม่เคยได้รับการชักชวน 1.96 เท่า (Adjusted OR=1.96, 95% CI: 1.17-3.28, $p=.010$) นอกจากนี้ คะแนนทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน สัมพันธ์กับโอกาสในการใช้บุหรี่ที่เพิ่มขึ้น 1.07 เท่า (Adjusted OR=1.07, 95% CI: 1.05-1.10, $p<.001$) ขณะที่ปัจจัยด้านครอบครัวไม่พบว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านเพื่อนต่อพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ($n=790$)

ตัวแปร	β	SE	Adjusted OR	95% CI	p -value
ปัจจัยส่วนบุคคล					
เพศชาย	2.17	0.34	8.74	4.45 - 17.19	<.001
คะแนนทัศนคติต่อการใช้บุหรี่	0.07	0.01	1.07	1.05 - 1.10	<.001
ปัจจัยด้านครอบครัว					
มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่	0.03	0.27	1.03	0.61 - 1.74	.910
ครอบครัวเดี่ยว	0.01	0.26	1.01	0.60 - 1.69	.960
ปัจจัยด้านเพื่อน					
มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่	0.75	0.24	2.11	1.32 - 3.37	.002
เคยได้รับการชักชวนให้สูบบุหรี่	0.67	0.26	1.96	1.17 - 3.28	.010

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วย multiple logistic regression; Adjusted OR = adjusted odds ratio; CI = confidence interval; กลุ่มอ้างอิง ได้แก่ เพศหญิง/อื่น ๆ, ไม่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่, ครอบครัวอื่น ๆ, ไม่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ และไม่เคยได้รับการชักชวนให้สูบบุหรี่; คะแนนทัศนคติต่อการใช้บุหรี่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง โดยค่า OR แสดงการเปลี่ยนแปลงของโอกาสในการใช้บุหรี่เมื่อคะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้น 1 คะแนน

อภิปรายผล

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมการใช้บุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายระดับ โดยเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศและทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ และปัจจัยระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ อิทธิพลของเพื่อน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิด Socio-Ecological Model ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยหลายระดับ ทั้งระดับบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล องค์กร ชุมชน และนโยบายสาธารณะ (Bronfenbrenner, 1997; McLeroy et al., 1988)

ปัจจัยด้านเพื่อน ได้แก่ การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่และการได้รับการชักชวนให้สูบบุหรี่ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าเครือข่ายเพื่อนมีบทบาทสำคัญต่อการเริ่มทดลองและการคงอยู่ของพฤติกรรมการใช้บุหรี่ในวัยรุ่น โดยเฉพาะในช่วงวัยที่ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน และมีความไวต่อแรงกดดันทางสังคม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในต่างประเทศและบริบทวัยรุ่นไทยที่พบว่า การมีเพื่อนสูบบุหรี่ การอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ยอมรับการสูบบุหรี่ และการถูกชักชวนจากเพื่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ (Wang et al., 2018; Cheng et al., 2022; Tapera et al., 2020; Radzi et al., 2025) ทั้งนี้ ในบริบทของประเทศไทยที่พบแนวโน้มการใช้บุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการเข้าถึงผ่านกลุ่มเพื่อนและช่องทางออนไลน์ การจัดการอิทธิพลของเพื่อนจึงเป็นประเด็นสำคัญในการป้องกันการใช้บุหรี่ในโรงเรียน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2568; WHO, 2022)

ในระดับบุคคล ผลการศึกษพบว่า เพศชายมีโอกาสใช้บุหรี่สูงกว่าเพศหญิง/อื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนความแตกต่างของพฤติกรรมเสี่ยงตามเพศ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม การยอมรับ

พฤติกรรมสูบบุหรี่ในกลุ่มเพื่อนชาย และการรับรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ช่วยให้เข้าสังคมได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ คณะนักศึกษาคิดต่อการใช้บุหรี่ที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับโอกาสในการใช้บุหรี่ที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ Theory of Planned Behavior ที่อธิบายว่าทัศนคติเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับความตั้งใจและพฤติกรรมของบุคคล (Ajzen, 1991) วัยรุ่นที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้บุหรี่ เช่น มองว่าการสูบบุหรี่ช่วยคลายเครียด ทำให้เข้าสังคมได้ง่ายขึ้น หรือเป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน อาจมีแนวโน้มทดลองหรือใช้บุหรืมากกว่าวัยรุ่นที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการใช้บุหรี่

ในทางตรงกันข้าม ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่และลักษณะครอบครัว ไม่พบว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญในแบบจำลองพหุคูณ ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า เมื่อพิจารณาพร้อมกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านเพื่อนแล้ว อิทธิพลของครอบครัวในตัวอย่างการศึกษานี้อาจไม่เด่นชัดเท่ากับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนและทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ อย่างไรก็ตาม การไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญของปัจจัยด้านครอบครัวในการศึกษานี้ ไม่ควรตีความว่าครอบครัวไม่มีบทบาทต่อการป้องกันการใช้บุหรี่ เนื่องจากครอบครัวยังคงมีความสำคัญต่อการสื่อสารเชิงบวก การกำกับดูแล การสร้างบรรทัดฐานไม่สูบบุหรี่ และการสนับสนุนให้นักเรียนหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง

ในเชิงการนำผลไปใช้ ผลการศึกษานี้ สนับสนุนให้โรงเรียนและหน่วยงานด้านสุขภาพให้ความสำคัญกับมาตรการป้องกันการใช้บุหรี่ที่เน้นทั้งระดับบุคคลและระดับกลุ่มเพื่อน ได้แก่ การปรับทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ การเสริมทักษะการปฏิเสธ การจัดกิจกรรมกลุ่มที่สร้างบรรทัดฐานไม่สูบบุหรี่ และการพัฒนาแกนนำนักเรียนเพื่อลดแรงกดดันจากเพื่อน แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565–2570 ที่มุ่งลดความชุกของการบริโภคยาสูบ คุ้มครองประชาชนจากอันตรายของควันบุหรี่ สร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ และเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ รวมทั้งสอดคล้องกับหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน กลุ่มสาระสุขศึกษาและพลศึกษา ที่ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง และการใช้ยา/สารเสพติด

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ประการแรก การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บุหรี่ใช้แบบรายงานตนเองในลักษณะไม่ระบุตัวตนผ่าน Google Forms แม้ว่าวิธีดังกล่าวจะช่วยลดความกังวลของผู้ตอบและเอื้อต่อการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง แต่ข้อมูลที่ได้อาจได้รับผลกระทบจากอคติในการตอบแบบสอบถาม เช่น การตอบตามการยอมรับทางสังคม การปกปิดพฤติกรรมจริง หรือความคลาดเคลื่อนจากการรับรู้และการจดจำของผู้ตอบเอง ดังนั้น ผลการศึกษาควรตีความภายใต้ข้อจำกัดของการเก็บข้อมูลออนไลน์และข้อมูลจากการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้พยายามลดอคติในการตอบแบบสอบถามโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล และการไม่เก็บข้อมูลที่ระบุตัวตนของผู้ตอบ รวมทั้งให้นักเรียนตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยสมัครใจ การศึกษาครั้งต่อไปควรพิจารณาใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายรูปแบบ หรือการตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งอื่นเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บุหรี่ในวัยรุ่น

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษานี้พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดชลบุรีร้อยละ 10.1 รายงานว่ามีพฤติกรรมการใช้บุหรี่ในปัจจุบัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายและใช้บุหรี่ไฟฟ้า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศชายและคะแนน

ทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ และปัจจัยด้านเพื่อน ได้แก่ การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่และการได้รับการชักชวนให้สูบบุหรี่ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ปัจจัยด้านครอบครัวไม่พบว่ามีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาสะท้อนว่า การป้องกันการใช้บุหรี่ในวัยรุ่นควรมุ่งเน้นการจัดการอิทธิพลของเพื่อนควบคู่กับการปรับทัศนคติ การเสริมทักษะการปฏิเสธ และการสร้างบรรทัดฐานไม่สูบบุหรี่ในบริบทโรงเรียน ทั้งนี้ การตีความผลการศึกษาคควรคำนึงถึงข้อจำกัดของข้อมูลที่ได้จากการรายงานตนเองผ่านแบบสอบถามออนไลน์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านเพื่อนและทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ยังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของนักเรียน ควรนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. โรงเรียนควรพัฒนาแนวทางป้องกันการใช้บุหรี่ที่เน้นการจัดการอิทธิพลของเพื่อน เช่น การส่งเสริมแกนนำนักเรียน กิจกรรมกลุ่มสร้างค่านิยมไม่สูบบุหรี่ และการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมเชิงบวกในโรงเรียน
2. ควรส่งเสริมกิจกรรมปรับทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ โดยเน้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า การวิเคราะห์ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการสร้างความตระหนักต่อผลกระทบระยะยาวของการใช้บุหรี่
3. ควรบูรณาการการคัดกรองและให้คำปรึกษาเรื่องการสูบบุหรี่ในระบบสุขภาพโรงเรียน โดยเน้นกลุ่มเสี่ยง เช่น นักเรียนที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ นักเรียนที่เคยได้รับการชักชวนให้สูบบุหรี่ และนักเรียนที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้บุหรี่
4. ควรพัฒนาทักษะการปฏิเสธ การจัดการแรงกดดันจากเพื่อน และการจัดการอารมณ์ เพื่อช่วยให้นักเรียนสามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การทดลองหรือใช้บุหรี่

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลโดยใช้การวิจัยแบบระยะยาว เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยด้านเพื่อน ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของวัยรุ่น เนื่องจากการศึกษาแบบภาคตัดขวางไม่สามารถยืนยันความเป็นเหตุเป็นผลได้อย่างชัดเจน
2. ควรใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายรูปแบบ เช่น แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม หรือการตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งอื่นที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บุหรี่ในวัยรุ่น
3. ควรพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการใช้บุหรี่ในโรงเรียนที่มุ่งเน้นการจัดการอิทธิพลของเพื่อน การปรับทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ และการเสริมทักษะการปฏิเสธ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองในอนาคต

ผลประโยชน์ทับซ้อน : ไม่มี

References

- กรมควบคุมโรค. (2565). แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565–2570. กระทรวงสาธารณสุข. <https://www.ddc.moph.go.th/otpc/publish.php?publish=12508&deptcode=>
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2551). ตัวชี้วัดและสาระการเรียนรู้แกนกลาง กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2568). การสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- Bronfenbrenner, U. (1997). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Cheng, X., Guo, X., & Jin, C. (2022). Social determinants of smoking among school adolescents in Beijing, China. *Tobacco Induced Diseases*, 20, 73. <https://doi.org/10.18332/tid/152202>
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (6th ed.). John Wiley & Sons.
- Fulton, E., Gokal, K., Griffiths, S., & Wild, S. (2018). More than half of adolescent E-Cigarette users had never smoked a cigarette: Findings from a study of school children in the UK. *Public Health*, 161, 33–5. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.04.014>
- Itanyi, I. U., Onwasigwe, C. N., McIntosh, S., Bruno, T., Ossip, D., Nwobi, E. A., Onoka, C. A., & Ezeanolue, E. E. (2018). Disparities in tobacco use by adolescents in southeast, Nigeria using Global Youth Tobacco Survey (GYTS) approach. *BMC Public Health*, 18(1), 317. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5231-1>
- Kish, L. (1965). *Survey sampling*. John Wiley & Sons.
- Littlecott, H. J., Moore, G. F., Evans, R. E., Melendez-Torres, G. J., McCann, M., Reed, H., Mann, M., Dobbie, F., Jennings, S., Donaldson, C., & Hawkins, J. (2023). Perceptions of friendship, peers and influence on adolescent smoking according to tobacco control context: A systematic review and meta-ethnography of qualitative research. *BMC Public Health*, 23(1), 424. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14727-z>
- Luu, N. M., Bui, T. T., Phan, H. T., & Oh, J. K. (2025). Peer influence and use of electronic cigarettes among adolescents and young adults: A meta-analysis of prospective studies. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 26(6), 2215. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2025.26.6.2215>
- Lwanga, S. K., & Lemeshow, S. (1991). *Sample size determination in health studies: A practical manual*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/40062>
- Mallol, J., Urrutia-Pereira, M., Mallol-Simmonds, M. J., Calderón-Rodríguez, L., Osses-Vergara, F., & Matamala-Bezmalinovic, A. (2021). Prevalence and determinants of tobacco smoking among low-income urban adolescents. *Pediatric allergy, immunology, and pulmonology*, 34(2), 60–7. <https://doi.org/10.1089/ped.2021.0018>
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351–77. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
- Naing, L., Winn, T. B. N. R., & Rusli, B. N. (2006). Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. *Archives of Orofacial Sciences*, 1, 9-14.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489–97. <https://doi.org/10.1002/nur.20147>
- Radzi, N. A. M., & Yusof, Z. Y. M. (2025). Effectiveness of a dentist-based anti-smoking intervention among Malaysian adolescents: a randomized controlled field trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 26(1), 161. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2025.26.1.161>
- Seeherunwong, A., Tipayamongkhogul, M., Angsukiattitavorn, S., Muangsakul, W., Singkhon, O., Junda, S., et al. (2024). Association between socioecological factors and electronic cigarette use among Thai youth: an institution-based cross-sectional study. *BMJ Open*, 13(7), e069083. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069083>
- Steinberg, L. (2008). *A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking*. *Developmental Review: DR*, 28(1), 78–106. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>
- Tapera, R., Mbongwe, B., Mhaka-Mutepfa, M., Lord, A., Phaladze, N. A., & Zetola, N. M. (2020). The theory of planned behavior as a behavior change model for tobacco control strategies among adolescents in Botswana. *PloS one*, 15(6), e0233462. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233462>
- Wang, J. W., Cao, S. S., & Hu, R. Y. (2018). Smoking by family members and friends and electronic-cigarette use in adolescence: A systematic review and meta-analysis. *Tobacco Induced Diseases*, 16, 5. <https://doi.org/10.18332/tid/84864>
- World Health Organization. (2022). *Global Youth Tobacco Survey (GYTS): Thailand*. <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/973/study-description>
- World Health Organization. (2023a). *Global Youth Tobacco Survey (GYTS): Core questionnaire with optional questions*. <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/global-youth-tobacco-survey/questionnaire>
- World Health Organization. (2023b). *WHO report on the global tobacco epidemic 2023: Protect people from tobacco smoke*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164>
- World Health Organization. (2024). *Adolescent health*. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ PKR Model สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช

เกสรารวรรณ ประดับพจน์* อรพรรณ คงศรีชาย** กาญจนารณ์ ไกรนรา***

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยโรคเหล่านี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การศึกษาในประเทศไทยพบว่าอัตราการควบคุมโรคยังต่ำกว่ามาตรฐาน

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ PKR Model สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีดำเนินการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการ PAOR เพื่อพัฒนา PKR Model กลุ่มตัวอย่างจำนวน 92 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 46 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามรูปแบบ PKR Model ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การให้ความรู้ และการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐาน เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และวัดตัวชี้วัดสุขภาพวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย : พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับรูปแบบ PKR Model มีค่าตัวชี้วัดทางสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) โดยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเฉลี่ย 17.89 มก./ดล. ความดันโลหิตตัวบนลดลง 7.61 มม.ปรอท ความดันโลหิตตัวล่างลดลง 11.44 มม.ปรอท และเส้นรอบเอวลดลง 2.58 เซนติเมตร นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมยังมีความพึงพอใจต่อรูปแบบระดับสูง

สรุปผล : การใช้ PKR Model ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองและการควบคุมตัวชี้วัดสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบนี้เหมาะสมกับบริบทชุมชน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นหรือกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นได้

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ PKR Model กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

* โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช

** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

*** โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : อรพรรณ คงศรีชาย, E-mail: kukmungmee@gmail.com

Development of a Health Behavior Modification Model Using the PKR Model for At-Risk Groups of Diabetes and Hypertension in Phrom Khiri District, Nakhon Si Thammarat Province

Kessarawan Pradubpoth^{*} Oraphan Khongsrichay^{**} Kanjanaporn Krainara^{***}

Abstract

Background: Diabetes mellitus and hypertension are major global public health problems. These diseases adversely affect quality of life and may lead to severe complications. Studies conducted in Thailand have shown that disease control rates remain below established standards.

Objectives: To develop and evaluate the effectiveness of the PKR Model, a health behavior modification model for individuals at risk of diabetes and hypertension in Phrom Khiri District, Nakhon Si Thammarat Province.

Methods: This action research used the Planning–Action–Observation–Reflection (PAOR) process to develop the PKR Model. The sample comprised 92 participants, equally assigned to an experimental group and a control group, with 46 participants in each group. The experimental group received care based on the PKR Model, which included collaborative goal setting, knowledge provision, and continuous reinforcement, while the control group received standard care. Data were collected using questionnaires, in-depth interviews, and measurements of health indicators. The data were analyzed using paired-samples t-tests and independent-samples t-tests.

Results: Participants receiving the PKR Model demonstrated statistically significant improvements in health indicators ($p < 0.001$). Mean blood glucose levels decreased by 17.89 mg/dL, systolic blood pressure decreased by 7.61 mmHg, diastolic blood pressure decreased by 11.44 mmHg, and waist circumference decreased by 2.58 cm. Participants also reported a high level of satisfaction with the model.

Conclusion: The PKR Model was effective in promoting self-management and improving health indicators among individuals at risk of diabetes and hypertension. The model was appropriate for the community context and may be adapted for implementation in other settings or among populations at risk of other chronic diseases.

Keywords: Health behavior modification, PKR Model, diabetes, hypertension risk groups

^{*} Phrom Khiri Hospital, Nakhon Si Thammarat

^{**} Nakhon Si Thammarat Provincial Health Office

^{***} Thung Yai Hospital, Nakhon Si Thammarat

Corresponding Author: Oraphan Khongsrichay, E-mail: kukmungmeee@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ก่อให้เกิดภาวะโรคสูงและเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2567 มีผู้ใหญ่อายุระหว่าง 20–79 ปีป่วยเป็นเบาหวาน จำนวน 589 ล้านคน คาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มเป็น 853 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593 ขณะที่ประชากร 1.4 พันล้านคนเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีเพียงประมาณหนึ่งในห้าที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (International Diabetes Federation [IDF], 2025; World Health Organization [WHO], 2025) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าการป้องกันและควบคุมโรคตั้งแต่ระยะกลุ่มเสี่ยงยังเป็นความท้าทายสำคัญของระบบสุขภาพในปัจจุบัน

ข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายแห่งชาติพบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 20 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.5 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 10.1 ในปี พ.ศ. 2563 โดยผู้เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 62.8 ทราบว่าตนเองเป็นโรค ร้อยละ 42.9 ได้รับการรักษา และมีเพียงร้อยละ 20.5 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Aekplakorn et al., 2025) ส่วนโรคความดันโลหิตสูงมีความชุกร้อยละ 25.7 ในปี พ.ศ. 2562–2563 ในจำนวนนี้ร้อยละ 51.5 ทราบว่าตนเองเป็นโรค ร้อยละ 47.9 ได้รับการรักษา และร้อยละ 22.7 ควบคุมความดันโลหิตได้ (Aekplakorn et al., 2024) ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นช่องว่างสำคัญทั้งด้านการรับรู้ การเข้าถึงการรักษา และการควบคุมโรค

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนลงพุง ความเครียด รวมถึงข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (Aekplakorn et al., 2024, 2025; Kalandarova et al., 2024; Montoya Castillo et al., 2025) ปัจจัยเหล่านี้หากไม่ได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง จะนำไปสู่การเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนระยะยาว โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคไตเรื้อรัง ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย (Cha'on et al., 2022)

ข้อมูล Health Data Center อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช มีกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปี พ.ศ. 2565–2567 ร้อยละ 30.95, 29.58 และ 30.19 ส่วนกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.60, 20.38 และ 21.99 ในปี พ.ศ. 2567 ตำบลพรหมโลกมีสัดส่วนกลุ่มเสี่ยงสูงสุดในอำเภอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 29.30 และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.33 ซึ่งสะท้อนว่าต้องมีการพัฒนารูปแบบป้องกันโรคให้เหมาะสมกับพื้นที่และพัฒนางานให้เกิดความยั่งยืนในระบบปฐมภูมิ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2568)

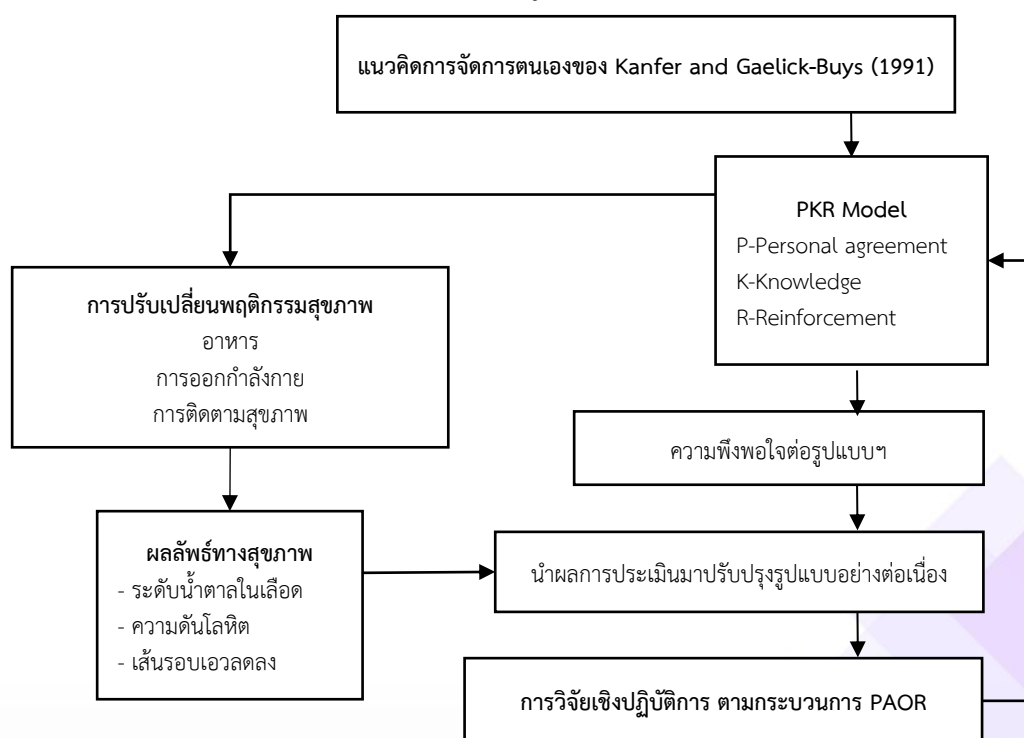
การศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา หรือการปรับพฤติกรรมเฉพาะด้านในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว (นิทัศน์ ชินบุตร, 2566; วารีย์ นงนุช, 2564; Boochoa & Ploylearmsang, 2023; Pitchalard et al., 2022) ขณะที่รูปแบบสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่บูรณาการการกำหนดเป้าหมาย ความรู้และทักษะการจัดการตนเอง ตลอดจนการสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และชุมชนยังมีจำกัด (มะลิ ไพฑูรย์เนรมิต และคณะ, 2564) โดยเฉพาะรูปแบบที่พัฒนาด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดังนั้น การวิจัยนี้จึงพัฒนา PKR Model โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Kemmis & McTaggart, 1988) เพื่อประเมินผลต่อพฤติกรรม ตัวชี้วัดสุขภาพ และการยอมรับรูปแบบ สำหรับประยุกต์ใช้ในบริการปฐมภูมิและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบ PKR Model ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่อำเภอรพท. จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบ PKR Model ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในพื้นที่อำเภอรพท. จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ต่อการใช้รูปแบบ PKR Model ในการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยพัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart (1988) โดยใช้วงจร Planning–Action–Observation–Reflection (PAOR) เพื่อพัฒนารูปแบบให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของชุมชนเป็น PKR Model ที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินปัญหา กำหนดเป้าหมาย และจัดทำข้อตกลงสุขภาพรายบุคคล (Personal agreement) 2) การพัฒนาความรู้และทักษะด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการติดตามสุขภาพตนเอง (Knowledge) และ 3) การติดตาม ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลย้อนกลับ และการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง (Reinforcement) จากบุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครอบครัว และชุมชน ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการติดตามสุขภาพ นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวลดลง รวมทั้งความพึงพอใจต่อรูปแบบเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ผลการประเมินจะถูกนำกลับมาปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการ PAOR แสดงถึงความเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดการจัดการตนเอง กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และองค์ประกอบของ PKR Model ที่ทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการ PAOR ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนา ทดลองใช้ ประเมิน และปรับปรุง PKR Model อย่างเป็นระบบ รูปแบบประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย สุขภาพร่วมกัน การพัฒนาความรู้และทักษะการจัดการตนเอง และการติดตามเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง โดยประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด รวมถึงระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันคอเลสเตอรอล ความดันโลหิต และเส้นรอบเอว ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึงมกราคม พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1: วางแผน (Planning)

ผู้ให้ข้อมูลเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในอำเภอรพท. จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 35 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากฐานข้อมูล Health Data Center ปี พ.ศ. 2567 ตามเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ 1) อายุ 30–59 ปี 2) ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ 4) ไม่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือข้อจำกัดด้านร่างกายและการสื่อสารที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และ 5) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างการเก็บข้อมูล 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามกำหนด และ 3) ขอลถอนตัวจากการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การวัดตัวชี้วัดสุขภาพ และการสัมภาษณ์เชิงลึกนำมาใช้วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบ PKR Model

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ (Action)

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพและ อสม. จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามบทบาทและประสบการณ์ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน นักโภชนาการ 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ 1) ปฏิบัติงานหรือมีบทบาทในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี 2) สามารถเข้าร่วมการวิเคราะห์สถานการณ์และออกแบบกิจกรรมได้ และ 3) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการพัฒนารูปแบบได้ครบถ้วนหรือขอลถอนตัวจากการวิจัย ผู้เข้าร่วมในระยะนี้ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลจากระยะวางแผน กำหนดองค์ประกอบและกิจกรรมของ PKR Model และปรับปรุงแบบให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนก่อนนำไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 ประเมินผล (Observation)

ผู้วิจัยนำ PKR Model ซึ่งเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระหว่างการวางแผนและระยะปฏิบัติการ จากการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ การสัมภาษณ์เชิงลึก การทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดการจัดการตนเอง ตลอดจนการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนกลุ่มเสี่ยง มาทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล รูปแบบประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาและกำหนดเป้าหมายสุขภาพร่วมกัน 2) การพัฒนาความรู้และทักษะการจัดการตนเอง และ 3) การติดตาม ให้ข้อมูลย้อนกลับ และเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง การประเมินใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest–posttest quasi-experimental design) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน

92 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 46 คน โดย ตัวแปรต้น คือ การได้รับกิจกรรมตาม PKR Model เป็นระยะเวลา 20 สัปดาห์ ในส่วนตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดฝอยขณะอดอาหาร ความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่าง และเส้นรอบเอว กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตาม PKR Model ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานของหน่วยบริการ โดยประเมินตัวแปรตามของทั้งสองกลุ่มก่อนเริ่มการทดลองและหลังสิ้นสุดกิจกรรมครบ 20 สัปดาห์ ทั้งสองกลุ่มมาจากคนละหมู่บ้านและดำเนินกิจกรรมแยกสถานที่และช่วงเวลา เพื่อลดโอกาสการปนเปื้อนของกิจกรรมระหว่างกลุ่ม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในระยะประเมินประสิทธิผล คือ ประชาชน อายุระหว่าง 30–59 ปี ในตำบลพรหมโลก อำเภอพรมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 398 คน ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 กำหนดรูปแบบการทดสอบ t tests: Difference between two independent means (two groups) แบบสองทาง กำหนดระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ .95 และอัตราส่วนกลุ่ม 1:1 (Faul et al., 2009) โดยอ้างอิงผลการศึกษาของอนันต์ กมลน้อย (2568) ซึ่งคำนวณได้ Cohen's d = 1.62 อย่างไรก็ตาม เพื่อหลีกเลี่ยงการประมาณขนาดอิทธิพลสูงเกินจริง ผู้วิจัยกำหนดค่าเท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 42 คน และเพิ่มเป็นกลุ่มละ 46 คนเพื่อรองรับการสูญหาย รวมทั้งหมด จำนวน 92 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเริ่มจากการเลือกตำบลพรหมโลกแบบเฉพาะเจาะจง เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมาก จากนั้นสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลากเลือก 2 หมู่บ้านจากทั้งหมด 8 หมู่บ้าน ได้หมู่ที่ 5 และหมู่ที่ 8 และให้บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยจับฉลากกำหนดหมู่บ้านเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อลดความลำเอียงในการจัดสรรและการปนเปื้อนของกิจกรรมระหว่างกลุ่ม ต่อมาจัดทำบัญชีรายชื่อผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า และสุ่มแบบไม่คืนที่หมู่บ้านละ 46 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตาม PKR Model เป็นเวลาระยะ 20 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานของหน่วยบริการ โดยดำเนินกิจกรรมแยกพื้นที่และช่วงเวลา และไม่ใช้คู่มือหรือสื่อของ PKR Model ในกลุ่มควบคุมตลอดระยะการศึกษา

โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ได้รับการคัดกรองในกลุ่มอายุระหว่าง 30-59 ปีพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 2 โรค 2) ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น และการพูด มีสติสัมปชัญญะดี อ่านออก เขียนได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมที่กำหนดได้อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 20 สัปดาห์ ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือหัวใจวาย 2) กำลังตั้งครรภ์ 3) มีโรคร่วมที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมที่ไม่สามารถออกกำลังกายได้ เช่น ปวดข้อเข่า โรคข้ออักเสบ โรคเข่าเสื่อม และ 4) ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 4 (Reflection)

ประชากรที่ใช้ในการสะท้อนผล จำนวน 46 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรมในระยะที่ 3 ครบตลอดระยะเวลา 20 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา รายได้ และ ค่า BMI 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 12 ข้อ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 2 ข้อ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน

2 ประเด็น ได้แก่ รูปแบบการออกกำลังกายและระยะเวลาในการออกกำลังกาย โดยข้อคำถามด้านพฤติกรรม การรับประทานอาหารใช้มาตรประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติ 5-6 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 2-4 วันต่อสัปดาห์ และปฏิบัติไม่เกิน 1 วันต่อสัปดาห์หรือไม่เคยปฏิบัติ ส่วนข้อคำถามด้านพฤติกรรมเสี่ยงและการออกกำลังกายเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความตามพฤติกรรมที่ปฏิบัติจริง 3) แบบสอบถามความพึงพอใจ เพื่อประเมินความพึงพอใจของกลุ่มทดลองในการเข้าร่วมรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 10 ข้อ โดยใช้มาตรวัดแบบลิเกิร์ตสเกล 5 ระดับ (1 = พึงพอใจน้อยที่สุด, 5 = พึงพอใจมากที่สุด) และ 4) เครื่องมือประเมินตัวชี้วัดสุขภาพ ได้แก่ เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความดันโลหิต และ สายวัดเส้นรอบเอว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้คำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview protocol) เพื่อสำรวจพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง คำถามครอบคลุม 4 ด้านหลัก ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการเข้าถึงบริการสุขภาพ การสัมภาษณ์ดำเนินการโดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ให้ข้อมูลที่คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีการบันทึกการสัมภาษณ์และบันทึกภาคสนามเพื่อเก็บข้อมูลอย่างครบถ้วน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือการดูแลตนเอง ซึ่งพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบบประเมินความพึงพอใจ แนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และคู่มือการดำเนินกิจกรรมตาม PKR Model เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และความเหมาะสมของ ภาษา โดยประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผลการประเมินพบว่าเครื่องมือมีค่า IOC โดยรวมเท่ากับ 0.90 หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามและคู่มือกิจกรรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

นำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพไปทดลองใช้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและไม่ได้อยู่ในพื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อประเมินความชัดเจนของข้อคำถาม ความเข้าใจ และระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม จากนั้นวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 แบบประเมินความพึงพอใจต่อ PKR Model จำนวน 6 ข้อ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและทดลองใช้ร่วมกับเครื่องมือชุดอื่น อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความพึงพอใจแยกเป็นรายส่วน จึงไม่รายงานค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือดังกล่าว

แนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยทดลองสัมภาษณ์กับบุคคลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 8 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษา ลำดับคำถาม ตลอดจนความสามารถของคำถามในการกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์ได้อย่างครอบคลุม และปรับปรุงแนวคำถามก่อนนำไปใช้จริง

เครื่องมือวัดผลลัพธ์ ได้แก่ เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและเครื่องวัดความดันโลหิต ได้รับการตรวจสอบสภาพ ความพร้อม และความถูกต้องก่อนนำไปใช้ ส่วนสายวัดเส้นรอบเอวได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์และเทียบความถูกต้องกับมาตรวัดมาตรฐาน ทั้งนี้ ผู้เก็บข้อมูลได้รับการฝึกปฏิบัติและกำหนดวิธีการวัดให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนระหว่างผู้วัดและระหว่างช่วงเวลาการเก็บข้อมูล

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสโครงการเลขที่ NSTPH 160/2568 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินงานตามกระบวนการ PAOR 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) เพื่อศึกษาสถานการณ์ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ และประเมินตัวชี้วัดสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอว นอกจากนี้ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคลกับกลุ่มเสี่ยงจำนวน 15 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview protocol) ดำเนินการสัมภาษณ์ที่บ้านของกลุ่มเสี่ยง ในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ใช้เวลาประมาณ 30–45 นาทีต่อคน ครอบคลุมพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การติดตามสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุน อุปสรรค และความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงและบันทึกภาคสนาม ก่อนถอดความแบบคำต่อคำและวิเคราะห์เนื้อหา นำผลที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการออกแบบและพัฒนา PKR Model ให้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ และบริบทของพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการ (Action)

ผู้วิจัยร่วมกับทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลพรหมคีรี อสม. และตัวแทนกลุ่มเสี่ยง จัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อร่วมกันออกแบบกิจกรรมตาม PKR Model ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ระยะเวลา เก็บข้อมูลผ่านวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อสะท้อนความคิดเห็น ความเหมาะสม อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน

PKR Model ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) P–Personal Agreement ในส่วนของข้อตกลงส่วนบุคคล ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพพร้อมกับผู้เข้าร่วมประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดเป้าหมายสุขภาพรายบุคคล และจัดทำข้อตกลงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต การลดอาหารหวาน มัน เค็ม และการเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ เพื่อส่งเสริมแรงจูงใจและความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง 2) K–Knowledge ในส่วนความรู้ การจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ การให้คำปรึกษารายบุคคล และสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ และ 3) R–Reinforcement การเสริมแรง การติดตาม การให้ข้อมูลย้อนกลับ และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ อสม. และครอบครัว ผ่านการเยี่ยมบ้าน การติดตามพฤติกรรม กิจกรรมกลุ่ม และการเสริมแรงทางบวก เพื่อสนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามแนวทาง PKR Model ใช้ระยะเวลา 20 สัปดาห์ เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวก่อนและหลังการทดลอง แล้วนำผลมาปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

ผู้วิจัยประเมินประสิทธิผลของ PKR Model ด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest–posttest quasi-experimental design) กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตาม PKR Model เป็นเวลา 20 สัปดาห์ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายและข้อตกลงสุขภาพ การพัฒนาความรู้และทักษะ

การจัดการตนเอง และการติดตามเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานของหน่วยบริการ โดยไม่ได้รับกิจกรรม คู่มือ หรือการติดตามตาม PKR Model ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวก่อนและหลังการทดลองด้วยวิธีและเครื่องมือมาตรฐานเดียวกัน พร้อมแยกพื้นที่และช่วงเวลาดำเนินกิจกรรมเพื่อลดการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

ผู้วิจัย ทีมสหวิชาชีพ และอสม.ร่วมกันประเมินผลการดำเนินงานหลังสิ้นสุดกิจกรรม โดยพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดทางสุขภาพควบคู่กับข้อมูลจากการประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ เพื่อนำเสนอประสบการณ์ ข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยสนับสนุนที่พบระหว่างการดำเนินงาน ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อระบุจุดแข็งและประเด็นที่ต้องปรับปรุง และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ PKR Model ให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นสำหรับการประยุกต์ใช้ในรอบถัดไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจต่อโปรแกรม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดกลุ่มข้อมูล สร้างหมวดหมู่ และระบุประเด็นสำคัญเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ปัจจัยสนับสนุน และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบ PKR Model
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบ PKR Model 20 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.00 เพศชาย ร้อยละ 37.00 มีอายุเฉลี่ย 50.43 (SD=6.33) ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.00 รองลงมาหม้าย ร้อยละ 32.60 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ การศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. มากที่สุด ร้อยละ 30.40 รองลงมา ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 28.30 อาชีพทำสวน ร้อยละ 43.50 รายได้เฉลี่ย 13,186.96 (SD=5,966.34) บาท รายได้ต่ำสุด 4,000 บาท และรายได้สูงสุด 25,000 บาท ค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อ้วนระดับ 1 (Body Mass Index เท่ากับ 25.00) ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Planning) ทำการวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม

ผลการสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ราย พบประเด็นสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่คุ้นชินกับการบริโภคอาหารรสหวาน มัน และเค็ม จึงเห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคทำได้ยาก 2) ความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงทางสุขภาพยังไม่เพียงพอ บางส่วนยังขาดความรู้ในการเลือกอาหารที่เหมาะสมและเข้าใจว่าตนเองยังไม่มีอาการ จึงไม่จำเป็นต้องปรับพฤติกรรมอย่างเร่งด่วน 3) การออกกำลังกายยังไม่สม่ำเสมอ แม้ตระหนักถึงประโยชน์แต่ขาดเป้าหมายและแรงจูงใจที่ชัดเจน 4) ผู้ให้ข้อมูลมีความเครียดจากชีวิตประจำวันแต่ยังขาดทักษะการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพและการควบคุมพฤติกรรมบริโภค และ 5) การติดตามสุขภาพและระบบสนับสนุนยังไม่ต่อเนื่อง โดยบางส่วนไม่เข้ารับการตรวจติดตามตามกำหนด และขาดการกระตุ้นเตือนหรือสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน

โดยสรุป กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีข้อจำกัดจากพฤติกรรมที่เคยชิน การรับรู้ความเสี่ยงที่ไม่ชัดเจน การขาดทักษะการจัดการตนเอง และการสนับสนุนที่ไม่ต่อเนื่อง จากผลดังกล่าวจึงนำมาเป็นกำหนดองค์ประกอบของ PKR Model ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายและข้อตกลงสุขภาพรายบุคคล การพัฒนาความรู้และทักษะที่นำไปใช้ได้จริง และการติดตามเสริมแรงอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพ อสม. ครอบครัว และชุมชน

ตารางที่ 1 ข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (n=46)

รายการพฤติกรรม	ทุกวัน n (%)	5-6 วัน/ สัปดาห์ n (%)	2-4 วัน/ สัปดาห์ n (%)	≤ 1 วัน/ สัปดาห์ n (%)	Mean	SD	แปลผล
รับประทานผัก/ผลไม้หลากหลาย	35 (76.10%)	10 (21.70%)	1 (2.20%)	0 (0.00%)	3.74	0.49	ดีมาก
รับประทานผัก/ผลไม้ครั้งจวน	28 (60.90%)	16 (34.80%)	2 (4.30%)	0 (0.00%)	3.57	0.58	ดีมาก
รับประทานผลไม้รสหวาน	11 (23.90%)	8 (17.40%)	6 (13.00%)	21 (45.70%)	2.80	1.26	เสี่ยงปานกลาง
ดื่มเครื่องดื่มมีน้ำตาล	21 (45.70%)	18 (39.10%)	6 (13.00%)	1 (2.20%)	1.72	0.78	เสี่ยงสูง
รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ	13 (28.30%)	5 (10.90%)	15 (32.60%)	13 (28.30%)	2.61	1.18	เสี่ยงปานกลาง
รับประทานเนื้อสัตว์ไขมันสูง	10 (21.70%)	8 (17.40%)	12 (26.10%)	16 (34.80%)	2.74	1.16	เสี่ยงปานกลาง
รับประทานอาหารทอด	12 (26.10%)	6 (13.00%)	6 (13.00%)	22 (47.80%)	2.83	1.29	เสี่ยงปานกลาง
รับประทานอาหารกึ่งสำเร็จรูป	9 (19.60%)	11 (23.90%)	8 (17.40%)	18 (39.10%)	2.76	1.18	เสี่ยงปานกลาง
รับประทานขนมกรุบกรอบ	0 (0.00%)	3 (6.50%)	7 (15.20%)	36 (78.10%)	3.72	0.58	เสี่ยงต่ำ
รับประทานขนมหวาน	0 (0.00%)	5 (10.90%)	11 (23.90%)	30 (65.20%)	3.54	0.69	เสี่ยงต่ำ
เติมน้ำตาลเพิ่ม	12 (26.10%)	6 (13.00%)	8 (17.40%)	20 (43.50%)	2.78	1.26	เสี่ยงปานกลาง
เติมน้ำเค็มเพิ่ม	20 (43.50%)	17 (37.00%)	6 (13.00%)	3 (6.50%)	1.83	0.90	เสี่ยงสูง

หมายเหตุ: ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ การรับประทานผักและผลไม้หลากหลาย และการรับประทานผักและผลไม้อย่างน้อยครั้งจวน ให้คะแนน 4–1 คะแนน โดยคะแนนสูงสะท้อนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่วนข้อคำถามเชิงลบเกี่ยวกับการบริโภคน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมใช้การกลับคะแนน ได้แก่ ทุกวัน = 1 คะแนน, 5–6 วัน/สัปดาห์ = 2 คะแนน, 2–4 วัน/สัปดาห์ = 3 คะแนน และไม่เกิน 1 วัน/สัปดาห์หรือไม่เคย = 4 คะแนน ดังนั้น คะแนนเฉลี่ยสูงจึงหมายถึงมีความเสี่ยงต่ำ

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรับประทานผักและผลไม้หลากหลายและอย่างน้อยครั้งจวนอยู่ในระดับดีมาก (M=3.74 และ 3.57) ขณะที่การรับประทานขนมกรุบกรอบและขนมหวานมีความเสี่ยงต่ำ (M=3.72 และ 3.54) ส่วนการรับประทานผลไม้รสหวาน อาหารกะทิ เนื้อสัตว์ไขมันสูง อาหารทอด อาหารกึ่งสำเร็จรูป และการเติมน้ำตาลมีความเสี่ยงปานกลาง สำหรับการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลและการเติมน้ำเค็มมีความเสี่ยงสูง (M=1.72 และ 1.83) จึงควรเป็นพฤติกรรมเป้าหมายในการปรับเปลี่ยน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)

ผู้วิจัยพัฒนา PKR Model จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 15 เรื่อง ร่วมกับข้อมูลการสนทนากลุ่มของตัวแทนกลุ่มเสี่ยง ทีมสหวิชาชีพ และ อสม. วิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพพบ 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) การกำหนดเป้าหมายสุขภาพรายบุคคลที่ชัดเจน ช่วยให้เข้าใจปัญหาและแนวทางปฏิบัติของตนเอง ดังคำกล่าวว่า “ถ้ามีเจ้าหน้าที่ช่วยบอกให้ชัดว่าเราควรลดอะไรและควรทำให้ได้แค่ไหน ก็จะทำได้ง่ายกว่าการบอกกว้างๆ ว่าให้ดูแลสุขภาพ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3) 2) ความรู้ต้องเข้าใจง่ายและนำไปใช้ได้จริง โดยเฉพาะด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ดังคำกล่าวว่า “อยากได้ความรู้แบบที่เอาไปใช้ได้จริง เช่น ควรกินอะไร ลดอะไร และควรออกกำลังกายวันละกี่นาที ไม่ใช่ฟังแล้วกลับไปทำไม่ถูก” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8) และ 3) การติดตามและเสริมแรงจาก อสม. ทีมสุขภาพ และครอบครัว ช่วยให้คงพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวว่า “เวลามี อสม. หรือคนในครอบครัวคอยถาม คอยเตือน และให้

กำลังใจ ก็ทำได้ แต่ถ้าไม่มีใครติดตามบางครั้งก็กลับไปกินและใช้ชีวิตเหมือนเดิม” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12) ข้อค้นพบดังกล่าวนำไปพัฒนาเป็น PKR Model ซึ่งประกอบด้วย Personal Agreement, Knowledge และ Reinforcement ก่อนปรับให้เหมาะสมกับบริบทชุมชนและนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 3 สังเกตการณ์ (Observation)

นำรูปแบบ PKR Model ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอำเภอรพท. โดยใช้การ ศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังจัดโปรแกรม (Two-groups pre-posttest designs)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองครบ 20 สัปดาห์

ผลลัพธ์	ก่อนการทดลอง (n=46)	หลังการทดลอง (n=46)	Mean different	95% CI		t	P-value
	M(SD)	M(SD)		Lower	Upper		
น้ำตาลในเลือด (BS)	116.15 (5.99)	98.26 (8.35)	17.89	15.35	20.43	14.18	< .001
ความดันโลหิตค่าบน (SBP)	133.57 (4.82)	125.96 (7.09)	7.61	5.75	9.47	8.25	< .001
ความดันโลหิตค่าล่าง (DBP)	84.85 (3.06)	73.41 (7.41)	11.44	9.34	13.53	10.99	< .001
เส้นรอบเอว (WC)	89.78 (8.68)	87.20 (8.10)	2.59	2.23	2.94	14.58	< .001

* ($p < .05$)

จากตารางที่ 2 ภายหลังจากทดลองครบ 20 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเฉลี่ย 17.89 มก./ดล. (95% CI: 15.35–20.43, $p < .001$) ความดันโลหิตตัวบนลดลงเฉลี่ย 7.61 มม.ปรอท (95% CI: 5.75–9.47, $p < .001$) และความดันโลหิตตัวล่างลดลงเฉลี่ย 11.44 มม.ปรอท (95% CI: 9.34–13.53, $p < .001$) นอกจากนี้ เส้นรอบเอวลดลงเฉลี่ย 2.59 เซนติเมตร (95% CI: 2.23–2.94, $p < .001$) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ PKR Model สามารถช่วยปรับปรุงตัวชี้วัดภาวะสุขภาพทางคลินิกในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองครบ 20 สัปดาห์

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n=46)	กลุ่มควบคุม (n=46)	Mean different	95% CI		t	P-value
	M(SD)	M(SD)		Lower	Upper		
น้ำตาลในเลือด (BS)	98.26 (8.35)	140.52 (41.59)	-42.26	-54.83	-29.69	-6.76	< .001
ความดันโลหิตตัวบน (SBP)	125.96 (7.09)	149.57 (8.93)	-23.61	-26.95	-20.27	-14.05	< .001
ความดันโลหิตตัวล่าง (DBP)	73.41 (7.41)	80.91 (6.34)	-7.50	-10.36	-4.64	-5.21	< .001
เส้นรอบเอว (WC)	87.20 (8.10)	90.30 (7.00)	-3.11	-6.24	0.03	-1.97	.052

* ($p < .05$)

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบภายหลังการทดลองครบ 20 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่างต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกันเฉลี่ย -42.26 มก./ดล. (95%

CI: -54.83 ถึง -29.69, $p < .001$) ความดันโลหิตตัวบนแตกต่างกันเฉลี่ย -23.61 มม.ปรอท (95% CI: -26.95 ถึง -20.27, $p < .001$) และความดันโลหิตตัวล่างแตกต่างกันเฉลี่ย -7.50 มม.ปรอท (95% CI: -10.36 ถึง -4.64, $p < .001$) ขณะที่ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = -3.11 ซม., 95% CI: -6.24 ถึง 0.03, $p = .052$) แสดงให้เห็นว่า PKR Model มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ผลต่อเส้นรอบเอวยังไม่เด่นชัดในช่วงเวลาการติดตามนี้

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

หลังสิ้นสุดกิจกรรม ผู้วิจัยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ อสม. และผู้เข้าร่วมโครงการสะท้อนผลด้านการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ การจัดการตนเอง ความเหมาะสมของกิจกรรม ปัญหาอุปสรรค และการยอมรับรูปแบบพบว่า หลังเข้าร่วม PKR Model เป็นเวลา 20 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวลดลงจากก่อนการทดลอง สะท้อนว่าองค์ประกอบ Personal Agreement, Knowledge และ Reinforcement มีส่วนสนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมตระหนักถึงความเสี่ยง การลงมือปรับเปลี่ยน และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผลดังกล่าวสอดคล้องในเชิงอธิบายกับแนวคิด Transtheoretical Model ซึ่งมองว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นเป็นลำดับ โดย Personal Agreement ช่วยส่งเสริมความตระหนัก และการเตรียมพร้อม Knowledge ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะในการปฏิบัติ และ Reinforcement ช่วยสนับสนุนการคงพฤติกรรม นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมจำนวน 46 คนมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับสูง ($M = 4.28$, $SD = 0.69$) แสดงว่ารูปแบบมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตาม TTM โดยตรง การเชื่อมโยงดังกล่าวจึงใช้เพื่ออธิบายกลไกของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และควรมีการประเมินระยะความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มเติมในการศึกษาครั้งต่อไป

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ PKR Model สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในบริบทชุมชนอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ระยะ ตามแนวทาง PAOR ผลการวิจัยครอบคลุม 3 ประเด็นหลักตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ได้แก่ กระบวนการพัฒนารูปแบบ PKR Model ประสิทธิผลของรูปแบบต่อตัวชี้วัดสุขภาพและความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ระยะวางแผนพบว่าปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงมิใช่เกิดจากการขาดความรู้เพียงประการเดียว แต่เป็นผลจากปัจจัยหลายด้านที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ 1) ความเคยชินในการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม 2) การขาดเป้าหมายและแรงจูงใจในการออกกำลังกาย 3) การขาดทักษะจัดการความเครียด และ 4) การติดตามสุขภาพที่ไม่ต่อเนื่อง จากข้อค้นพบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์การสัมภาษณ์เชิงลึก และกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ อสม. และตัวแทนกลุ่มเสี่ยง มาพัฒนาเป็น PKR Model ซึ่งประกอบด้วย P (Personal Agreement) ช่วยกำหนดเป้าหมายเฉพาะบุคคล K (Knowledge) เพิ่มความรู้และทักษะที่นำไปใช้ได้จริง และ R (Reinforcement) สนับสนุนการติดตามและเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง ความสำเร็จของรูปแบบอยู่ที่ความสอดคล้องกับปัญหาจริงในพื้นที่และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับ Boocha and Ploylearmsang (2023) ที่พบว่าการพัฒนาระบบดูแลผ่านเครือข่ายชุมชนเพิ่มความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ และ Chowdhury et al. (2024) ที่ชี้ว่าการพัฒนาความรู้และทักษะการจัดการตนเองช่วยปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางเมตาบอลิก

ภายหลังดำเนินกิจกรรมตาม PKR Model เป็นเวลา 20 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและความดันโลหิตลดลงทั้งเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่าการทำางานร่วมกันขององค์ประกอบทั้งสามของรูปแบบ โดยการกำหนดเป้าหมายสุขภาพรายบุคคลช่วยให้ผู้เข้าร่วมเห็นแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน การฝึกทักษะด้านการเลือกอาหาร การออกกำลังกาย และการติดตามสุขภาพตนเองช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเอง ขณะที่การเยี่ยมบ้าน การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ อสม. และครอบครัวช่วยให้ผู้เข้าร่วมปฏิบัติตามเป้าหมายได้ต่อเนื่อง ผลด้านความดันโลหิตสอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห้ถึมานของ Azami-Aghdash et al. (2025) ซึ่งพบว่ามาตรการระดับชุมชนที่ผสมผสานการให้ความรู้ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการติดตามโดยบุคลากรสุขภาพสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ ส่วนผลด้านระดับน้ำตาลในเลือดสอดคล้องกับหลักฐานที่แสดงว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างมีโครงสร้างและต่อเนื่องช่วยปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Chowdhury et al., 2024; Chrvala et al., 2016) แม้กลุ่มทดลองมีเส้นรอบเอวลดลงจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ซึ่งไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($p = .052$) อาจเนื่องจากระยะเวลา 20 สัปดาห์ยังไม่เพียงพอ และเส้นรอบเอวได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย เช่น พลังงานที่ได้รับ ความหนักของการออกกำลังกาย และความต่อเนื่องของพฤติกรรม จึงสรุปได้เพียงว่า PKR Model มีแนวโน้มช่วยลดเส้นรอบเอว แต่ยังไม่สามารถสรุปประสิทธิผลดีกว่ากลุ่มควบคุมได้สอดคล้องกับ Pitchalard et al. (2022) ที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพอาจยังไม่ชัดเจนในการติดตามระยะสั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มความเข้มข้นของกิจกรรมและระยะเวลาติดตามผล

เมื่อประเมินความพึงพอใจต่อ PKR Model ในระดับสูง แสดงถึงความเหมาะสม ความเข้าใจง่าย และการนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะการกำหนดเป้าหมายเฉพาะบุคคล การฝึกปฏิบัติ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ อสม. และครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอุปสรรคและเสริมสร้างความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับมะลิ ไพฑูรย์เนรมิต และคณะ (2564) และ Pitchalard et al. (2022) ที่ชี้ให้เห็นถึงบทบาทการสนับสนุนจากชุมชนที่ส่งผลต่อการยอมรับรูปแบบ

โดยสรุป PKR Model มีความเหมาะสมกับบริบทชุมชน และมีแนวโน้มช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองรวมทั้งลดระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ใช้เพียงหนึ่งหมู่บ้านต่อกลุ่มและติดตามผล 20 สัปดาห์ ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนชุมชนและหน่วยสุ่ม คำนึงถึงการรวมกลุ่มระดับหมู่บ้าน และติดตามผลระยะยาว

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

PKR Model เป็นรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองที่มีประสิทธิผล สามารถประยุกต์ใช้ในบริบทชุมชนเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายชุมชนและการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพ ความสำเร็จของโปรแกรมขึ้นอยู่กับ การออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพที่ช่วยเสริมแรงและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อยืนยันผลการวิจัยและขยายขอบเขตของการศึกษา เช่น การนำ PKR Model ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ และควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น โดยการติดตามผลการดำเนินงานระยะยาว เพื่อดูความต่อเนื่องของประสิทธิผลของรูปแบบ โดยขยายกรอบเวลาของการศึกษามากกว่า 5 เดือน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและยืนยันความยั่งยืนของผลลัพธ์

ผลประโยชน์ทับซ้อน : ไม่มี

References

- นิทัศน์ ชินบุตร. (2566). โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่มาใช้บริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 8(4), 29–37.
- มะลิ ไพฑูรย์เนรมิต, ยวลักษณ์ นราโชติกา, และนิรันดร์ เชี่ยวชาญชัยกุล. (2564). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการจัดการความรู้. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(1), 33–43.
- วารีย์ นงนุช. (2564). ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ที่มีต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c). *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 29–36.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2568). *Health Data Center (HDC): รายงานมาตรฐานจังหวัดนครศรีธรรมราช*. กระทรวงสาธารณสุข. <https://hdc.moph.go.th/nst/public/main>
- อนันต์ กมลน้อย. (2568). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในโรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น*, 6(2), 49–71.
- Aekplakorn, W., Chariyalertsak, S., Kessomboon, P., Assanangkornchai, S., Taneepanichskul, S., Goldstein, A., Cazabon, D., Neelapaichit, N., & Aimiosior, O. (2024). Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in the Thai population, 2004 to 2020. *BMC Public Health*, 24, Article 3149. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20643-1>
- Aekplakorn, W., Chariyalertsak, S., Bumrerraj, S., Assanangkornchai, S., Taneepanichskul, S., Neelapaichit, N., Ongphiphadhanakul, B., Nitiyanant, W., & Patanavanich, R. (2025). Diabetes trends and determinants among Thai adults from 2004 to 2020. *Scientific Reports*, 15, Article 31620. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-17619-5>
- Azami-Aghdash, S., Joudyian, N., Jafari, S., Karami, S., & Rezapour, R. (2025). Assessing community-based interventions effectiveness on hypertension prevention and control: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 25, Article 3253. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-24283-x>
- Boocha, K., & Ploylearmsang, C. (2023). Development and implementation of diabetes care by a community network based on a chronic care model. *Journal of Primary Care & Community Health*, 14, Article 21501319231181874. <https://doi.org/10.1177/21501319231181874>
- Cha'on, U., Tipayawat, P., Sae-ung, N., Pinlaor, P., Sirithanaphol, W., Theeranut, A., Tungsga, K., Chowchuen, P., Sharma, A., Boonlakron, S., & Anutrakulchai, S. (2022). High prevalence of chronic kidney disease and its related risk factors in rural areas of Northeast Thailand. *Scientific Reports*, 12, Article 18188. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-22538-w>
- Chowdhury, H. A., Harrison, C. L., Siddiquea, B. N., Tissera, S., Afroz, A., Ali, L., Joham, A. E., & Billah, B. (2024). The effectiveness of diabetes self-management education intervention on glycaemic control and cardiometabolic risk in adults with type 2 diabetes in low-

- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 19(2), Article e0297328. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297328>
- Chrvala, C. A., Sherr, D., & Lipman, R. D. (2016). Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. *Patient Education and Counseling*, 99(6), 926–43. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.003>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- International Diabetes Federation. (2025). *IDF diabetes atlas* (11th ed.). <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>
- Kalandarova, M., Ahmad, I., Aung, T. N. N., Moolphate, S., Shirayama, Y., Okamoto, M., Aung, M. N., & Yuasa, M. (2024). Association between dietary habits and type 2 diabetes mellitus in Thai adults: A case-control study. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity*, 17, 1143–55. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S445015>
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed., pp. 305–360). Pergamon Press.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.
- Montoya Castillo, M., Martínez Quiroz, W. de J., Suarez-Ortegón, M. F., & Higueta-Gutiérrez, L. F. (2025). Waist-to-height ratio, waist circumference, and body mass index in relation to full cardiometabolic risk in an adult population from Medellín, Colombia. *Journal of Clinical Medicine*, 14(7), Article 2411. <https://doi.org/10.3390/jcm14072411>
- Pitchalard, K., Wimolphan, P., Singkhorn, O., Purkey, E., & Moonpanane, K. (2022). Feasibility and acceptability of the HOME model to promote self-management among ethnic minority elderly with type 2 diabetes mellitus in rural Thailand: A pilot study. *Health Equity*, 6(1), 629–37. <https://doi.org/10.1089/heq.2021.0161>
- World Health Organization. (2025, September 25). *Hypertension*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

การรับรู้ของมารดาวัยรุ่นครั้งแรกในการทำสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ ระหว่างมารดากับทารกหลังคลอด : การวิจัยเชิงคุณภาพ

ศศิญา บัวผุด* วรรณทนา สมนึกประเสริฐ* จุฬารัตน์ ท้าวหาญ*
เมทนี ระดาบุตร* จุติรัตน์ น้อยเกิด**

บทคัดย่อ

บทนำ : การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อในห้องคลอดเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก สะท้อนถึงความรักและความผูกพัน อีกทั้งอาจช่วยลดความเครียดผ่านกลไกการกำกับความเครียดของมารดาและทารก

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการรับรู้ของมารดาวัยรุ่นครั้งแรกต่อการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารกภายหลังคลอด

วิธีการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา ผู้ให้ข้อมูลเป็นมารดาวัยรุ่นครั้งแรกภายหลังการคลอดปกติ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 15 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงประเด็น

ผลการวิจัย : พบประเด็นสำคัญ 7 ประเด็น ได้แก่ 1) การสร้างความผูกพันในระยะแรกคลอด 2) การบรรลุมหุบทบาทความเป็นมารดา 3) การบรรเทาความทุกข์ทรมานภายหลังคลอด 4) การเกิดความมั่นใจในความปลอดภัยของทารก 5) การยอมรับตนเองและการให้อภัย 6) การสนับสนุนทางการพยาบาลและการสื่อสารเชิงคลินิก และ 7) การเสริมพลังมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยประเด็นทั้งหมดสามารถเรียบเรียงเป็นอักษรย่อ “EMBRACE”

สรุปผล : ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารกทันทีภายหลังคลอด เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ตลอดจนส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีความมั่นใจและความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทมารดา

คำสำคัญ : การรับรู้ มารดาวัยรุ่นครั้งแรก การทำสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ การวิจัยเชิงคุณภาพ

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** โรงพยาบาลปทุมธานี

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : วรรณทนา สมนึกประเสริฐ, E-mail: Wantana1@bcnnon.ac.th

Received: March 9, 2026

Revised: August 28, 2026

Accepted: August 28, 2026

Perception of Primiparous Teen Mothers Regarding Skin-to-Skin Contact with Their Newborn in Postpartum: Qualitative Descriptive Research

Sasiya Buaphut* Wantana Somnukprasert* Chularat Howharn*
Matanee Radabutr* Titirat Noikerd**

Abstract

Background: Skin-to-skin contact in the delivery room is an important initial step in establishing the mother–infant relationship. It reflects maternal love and attachment and may also reduce stress through stress-regulation mechanisms in both the mother and infant.

Objective: To explore primiparous adolescent mothers' perceptions of mother–infant skin-to-skin contact after childbirth.

Methods: This qualitative descriptive study involved 15 primiparous adolescent mothers who had normal vaginal births at a hospital. Participants were selected through purposive sampling, and data were collected until data saturation was achieved. Data were obtained using semi-structured interviews and analyzed using thematic analysis.

Results: Seven major themes emerged: 1) Early bonding after birth; 2) Maternal role attainment; 3) Relief from postpartum suffering; 4) Reassurance about infant safety; 5) Self-acceptance and forgiveness; 6) Clinical nursing support and communication; and 7) Empowerment for breastfeeding. The initial letters of these themes form the acronym “EMBRACE.”

Conclusion: The findings may serve as a foundation for developing guidelines on immediate mother–infant skin-to-skin contact after birth. Such guidelines may strengthen the mother–infant relationship and enhance adolescent mothers' confidence and readiness to assume the maternal role.

Keywords: Perception, primiparous teen mothers, skin-to-skin contact, qualitative research

* Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Pathumthani Hospital

Corresponding Author: Wantana Somnukprasert, E-mail: Wantana1@bcnnon.ac.th

บทนำ

ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ อัตราการคลอดในหญิงอายุระหว่าง 15-19 ปีทั่วโลกอยู่ที่ 41.3 ต่อประชากรหญิงวัยเดียวกัน 1,000 คน และในประเทศรายได้ต่ำและปานกลางมีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปีประมาณ 21 ล้านครั้งต่อปี โดยประมาณครึ่งหนึ่งเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ (World Health Organization, 2024) สำหรับประเทศไทย พบอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 15.54 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน (กรมอนามัย, 2565) การตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นภาวะวิกฤตที่วัยรุ่นต้องเผชิญและส่งผลกระทบทางด้านร่างกายจิตใจและสังคม เนื่องจากมารดาวัยรุ่นมักขาดวุฒิภาวะทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคม จากการตั้งครรภ์ที่ขาดประสบการณ์ขาดความพร้อมในการเตรียมตัวในการตั้งครรภ์และการเป็นมารดา และมีความสามารถในการแก้ปัญหาจำกัด ทำให้เป็นการยากที่จะยอมรับบุตรในครรภ์และยอมรับในบทบาทมารดา (สุวรรณา มณีวงศ์ และคณะ, 2567) จึงแสดงพฤติกรรมในการเลี้ยงดูบุตรไม่เหมาะสม รวมทั้งไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้ เป็นผลให้มารดาวัยรุ่นเกิดความคับข้องใจ มีทัศนคติในการเลี้ยงดูบุตรไม่ดี และไม่ยอมเลี้ยงดูบุตรต่อไป ที่อาจกระทบต่อความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารกได้ ถ้ามารดาไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ดีและเหมาะสม ความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารกก็จะไม่พัฒนาหรือพัฒนาได้ไม่ดีเช่นกัน (ยศวดี อยู่สุข และคณะ, 2564)

การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (Skin-to-Skin Contact: SSC) เป็นการนำทารกมาวางคว่ำบนหน้าอกเปลือยของมารดา โดยผิวหนังของมารดาและทารกสัมผัสกันโดยตรงอย่างต่อเนื่องในช่วงแรกของคลอด เพราะเป็นช่วงที่ทารกอยู่ในระยะตื่นตัวพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม และมารดาก็ยังอยู่ในระยะที่ไวต่อความรู้สึก และมีความกระตือรือร้นอยากเห็นหน้าทารก ซึ่งทั้งสองฝ่ายจะตอบสนองกันได้ดีที่สุด ซึ่งการใช้เทคนิคเนื้อแนบเนื้อในห้องคลอด จึงเป็นจุดเริ่มต้นของความสำเร็จของการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก และส่งผลต่อพัฒนาการของทารกอีกด้วย (จงลักษณ์ ทวีแก้ว และคณะ, 2562) และเพิ่มโอกาสในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยกเดือนสูงขึ้นด้วย (กรนก ก่อสกุล และคณะ, 2562) ทั้งยังเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตและอารมณ์ระหว่างมารดาที่มีต่อบุตรซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรักความผูกพัน (Affectionate behavior) รวมทั้งอาจช่วยลดความเครียดผ่านกลไกการกำกับความเครียดของแม่และทารก (Ionio et al., 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัย SSC ส่วนใหญ่เน้นผลลัพธ์ทางสรีรวิทยาของทารก การเริ่มให้นมแม่ หรือศึกษาในมารดาทั่วไปและครอบครัวของทารกคลอดก่อนกำหนด ขณะที่การศึกษาที่มุ่งทำความเข้าใจการรับรู้และการให้ความหมายต่อ SSC จากมุมมองของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก โดยเฉพาะในบริบทสังคมและบริการสุขภาพของประเทศไทย ยังมีจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้ของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกในการทำสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารกหลังคลอดดังกล่าว เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการพยาบาลมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกในการทำสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารกหลังคลอด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Maternal Infant Attachment) ของ Klaus & Kennell (1982) ที่อธิบายความสำคัญของปฏิสัมพันธ์ระยะแรกหลังคลอด ได้แก่ การสัมผัส การโอบกอด การมองหน้าและสบตา การตอบสนองต่อสัญญาณของทารก และการยอมรับทารก

ซึ่งก่อให้เกิดของความผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในการศึกษาครั้งนี้ กรอบแนวคิดใช้เพื่อกำหนดขอบเขตของประเด็นคำถามและช่วยให้การสัมภาษณ์ครอบคลุมประสบการณ์สำคัญ แต่ไม่ได้ใช้เป็นหมวดหมู่ตายตัวในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเปิดโอกาสให้ประเด็นที่สะท้อนจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลเกิดขึ้นจากข้อมูลโดยตรง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative research) เพื่อศึกษาการรับรู้ของมารดาวัยรุ่นแรกในการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารกหลังคลอด โดยมุ่งนำเสนอข้อค้นพบให้ใกล้เคียงกับถ้อยคำและความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อน (Sandelowski, 2000)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ มารดาวัยรุ่นแรกหลังคลอดปกติที่มาคลอดที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ไม่มีความแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด และระหว่างหลังคลอด ช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มารดาวัยรุ่นแรกหลังคลอดปกติที่มาคลอดที่โรงพยาบาลปทุมธานี ที่ไม่มีความแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอดและระหว่างหลังคลอด เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการที่มารดาโอบกอดสัมผัสกายทารกโดยตรงภายหลังคลอดหรือการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารก (skin-to-skin contact) การศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และใช้ข้อมูลการอ้อมตัวจากผู้ให้ข้อมูล (Saunders et al., 2018) จำนวน 15 คน จากเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

1. มารดาวัยรุ่นแรกหลังคลอดที่คลอดปกติทางช่องคลอด
2. อายุไม่เกิน 19 ปี ตั้งครรภ์ครบกำหนด (อายุครรภ์ระหว่าง 37-42 สัปดาห์)
3. คลอดครั้งแรก
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด
5. ทารก น้ำหนักแรกเกิดอยู่ระหว่าง 2,500–4,000 กรัม APGAR score ในนาทีที่ 1 และนาทีที่ 10 ระหว่าง 8-10 คะแนน
6. ไม่มีความผิดปกติใดๆ แต่กำเนิด และไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ทั้งในระยะแรกคลอดและหลังคลอด
7. มารดาโอบกอดสัมผัสกายทารกโดยตรงภายหลังคลอดหรือการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารกหลังคลอด

เกณฑ์ในการคัดเลือกรับ (Exclusion Criteria)

1. มารดาและทารกต้องแยกจากกันหลังคลอดเนื่องจากภาวะผิดปกติของทารก
2. มารดาที่มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกายหรือจิตใจที่อาจกระทบต่อการให้ข้อมูล

เกณฑ์ในการยุติการให้ข้อมูล (Termination Criteria)

1. มารดาไม่ต้องการให้ข้อมูลในระหว่างการสัมภาษณ์
2. มารดาที่รู้สึกไม่สบายใจและส่งผลกระทบต่อร่างกายหรือสุขภาพจิตระหว่างการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคำถามแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview Questions) ผู้วิจัยสร้างตามกรอบแนวคิดความผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Maternal Infant Attachment) ของคลอสและเคนเนลล์ (Klaus & Kennell, 1982) โดยสอบถามการรับรู้ของมารดาภายหลังคลอดทารกและได้รับการส่งเสริมการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารก ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด ครอบคลุม 5 ประเด็น

ได้แก่ 1) ความรู้สึกและการรับรู้เมื่อได้เห็นและสัมผัสทารกครั้งแรก 2) ความหมายที่มารดาให้ต่อ SSC 3) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึกผูกพัน และการรับรู้บทบาทมารดาภายหลัง SSC 4) การตอบสนองต่อพฤติกรรมหรือสัญญาณของทารก และ 5) ปัจจัยสนับสนุนหรืออุปสรรคต่อประสบการณ์ SSC โดยผู้สัมภาษณ์ใช้คำถามติดตาม (probing questions) ตามคำตอบของผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ได้รายละเอียดเชิงลึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา (Content validity) แนวคำถามสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและการทดลองใช้เพื่อยืนยันความเหมาะสมของแนวคำถาม ได้แก่ อาจารย์พยาบาล พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ อย่างละ 1 ท่าน จากนั้นทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลจริง จำนวน 2 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจ และความเหมาะสมของภาษา แล้วปรับแก้ก่อนนำไปใช้จริง เนื่องจากแนวคำถามทั้งโครงสร้างในการวิจัยเชิงคุณภาพทำหน้าที่เป็นแนวทางในการสนทนาที่สามารถปรับตามบริบทและคำตอบของผู้ให้ข้อมูล

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี หมายเลข BCNNON No.004/67 ลงวันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัว การรักษาความลับ และการนำเสนอข้อมูลโดยไม่เปิดเผยตัวตน ผู้ให้ข้อมูลและผู้ปกครองลงนามในเอกสารยินยอมก่อนเข้าร่วมการสัมภาษณ์ และสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ทันทีหากรู้สึกไม่สบายใจ โดยไม่ส่งผลต่อการรักษาหรือบริการที่ได้รับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูล ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568

1. หลังจากโครงร่างวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายวิชาการและหัวหน้าห้องคลอด ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เพื่อคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ในการคัดเลือก และหัวหน้าห้องคลอดซึ่งเป็นผู้ร่วมวิจัยได้ประสานกับผู้ให้ข้อมูลที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การรักษาความลับ สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวโดยไม่กระทบต่อการรักษา และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ผู้ให้ข้อมูลและผู้ปกครองลงนามในเอกสารยินยอม (Informed consent) ก่อนการสัมภาษณ์

3. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ด้วยตนเองตามแนวคำถาม ในห้องที่มีความเป็นส่วนตัวแบบตัวต่อตัว พร้อมบันทึกเทปการสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ คนละประมาณ 45-60 นาที จนได้ข้อมูลอิ่มตัว (Data saturation)

4. ตรวจสอบข้อมูลในการสัมภาษณ์เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความครบถ้วนและชัดเจน หลังจากนั้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลโดยเริ่มจากการถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) เพื่อเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงธีม (Thematic analysis) ตามแนวทางของ Braun and Clarke (2006) โดยดำเนินการอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. อ่านบันทึกการสัมภาษณ์ซ้ำหลายครั้งเพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูลและทำความเข้าใจภาพรวมของประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อน
2. สร้างรหัสเบื้องต้นจากข้อความที่มีความหมายต่อคำถามวิจัย โดยคงความหมายให้ใกล้เคียงกับถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูล
3. เปรียบเทียบและจัดกลุ่มรหัสที่มีความหมายสัมพันธ์กันเพื่อพัฒนาเป็นประเด็นเบื้องต้น
4. ทบทวนประเด็นกับข้อมูลดิบและตรวจสอบความสอดคล้องภายในแต่ละประเด็น รวมทั้งความแตกต่างระหว่างประเด็น จากนั้นปรับรวม แยก หรือตัดประเด็นที่ไม่ชัดเจน
5. กำหนดชื่อและคำจำกัดความของแต่ละประเด็นให้สะท้อนสาระสำคัญของข้อมูล และคัดเลือกคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนของแต่ละประเด็นเพื่อใช้ประกอบการนำเสนอผลการวิจัย
6. จัดทำรายงานผลการวิเคราะห์โดยเชื่อมโยงแต่ละประเด็นกับคำถามวิจัยและเลือกคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่สะท้อนประเด็นได้ชัดเจน พร้อมทบทวนความสอดคล้องของรายงานกับข้อมูลต้นฉบับ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลครั้งนี้ตามแนวคิดของ Denzin et al. (2017) ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ตรงกับคุณสมบัติที่กำหนด และใช้คำถามสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องและลึกซึ้ง และมีการตรวจสอบความถูกต้องของการตีความข้อมูลและทบทวนกับสมาชิกทีมวิจัยอีกครั้ง เพื่อลดความลำเอียงและเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล
2. การถ่ายโอนผล (Transferability) ผู้วิจัยอธิบายบริบทของโรงพยาบาลและคุณลักษณะผู้ให้ข้อมูลเกณฑ์คัดเลือก เพื่อให้เข้าใจและสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทอื่นที่มีความคล้ายคลึงได้ โดยไม่เปิดเผยข้อมูลที่ระบุตัวตน เพื่อให้ผู้อ่านพิจารณาความเหมาะสมของการนำข้อค้นพบไปใช้ในบริบทอื่น
3. สามารถตรวจสอบได้ (Auditability) ผู้วิจัยมีการจัดเก็บข้อมูลทั้งหมดจากการวิจัยอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย เสียงที่ถูกรับบันทึกจากการสัมภาษณ์ หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้สามารถนำมาตรวจสอบซ้ำได้
4. การยืนยันได้ (Confirmability) ผู้วิจัยตรวจสอบผลของการวิจัยโดยมีการอภิปรายและการตรวจสอบผลลัพธ์กับสมาชิกในทีมวิจัย เพื่อความหลากหลายของมุมมองและการลดความลำเอียง และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มารดาวัยรุ่นครั้งแรก จำนวน 15 ราย พบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (SSC) กับทารกหลังคลอด จำนวน 7 ประเด็นสำคัญ ประกอบด้วย 1) สร้างความผูกพันระยะแรกคลอด (Early bonding) 2) การบรรลุบทบาทความเป็นมารดา (Maternal role attainment) 3) การบรรเทาความทุกข์ทรมานหลังคลอด (Buffering postpartum distress) 4) การเกิดความมั่นใจในความปลอดภัยของทารก (Reassurance of infant safety) 5) การยอมรับตนเองและการให้อภัยตนเอง (Acceptance and self-forgiveness) 6) การสนับสนุนทางการพยาบาลและการสื่อสารเชิงคลินิก (Clinical nursing support and communication) และ 7) การเสริมพลังมารดาใน

การให้นมแม่ (Empowerment for breastfeeding) ซึ่งเรียงอักษรย่อเป็น E-M-B-R-A-C-E โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สร้างความผูกพันระยะแรกคลอด (Early bonding)

มารดาวัยรุ่นรับรู้ว่ามี SSC เป็นอ้อมกอดแรกที่ทำให้เกิดความรักและความผูกพันอย่างฉับพลัน มีความปีติ อบอุ่น และรู้สึกว่าการคลอดนั้น เพราะได้สัมผัสลูกทันทีหลังคลอด การสบตาและรอยยิ้มของทารกทำให้แม่รู้สึกว่าได้รับการรับรู้และยอมรับในฐานะแม่ ปฏิสัมพันธ์ระยะแรก การมองตาและการพูดคุยของแม่จะสามารถหล่อหลอมสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกให้แน่นแฟ้นขึ้นทำให้ทารกรู้สึกปลอดภัยและได้รับความรัก การมีมารดาอยู่หน้าอกทำให้ช่วงเวลาหลังคลอดมีความหมายและทำให้รับรู้ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับทารกอย่างชัดเจนขึ้น ดังคำพูดผู้ให้ข้อมูล

“รู้สึกปลื้มปริ่มมากเลยคะ... โลงอกทันทีที่ได้ออบกอดลูก... ความอบอุ่นเข้ามาแทนที่” (Case 1)

“...ตอนแรกอยู่ในห้องเรา ตอนนี้น้องออกมาอยู่ตรงหน้าอกเรา... หนูได้เป็นแม่คนแล้ว... บรรยายไม่ถูก” (Case 2)

“ได้มองตาลูกแล้วรู้สึกว่าลูกเข้าใจเรานะ เหมือนเค้ารับรู้ว่าเป็นแม่ของเค้า” (Case 3)

“พูดคุยกับลูกตั้งแต่แรกเกิด รู้สึกว่าเค้าตอบสนองด้วยการมองตาและยิ้ม ทำให้รู้สึกผูกพันมากขึ้น” (Case 4)

“มันเป็นความรู้สึกใหม่จริงๆ ค่ะ... ดีใจค่ะที่คลอดเค้าออกมาแล้วเค้าปลอดภัย” (Case 11)

2. การบรรลุบทบาทความเป็นมารดา (Maternal role attainment)

การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (SSC) กับทารกหลังคลอด ทำให้มารดาเกิดการยอมรับบทบาทและความรักที่ยิ่งใหญ่ การบรรลุบทบาทความเป็นแม่และความตั้งใจในการเลี้ยงดูทารกเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมความผูกพันระหว่างแม่และลูก การสัมผัสทารกทำให้มารดาเกิดความเข้าใจในบทบาทของตนเองและบทบาทของการเป็นแม่ทำให้เกิดการตระหนักรู้ใหม่ทั้งต่อความรักของแม่ตัวเองและความหมายของความเป็นแม่ความเป็นแม่ชัดเจนอย่างรวดเร็ว ทั้งในมิติความรู้สึก ความรัก ความห่วงใย และมิติการยอมรับบทบาทใหม่ พร้อมยืนยันตัวตนความเป็นแม่อย่างชัดเจน มารดาทุกรายแสดงให้เห็นถึงความรู้สึกผูกพันและความรักที่เกิดขึ้นทันทีเมื่อได้สัมผัสทารกแบบเนื้อแนบเนื้อหลังคลอด โดยความรู้สึกนี้เกิดขึ้นอย่างฉับพลันและรุนแรงซึ่งช่วยเสริมสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารก ที่สะท้อนการตระหนักรู้และยอมรับตนเองในฐานะมารดาเมื่อได้สัมผัสและโอบกอดทารก ดังคำพูดผู้ให้ข้อมูล:

“เข้าใจแม่ของตัวเองก็วันที่เราได้เป็นแม่คนนี่แหละคะ ว่าลูกคือสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิตมันเป็นอย่างไรรู้ใจแล้วว่าทำไมแม่เราถึงเป็นห่วงเรามาก เพราะเค้ารักเรามากก็เลยเป็นห่วงมากคะ” (Case 1)

“ไม่ได้คาดหวังว่าจะเป็นแม่ได้อย่างสมบูรณ์ แต่จะเลี้ยงให้ดีที่สุดเพราะถูกแม่ทิ้งตั้งแต่เด็ก... เพราะหนูไม่เคยได้รับความรักความอบอุ่นจากแม่มาก่อนเลยคะ... วันนี้หนูได้เป็นแม่คนแล้วและคิดว่าเป็นแม่ได้อย่างสมบูรณ์ หนูจะไม่ทิ้งเค้าแน่นอน เหมือนที่แม่ทำกับหนูแน่นอนคะ” (Case 2)

“ตอนแรกก็อยากจะเอาเค้าออกคะ... แต่พอคลอดน้องมาก็รักเลยความเป็นแม่มันเกิดเลยคะ” (Case 6)

“...รู้สึกดีจัง... รู้สึกถึงความเป็นแม่คะ” (Case 13)

3. การบรรเทาความทุกข์ทรมานหลังคลอด (Buffering postpartum distress)

มารดาวัยรุ่นรับรู้ว่ามี SSC ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ความเหนื่อย และความกลัวได้ทันที การได้สัมผัสลูกทำให้ความรู้สึกเจ็บจากกระบวนการคลอดหรือหัตถการหลังคลอด เช่น การเจ็บครรภ์คลอด และการเย็บซ่อมแผลฝีเย็บลดลงอย่างรวดเร็ว สะท้อนลักษณะคล้ายเป็นการระงับปวดตามธรรมชาติ ผ่านความสุข ความดีใจ และความรัก ขณะที่ในมิติทางจิตใจ SSC ช่วยลดความกลัวและความตึงเครียดหลังคลอด ทำให้มารดา รู้สึกว่า ผ่านเหตุการณ์หนักมาได้ และเกิดพลังใจในการเริ่มต้นบทบาทแม่ ซึ่งสะท้อนว่าการได้สัมผัสทารกช่วย

ให้ความสนใจเปลี่ยนจากความเหนื่อยและความเจ็บปวดไปสู่ความรู้สึกดีที่เกิดจากการอยู่ใกล้ลูก ดังคำพูดผู้ให้ข้อมูล

“ได้สัมผัสเค้าแล้วหายเหนื่อยเลยทันที ความเจ็บปวดหายหมด” (Case 3)

“พี่พยาบาลเย็บแผลอยู่ไม่รู้สึกรู้สึกเจ็บเลย...” (Case 5)

“...ทำการกลั้วเย็บแผล...มันหายไปหมดเลย...หายเจ็บหายปวดเลยคะ” (Case 13)

4. การเกิดความมั่นใจในความปลอดภัยของทารก (Reassurance of infant safety)

ช่วงเวลาทันทีหลังคลอดที่แม่ได้สัมผัสและโอบกอดทารกเป็นช่วงเวลาสำคัญ เป็นสภาวะอารมณ์บวกที่เอื้อล้นเมื่อได้โอบกอดลูก แอบอกจนเกิดความผูกพันทันที ความรู้สึกนี้แทนที่ความเจ็บปวดด้วยความโล่งใจและความสุขลึกซึ้ง ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ให้ได้ว่า เมื่อมารดาเห็นว่าลูกแข็งแรง ปลอดภัย อยู่ตรงหน้า จึงลดความเครียด ความกังวล และทำให้เกิดความโล่งใจและความมั่นใจที่เกิดขึ้นเมื่อมารดาได้เห็นและสัมผัสทารกอย่างใกล้ชิด และรับรู้ว่าการแข็งแรงและปลอดภัย การมองเห็นทารกอยู่ตรงหน้าอกทำให้ความกังวลเกี่ยวกับภาวะของทารกลดลง ดังคำพูดผู้ให้ข้อมูล

“รู้สึกปลื้มปริ่มมากเลยคะ ประทับใจที่สุดอย่างบอกไม่ถูก โล่งอกทันทีที่ได้โอบกอดลูก ความเจ็บปวดทั้งหมดหายไปเลยเป็นปริศนาทั้ง ความอบอุ่นเข้ามาแทนที่” (Case 1)

“รู้สึกอบอุ่นเมื่อมีชีวิตอีกชีวิตหนึ่งเกิดขึ้นมา ตอนแรกอยู่ในห้องเราตอนนี้น้องออกมาอยู่ตรงหน้าอกเราหนูได้เป็นแม่คนแล้ว มันความรู้สึกที่บรรยายไม่ถูกจริงๆ คะ หนูไม่เคยรู้สึกดีแบบนี้มาก่อนเลยคะ” (Case 2)

“ได้เห็นว่าลูกเราแข็งแรงปลอดภัยเราก็กสบายใจ แม่อาจจะคิดว่าลูกเป็นอะไรหรือเปล่า...พอได้เห็นว่าลูกเราแข็งแรงปลอดภัยเราก็กสบายใจ” (Case 5)

5. การยอมรับตนเองและการให้อภัยตนเอง (Acceptance and self-forgiveness)

ภายหลังได้ SSC ในการสัมผัสทารก ทำให้ความรู้สึกจากความไม่พร้อม ความลังเล หรือความรู้สึกผิดต่อการตั้งครรภ์เปลี่ยนไปสู่การยอมรับทารกและตนเองในบทบาทมารดามากขึ้น การสัมผัสทารกทำให้เกิดความรู้สึกผูกพันและยอมรับความเป็นลูกโดยไม่ยึดติดกับความคาดหวังเดิม ส่งผลให้มารดา มองการเป็นแม่และตนเองในมุมมองที่เป็นบวกมากขึ้น ดังคำพูดผู้ให้ข้อมูล

“...ท้องไม่พร้อมอายุน้อยด้วย...ตอนแรกก็อยากจะทำอะไรออกคะ แต่ก็ไม่เป็นไรคะ ยังไงก็รักเพราะเป็นลูกเรา” (Case 6)

“...รู้สึกน้ำตาจะไหลคะ...ปลื้มปริ่ม...ได้ยินเสียง...ตื่นต้น...อย่างน้อยเค้าปลอดภัย...ครบก็พอแล้ว” (Case 11)

6. การสนับสนุนทางการพยาบาลและการสื่อสารเชิงคลินิก (Clinical nursing support and communication)

มารดาทราบว่า การให้ข้อมูล และการดูแลอย่างมั่นใจของพยาบาล ซึ่งช่วยลดความกังวล สร้างความเชื่อมั่น และทำให้มารดารับรู้ความปลอดภัยระหว่างการดูแลหลังคลอด พยาบาลมีบทบาทเป็นตัวกลางเชิงระบบที่ทำให้ SSC จากการสัมผัสธรรมชาติ กลายเป็นการดูแลที่ปลอดภัยและมีความหมาย ผ่านการสื่อสารเพื่อสร้างความมั่นใจ การอธิบายเหตุผลทางคลินิก และทำที่สนับสนุนที่ไม่ตัดสิน ซึ่งทั้งหมดช่วยลดความกังวล เพิ่มความเชื่อมั่น และทำให้มารดาไว้วางใจครั้งแรกสามารถมีประสบการณ์ SSC ที่เป็นบวกและร่วมมือกับการดูแลหลังคลอดได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะของทารกและการสื่อสารด้วยท่าทีที่ไม่ตัดสิน ทำให้มารดาไว้วางใจรู้สึกกล้าถามและร่วมมือกับการดูแลมากขึ้น ดังคำพูดผู้ให้ข้อมูล

“ถามพยาบาลว่าลูกโอเคไหม...ลูกมีภาวะอะไรแทรกซ้อนหรือเปล่า” Case 7:

“...พี่พยาบาลบอกว่าน้องแข็งแรงดีคะ ไม่ได้มีปัญหาอะไร” Case 12:

“...ตอนคลอดหนูเจ็บมาก...แต่พี่พยาบาลไม่ดู...แค่บอกว่าอย่าร้องแล้วทำตามพี่ที่เค้าบอก” (Case 13)

7. การเสริมพลังมารดาในการให้นมแม่ (Empowerment for breastfeeding)

การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (SSC) กับทารกหลังคลอด ช่วยกระตุ้นแรงจูงใจให้ทำหน้าที่แม่ให้ดีที่สุด โดยเฉพาะการให้นมแม่ และทำให้เกิดการปรับลำดับความสำคัญของชีวิตใหม่ เป็นพลังใจในการสู้ต่อ และวางแผนการดูแลระยะยาว การมองว่าลูกเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิตและการวางแผนอนาคตร่วมกับลูกช่วยเสริมสร้างความผูกพันระยะยาวระหว่างแม่และลูก มารดาทุกรายรับรู้ว่าการเป็นแม่เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิต เป็นศูนย์กลางของชีวิต และเป็นแรงบันดาลใจให้ต้องการมีชีวิตที่ดีขึ้น โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนการมองเห็นประโยชน์ของนมแม่ และความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง ดังคำพูดผู้ให้ข้อมูล

“ตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน เพราะคิดว่ามีประโยชน์ต่อลูกมากๆ ลูกจะได้แข็งแรง” (Case 1)

“...ลูกเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิต...ไม่มีใครก็อยู่ได้ค่ะแต่ไม่มีลูกอยู่ไม่ได้” (Case 14)

“...เวลาเห็นหน้าเค้าหายเหนื่อยเลยคะ ทำให้หนูสู้ต่อไปได้คะ สู้เพื่อเค้า” (Case 15)

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้พบประเด็นสำคัญ 7 ประเด็นที่สะท้อนการรับรู้ของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกต่อ SSC โดยแสดงให้เห็นความผูกพันระหว่างมารดาและทารกว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นและพัฒนาผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก ซึ่งทั้งสองฝ่ายมีการส่งและตอบสนองต่อสัญญาณซึ่งกันและกัน โดยมารดามีพฤติกรรมสำคัญ ได้แก่ การสัมผัส การสบตา การใช้เสียงและพฤติกรรมกอดกับทารก ขณะที่ทารกมีการสบตา การร้อง และการตอบสนองต่อมารดา ซึ่งสามารถอภิปรายตามประเด็นที่พบ ดังนี้

1) สร้างความผูกพันระยะแรกคลอด สะท้อนให้เห็นว่าการได้โอบกอด สัมผัส และสบตาทารกทันทีหลังคลอดทำให้มารดาวัยรุ่นรับรู้ความใกล้ชิดและความผูกพันอย่างชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิด Maternal-Infant Attachment ของ Klaus และ Kennell (1982) ที่ให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ทางกายและการตอบสนองระยะแรกระหว่างมารดากับทารก (Klaus & Kennell, 1982; Klaus et al., 1995) และสอดคล้องกับ Gupta et al. (2021) ที่พบว่าการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (SSC) กับทารกหลังคลอดในระยะแรก การสนับสนุนปฏิสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูกมีความสำคัญเป็นพิเศษในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกซึ่งยังไม่มีประสบการณ์ตรงในการเป็นมารดามาก่อน

2) การบรรลุนิยามความเป็นมารดา สะท้อนว่าหลังจากที่มารดาได้สัมผัสทารก บทบาทความเป็นแม่มีความเป็นรูปธรรมและมีความหมายมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Mercer (2004) ที่อธิบายว่า ความรู้สึกถึงความเป็นมารดาเป็นกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่ผู้หญิงค่อย ๆ สร้างอัตลักษณ์ใหม่ผ่านความผูกพัน การมีส่วนร่วม และการให้ความหมายต่อบทบาทของตน สำหรับมารดาวัยรุ่น การเปลี่ยนผ่านดังกล่าวเกิดขึ้นพร้อมกับการเปลี่ยนผ่านตามวัย จึงอาจทำให้ช่วงเวลาที่ได้เห็นและสัมผัสทารกมีบทบาทสำคัญต่อการยืนยันตัวตนและความตั้งใจในการดูแลบุตร การเปลี่ยนผ่านสู่ความเป็นมารดาของวัยรุ่นยากกว่าวัยอื่น เพราะวัยรุ่นต้องเผชิญกระบวนการเจริญเติบโตและการปรับตัวให้เข้ากับบทบาทการเป็นพ่อแม่พร้อมกัน (Hoseini et al., 2024)

3) การบรรเทาความทุกข์ทรมานหลังคลอด อธิบายได้ว่าความเหนื่อยและความเจ็บปวดลดลงเมื่อได้สัมผัสลูก สอดคล้องกับ Ionio et al. (2021) ที่อธิบายว่า SSC มีความเกี่ยวข้องกับการกำกบความเครียดในของแม่และลูก และการเปลี่ยนแปลงของตัวบ่งชี้ทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับความเครียด นอกจากนี้ Machold et al. (2021) กล่าวว่า การสัมผัสและอุ้มทารกระหว่าง SSC อาจจะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากการผ่าตัดและทำให้รู้สึกเจ็บปวดลดลง แต่อย่างไรก็ตามจากการวิจัยแบบ RCT ของ Cooijmans et al. (2022) ไม่พบผลของ SSC ต่ออาการปวดของมารดาหลังคลอด

4) การเกิดความมั่นใจในความปลอดภัยของทารก สะท้อนให้เห็นว่าการที่มารดาได้เห็นและสัมผัสทารกอย่างใกล้ชิดทำให้มารดารับรู้ได้ด้วยตนเองว่าทารกมีชีวิต แข็งแรง และอยู่ภายใต้การดูแลที่ปลอดภัย จึงเกิดความสบายใจและลดความกังวล สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Førelund et al. (2022) ที่พบว่ามารดาที่มีความต้องการได้รับการยืนยันถึงชีวิตและความปลอดภัยของทารก และจากการศึกษาในมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดพบว่า การได้ทำ SSC และการที่มารดาอยู่ใกล้ชิดกับทารกจะช่วยให้มารดารับรู้ภาวะชีวิตและความเป็นอยู่ของทารก เกิดความรู้สึกปลอดภัย และส่งเสริมกระบวนการสร้างความผูกพัน (Maastrup et al., 2018; Førelund et al., 2022) นอกจากนี้ยังสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการได้สัมผัสใกล้ชิด และการรับรู้ภาวะของทารกในระยะแรกภายหลังคลอด ซึ่งช่วยให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ และการก่อตัวของความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารก

5) การยอมรับตนเองและการให้อภัยตนเอง จากการวิจัยพบว่ามารดาบางรายที่เคยรู้สึกไม่พร้อมหรือลังเลต่อการตั้งครรภ์เริ่มมองตนเองและทารกในความหมายใหม่หลังจากการคลอดบุตร การได้เห็นและสัมผัสทารกทำให้เกิดการยอมรับลูกและการยอมรับตนเองในบทบาทมารดามากขึ้น สอดคล้องกับ Frese และ Nguyen (2022) ที่เป็นการยอมรับการเป็นมารดาที่เป็นกระบวนการนิยามตนเองใหม่ โดยมารดาพัฒนาอัตลักษณ์ ความมั่นใจ และความสามารถในการปฏิบัติบทบาทมารดาผ่านประสบการณ์และปฏิสัมพันธ์กับทารก และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุวรรณ มณีนวศ์ และคณะ (2567) ที่ชี้ให้เห็นว่า มารดาวัยรุ่นมีการปรับตัวต่อการตั้งครรภ์หรือไม่ ขึ้นอยู่กับการตีความสถานการณ์ การสนับสนุน และเงื่อนไขแวดล้อมของวัยรุ่น

6) การสนับสนุนทางการพยาบาลและการสื่อสารเชิงคลินิก ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับการตอบคำถาม การยืนยันว่าทารกแข็งแรง และทำที่ของพยาบาลที่ไม่สร้างความกดดันแก่มารดา ที่แสดงให้เห็นว่า SSC ที่ต้องอาศัยสภาพแวดล้อมทางคลินิกและการสื่อสารที่ทำให้มารดาวัยรุ่นรู้สึกปลอดภัย แนวทางปฏิบัติด้าน SSC ล่าสุดควรเน้นความต่อเนื่อง ความปลอดภัย และการสนับสนุนจากบุคลากรเพื่อให้การสัมผัสเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ (Brimdyr et al., 2023) ซึ่งสะท้อนว่า การสนับสนุน SSC ในมารดาวัยรุ่นควรดำเนินควบคู่กับการสื่อสารที่ให้เกียรติ ไม่ตัดสิน และสร้างความไว้วางใจ เนื่องจากการกระทำดังกล่าวเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลมารดาวัยรุ่น รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลด้าน SSC มีความสำคัญต่อการนำ SSC ไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (Quosdorf et al., 2020; Vittner et al., 2017)

7) การเสริมพลังมารดาในการให้นมแม่ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความตั้งใจที่จะให้นมแม่และดูแลทารกภายหลังประสบการณ์ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า การที่มารดารับรู้และแสดงความตั้งใจในการให้นมแม่เกิดหลังจากมารดาทำ SSC สอดคล้องกับกรรณก กießกุล และคณะ (2562) ที่กล่าวว่า การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระยะแรกสามารถสนับสนุนการเริ่มดุนมและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรก นอกจากนี้ Coolijmans et al. (2022) พบความเชื่อมโยงระหว่างการทำ SSC อย่างต่อเนื่องกับผลลัพธ์ด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

เมื่อพิจารณาข้อค้นพบการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณานี้ ที่พบประเด็นสำคัญ 7 ประเด็น ได้แก่ ความผูกพันระยะแรก การบรรลุมหาภารมารดา การบรรเทาความทุกข์ทรมานหลังคลอด ความมั่นใจในความปลอดภัยของทารก การยอมรับตนเองและการให้อภัยตนเอง การสนับสนุนทางการพยาบาลและการสื่อสารเชิงคลินิก และการเสริมพลังในการให้นมแม่ ซึ่งชี้ให้เห็นความสำคัญของการจัด SSC ร่วมกับการพัฒนาการดูแลและดูแลมารดาวัยรุ่นที่มีความเปราะบางด้านจิตสังคม รวมทั้งการสื่อสาร การให้ข้อมูล และไม่ตัดสินจะช่วยสร้างความมั่นใจแก่มารดาวัยรุ่นได้ ที่สามารถเรียงอักษรย่อได้เป็น EMBRACE ที่สะท้อนให้เห็นว่า SSC ใน

มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกมีความหมายครอบคลุมมากกว่าการสัมผัสทางกาย โดยสัมพันธ์กับการเริ่มต้นความผูกพัน การรับรู้อัตลักษณ์ความเป็นมารดา การลดความกังวล การยอมรับตนเอง และความตั้งใจดูแลทารก ซึ่งผลการวิจัยนี้สนับสนุนการบูรณาการกรอบ Maternal-Infant Attachment ของ Klaus and Kennell (1982) กับแนวคิด Becoming a Mother ของ Mercer (2004) ในการอธิบายช่วงเปลี่ยนผ่านหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกที่คลอดปกติและไม่มีภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคกลาง จึงควรพิจารณาความเหมาะสมก่อนถ่ายโอนข้อค้นพบไปยังมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน มารดาที่ผ่าตัดคลอด หรือบริบทบริการสุขภาพอื่น นอกจากนี้ ผลการศึกษาเป็นการรับรู้ที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนภายหลังคลอด จึงไม่สามารถยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของ SSC ต่อผลลัพธ์ทางกายหรือพฤติกรรมเลี้ยงบุตรในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริม SSC ในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก โดยกำหนดองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การประเมินความพร้อมและความปลอดภัยของมารดาและทารก การเริ่ม SSC โดยเร็วเมื่อไม่มีข้อห้าม การเฝ้าระวังทารกระหว่าง SSC การให้ข้อมูลที่เข้าใจง่าย และการสื่อสารเชิงบวกที่ไม่ตัดสิน
2. ด้านระบบบริการ ควรพัฒนาศักยภาพพยาบาลห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอดด้านการสื่อสารกับมารดาวัยรุ่น การสนับสนุนทางจิตสังคม และการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงจัดระบบส่งต่อข้อมูลและติดตามมารดาวัยรุ่นต่อเนื่องหลังจำหน่าย
3. ด้านการวิจัย ควรศึกษาประสบการณ์ SSC ในมารดาวัยรุ่นที่มีบริบทหลากหลาย เช่น การผ่าตัดคลอด ภาวะแทรกซ้อน หรือสถานบริการระดับต่าง ๆ และพัฒนาการวิจัยเชิงผสมหรือการวิจัยติดตามระยะยาวเพื่อประเมินความผูกพัน ความเชื่อมั่นในบทบาทมารดา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพฤติกรรมดูแลทารก

ผลประโยชน์ทับซ้อน : ไม่มี

References

- กรกนก เกื้อสกุล, นิตยา สีนสุกใส, วรรณา พาหุวัฒนกร และวิทยา ถิฐาพันธ์. (2562). ผลของการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารกภายหลังคลอดโดยเร็ว ต่อประสิทธิภาพการดูดนมของทารกและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานหนึ่งเดือน. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 37(4), 66–78.
- กรมอนามัย. (2565). รายงานประจำปี 2565 สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์.
<https://rh.anamai.moph.go.th/th/departement-yearly-report/212085>
- จงลักษณ์ ทวีแก้ว, กัลยา บัวบาน, และปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์. (2562). เนื้อแนบเนื้อสัมผัสแรกจากแม่สู่ลูก : ความสำคัญและการปฏิบัติ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 3(3), 1–10.
- ยศวดี อยู่สุข, อมราพร สุรการ, และฐาศุภร์ จันประเสริฐ. (2564). ความรักใคร่ผูกพันของมารดาวัยรุ่นต่อบุตร: มุมมองทางพฤติกรรมศาสตร์. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 27(1), 61–83.

- สุวรรณา มณีวงศ์, ฐาศุภร์ จันประเสริฐ, และนริสรา พึ่งโพสภ. (2567). การศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับตัวและเงื่อนไขของวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 30(2), 20–34.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brimdyr, K., Stevens, J., Svensson, K., Blair, A., Turner-Maffei, C., Grady, J., Bastarache, L., Al Alf, A., Crenshaw, J. T., Giugliani, E. R. J., Ewald, U., Haider, R., Jonas, W., Kagawa, M., Lilliesköld, S., Maastrup, R., Sinclair, R., Swift, E., Takahashi, Y., & Cadwell, K. (2023). Skin-to-skin contact after birth: Developing a research and practice guideline. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 112(8), 1633–43. <https://doi.org/10.1111/apa.16842>
- Cooijmans, K. H. M., Beijers, R., Brett, B. E., & de Weerth, C. (2022). Daily mother-infant skin-to-skin contact and maternal mental health and postpartum healing: A randomized controlled trial. *Scientific Reports*, 12, 10225. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-14148-3>
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., MacLure, M., Otterstad, A. M., Torrance, H., Cannella, G. S., Koro-Ljungberg, M., & McTier, T. (2017). Critical qualitative methodologies: Reconceptualizations and emergent construction. *International Review of Qualitative Research*, 10(4), 482–98. <https://doi.org/10.1525/irqr.2017.10.4.482>
- Førelund, A. M., Engesland, H., Kristoffersen, L., & Fegran, L. (2022). Postpartum experiences of early skin-to-skin contact and the traditional separation approach after a very preterm birth: A qualitative study among mothers. *Global Qualitative Nursing Research*, 9, 23333936221097116. <https://doi.org/10.1177/23333936221097116>
- Frese, B. J., & Nguyen, M. H. T. (2022). The evolution of maternal role attainment: A theory analysis. *Advances in Nursing Science*, 45(4), 323–34. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000422>
- Gupta, N., Deierl, A., Hills, E., & Banerjee, J. (2021). Systematic review confirmed the benefits of early skin-to-skin contact but highlighted lack of studies on very and extremely preterm infants. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 110(8), 2310–5. <https://doi.org/10.1111/apa.15913>
- Hoseini, A. S. S., Maleki, M., Mardani, A., & Abbasi, S. (2024). Developing the concept of maternal in teenage mothers: A hybrid model. *Frontiers in Psychology*, 14, 1246882. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1246882>
- Ionio, C., Ciuffo, G., & Landoni, M. (2021). Parent–infant skin-to-skin contact and stress regulation: A systematic review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4695. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094695>
- Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1982). *Parent-Infant Bonding*(2nd ed.). Mosby.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (1995). *Bonding building the foundation of Secure attachment and independence*. Addison-Wesley.

- Maastrup, R., Weis, J., Engsig, A. B., Johannsen, K. L., & Zoffmann, V. (2018). 'Now she has become my daughter': Parents' early experiences of skin-to-skin contact with extremely preterm infants. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 545–53. <https://doi.org/10.1111/scs.12478>
- Machold, C. A., O'Rinn, S. E., McKellin, W. H., Ballantyne, G., & Barrett, J. F. R. (2021). Women's experiences of skin-to-skin cesarean birth compared to standard cesarean birth: A qualitative study. *CMAJ Open*, 9(3), E834–40. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200079>
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 36(3), 226–32. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Quosdorf, A., Peterson, W. E., Rashotte, J., & Davies, B. (2020). Connecting with adolescent mothers: Perspectives of hospital-based perinatal nurses. *Global Qualitative Nursing Research*, 7, 2333393619900891. <https://doi.org/10.1177/2333393619900891>
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description?. *Research in nursing & health*, 23(4), 334–340. [https://doi.org/10.1002/1098-240x\(200008\)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/1098-240x(200008)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g)
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & quantity*, 52(4), 1893–907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
- Vittner, D., Cong, X., Ludington-Hoe, S. M., & McGrath, J. M. (2017). A survey of skin-to-skin contact with perinatal nurses. *Applied Nursing Research*, 33, 19–23. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.09.006>
- World Health Organization. (2020). Adolescent demographics. <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/adolescent-data/adolescent---demographics>

การพัฒนารูปแบบการดูแลสตรีระยะรอคอยเพื่อลดความปวดและความกลัว โดยใช้หลักศาสนาอิสลาม

สุธิดา คลั่งข้อง* มนัสมีน เจาะโนะ**

บทคัดย่อ

บทนำ : ความปวดและความกลัวระยะรอคอยส่งผลต่อผลลัพธ์การคลอด โดยเฉพาะในสตรีมุสลิมครรภ์แรก

วัตถุประสงค์ : 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลสตรีระยะรอคอย 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสตรีระยะรอคอยเพื่อลดความปวดและความกลัวโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม และ 3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยและพัฒนานี้ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการด้วยวิจัยเชิงคุณภาพในพยาบาล จำนวน 15 คน ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลสตรีระยะรอคอย และขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลด้วยการวิจัยแบบกึ่งทดลองในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมครรภ์แรก จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Dependent t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย : พบว่า 1) พยาบาลต้องอธิบายการจัดการความปวดและความกลัวแก่สตรีระยะรอคอยและญาติซ้ำหลายครั้ง จึงต้องการสื่อการสอนรูปแบบใหม่ที่บูรณาการมิติจิตวิญญาณ 2) รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น คือ “YARING Model” ประกอบด้วย 6 ประการ ได้แก่ ศรัทธา (Yakin) การปฏิบัติ (Amal) ความรัก (Rasa Cinta) ความรู้ (Ilmu) การขอบคุณ (Nikmat) และการเคลื่อนไหวภายใน (Gerak Batin) 3) หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวด และความกลัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล : รูปแบบ YARING Model สามารถลดความปวดและความกลัวในสตรีระยะรอคอยได้ โรงพยาบาลควรนำรูปแบบนี้ไปใช้ส่งเสริมการดูแลที่สอดคล้องกับจิตวิญญาณของสตรีมุสลิม

คำสำคัญ : ความปวดระยะรอคอย ความกลัว หลักศาสนาอิสลาม สตรีตั้งครรภ์มุสลิมครรภ์แรก

* โรงพยาบาลยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : มนัสมีน เจาะโนะ, E-mail: manusmeen.j@psu.ac.th

Received: April 16, 2026

Revised: August 28, 2026

Accepted: August 31, 2026

Development of an Islamic-Based Care Model to Reduce Pain and Fear Among Laboring Women

Suthida Khlangkhong* Manusmeen Jehnok**

Abstract

Background: Pain and fear during the waiting phase of labor can adversely affect childbirth outcomes, particularly among Muslim primigravidas.

Objectives: This study aimed to: 1) explore problems and registered nurses' needs concerning the care of women during the waiting phase of labor; 2) develop a care model based on Islamic principles to reduce pain and fear; and 3) evaluate the effectiveness of the developed model.

Methods: This research and development study comprised three phases. Phase 1 involved a qualitative study of problems and care needs among 15 registered nurses. Phase 2 focused on developing a care model for women during the waiting phase of labor. Phase 3 evaluated the model's effectiveness using a quasi-experimental design involving 52 Muslim primigravidas, who were assigned to experimental and control groups. Data were analyzed using descriptive statistics, paired-samples t-tests, and independent-samples t-tests.

Results: The findings revealed that: 1) nurses needed to constantly explain pain and fear management to women awaiting childbirth and their relatives, indicating a need for innovative educational materials integrating spiritual dimensions; 2) the developed care model, called the "YARING Model," comprised six components: faith (Yakin), practice (Amal), love (Rasa Cinta), knowledge (Ilmu), gratitude (Nikmat), and inner movement (Gerak Batin); and 3) after the intervention, the experimental group had significantly lower mean pain and fear scores than the control group ($p < .05$).

Conclusion: The YARING Model effectively reduced pain and fear among women during the waiting phase of labor. Hospitals should implement this model to promote care that aligns with the spiritual values of Muslim women.

Keywords: Labor pain, childbirth fear, Islamic principles, Muslim primigravidae

* Yaring Hospital, Pattani Province

** Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus

Corresponding Author: Manusmeen Jehnok, E-mail: manusmeen.j@psu.ac.th

บทนำ

ความปวดระยะรอคอยเป็นอาการธรรมชาติของกระบวนการคลอดที่สตรีระยะรอคอยทุกคนต้องเผชิญ สาเหตุจากการหดตัวของมดลูกและการเปิดขยายของปากมดลูก ขณะที่มดลูกหดตัวจะส่งผลให้หลอดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อมดลูกถูกกดทับทำให้กล้ามเนื้อมดลูกขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวกระตุ้นให้สตรีระยะคลอดรู้สึกปวดสัมพันธ์กับจังหวะการหดตัวและคลายตัวของมดลูก (ปิยะนุช ชูโต, 2563) โดยความปวดระดับมากทำให้ระดับฮอร์โมนอิพิเนพรีน และคอร์ติซอลในร่างกายของสตรีระยะรอคอยสูงขึ้น ส่งผลต่อการหดตัวของมดลูกไม่สม่ำเสมอ ทำให้ระยะที่ 1 ของการคลอดนาน ภาวะดังกล่าวทำให้สตรีระยะรอคอยต้องเผชิญความปวดยาวนานก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ความเครียด ความกลัว ทำให้สตรีระยะรอคอยบางคนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ นำไปสู่การขอยุติการคลอด หรือการคลอดโดยสูติศาสตร์หัตถการ ซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ได้ (Cunningham et al., 2022) ความปวดระยะรอคอยเป็นสาเหตุทำให้สตรีกลัวการคลอด โดยสตรีที่มีความกลัวต่อการคลอดระดับสูงจะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 2.68 เท่า (Wattanawilaikul et al., 2025) และสตรีที่มีประสบการณ์การคลอดเชิงลบจะส่งผลต่อระดับความรุนแรงของความปวดนำไปสู่การเกิด “ภาวะกลัวการคลอด” (Wigert et al., 2020) จากการสำรวจทั่วโลกพบอุบัติการณ์ความกลัวการคลอดร้อยละ 14 (O’Connell et al., 2017) ขณะที่ประเทศไทยพบความชุกของภาวะกลัวการคลอดระดับรุนแรงสูงถึงร้อยละ 19.5 (Wattanawilaikul et al., 2025) โดยพบสูงในสตรีครรภ์แรกพบร้อยละ 43 และสตรีครรภ์หลังพบร้อยละ 33.6 เนื่องจากสตรีครรภ์แรกขาดประสบการณ์การคลอดจึงมีความวิตกกังวลต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของตนเองและทารก (O’Connell et al., 2019)

การดูแลสตรีระยะรอคอยเพื่อลดความปวดและความกลัว เป็นบทบาทอิสระที่สำคัญอย่างยิ่งของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะในระยะที่ 1 ของการคลอดซึ่งเป็นระยะที่ยาวนานที่สุดของการคลอด ปัจจุบันมีแนวทางการพยาบาลสตรีระยะรอคอยเพื่อลดความปวดหลากหลายวิธีทั้งการใช้ยา และการไม่ใช้ยาเพื่อตัดวงจร “ความกลัว ความเครียด ความปวด (fear tension pain cycle) เช่น การนวด การใช้เทคนิคการหายใจ การฝึกสมาธิ และการให้สามีร่วมฝึกทักษะการจัดการความปวดด้วยสมาธิ (Ahmadi & Bagheri, 2017; Veringa-Skiba et al., 2022) การเตรียมความพร้อมก่อนคลอด (Munkhondya et al., 2020) และการจัดการความปวดในระยะคลอด (ชนิษฐา เมฆมงคล และ อารีรัตน์ วิเชียรประภา, 2561) ซึ่งรูปแบบการพยาบาลดังกล่าวเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้สตรีระยะรอคอยสามารถเผชิญกับความปวดและความกลัวในระยะคลอดอย่างมั่นใจและสามารถตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของสตรีระยะรอคอยได้ แต่อย่างไรก็ตามสตรีระยะรอคอย และครอบครัวที่นับถือศาสนาอิสลามในบริบทสามจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทยมีความเชื่อ และความศรัทธาเกี่ยวกับการนำหลักคำสอนของศาสนามาปรับใช้ในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะในภาวะที่มีความเจ็บปวด หรือภาวะกลัวจึงมีความจำเป็นที่พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดจะต้องมีความรู้ และทักษะในการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับมิติจิตวิญญาณ จากการทบทวนพบการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลเพื่อลดความปวด และความกลัวในสตรีระยะรอคอยที่สอดคล้องกับศาสนาอิสลาม เช่น การกล่าวซิกิรุลลอฮ์ (การรำลึกถึงอัลลอฮ์) (นูไรอัน ฮิเต และคณะ, 2566) การอ่านอัลกุรอานร่วมกับการจัดทำ การหายใจ และการลูบหน้าท้อง (Desmawati et al., 2020)

โรงพยาบาลยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ที่ให้บริการสุขภาพภายใต้บริบทพหุวัฒนธรรม โดยอนุญาตให้สามีและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสตรีระยะรอคอย ผู้รับบริการส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 95.7 จากสถิติการคลอดระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 พบจำนวน 847, 779 และ 652 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลยะหริ่ง, 2568) แม้จำนวนการคลอดมีแนวโน้มลดลง แต่สตรีระยะรอคอยทุกรายยังคงเผชิญกับความปวดและความกลัว แม้ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน เช่น การให้ข้อมูลการคลอด

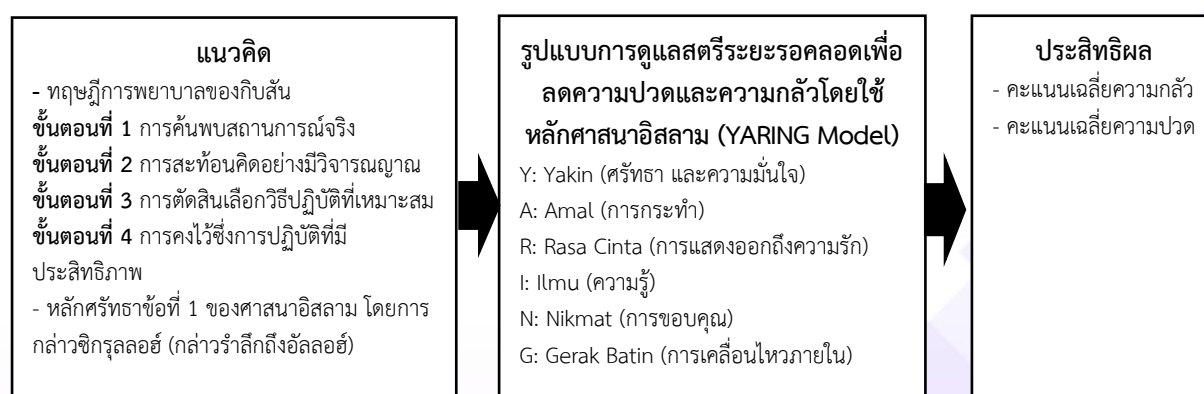
การสอนเทคนิคการหายใจ และการสนับสนุนด้านอารมณ์จากสามีและครอบครัวอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม การดูแลที่ผ่านมายังขาดการบูรณาการมิติจิตวิญญาณตามหลักศาสนาอิสลาม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความปวดและความกลัวในระยะรอคลอด (Desmawati et al., 2020) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลสตรีระยะรอคลอดเพื่อลดความปวดและความกลัว โดยใช้หลักศาสนาอิสลาม “หลักศรัทธาข้อที่ 1” ผ่านการกล่าวซิกรุลลอฮ์ (การรำลึกถึงอัลลอฮ์) การนั่งสมาธิ การฝึกการหายใจตามระยะความก้าวหน้าของการคลอด การสอนเกี่ยวกับบทขอพร (ดุอาร์) เพื่อลดปวด การกล่าวขอบคุณ (อัลฮัมดุลิลลาฮ) การให้สามีหรือญาติมีส่วนร่วมในการนวด และการให้สามีทำการละหมาดซุโกร์ (ละหมาดขอบคุณอัลลอฮ) โดยบูรณาการร่วมกับทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ในการส่งเสริมให้สามีและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการนวด การลูบหน้าท้อง เพื่อสร้างความมั่นใจในการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาเกี่ยวกับการใช้หลักศาสนาอิสลามเพื่อลดความปวดและความกลัวต่อการคลอด แต่ยังคงขาดงานวิจัยที่บูรณาการทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมสามีและครอบครัวร่วมดูแลด้วยการนวด การลูบหน้าท้อง และการละหมาดซุโกร์ (ละหมาดขอบคุณอัลลอฮ) การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งหวังที่จะสร้างรูปแบบการดูแลที่เป็นมาตรฐานสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของสตรีระยะรอคลอดมุสลิม เพื่อลดความปวดและความกลัวได้อย่างยั่งยืนในบริบทพุทธวัฒนธรรม

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลสตรีระยะรอคลอดเพื่อลดความปวดและความกลัวโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสตรีระยะรอคลอดเพื่อลดความปวดและความกลัวโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเพื่อลดความปวดและความกลัวโดยใช้หลักศาสนาอิสลามในสตรีระยะรอคลอด
 - 3.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดและความกลัวก่อนและหลังการทดลอง
 - 3.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดและความกลัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริงเพื่อพัฒนาการรับรู้ภาวะการดูแล ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ร่วมกับหลักศาสนาอิสลามเรื่องหลักศรัทธาโดยเลือกเฉพาะข้อที่ 1 คือ เป็นการระลึกถึงอัลลอฮ์ด้วยคำพูดหรือการกระทำที่แสดงความเคารพและภักดี ในรูปแบบการกล่าวซิกรุลลอฮ์ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอนดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลสตรีระยะรอคอยคลอด เพื่อลดความปวดและความกลัวโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม

วิธีเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลยะหริ่ง จำนวน 15 คน โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) ได้รับมอบหมายในการปฏิบัติงานเวรเช้า บ่าย ดึก และ 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องคลอดอย่างน้อย 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์รายบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านมีปัญหาอะไรบ้างในการดูแลสตรีครรภ์แรกเกี่ยวกับความปวดและความกลัวในระยะ รอคอยคลอด และ 2) ท่านมีความต้องการให้หน่วยงานช่วยเหลือหรือสนับสนุนอย่างไรบ้าง และเครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าห้องคลอด และพยาบาลประจำห้องคลอด จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำห้องคลอด จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง

เก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายได้รับการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อคน เมื่อสัมภาษณ์เสร็จ ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

วิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree and Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลสตรีระยะรอคอยคลอดเพื่อลดความปวดและความกลัวโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลสตรีระยะรอคอยคลอดเพื่อลดความปวดและความกลัวโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม

2. จัดสนทนากลุ่ม (Focus group) จำนวน 1 ครั้ง ผู้ให้ข้อมูลเป็นหัวหน้าห้องคลอดและพยาบาลประจำห้องคลอด จำนวน 5 คน ประเด็นคำถามเกี่ยวกับแนวทางการดูแลสตรีระยะรอคอยคลอดเพื่อลดความปวดและความกลัวโดยใช้หลักศาสนาอิสลามใช้เวลา 1 ชั่วโมง เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

3. นำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 และข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 2 มาสรุป วิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นารพัฒนารูปแบบการดูแลสตรีระยะรอคอยคลอดเพื่อลดความปวดและความกลัวโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม

4. นำรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านผดุงครรภ์ จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้านสูติกรรม จำนวน 1 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง

(Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.67–1.00 มีข้อเสนอแนะในประเด็นการสอนสามีหรือบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับการนวดบรรเทาปวด

5. นำรูปแบบการดูแลสตรีระยะรอคลอดเพื่อลดความปวดและความกลัวโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม ฉบับสมบูรณ์หาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญพบว่า รูปแบบที่ยกร่างขึ้นมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการร้อยละ 100

6. นำรูปแบบการดูแลสตรีระยะรอคลอดเพื่อลดความปวดและความกลัวโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม ฉบับสมบูรณ์ไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสตรีระยะรอคลอดเพื่อลดความปวดและความกลัว โดยใช้หลักศาสนาอิสลาม ขั้นตอนนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pre-test Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี ปี พ.ศ. 2568 จำนวน 628 คน โดยคัดเลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ครรภ์แรก 2) อายุครรภ์ 37–41 สัปดาห์ 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน 4) ตั้งครรภ์เดี่ยว และ 5) นับถือศาสนาอิสลาม และมีการกำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกห้วงรอคลอด เช่น ระยะรอคลอดล่าช้า ทารกขาดออกซิเจน และ 2) ต้องใช้ยาลดปวดระหว่างรอคลอด

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์มุสลิมครรภ์แรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี ระหว่างเดือน ตุลาคม 2568 ถึง มกราคม 2569 คำนวณกลุ่มตัวอย่างคำนวณ โดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul et al., 2007) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ (effect size) = 0.8 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 42 คน ผู้วิจัยป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน ได้รับการคัดเลือกแบบต่อเนื่อง (Consecutive sampling) และสุ่มจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการจับฉลาก (Simple random allocation) กลุ่มละ 26 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลสตรีระยะรอคลอดเพื่อลดความปวดและความกลัว โดยใช้หลักศาสนาอิสลาม (YARING Model) ประกอบด้วย Yakin (ศรัทธา) Amal (การกระทำ) Rasa Cinta (การแสดงออกถึงความรัก) Ilmu (ความรู้) Nikmat (การขอบคุณ) Gerak Batin (การเคลื่อนไหวภายใน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดระดับความเจ็บปวดแบบตัวเลข (Numeric rating Scale: NRS) เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่โรงพยาบาลใช้ในการประเมินความปวดสตรีระยะรอคลอด มี 10 ระดับ หมายเลข 0 หมายถึง ไม่มีความเจ็บปวด และหมายเลข 10 หมายถึง มีความปวดมากที่สุด และ 3) แบบประเมินความกลัวการคลอดบุตร ผู้วิจัยสร้างเอง มีจำนวน 17 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้ 0 หมายถึง ไม่กลัวเลย และ 4 หมายถึง กลัวมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบวัดระดับความเจ็บปวดและ แบบประเมินความกลัวการคลอดบุตร ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านผดุงครรภ์ 1 คน และ พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้านสูติกรรม 1 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67– 1 ทั้ง 2 ฉบับ

และหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการทดลองใช้กับสตรีระยะรอคลอดที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย พบว่าแบบวัดระดับความเจ็บปวดแบบตัวเลข มีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์จากการสอบซ้ำ (Test-Retest Reliability) เท่ากับ .98 และ แบบประเมินความกลัวการคลอด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เอกสารรับรอง No.038/68 ลงวันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 ถึง 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2569

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ภายหลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการจับฉลากกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสลับกัน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย พร้อมลงนามยินยอม ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินระดับความเจ็บปวดขณะรอคลอด และประเมินความกลัวการคลอดบุตร

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการในกลุ่มทดลอง

YARING MODEL	กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	การประเมินผล
Y คือ Yakin or Faith and Certainty (ศรัทธาและความมั่นใจ)	1. ให้ความรู้เกี่ยวกับความศรัทธา 2. ฝึกนั่งสมาธิและฝึกกล่าวซิกรุลลอฮ์ (15 นาที)	1. พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับความศรัทธา เช่น พุทธศุภเรื่องศรัทธาในช่วงคลอด 2. ฝึกให้สตรีระยะรอคลอดนั่งสมาธิร่วมกับการฝึกกล่าวซิกรุลลอฮ์ (กล่าวรำลึกถึงอัลลอฮ์)	1. สตรีระยะรอคลอดกล่าวรำลึกถึงอัลลอฮ์ 2. นั่งสมาธิ และกำหนดลมหายใจได้ถูกต้อง
A คือ Amal or Actions (การกระทำ)	1. ฝึกเทคนิคการหายใจ	1. ให้สตรีระยะรอคลอด ฝึกเทคนิคการหายใจ	1. หายใจลดปวดได้ถูกต้อง
R คือ Rasa Cinta or Expressing Love (การแสดง ออกถึงความรัก)	2. ฝึกการนวด (30 นาที) 1. สนับสนุนความผูกพันระหว่างแม่ลูก (10 นาที)	2. ฝึกเทคนิคการนวดให้แก่สามีหรือผู้ดูแล 1. ให้สตรีระยะรอคลอดวางมือลงบนหน้าท้องแล้วลูบท้องเบาๆ พุทศุภกับลูกด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน 2. เสริมด้วยดุอาร์ رَبِّ يَسِّرْ وَلِ تَعَسِّرْ وَتَمِّمْ بِالْخَيْرِ (โอ้ พระผู้เป็นเจ้า ขอให้การคลอดเป็นไปอย่างง่ายดายและไม่ยากลำบาก และขอให้เสร็จสิ้นไปด้วยดี) เพื่อให้ให้สตรีระยะรอคลอดรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย	2. คะแนนความปวดลดลง 1. คะแนนความปวดและความกลัวลดลง
I คือ Ilmu or Knowledge (ความรู้)	1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด (15 นาที)	1. พยาบาลให้ความรู้สตรีระยะรอคลอดเกี่ยวกับกระบวนการคลอดแต่ละระยะ เพื่อลดความกลัวความปวด	1. คะแนนความปวดและความกลัวลดลง
N คือ Nikmat or Gratitude (การขอบคุณ)	1. ฝึกกล่าวขอบคุณอัลลอฮ์ (อัลฮัมดุลิลลาฮ์) (10 นาที)	1. ฝึกให้สตรีระยะรอคลอดกล่าว “อัลฮัมดุลิลลาฮ์” เมื่อรับรู้ถึงความเมตตาของอัลลอฮ์ โดยส่งเสริมให้สามีร่วมละหมาดซูโกราเพื่อขอบคุณ	1. คะแนนความกลัวลดลง
G คือ Gerak Batin or Inner Movement (การเคลื่อนไหวภายใน)	1. การจินตนาการและการรำลึกถึงพระเจ้า (15 นาที)	1. ให้สตรีระยะรอคลอด จินตนาการถึงภาพที่สงบและสวยงาม เช่น บ้านที่อบอุ่น	1. คะแนนความปวดและความกลัวลดลง

ขั้นตอนการในกลุ่มควบคุม

อธิบายสตรีรโรคหลอดเลือดและผู้ป่วยเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด เทคนิคการบรรเทาปวด และอนุญาตให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลสตรีระยะคลอด

ขั้นหลังการทดลอง

ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดระดับความเจ็บปวด และแบบประเมินความกลัวการคลอดบุตร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ และสถิติ Independent t-test
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดและคะแนนเฉลี่ยความกลัว ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Dependent t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test โดยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลมีทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Shapiro-Wilk test; $p=.403$ และ $.345$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพ

1. ปัญหาในการดูแลสตรีครรภ์แรกเกี่ยวกับความปวดและความกลัวในระยะคลอดพบว่า พยาบาลจะต้องอธิบายสตรีระยะคลอดและญาติหลายครั้งเกี่ยวกับการจัดการความปวดและความกลัวระยะคลอดดังคำพูดต่อไปนี้

“คนไข้กับญาติไม่เข้าใจ ต้องบอกหลายครั้ง เรื่องเดิมเกี่ยวกับระยะคลอด” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“มารดาครรภ์แรก เกิดความกลัว กังวล มากกว่าปกติ ทำให้ต้องมีการอธิบาย หลายๆรอบและญาติที่มาเฝ้าไม่ใช่คนเดิม” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

“มารดาครรภ์แรกหรือผู้คลอดด้วยรุ่น ต้องแนะนำเรื่องลดความปวดซ้ำๆ เนื่องจากไม่มีประสบการณ์หรือยอมรับความเจ็บปวดไม่ได้ ทำให้มีญาติต้องมาตามไปดูแลคลอดและอธิบายบ่อย” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15

2. ความต้องการให้หน่วยงานช่วยเหลือหรือสนับสนุนในการดูแลสตรีครรภ์แรกเกี่ยวกับความปวดและความกลัวในระยะคลอด พบว่าพยาบาลต้องการรูปแบบการพยาบาลโดยเฉพาะสื่อการสอนรูปแบบใหม่ที่เชื่อมด้านจิตวิญญาณสำหรับสอนสตรีระยะคลอดและครอบครัว ดังคำพูดต่อไปนี้

“ควรมีวิดีโอในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการคลอดและวิธีบรรเทาอาการปวด” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“ควรมีบอร์ดอธิบายวิธีการบรรเทาอาการเจ็บปวด แนะนำให้เปิดกรุอานมีหนังสือกรุอานให้คนไข้และญาติได้อ่าน” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13

“อยากให้มีแนวทางเกี่ยวกับวิธีการลดปวด และตุ๋นเกี่ยวกับการคลอดและที่ห้องคลอด” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลสตรีระยะคลอดเพื่อลดความปวดและความกลัวโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม

1. รูปแบบการดูแลสตรีระยะคลอดเพื่อลดความปวดและความกลัวโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม YARING Model ประกอบด้วย 1) Yakin หมายถึง ศรัทธา และความมั่นใจ 2) Amal หมายถึง การกระทำ 3) Rasa Cinta หมายถึง การแสดงออกถึงความรัก 4) Ilmu หมายถึง ความรู้ 5) Nikmat หมายถึง การขอบคุณ และ 6) Gerak Batin หมายถึง การเคลื่อนไหวภายใน ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลสตรีระยะรอคอยเพื่อลดความปวดและความกลัวโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสตรีระยะรอคอยเพื่อลดความปวดและความกลัวโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สตรีระยะรอคอยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะข้อมูลทั่วไปใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20–34 ปี (ร้อยละ 96.16 และ 88.47 ตามลำดับ) มีสถานภาพคู่ทุกคน และมีความพร้อมในการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 100 และ 96.15 ตามลำดับ) ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 53.84 และ 46.15) ประกอบอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 50.00 และ 53.84) อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย (ร้อยละ 69.23 และ 57.69) มีรายได้ครอบครัวระหว่าง 6,000–15,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 42.30 และ 46.20) และมีการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลครบตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 53.84 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 38.46 ในกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม พบว่าลักษณะข้อมูลทั่วไป ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. ประสิทธิภาพรูปแบบการดูแลสตรีระยะรอคอยเพื่อลดความปวดและความกลัวโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดและความกลัวก่อนและหลังการทดลองโดยใช้ paired t-test พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดและความกลัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนเฉลี่ยความปวดและความกลัวลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ตามลำดับ เฉพาะในระยะ Latent phase ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดและความกลัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ paired t-test (n=52)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	(n=26)		(n=26)			
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง						
ความปวด						
Latent Phase	6.19	1.69	5.00	1.54	10.72	<.001*
Active Phase	9.58	0.80	8.35	1.05	6.91	<.001*
ความกลัว						
Latent phase	9.76	2.48	6.73	2.37	20.02	<.001*
Active phase	20.19	5.12	13.88	4.95	18.50	<.001*
กลุ่มควบคุม						
ความปวด						
Latent Phase	5.73	1.40	5.42	1.52	2.85	0.01*
Active Phase	9.65	0.68	9.23	0.95	2.51	0.01*
ความกลัว						
Latent phase	9.30	2.49	8.57	2.77	2.90	<.001*
Active phase	21.19	5.19	21.80	5.19	-1.21	0.23 ^{ns}

2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดและความกลัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความปวด และความกลัวไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยความปวดระยะ Latent Phase ไม่มีความแตกต่างกัน ($p>.05$) แต่ระยะ Active Phase กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับคะแนนเฉลี่ยความกลัวพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวด และความกลัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test (n=52)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=26)		กลุ่มควบคุม (n=26)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ความปวด						
Latent Phase	6.19	1.69	5.73	1.40	1.06	0.29 ^a
Active Phase	9.58	0.80	9.65	0.68	-0.36	0.71 ^a
ความกลัว						
Latent phase	9.76	2.48	9.30	2.49	0.66	0.50 ^a
Active phase	20.19	5.12	21.80	5.19	11.29	0.26 ^a
หลังการทดลอง						
ความปวด						
Latent Phase	5.00	1.54	5.42	1.52	-0.99	0.16 ^b

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=26)		กลุ่มควบคุม (n=26)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
Active Phase	8.35	1.05	9.23	0.95	-3.17	<.001* ^b
ความกลัว						
Latent phase	6.73	2.37	8.57	2.77	-2.57	0.01* ^b
Active phase	13.88	4.95	21.19	5.19	-5.19	<.001* ^b

a=1-tailed, b= 2 tailed

อภิปรายผล

1. สภาพปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลสตรีระยะรอคลอดเพื่อลดความปวดและความกลัวโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม คือ พยาบาลจะต้องอธิบายสตรีระยะรอคลอดและญาติเกี่ยวกับเรื่อง การจัดการความปวด และความกลัวหลายครั้งเนื่องจากสตรีระยะรอคลอดและญาติขาดความรู้ในการเตรียมตัวคลอดในมิติด้านจิตวิญญาณที่เชื่อมกับหลักศาสนาอิสลาม และการมีญาติหลายคนสลับกันดูแล พยาบาลจึงต้องการสื่อการสอนที่บูรณาการมิติจิตวิญญาณซึ่งใช้ในการทำพิธีตามหลักศาสนาอิสลามในชีวิตประจำวัน และสื่อที่สามารถติดตามได้ง่ายผู้คลอดเช่น บทสวดขอพร (ดุอาร์) ลดปวดเพื่อนำมาปรับใช้สำหรับการให้ความรู้สตรีระยะรอคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Kizilirmak & Başer (2016) ที่พบว่าการให้ความรู้ผ่านสื่อที่เตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบช่วยลดความกลัวการคลอดและเพิ่มความมั่นใจในสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. รูปแบบการดูแลสตรีระยะรอคลอดเพื่อลดความปวดและความกลัวโดยใช้หลักศาสนาอิสลามคือ YARING Model เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นให้สอดคล้องกับการปฏิบัติศาสนากิจประจำวันของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม โดยการสร้างพลังอำนาจผ่านศรัทธาและความรู้ (Yakin & Ilmu) เริ่มต้นด้วย Yakin (ศรัทธา) และ Ilmu (ความรู้) สอดคล้องกับขั้นตอนการเข้าถึงทรัพยากรของกิบนัน โดยการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอดควบคู่กับความเชื่อมั่นในพระเจ้า ช่วยเปลี่ยนความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ให้เป็นความเข้าใจและยอมรับส่งผลให้สตรีมีความตระหนักรู้สูงขึ้นในการจัดการกับความเจ็บปวด และการปฏิบัติการทางกายและจิตวิญญาณ (Amal & Gerak Batin) การนำการกระทำ (Amal) เช่น การจัดทำ การหายใจ การซิกรุลลอฮ์ การขอพร (ดุอาร์) และการทำสมาธิ มาใช้ในระยะรอคลอด มีผลโดยตรงในการยับยั้งวงจร Fear-Tension-Pain (ความกลัว-ความตึงเครียด-ความปวด) ซึ่งความกลัว (Fear) จะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ส่งผลให้กล้ามเนื้อตึงเครียดเกิดความตึงเครียด (Tension) และขัดขวางการเปิดขยายของปากมดลูก ทำให้อาการปวด (Pain) มีความรุนแรงขึ้น (Ahmadi & Bagheri, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาในมิติจิตวิญญาณ ผลการวิจัยยืนยันว่าการใช้หลักศาสนา เช่น การดุอาร์หรือการรำลึกถึงพระเจ้าและการอ่านกรูอ่าน ช่วยให้สตรีระยะรอคลอดมีการทนต่อความปวดสูงขึ้น และลดอัตราการใช้ยาระงับปวดในระยะ Active phase ได้อย่างชัดเจน (Desmawati et al., 2020; Veringa-Skiba et al., 2022)

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลเพื่อลดความปวดและความกลัวโดยใช้หลักศาสนาอิสลามในสตรีระยะรอคลอด สามารถอภิปรายผลดังนี้

3.1 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดและความกลัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งในระยะ Latent และ Active phase เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ความกลัวในระยะ Active phase ไม่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สามารถอธิบายตามทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของกิบนัน เนื่องจากกระบวนการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นช่วยให้สตรีระยะรอคลอดสามารถเข้าถึงทรัพยากร

ด้านข้อมูล ความรู้ และสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนความรู้ต่อสถานการณ์จากความคุกคามเป็นการเผชิญหน้าอย่างมีสติ และเมื่อบุคคลได้รับแรงสนับสนุนและข้อมูลที่เพียงพอจะเกิดความมั่นใจในสมรรถนะของตนเองในการจัดการกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Abd El-Kader (2024) ที่พบว่าการจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมเพื่อเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีครรภ์แรก ช่วยเพิ่มระดับความมั่นใจในตนเอง ทำให้สตรีระยะรอคลอดสามารถควบคุมตนเองในระยะ Active phase ซึ่งเป็นระยะที่มีความปวดรุนแรงได้ดี ส่งผลให้ระยะเวลาการคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม

3.2 คะแนนเฉลี่ยความปวดและความกลัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความปวดและความกลัวไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p>.05$) ทั้งในระยะ Latent และ Active phase แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยความปวดในระยะ Active Phase ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ขณะที่ระยะ Latent Phase ไม่พบความแตกต่าง ซึ่งอธิบายได้ว่า ในระยะ Active Phase เป็นช่วงที่มดลูกหดตัวรุนแรงและถี่ขึ้น สตรีระยะรอคลอดส่วนใหญ่ที่ไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมจะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ แต่สตรีระยะรอคลอดที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบ YARING Model ที่เน้นการสร้างพลังอำนาจร่วมกับการดูแลด้านมิติจิตวิญญาณ (Zikrullah) โดยการระลึกถึงพระเจ้า และการทำสมาธิจะสามารถปรับสภาวะทางจิตใจให้เข้าสู่ความสงบ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการที่ว่า "กล้ามเนื้อที่ผ่อนคลายจะลดการส่งสัญญาณความปวดไปยังสมอง" การตอบสนองทางสรีรวิทยานี้ช่วยลดระดับฮอร์โมน Catecholamines, Epinephrine และ Norepinephrine ที่ยับยั้งการทำงานของมดลูก และส่งเสริมการหลั่ง Oxytocin และ Endorphins ตามธรรมชาติ ทำให้การหดตัวของมดลูกมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Dick-Read, 1984) และทำให้สตรีระยะรอคลอดมีพลังจิตใจที่เข้มแข็งพร้อมรับมือกับระดับความปวดที่เพิ่มขึ้นได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$) ทั้งในระยะ Latent และ Active phase แสดงให้เห็นว่า YARING Model โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านความรู้ (Ilmu) และความศรัทธา (Yakin) สามารถปรับเปลี่ยนการรับรู้ความกลัวได้อย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการคลอด ช่วยให้สตรีรู้สึกปลอดภัยและมีความมั่นใจในสภาพแวดล้อมพหุวัฒนธรรมของโรงพยาบาลสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ahmadi and Bagheri (2017) พบว่าเตรียมความพร้อมก่อนคลอด ช่วยลดระดับความกลัวและความวิตกกังวลของการคลอดได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

รูปแบบ YARING Model สอดคล้องกับการปฏิบัติศาสนกิจของศาสนาอิสลามทำให้พยาบาลสามารถให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของสตรีระยะคลอดมุสลิมเพื่อลดความปวดและความกลัวได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

รูปแบบ YARING Model พยาบาลเป็นผู้นำกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ยกเว้นบทสวดขอพร (ดุอาร์) ที่พัฒนาสื่อติดประจำเตียง จึงไม่สามารถลดระยะเวลาการให้การพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำรูปแบบ YARING Model ใช้กับโรงพยาบาลที่มีบริบทมุสลิม เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางในการดูแลสตรีระยะรอคลอดตามหลักความศรัทธาในการจัดการความปวดและความกลัวที่เป็นมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนานวัตกรรม หรือแอปพลิเคชัน ในการให้ความรู้และฝึกทักษะตามรูปแบบ YARING Model มอบให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอด

ผลประโยชน์ทับซ้อน : ไม่มี

References

- ชนิษฐา เมฆกมล, และ อาริรัตน์ วิเชียรประภา. (2561). บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาวัยรุ่น. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี*, 12(2), 69–77.
- นุไรฮัน ฮิเต, สุรีย์พร กฤษเจริญ, และ วรางคณา ชัชเวช. (2566). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการกล่าวสิริกุลลอฮ์ต่อความกลัว ความปวด และเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดของผู้คลอดมุสลิมครั้งแรก. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 15(1), 121–40.
- ปิยะนุช ชูโต (บ.ก.). (2563). *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีในระยะคลอดและหลังคลอด*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลยะหริ่ง. (2568). *รายงานสถิติการคลอดประจำปี พ.ศ. 2564-2567*. งานห้องคลอด โรงพยาบาลยะหริ่ง.
- Abd El-Kader, A. I. (2024). Effectiveness of childbirth self-efficacy enhancing classes on labor length and outcomes among Egyptian primiparous women: A quasi-experimental study. *SAGE Open Nursing*, 10, 23779608241288755. <https://doi.org/10.1177/23779608241288755>
- Ahmadi, L., & Bagheri, F. (2017). The effectiveness of educating mindfulness on anxiety, fear of delivery, pain catastrophizing and selecting caesarean section as the delivery method among nulliparous pregnant women. *Nurs. pract. today*, 4(1), 52–63.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed)*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (Eds.). (1992). *Doing qualitative research*. Sage Publications, Inc.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2022). *Williams obstetrics (26th ed.)*. McGraw-Hill Education.
- Desmawati, Kongsuwan, W., & Chatchawet, W. (2019). Effect of nursing intervention integrating an Islamic praying program on labor pain and pain behaviors in primiparous Muslim women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(3), 220–6. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_36_18
- Dick-Read, G. (1984). *Childbirth without fear (5th ed.)*. Harper & Row.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–91. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children.

- Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201–10. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x>
- Kızılırmak, A., & Başer, M. (2016). The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied Nursing Research*, 29, 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.04.002>
- Munkhondya, B. M. J., Munkhondya, T. E., Chirwa, E., & Wang, H. (2020). Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2717-5>
- O'Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Khashan, A. S., Kenny, L. C., & O'Neill, S. M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: Systematic review and meta-analysis. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 96(8), 907–20. <https://doi.org/10.1111/aogs.13138>
- O'Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Kenny, L. C., O'Neill, S. M., & Khashan, A. S. (2019). The prevalence and risk factors of fear of childbirth among pregnant women: A cross-sectional study in Ireland. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 98(8), 1014–23. <https://doi.org/10.1111/aogs.13599>
- Veringa-Skiba, I. K., Ziemer, K., de Bruin, E. I., de Bruin, E. J., & Bögels, S. M. (2022). Mindful awareness as a mechanism of change for natural childbirth in pregnant women with high fear of childbirth: A randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04380-0>
- Wattanawilaikul, R., Benchahong, S., Chanthasenanont, A., Niumpradit, T., Pongrojapaw, D., & Suwannarurk, K. (2025). Prevalence of fear of childbirth among nulliparous women. *J Med Assoc Thai*, 108(2), 143–50. <https://doi.org/10.35755/jmedassocthai.2025.2.143-150-01793>
- Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M., & Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: A metasynthesis of qualitative studies. *Int. J. Qual. Stud. Health Well-being*, 15(1), 1704484. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>

การพัฒนาแบบการสร้างความรอบรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ในนักศึกษามหาวิทยาลัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วีระพงษ์ เรียบพร* อารยา ศรีสาพันธ์* เกศรา เจริญคำ*
อรอนงค์ คงอาษา* ศรัณยา พันธุ์โยธา**

บทคัดย่อ

บทนำ : ปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตจึงสำคัญต่อการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายไปทดลองใช้ในนักศึกษามหาวิทยาลัย

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ความรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในนักศึกษา ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 430 คน 2) นำผลการศึกษาระยะที่ 1 มาพัฒนารูปแบบกิจกรรม 4 แผนการเรียนรู้ และ 3) ประเมินความเป็นไปได้ด้วยการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : พบว่า นักศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย 10.95 จาก 15 คะแนน โดยผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50.93 ด้านการตระหนักรู้ คะแนนเฉลี่ย 3.53 จาก 5 คะแนน และด้านทัศนคติ คะแนนเฉลี่ย 5.30 จาก 7 คะแนน โดยทั้ง 2 ด้าน มีผู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 58.37 สะท้อนว่านักศึกษาบางส่วนยังควรได้รับการส่งเสริมความรู้ ผู้วิจัยจึงนำมาพัฒนารูปแบบตามแนวคิด LOSS ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยแผนการเรียนรู้ 4 แผน ครอบคลุมลักษณะและสัญญาณ สาเหตุและธรรมชาติ ปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนการป้องกันและการรักษา ผลการประเมินความเป็นไปได้โดยผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า รูปแบบมีความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหา ขั้นตอน กิจกรรม และระยะเวลา

สรุปผล : รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากข้อมูลสถานการณ์และกระบวนการมีส่วนร่วม ได้รับความคิดเห็นเชิงบวกจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องด้านเนื้อหา กระบวนการ กิจกรรมการเรียนรู้ และควรนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบการสร้างความรอบรู้ การป้องกันการฆ่าตัวตาย นักศึกษามหาวิทยาลัย
การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

* ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

** นักวิจัยอิสระ

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : วีระพงษ์ เรียบพร, E-mail: nocky_v_hero@hotmail.com

Development of Suicide Prevention Literacy Among University Students: Action Research

Veerapong Riabporn* Araya Srisapun* Kadsara Cheangkha*
Ornanong Khongarsa* Saranya Punyota**

Abstract

Background: Mental health problems among adolescents are increasing. Promoting mental health literacy is therefore essential for appropriate self-care.

Objectives: To examine the current situation, develop a model, and assess the feasibility of piloting a suicide prevention literacy model among university students.

Methods: This action research comprised three phases. First, suicide prevention literacy was assessed among 430 students using a questionnaire with established content validity and reliability. Second, the findings from Phase 1 were used to develop a model consisting of four learning plans. Third, the model's feasibility was assessed through a focus group discussion. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results: The students' mean knowledge score was 10.95 out of 15, with 50.93% meeting the criterion. The mean awareness and attitude scores were 3.53 out of 5 and 5.30 out of 7, respectively, with 58.37% meeting the criterion in both domains. These findings indicated that some students required further development of suicide prevention literacy. Accordingly, a model based on the Literacy of Suicide Scale (LOSS) and participatory learning was developed. It comprised four learning plans covering characteristics and warning signs, causes and nature, risk factors, and prevention and treatment. Experts considered the model appropriate in terms of its content, procedures, activities, and duration.

Conclusion: The model, developed from the situational findings and a participatory process, received positive feedback from experts and relevant stakeholders regarding its content, procedures, and learning activities. It should be piloted among university students to evaluate its effectiveness.

Keywords: Suicide prevention literacy model, suicide prevention, university students, action research

* Mental Health Center 8th, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

** Independent Researcher

Corresponding Author: Veerapong Riabporn, E-mail: nocky_v_hero@hotmail.com

บทนำ

พฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นปรากฏการณ์ทางสุขภาพจิตที่มีความซับซ้อนและเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยหลายมิติ ตามแนวคิด Biopsychosocial Model ซึ่งอธิบายความเกี่ยวข้องของปัจจัยทางชีวภาพ เช่น พันธุกรรม การทำงานของสมอง ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคมต่อความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย Turecki และคณะจำแนกปัจจัยเสี่ยงเป็นปัจจัยระยะไกล (Distal) ปัจจัยด้านพัฒนาการ (Developmental) และปัจจัยระยะใกล้ (Proximal) (Turecki et al., 2021 as cited in Michel, 2021) ทั้งนี้ พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior) ครอบคลุมตั้งแต่ความคิดการฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย จนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Yöyen & Keleş, 2024) ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000 คนต่อปี หรือเฉลี่ยทุก 40 วินาทีจะมีผู้เสียชีวิต 1 คน (WHO, 2021 as cited in Yöyen & Keleş, 2024) ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 8.02 ต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต, 2567ข) กลุ่มอายุ 15–24 ปี ซึ่งครอบคลุมวัยรุ่นตอนปลายและวัยมหาวิทยาลัย พบปัญหาความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับความเปราะบางทางอารมณ์ ภาวะซึมเศร้าสะสม และปัจจัยกีดกันด้านการปรับตัวทางสังคมและเศรษฐกิจในยุคปัจจุบัน (กรมสุขภาพจิต, 2567ก) สำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นสู่ผู้ใหญ่ ต้องปรับตัวต่อการเรียน กิจกรรม การดำเนินชีวิต และความกดดันจากการแข่งขันส่งผลให้มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต (สายฝน สีนอเพีย และ รุจิรา ดวงสงค์, 2564) การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตควบคู่กับการเสริมสร้างทักษะการปรับตัว จึงเป็นแนวทางสำคัญที่ส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถดูแลตนเองและแสวงหาความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

แนวคิดความรู้ต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย (The Literacy of Suicide Scale: LOSS) ของ Caele et al. (2022) ชี้ให้เห็นว่าการเข้าใจองค์ประกอบหลัก 4 ประการ ได้แก่ การรู้ลักษณะและสัญญาณเตือน สาเหตุและธรรมชาติของการฆ่าตัวตาย ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางป้องกันและการรักษา ความรอบรู้จึงถือเป็นทักษะสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถตระหนักรู้ถึงสัญญาณอันตรายทั้งในตนเองและผู้อื่น ในบริบทนักศึกษามหาวิทยาลัยยังมีความจำเป็นต้องศึกษาว่าความรอบรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในประเด็นใดควรได้รับการพัฒนา เพื่อนำข้อมูลสถานการณ์จริงมาใช้ในการระบุแบบที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย

จากช่องว่างดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาสถานการณ์ความรู้ พัฒนารูปแบบการสร้างความรู้รอบรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย และประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบ เพื่อให้ได้รูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทของนักศึกษามหาวิทยาลัย ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาซับซ้อนที่เกิดจากปัจจัยหลายมิติซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบริบท เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสมต่อไป

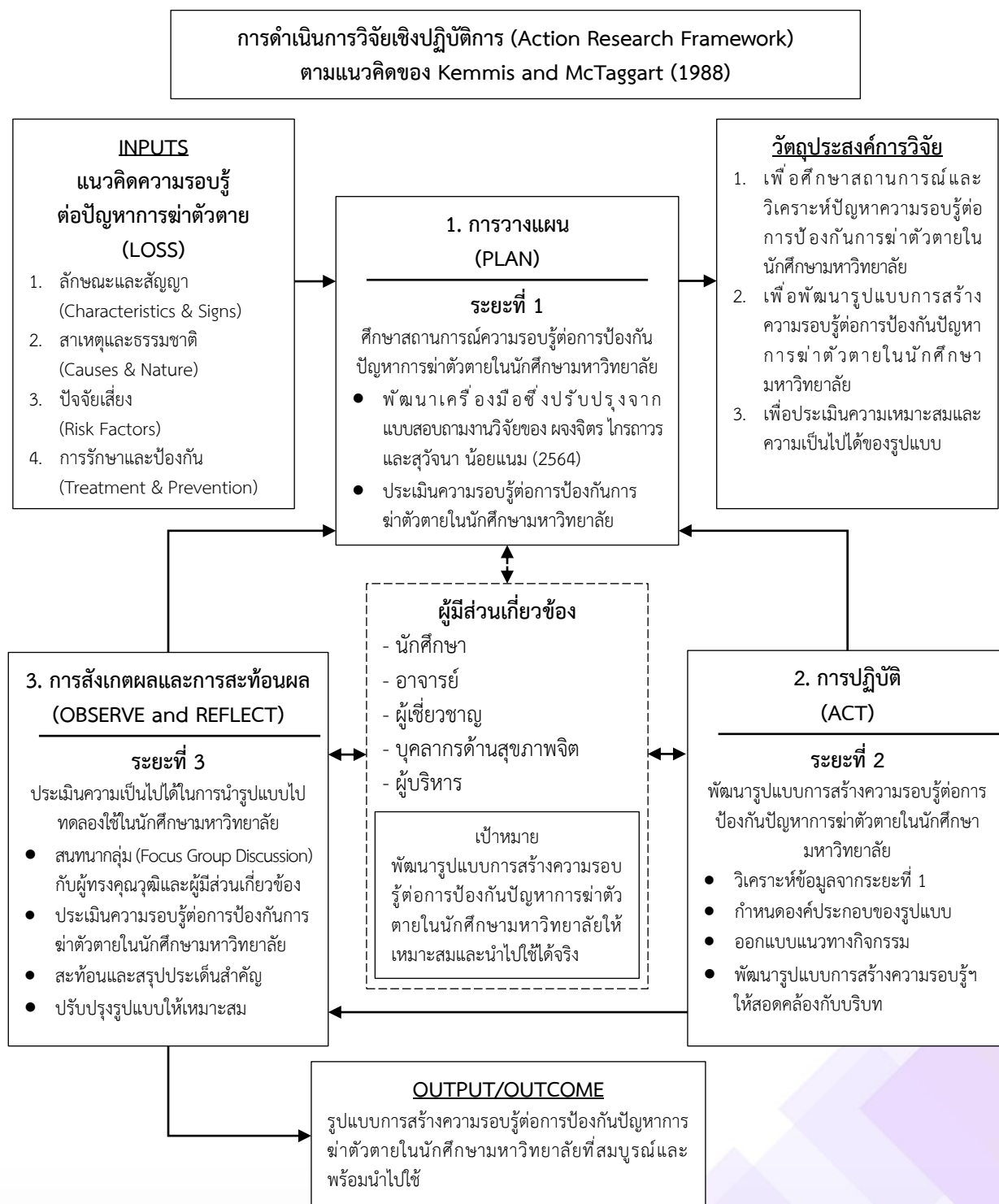
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรู้รอบรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในนักศึกษา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้รอบรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในนักศึกษา
3. เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการสร้างความรู้รอบรู้ต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายไปทดลองใช้ในนักศึกษามหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้กรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart (1988) ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกตผลและการสะท้อนผล (Observe and Reflect) ร่วมกับแนวคิดความรู้ต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย (LOSS) ของ Caele et al. (2022) ซึ่งครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ลักษณะและสัญญาณการฆ่าตัวตาย 2) สาเหตุและธรรมชาติของการฆ่าตัวตาย 3) ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และ

4) การรักษาและป้องกัน โดยนำกรอบเนื้อหาดังกล่าวมาใช้ร่วมกับแบบสอบถามที่ปรับปรุงขึ้นเพื่อประเมินความรอบรู้ในด้านความรู้ ความสามารถในการตระหนักรู้ ทัศนคติ และนำผลการประเมินมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา รูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ LOSS มีรายงานการนำไปใช้ใน 25 การศึกษา จาก 9 ประเทศ ครอบคลุมประชากรทั่วไป นักศึกษา และกลุ่มทางคลินิก และมีการนำไปปรับใช้และตรวจสอบในบริบททางภาษาและวัฒนธรรมอื่น (Calear et al., 2022; Flach et al., 2024) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567–กันยายน พ.ศ. 2568 ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินงานโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (Plan)

ทำการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับความรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ในนักศึกษา ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567–มิถุนายน พ.ศ. 2568 พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลเชิงบริบทจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและการพัฒนารูปแบบ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) นักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิตของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ที่มีรายชื่อในปีการศึกษา 2565 จำนวนทั้งสิ้น 6,787 คน และ 2) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของมหาวิทยาลัย ได้แก่ กลุ่มคณาจารย์ บุคลากรมหาวิทยาลัย คณะกรรมการศูนย์ให้คำปรึกษา จำนวนทั้งสิ้น 647 คน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1) นักศึกษาระดับปริญญาบัณฑิตของมหาวิทยาลัย จำนวน 400 คน ซึ่งได้มาจากการกำหนดขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนกรณีประชากรจำกัด หรือทราบจำนวนประชากร ด้วยโปรแกรม n4Studies ของเชษฐา งามจรัส (2564) โดยพบว่าโปรแกรม N4Studies ให้ผลการคำนวณใกล้เคียงกับการคำนวณด้วยโปรแกรมทางสถิติอื่น เช่น โปรแกรม STATA โปรแกรม R เป็นต้น (Ngamjarus et al., 2016)

จากสูตร

$$n = \frac{Np(1-p)Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1)+p(1-p)Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

โดยที่ n คือ ขนาดตัวอย่าง

N คือ ขนาดประชากร = 6,787 คน

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ คือ ค่าของตัวแปร Z จากการแจกแจงปกติมาตรฐาน

ณ ควอนไทล์ที่ $1 - \frac{\alpha}{2} = 1.96$

α คือ ความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าช่วงความเชื่อมั่น = 0.05

p คือ ค่าสัดส่วนของตัวแปรผลลัพธ์หลักที่ต้องการศึกษาในตัวอย่าง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สัดส่วนของเยาวชนที่รู้จักและสามารถจำแนกปัญหาสุขภาพจิตได้ถูกต้อง มีค่าเท่ากับ 0.613 (นุสรา นามเดช และคณะ, 2561)

d คือ ความเที่ยงในการประมาณค่า = 0.05

เมื่อนำค่าสถิติ แทนในสูตร ทำให้ในการศึกษานี้ มีขนาดตัวอย่าง 346.01 หรือ 347 คน สำหรับการวิจัยในระยะที่ 1 นี้ ผู้วิจัยปรับขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการตกสำรวจ หรือการสูญหายของข้อมูล โดยใช้สูตรการปรับขนาดตัวอย่างทดแทนการตกสำรวจ (อรุณ จิรวัฒนกุล, 2556) ดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-r)}$$

โดยที่ n_{adj} คือ ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

n คือ ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง

ร คือ สัตสวนการตกรสำรวจ หรือสัดสวนการสุญหายของข้อมูล โดยการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างที่ร้อยละ 10 โดยอ้างอิงจากอัตรา การไม่ตอบกลับแบบสอบถาม และข้อมูลสุญหายที่พบในการวิจัย เชิงสำรวจด้านสุขภาพ ตามแนวทางการปรับขนาดตัวอย่างเพื่อชดเชย การไม่ตอบกลับและการสุญหายของข้อมูล (อรุณ จิรวัดนกุล, 2556)

เมื่อปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างตามสูตรคำนวณในข้างต้น ทำให้ได้จำนวนตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการ ศึกษาครั้งนี้ต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า 385.55 หรือ จำนวน 386 คน ทั้งนี้การเก็บข้อมูลจริง มีนักศึกษาสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถามครบถ้วน จำนวน 400 คน ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลของ ผู้ตอบแบบสอบถามทั้ง 400 คนมาใช้ในการวิเคราะห์และรายงานข้อมูลที่พบ

2) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของมหาวิทยาลัยในช่วงเวลา ที่ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ได้จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามของผวจจิต ไกรถาวร และสุวัจนาน น้อยแนม (2564) ภายหลังได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล 7 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก หรือเติมข้อความใน ช่องว่างที่กำหนด และส่วนที่ 2 ความรอบรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย 27 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย จำนวน 15 ข้อ (คะแนน 0-15 คะแนน) ด้านความสามารถในการตระหนักรู้เกี่ยวกับการ ฆ่าตัวตาย จำนวน 5 ข้อ (คะแนน 0-5 คะแนน) และด้านทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย จำนวน 7 ข้อ (คะแนน 0-7 คะแนน) ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก คือ “ใช่” “ไม่ใช่” หรือ “ไม่ แนใจ” โดยตอบ “ใช่” ในข้อที่ถูก จะได้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบ “ไม่ใช่” “ไม่แน่ใจ” หรือตอบ “ใช่” ในข้อที่ผิด จะได้ 0 คะแนน การแปลผลใช้เกณฑ์ร้อยละ 80 โดยคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปจัดเป็นผ่านเกณฑ์ และ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 80 จัดเป็นไม่ผ่านเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้านความถูกต้อง ความ ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ด้วยดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านด้านสุขภาพจิต การพยาบาลจิตเวช และ การวิจัย ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Reliability) ด้วย Kuder-Richardson Formula 21 (KR-21) ได้ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.830

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องก่อนวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิง พรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบาย ลักษณะทั่วไปและระดับความรู้ของผู้เข้าร่วม ทั้งภาพรวมและรายข้อ โดยแปลผลด้วยเกณฑ์ร้อยละ 80 ผล การวิเคราะห์นี้ถูกใช้เป็นข้อมูลสะท้อนสถานการณ์ (Reflection) เพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 (Act)

เป็นการพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยดำเนินการระหว่าง มิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2568 โดยนำผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ตามแนวคิด LOSS ของ Caelear และคณะ (2022) และการมีส่วนร่วม (Participatory learning: PL) ของ ผู้เกี่ยวข้องในการออกแบบกิจกรรม ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

ผู้มีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรม ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการฆ่าตัวตาย และการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาในมหาวิทยาลัย รวม 30 คน ประกอบด้วยบุคลากรสายวิชาการ บุคลากรสายสนับสนุน และผู้ปฏิบัติงานด้านการให้คำปรึกษา ทุกคนสมัครใจเข้าร่วมและได้รับเชิญตามบทบาทที่กำหนดในแต่ละขั้นตอน เพื่อให้การพัฒนาารูปแบบสะท้อนมุมมองจากผู้เกี่ยวข้องในหลายมิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) คู่มือหลักสูตรการสร้างความรู้ต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายในนักศึกษามหาวิทยาลัย กำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการจัดกิจกรรม สื่อการเรียนรู้ ระยะเวลา และการประเมินผลที่สอดคล้องแนวคิด LOSS
- 2) แผนการเรียนรู้ 4 แผน ครอบคลุมความรู้ต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย 4 แผน ได้แก่ ลักษณะและสัญญาณ สาเหตุและธรรมชาติ ปัจจัยเสี่ยง และการรักษาและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning: PL) เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ การวิเคราะห์สถานการณ์ และการสะท้อนคิด เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประยุกต์ใช้ความรู้ได้อย่างเหมาะสม
- 3) สื่อและเอกสารประกอบการเรียนรู้ ประกอบด้วยสื่อการสอน ใบความรู้ และใบกิจกรรม ที่ออกแบบให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของแต่ละแผน เพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้เชิงรุก

การพัฒนารูปแบบฯ และการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบฯ

- 1) ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งสะท้อนระดับความรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายจากระยะที่ 1 สังเคราะห์ผลระยะที่ 1 ร่วมกับแนวคิด LOSS (Calear et al., 2022) และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจัดทำร่างคู่มือหลักสูตรและแผนการเรียนรู้ 4 แผน ได้แก่ ลักษณะและสัญญาณ สาเหตุและธรรมชาติ ปัจจัยเสี่ยง และการรักษาและป้องกันการฆ่าตัวตาย ตามหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
- 2) นำเสนอที่ปรึกษาโครงการเพื่อรับข้อเสนอแนะเบื้องต้น ก่อนตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต การพยาบาลจิตเวช และการวิจัย ได้ค่า IOC = 1.00
- 3) ปรับปรุงเนื้อหา กิจกรรม สื่อ และขั้นตอนตามข้อเสนอแนะ จนได้รูปแบบฉบับสมบูรณ์ พร้อมเข้าสู่ระยะที่ 3

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้และข้อค้นพบสำคัญในการกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ

ระยะที่ 3 (Observe and Reflect)

ประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบด้วยการสนทนากลุ่ม (สิงหาคม-กันยายน 2568) ผู้ให้ข้อมูลเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตาย รวมจำนวน 8 ท่าน จากมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี โรงพยาบาลจิตเวชราชชนรินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม ราชชนรินทร์ และศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 อุดรธานี แห่งละ 2 ท่าน

เครื่องมือที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 1) รูปแบบการสร้างความรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา 2) คู่มือและแผนการเรียนรู้ และ 3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบกึ่งโครงสร้าง ครอบคลุมทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ การสะท้อนปัญหา แนวคิด/ทฤษฎีพื้นฐาน ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของกระบวนการและสื่อ การยอมรับของเครื่องมือประเมิน และแนวทางปรับปรุงเพื่อใช้ประโยชน์ในอนาคต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านป้องกันการฆ่าตัวตาย และการวิจัย ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 ทุกข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนร่วม จำนวน 8 ท่าน ตามแนวคำถามที่กำหนดไว้ล่วงหน้า โดยมีผู้ร่วมวิจัย จำนวน 2 ท่าน ทำการบันทึกประเด็นสำคัญเพื่อปรับปรุงรูปแบบก่อนสรุปเป็นฉบับสุดท้าย

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) จัดหมวดหมู่และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะตามองค์ประกอบของรูปแบบ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิต และจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข หนังสือรับรองเลขที่ DMH.IRB.COA 012/2567 เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ก่อนเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และเงื่อนไขการเข้าร่วมให้ผู้เข้าร่วมทราบ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามและใช้เวลาในการพิจารณาก่อนตัดสินใจให้ความยินยอม ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบหรือโทษใด ๆ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม โดยผู้วิจัยดำเนินการจัดเก็บและทำลายข้อมูลตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในข้างต้น

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาความรอบรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

ข้อมูลทั่วไป ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 430 คน แบ่งเป็นเพศหญิง จำนวน 326 คน (ร้อยละ 75.81) และเพศชาย จำนวน 104 คน (ร้อยละ 24.19) จำแนกกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามเป็น 3 กลุ่ม คือ อาจารย์ จำนวน 14 คน (ร้อยละ 3.26) บุคลากรมหาวิทยาลัย จำนวน 16 คน (ร้อยละ 3.72) และนักศึกษามหาวิทยาลัย จำนวน 400 คน (ร้อยละ 93.02)

ความรอบรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

1) ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า มีผู้ผ่านเกณฑ์ประเมิน จำนวน 219 คน (ร้อยละ 50.93) และ ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 211 คน (ร้อยละ 49.07) โดยข้อที่มีจำนวนผู้ตอบคำถามผิดมากกว่าผู้ตอบถูก คือ หากท่านถามผู้อื่นว่า “คุณรู้สึกอยากฆ่าตัวตายบ้างหรือไม่” คำถามนี้อาจกระตุ้นให้ผู้นั้นพยายามฆ่าตัวตาย มีผู้ตอบผิด จำนวน 234 คน (ร้อยละ 54.42) และ ผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวฆ่าตัวตาย มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย มีผู้ตอบผิด จำนวน 287 คน (ร้อยละ 66.74) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (n=430)

เกณฑ์ประเมินความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	ช่วงคะแนน	ผลการประเมิน	
		จำนวน	ร้อยละ
ผ่านเกณฑ์ (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	12 - 15	219	50.93
ไม่ผ่านเกณฑ์ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80)	0 - 11	211	49.07
Mean $\pm$ SD; 10.95 $\pm$ 2.65, Min = 0, Max = 15			

2) ความสามารถในการตระหนักรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย พบว่า มีผู้ผ่านเกณฑ์ประเมิน จำนวน 251 คน (ร้อยละ 58.37) และ ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 179 คน (ร้อยละ 41.63) โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจัดลำดับความตระหนักรู้ที่ผู้ตอบแบบสอบถามตอบผิดจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด คือ หากพบบุคคลใกล้ชิดบ่น เหนื่อยง่าย ไม่มีสมาธิทำอะไรเชื่องช้า หรือ กระสับกระส่าย ร่วมกับมีอาการในข้อ 1 เป็นไปได้ที่เขาอาจมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 164 คน (ร้อยละ 38.14) รองลงมาคือ หากพบผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีอาการเปลี่ยนแปลงจากเศร้ามากเป็นอารมณ์ดีขึ้นทันที ต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิดเนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่เสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 151 คน (ร้อยละ 35.12) หากพบบุคคล

ใกล้ชิดบ่น นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไปร่วมกับมีอาการในข้อ 1 เป็นไปได้ที่เขาอาจมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 138 คน (ร้อยละ 32.09) หากพบบุคคลใกล้ชิดบ่นว่ารู้สึกเศร้า หดหู่ ท้อแท้ ลึกลับ หรือเบื่อทำอะไรไม่เพลิดเพลิน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ เป็นไปได้ที่เขาอาจมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 77 คน (ร้อยละ 17.91) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการประเมินความสามารถในการตระหนักรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (n=430)

เกณฑ์ประเมินความสามารถในการตระหนักรู้ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	ช่วงคะแนน	ผลการประเมิน	
		จำนวน	ร้อยละ
ผ่านเกณฑ์ (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	4 - 5	251	58.37
ไม่ผ่านเกณฑ์ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80)	0 - 3	179	41.63
Mean $\pm$ SD; 3.53 $\pm$ 1.58, Min = 0, Max = 5			

3) ทักษะเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย พบว่า มีผู้ผ่านเกณฑ์ประเมิน จำนวน 251 คน (ร้อยละ 58.37) และ ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 179 คน (ร้อยละ 41.63) โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีทัศนคติถูกต้องเกี่ยวกับการ ฆ่าตัวตาย แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของผู้ตอบแบบสอบถาม 3 อันดับแรก พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีทัศนคติผิดเกี่ยวกับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าหรือพยายามฆ่าตัวตาย เป็น บุคคลอ่อนแอ ล้มเหลวในชีวิต และเป็นปัญหาของสังคม จำนวน 188 คน (ร้อยละ 43.72) รองลงมาคือ ผู้ที่ พยายามฆ่าตัวตาย ทำเพื่อต้องการควบคุมผู้อื่นให้ทำตามความต้องการของตนเองเท่านั้น จำนวน 140 คน (ร้อยละ 32.56) หากท่านป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีความคิดอยากตาย ควรปิดบังไม่ให้ใครรู้เพราะเป็นตรา บาปของท่าน จำนวน 106 คน (ร้อยละ 24.65) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลการประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (n=430)

เกณฑ์ประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	ช่วงคะแนน	ผลการประเมิน	
		จำนวน	ร้อยละ
ผ่านเกณฑ์ (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	6 - 7	251	58.37
ไม่ผ่านเกณฑ์ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80)	0 - 5	179	41.63
Mean $\pm$ SD; 5.30 $\pm$ 1.90, Min = 0, Max = 7			

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนากระบวนการสร้างความรอบรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลและข้อสังเกตจากการสำรวจข้อมูลในระยะที่ 1 มาออกแบบร่าง รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัย และจัดทำคู่มือการใช้งานรูปแบบฯ แล้วนำไปให้ที่ ประึกษาโครงการวิจัยพิจารณาความเหมาะสม โดยกระบวนการหลักใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้มากที่สุด และเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติกิจกรรมการ สะท้อนความรู้สึกและข้อมูลของผู้รับการอบรมในมุมมองกับเนื้อหาและกระบวนการผ่านแผนการเรียนรู้ทั้ง 4 แผน รายละเอียดดังภาพ



รูปภาพที่ 1 แผนการสร้างความรู้รอบรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในนักศึกษา

ระยะที่ 3 จากการสนทนากลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมสามารถนำไปอบรมผู้ใช้งานและผู้นำกิจกรรมการสร้างความรู้รอบรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในนักศึกษามหาวิทยาลัย สามารถสังเคราะห์ประเด็นจากการสะท้อนข้อมูลของผู้เข้าร่วมได้ 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ประเด็นที่ 1 เนื้อหาและความสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มสะท้อนว่าเนื้อหาของรูปแบบมีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในมหาวิทยาลัย รวมทั้งเห็นว่าเนื้อหาและรูปแบบกิจกรรมมีความหลากหลาย โดยมีข้อคิดเห็นว่า “กิจกรรมการสร้างความรู้รอบรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายนี้มีเนื้อหาที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ความรู้ในการสร้างความรู้รอบรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ช่วยให้เข้าใจปัญหาสุขภาพจิต มีทักษะในการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นของนักศึกษาในกลุ่มเสี่ยง” (FG02, FG05) และ “รูปแบบเนื้อหาที่มีความเหมาะสมในการนำไปใช้เสริมสร้างความรู้สุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในมหาวิทยาลัย” (FG07)

ประเด็นที่ 2 กระบวนการและกิจกรรมการเรียนรู้ ผู้เข้าร่วมสะท้อนถึงความชัดเจนของขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ความทันสมัยของรูปแบบ และความหลากหลายของกิจกรรม ตลอดจนเห็นว่าระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมมีความเหมาะสม โดยมีข้อคิดเห็นว่า “เป็นกิจกรรมที่ดีมาก บอกรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินแต่ละกิจกรรมมีรูปแบบทันสมัย เหมาะสมที่จะนำไปใช้กับนักศึกษาในยุคปัจจุบันได้จริง” (FG01) และ “ชอบเนื้อหาและรูปแบบกิจกรรมที่มีความหลากหลาย ระยะเวลา 2 วัน มีความเหมาะสม” (FG04)

ประเด็นที่ 3 สรุปแนวทางการนำรูปแบบไปใช้ประโยชน์ในอนาคต ผู้เข้าร่วมเสนอแนวทางการขยายกลุ่มเป้าหมายของรูปแบบ โดยมีข้อคิดเห็นว่า “อยากให้มีการขยายผลรูปแบบไปใช้กับกลุ่มผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีส่วนสำคัญในการดูแลคนที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต” (FG03) สะท้อนแนวทางสำหรับนักศึกษา หรือพัฒนารูปแบบในกลุ่มเป้าหมายอื่นในอนาคต

โดยสรุป ผลการสนทนากลุ่มสะท้อนความคิดเห็นเชิงบวกต่อเนื้อหา กระบวนการ และกิจกรรมการเรียนรู้ รวมถึงระยะเวลาของรูปแบบ และมีข้อเสนอให้พิจารณาการขยายผลไปยังกลุ่มเป้าหมายอื่นในอนาคต ทั้งนี้ ผลดังกล่าวเป็นการประเมินและสะท้อนความคิดเห็นต่อรูปแบบในระยะพัฒนา เห็นถึงแนวทางการนำ

รูปแบบการสร้างความรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ไปสร้างแนวทางติดตามโดยการนำรูปแบบไปทดลองใช้กับนักศึกษาต่อไป

1. ผลการประเมินความรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในนักศึกษามหาวิทยาลัยสามารถวิเคราะห์ผลการประเมินจำแนกรายละเอียดได้ ดังนี้

1.1 ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย พบว่า มีผู้ผ่านเกณฑ์ประเมิน จำนวน 219 คน (ร้อยละ 50.93) และไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 211 คน (ร้อยละ 49.07) สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน ยกตัวอย่างข้อคำถาม หากท่านถามผู้อื่นว่า “คุณรู้สึกอยากฆ่าตัวตายบ้างหรือไม่” คำถามนี้อาจกระตุ้นให้ผู้นั้นพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีจำนวนผู้ตอบคำถามผิดมากกว่าผู้ตอบถูก แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจคลาดเคลื่อนว่า การพูดคุย หรือการสอบถามเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายอาจเป็นการกระตุ้นให้เกิดการกระทำดังกล่าว ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายไม่ได้ขึ้นอยู่กับการมีความรู้ทั่วไปเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจำแนกสัญญาณและปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนทัศนคติต่อบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของการทดสอบองค์ประกอบของแบบวัด LOSS พบว่า หนึ่งในความเชื่อที่ผิดทางสังคม (Stigma/Myths) ที่พบบ่อยที่สุดคือ “การถามเรื่องฆ่าตัวตายตรง ๆ จะเป็นการเอาความคิดนี้ไปใส่ในหัวของเขา” แต่งานวิจัยมีผลตรงกันข้ามว่าการถามตรง ๆ (Direct questioning) เป็นการปฐมพยาบาลทางจิตวิทยาที่ปลอดภัยและช่วยลดความตึงเครียดในใจของผู้ป่วยได้ (Flach et al., 2024) ผลลัพธ์เชิงสถิติยืนยันชัดเจนว่า การถามตรง ๆ ไม่ได้ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายกลับช่วยลดความวิตกกังวลและทำให้มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากพวกเขารู้สึกว่ามีพื้นที่ปลอดภัยในการพูดถึงความเจ็บปวด (Dazzi et al., 2014)

1.2 ผลการประเมินความสามารถในการตระหนักรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย พบว่า มีผู้ผ่านเกณฑ์ประเมิน จำนวน 251 คน (ร้อยละ 58.37) และไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 179 คน (ร้อยละ 41.63) สะท้อนให้เห็นว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับอาการเตือนของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำนวนมากโดยพบว่า ข้อคำถามที่มีผู้ตอบผิดมากที่สุด คือ หากพบบุคคลใกล้ชิดขี้นั่น เหนื่อยง่าย ไม่มีสมาธิทำอะไรเชื่องช้า หรือกระสับกระส่าย ร่วมกับมีอาการในข้อ 1 เป็นไปได้ที่เขาอาจมีภาวะซึมเศร้า และเป็นช่วงเวลาที่สูงเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากการวิจัย (ดาริน ธนปัญญาบุรณ์, 2569) พบว่า ความสำคัญของการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายคือการใช้ความสามารถเสริมสร้างความตระหนักรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยอาศัยความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมและสังคม

1.3 ผลการประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย พบว่า มีผู้ผ่านเกณฑ์ประเมิน จำนวน 251 คน (ร้อยละ 58.37) และไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 179 คน (ร้อยละ 41.63) สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย โดยพบว่า ข้อคำถามที่มีผู้ตอบผิดมากที่สุด คือ ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าหรือพยายามฆ่าตัวตาย เป็นบุคคลอ่อนแอ ล้มเหลวในชีวิต และเป็นปัญหาของสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงค่านิยมเชิงลบที่มีอยู่ในสังคม การวิจัยด้านทัศนคติต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย พบว่า ปัญหาคือไม่กล้าเดินไปหาจิตแพทย์เนื่องจากตราบาป (Stigma) ดังนั้น การจัดโปรแกรมเพื่อเพิ่ม “Suicide literacy” เป็นกุญแจสำคัญที่ลดตราบาปในใจ และทำให้นักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ (Help-seeking attitudes) ก่อนที่ปัญหาจะบานปลาย (O'Donnell et al., 2025)

2. การพัฒนารูปแบบต่อการสร้างความรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

การพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 ผู้วิจัยนำข้อมูลเชิงประจักษ์จากบริบทของกลุ่มตัวอย่างและข้อค้นพบจากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีความรู้ต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย LOSS ของ Caele et al. (2022) โดยข้อค้นพบจากระยะที่ 1 ถูกใช้ในการระบุประเด็นความรู้ ความสามารถในการตระหนักรู้ และทัศนคติเพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของนักศึกษามหาวิทยาลัย และกำหนดเนื้อหาของการเรียนรู้ของ 4 ด้านตามแนวคิด LOSS ได้รูปแบบประกอบด้วย 4 แผนการเรียนรู้ คือ 1) ลักษณะ

และสัญญาณการฆ่าตัวตาย 2) สาเหตุและธรรมชาติของการฆ่าตัวตาย 3) ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และ 4) ความเหมาะสมต่อการรักษาและป้องกัน โดยแผนดังกล่าวใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่เปลี่ยนเนื้อหาเชิงความรู้ให้เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยน วิเคราะห์สถานการณ์ ฝึกปฏิบัติ และสะท้อนคิด แทนการถ่ายทอดความรู้ด้วยการบรรยายเพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการฝึกอบรมของ (Nadler & Nadler, 1994) ที่มุ่งเน้นการจัดอบรมที่มีประสิทธิภาพ มีขั้นตอนชัดเจน เหมาะสมตามวิธีการทางระบบ ให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตน ให้มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น ตลอดจนให้เกิดทักษะในการที่ปฏิบัติตัว สอดคล้องกับรูปแบบการจัดการเครือข่ายเชิงรุกที่ทำให้ผู้ดูแลและแกนนำชุมชนสามารถประเมินสัญญาณเตือนและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชเข้าสู่ระบบการรักษาได้อย่างทันทั่วถึง (ประภาพร จันทน์นาม, 2568) การจัดการความรู้ในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายเพื่อเสริมความรู้ความเข้าใจและช่องทางจึงมีความสำคัญในการป้องกันเชิงรุก ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการเปิดรับความช่วยเหลือจากระบบบริการสาธารณสุข (นงคราญ ศรรักษา, 2563) รูปแบบการสร้างความรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในนักศึกษามหาวิทยาลัยควรมีความสอดคล้องกับความเข้าใจและตระหนักรู้ถึงความเจ็บป่วยและ ด้านการรู้แหล่งที่สามารถขอความช่วยเหลือสำหรับดูแลภาวะจิตใจเบื้องต้น โดยเฉพาะด้านการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ดังนั้น รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายควรมีการออกแบบกิจกรรมให้ครอบคลุมประเด็นดังกล่าว โดยมีแนวทางในการถ่ายทอดเพื่อสร้างความรอบรู้ ตามกิจกรรมที่ดำเนินการต่อเนื่องอย่างน้อย 12 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย และลดผลกระทบดังกล่าวได้ ข้อค้นพบดังกล่าวสนับสนุนว่าการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตในนักศึกษาควรรู้ใช้กระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลายและเปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม เพื่อเสริมสร้างทั้งความรู้ การตระหนักรู้ และทัศนคติที่เหมาะสมต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

3. ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการสร้างความรู้ต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายไปทดลองใช้ในนักศึกษามหาวิทยาลัย

ผลการประเมินและสะท้อนความคิดเห็นผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องให้ความคิดเห็นเชิงบวกต่อเนื้อหา ความชัดเจนของขั้นตอน ความหลากหลายของกิจกรรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งเสนอแนะการพัฒนา สะท้อนถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนารูปแบบ โดยช่วยให้ผู้วิจัยได้รับมุมมองที่หลากหลายสำหรับพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา กระบวนการ และองค์ประกอบของรูปแบบก่อนนำไปทดลองใช้ สอดคล้องกับ Hanlon et al. (2023) ที่พบทวนการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายแบบร่วมจัดทำ (Co-production) ซึ่งพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ใช้มุมมองและประสบการณ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการร่วมออกแบบ (Co-design) หรือร่วมสร้างสรรค์ (Co-creation) ซึ่งการมีส่วนร่วมดังกล่าวเป็นการนำมุมมองของผู้เกี่ยวข้องมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Pearce et al. (2022) พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการวิจัยด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายมักเกิดขึ้นในขั้นการออกแบบร่วมและการประเมินร่วม สะท้อนบทบาทของความร่วมมือระหว่างผู้วิจัย ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาและประเมินโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตาย ดังนั้น การสนทนากลุ่มในระยะประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการสร้างความรู้ต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายไปทดลองใช้ในนักศึกษามหาวิทยาลัยของการศึกษาคั้งนี้จึงมีบทบาทสำคัญในการสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อปรับปรุงรูปแบบให้มีความพร้อมก่อนเข้าสู่การทดลองใช้ ต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้เครื่องมือที่ปรับปรุงสำหรับประเมินความรู้ต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย และได้รูปแบบการสร้างความรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในนักศึกษามหาวิทยาลัย ซึ่งพัฒนาขึ้น

จากข้อมูลสถานการณ์ความรอบรู้ของกลุ่มเป้าหมายร่วมกับกรอบแนวคิด LOSS โดยรูปแบบประกอบด้วย แผนการเรียนรู้ 4 แผน ครอบคลุมลักษณะและสัญญาณการฆ่าตัวตาย สาเหตุและธรรมชาติของการฆ่าตัวตาย ปัจจัยเสี่ยง และการรักษาและการป้องกัน โดยผลการประเมินและสะท้อนความคิดเห็นผ่านการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องให้ความคิดเห็นเชิงบวกต่อนเนื้อหา ความชัดเจนของขั้นตอน ความหลากหลายของกิจกรรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เครื่องมือประเมินความรอบรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายที่ปรับปรุงและตรวจสอบคุณภาพในการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับการนำเครื่องมือหรือรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในสถาบันอุดมศึกษาอื่นหรือกับประชากรกลุ่มอื่น ควรพิจารณาจำนวนผู้เข้าร่วมให้เหมาะสมกับลักษณะกิจกรรมที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กำหนดระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 12 ชั่วโมง หรือ 2 วัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรนำรูปแบบการสร้างความรู้ต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับนักศึกษามหาวิทยาลัย และประเมินผลก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความสามารถในการตระหนักรู้ และทัศนคติต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ตลอดจนประเมินประสิทธิผลของรูปแบบเพื่อพิจารณาขยายผลไปยังสถาบันอุดมศึกษาหรือกลุ่มเป้าหมายอื่นต่อไป

ผลประโยชน์ทับซ้อน : ไม่มี

References

- กรมสุขภาพจิต. (2567ก). รายงานความชุก 12 เดือน ของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย: การสำรวจระดับชาติ สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2567ข, 28 ธันวาคม). รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย. <https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/>
- เชษฐา งามจรัส. (2564). การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดาริน ธนปัญญาบุรณ์. (2569). การพัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 40(1), 128–46.
- นงคราญ คชรักษา. (2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดลำปาง. วารสารแพทย์นิว, 47(2), 446–63.
- นุสราน นามเดช, พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ และอรทัย สงวนพรรค. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสระบุรี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 11(3), 125–38.
- ประภาพร จันทน์นาม. (2568). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท โดยการสร้างเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาอำเภอกุหลาบ จังหวัดเลย. วารสารสุขภาพจิต, 48(2), 109–28.
- ผจงจิต ไกรถาวร และสุวิจนา น้อยแถม. (2564). ความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตของญาติและผู้ดูแลในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก, 22(2), 260–9.

- สายฝน สีนอเพีย และ รุจิรา ดวงสงค์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าใน นักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 14(3), 10–23.
- สุรพงษ์ คงสัตย์ และ อธิชาติ ธรรมวงศ์ (25 พฤศจิกายน 2558). การหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC) มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. <https://www.mcu.ac.th/article/detail/14329>
- อรุณ จิรวรรณกุล. (2556). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. วิทย์พัฒน์.
- Calear, A. L., Batterham, P. J., Trias, A., & Christensen, H. (2022). The Literacy of Suicide Scale: Development, validation, and application. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 43(5), 385–90. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000798>
- Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence?. *Psychological Medicine*, 44(16), 3361–3. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001299>
- Flach, R., Fodor, R., Kettel-Fülöp, F., Osváth, P., & Láng, A. (2024). Myths about suicide- validating the Hungarian version of the Literacy of Suicide Scale (H-LOSS) on a community sample. *BMC Public Health*, 24(1), 2351. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19841-8>
- Hanlon, C. A., McIlroy, D., Poole, H., Chopra, J., & Saini, P. (2023). Evaluating the role and effectiveness of co-produced community-based mental health interventions that aim to reduce suicide among adults: A systematic review. *Health Expectations*, 26(1), 64–86. <https://doi.org/10.1111/hex.13661>
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (eds) (1988). *The Action Research Planner*. (3rd ed.). Deakin University Press.
- Michel, K. (2021). Suicide Models and Treatment Models Are Separate Entities. What Does It Mean for Clinical Suicide Prevention?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5301. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105301>
- Nadler, L., & Nadler, Z. (1994). *Designing training programs: The critical events model* (2nd ed.). Gulf Publishing Company.
- Ngamjarus, C., Chongsuvivatwong, V., & McNeil, E. (2016). n4Studies: Sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. *Siriraj Medical Journal*, 68(3), 160–70.
- O'Donnell, S., Richardson, N., & McGrath, A. (2025). Suicide literacy, suicide stigma, and help-seeking attitudes among men in a university setting in Ireland. *Health Promotion International*, 40(1), daae209. <https://doi.org/10.1093/heapro/daae209>
- Pearce, T., Maple, M., Wayland, S., McKay, K., Woodward, A., Brooks, A., & Shakeshaft, A. (2022). A mixed-methods systematic review of suicide prevention interventions involving multisectoral collaborations. *Health Research Policy and Systems*, 20, Article 40. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00835-0>
- Yöyen, E., & Keleş, M. (2024). First- and Second-Generation Psychological Theories of Suicidal Behaviour. *Behavioral Sciences*, 14(8), 710. <https://doi.org/10.3390/bs14080710>

การกำกับตนเองและปัจจัยทำนายต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น : การวิจัยแบบผสมผสาน

สิริลักษณ์ ชื่อสัตย์* กัญชิตา เสริมสินสิริ**

บทคัดย่อ

บทนำ : การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมการใช้สารเสพติดที่พบบ่อยในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาการกำกับตนเอง พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น และนโยบายสถานศึกษาปลอดบุหรี่

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยแบบผสมวิธีเชิงสำรวจตามลำดับ แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 7 คน และระยะที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลจากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 303 คน โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากผลการวิจัยในระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย : ปัจจัยเอื้อต่อการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ได้แก่ ทักษะการปฏิเสธ กิจกรรมทางเลือก การสนับสนุนจากครอบครัว โรงเรียน และชุมชน รวมถึงนโยบายสถานศึกษาปลอดบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.3 มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ระดับสูง การกำกับตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญ ($r=.150, p<.01$) การมีวินัยในตนเอง ผลการเรียนรู้ และการควบคุมสิ่งเร้า ร่วมทำนายพฤติกรรมดังกล่าวได้ร้อยละ 12.3 ($R^2=.123, \text{Adjusted } R^2=.111$) โดยการมีวินัยในตนเองมีอำนาจทำนายสูงสุด ($\beta=.272, p<.001$) รองลงมาคือผลการเรียนรู้ ($\beta=.237, p<.001$) และการควบคุมสิ่งเร้า ($\beta=-.176, p=.014$)

สรุปผล : สถานศึกษาควรส่งเสริมการกำกับตนเองของนักเรียนควบคู่กับการดำเนินนโยบายสถานศึกษาปลอดบุหรี่ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

คำสำคัญ : การกำกับตนเอง พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : กัญชิตา เสริมสินสิริ, E-mail: kanchita@bcnnv.ac.th

Self-Regulation and Factors Predicting Smoking Prevention Behaviors Among Junior High School Students: A Mixed-Methods Study

Siriluk Suesat* Kanchita Sermsinsiri**

Abstract

Background: Smoking is a common form of substance use among adolescents and affects both physical and mental health.

Objectives: To examine self-regulation, smoking avoidance behavior, factors predicting smoking avoidance behavior among junior high school students, and the smoke-free school policy.

Methods: A sequential exploratory mixed-methods design was conducted in two phases. In Phase 1, in-depth interviews were conducted with seven key informants selected through purposive sampling. In Phase 2, data were collected from 303 lower secondary school students using a questionnaire developed from the Phase 1 findings. Qualitative data were analyzed using content analysis, whereas quantitative data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

Results: Factors facilitating smoking avoidance included refusal skills, alternative activities, support from families, schools, and communities, and smoke-free school policies. Of the participants, 73.3% demonstrated a high level of smoking avoidance behavior. Self-regulation had a significant low positive correlation with smoking avoidance behavior ($r=.150$, $p<.01$). Self-discipline, academic achievement, and stimulus control jointly predicted 12.3% of the variance in smoking avoidance behavior ($R^2=.123$, Adjusted $R^2=.111$). Self-discipline was the strongest predictor ($\beta=.272$, $p<.001$), followed by academic achievement ($\beta=.237$, $p<.001$) and stimulus control ($\beta=-.176$, $p=.014$).

Conclusion: Schools should promote students' self-regulation alongside the implementation of smoke-free school policies to strengthen smoking avoidance behavior.

Keywords: Self-regulation, smoking avoidance behavior, junior high school students

* Nursing Faculty, Songkhla Rajabhat University

** Boromarajonnani College of Nursing Nopparat Vajira, Faculty of Nursing, Prabommarajchanok Institute

Corresponding author: Kanchita Sermsinsiri, E-mail: kanchita@bcnnv.ac.th

บทนำ

สถานการณ์การบริโภคยาสูบในกลุ่มนักเรียนยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่าเยาวชนอายุระหว่าง 13-15 ปี มีการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างน้อย 37 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรกลุ่มนี้ และเมื่อพิจารณาเป็นรายประเทศพบว่า ประเทศบราซิลมีอัตราการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบในกลุ่มนักเรียนอายุ 13-15 ปีสูงถึงร้อยละ 26.6 ในปี ค.ศ. 2023 (World Health Organization [WHO], 2024) สำหรับประเทศไทย แม้อัตราการความชุกของการสูบบุหรี่ในภาพรวมของประชากรจะมีแนวโน้มลดลง แต่กลับพบทิศทางการใช้ส่วนทางกันในกลุ่มเยาวชน ที่นักเรียนเริ่มมีพฤติกรรมทดลองสูบบุหรี่ครั้งแรกในช่วงอายุที่น้อยลง คือ อายุต่ำกว่า 14 ปี (กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนวัยรุ่น สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) การเริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่วัยเรียนไม่เพียงเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดบุหรี่ในระยะยาว แต่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของนักเรียนด้วย ข้อมูลจากการศึกษาของ Abdulhay et al. (2025) ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา ประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 60,072 คน พบว่านักเรียนที่เคยใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพียงอย่างเดียวมีโอกาสเกิดอาการซึมเศร้าสูงกว่านักเรียนที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 1.67 เท่า และมีโอกาสเกิดอาการวิตกกังวลสูงกว่า 1.48 เท่า ขณะที่นักเรียนที่ใช้ทั้งบุหรี่ธรรมดาและบุหรี่ไฟฟ้าร่วมกัน มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งมีโอกาสเกิดอาการซึมเศร้าสูงกว่าถึง 1.90 เท่า นอกจากนี้ ทั้งนี้ทั้งนั้น การได้รับนิโคตินในช่วงวัยเรียนยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของสมองในระยะยาว โดยข้อมูลที่ได้จากการสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านประสาทวิทยาพบว่า การได้รับนิโคตินในช่วงวัยเรียนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงถาวรในระดับโมเลกุลและเซลล์ของระบบสารสื่อประสาทอะเซทิลโคลีนและโดพามีน ซึ่งเป็นระบบที่ควบคุมพฤติกรรมด้านความคิด แรงจูงใจ และอารมณ์ และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวชในระยะยาว ทั้งการติดสารเสพติด โรควิตกกังวลและซึมเศร้า ตลอดจนโรคจิตเภท (Reynolds et al., 2025)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในนักเรียนพบว่า “เพศ” เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความแตกต่างอย่างชัดเจน โดยเฉพาะเพศชายมีความเสี่ยงในการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิง เนื่องจากมีแรงกระตุ้นในการสร้างการยอมรับทางสังคมและมีค่านิยมเชิงบวกต่อการสูบบุหรี่ เป็นเครื่องมือในการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ดังนั้นเพศชายจึงมีโอกาสเสี่ยงในการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง (นภดล พิมสาร และคณะ, 2566) ปัจจัยด้าน “อายุ” จากงานวิจัยพบว่านักเรียนอายุระหว่าง 13-15 ปี พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการสูบบุหรี่ที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งในเพศชายและเพศหญิง (Dadras & Abio, 2025) ส่วนด้าน “ผลการเรียน” การมีเกรดเฉลี่ยที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.00 เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเคยสูบบุหรี่ในนักเรียน (จินตหรา มีถาวร และคณะ, 2565) และด้าน “รายได้ครอบครัว” จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยของ Dadras and Abio (2025) พบว่ารายได้ที่นักเรียนได้รับจากครอบครัว เป็นตัวแทนของฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อศึกษาด้านทัศนคติพบว่า มีผลต่อการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะทัศนคติที่มีต่อนโยบายการควบคุมบุหรี่ที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Lin et al., 2023) รวมทั้งด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง และความสามารถในการปฏิเสธเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ที่ส่งผลกระทบเชิงบวกต่อทัศนคติในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียน (กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ และ สิริลักษณ์ ชื้อสตัย, 2563)

นอกจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสัมพันธภาพ รวมไปถึงการมีกลุ่มเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน ขณะที่การเข้าถึงข้อมูลการสูบบุหรี่ในโรงเรียนและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกลับมีความสัมพันธ์กับความชุกของการสูบบุหรี่ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Tate et al., 2021) สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) จากการศึกษาแบบระยะยาว (prospective studies) จำนวน 11 ฉบับ ในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นรวมทั้งสิ้น จำนวน 32,014 คน พบว่าการมีเพื่อนใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มโอกาสที่ตนเองจะเคยใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญ และเพิ่มโอกาส

ของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบันมากขึ้น ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยทำนายที่มีความสำคัญและสอดคล้องกันในหลายบริบททั่วโลก (Luu et al., 2025) พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม แต่ยังเกี่ยวข้องกับความสามารถในการควบคุมความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมเมื่อเผชิญสิ่งเร้าหรือแรงชักจูง ดังนั้น การกำกับตนเองจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียน

การกำกับตนเอง (Self-regulation) คือ กระบวนการเรียนรู้และควบคุมตนเองเพื่อบรรลุมาตรฐานที่พึงประสงค์ การกำกับตนเองเกี่ยวข้องกับเยื่อหุ้มสมองส่วน Ventromedial Prefrontal Cortex (vmPFC) ซึ่งทำหน้าที่ด้านการวางแผน การตัดสินใจ และการตอบสนองทางอารมณ์ ในวัยรุ่นสมองส่วนนี้ยังพัฒนาไม่เต็มที่ ทำให้เสี่ยงต่อการเริ่มสูบบุหรี่สูงขึ้น โดยผลการศึกษาระยะยาวด้วยข้อมูลภาพสมองและพันธุกรรมยืนยันเชิงสาเหตุว่าพฤติกรรมฝ่าฝืนกฎเกณฑ์ซึ่งสะท้อนความบกพร่องของการกำกับตนเองเป็นตัวแปรผ่านที่เชื่อมโยงโครงสร้างสมองส่วนหน้ากับการเริ่มสูบบุหรี่ในวัยรุ่น (Xiang et al., 2023) ดังนั้นการกำกับตนเองที่นักเรียนควรนำไปปรับใช้เพื่อหลีกเลี่ยงและปฏิเสธการสูบบุหรี่ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน การหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงตั้งแต่เนิ่น ๆ และการไม่ใช้บุหรี่เป็นเครื่องมือแก้เครียด (Liang et al., 2022) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhao et al. (2025) ที่พบว่า การควบคุมตนเองเป็นตัวแปรสำคัญระหว่างอารมณ์เชิงลบกับความอยากสูบบุหรี่ โดยผู้ที่ควบคุมตนเองต่ำมีแนวโน้มอยากสูบบุหรี่มากกว่าเมื่อเผชิญอารมณ์เชิงลบ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงทำนายที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงของการกำกับตนเองในแต่ละวันสามารถระบุจุดเริ่มต้นของความพยายามเลิกบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญ (Niemiec et al., 2023) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการกำกับตนเองมีความเกี่ยวข้องทั้งกับการทำงานของสมองและจิตใจ และมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การเริ่มสูบบุหรี่ ความอยากสูบบุหรี่ ไปจนถึงความสำเร็จในการเลิกบุหรี่

นโยบาย “สถานศึกษาปลอดบุหรี่” ประกอบด้วย 7 มาตรการ ซึ่งมีมาตรการเข้มงวดของโรงเรียน ใช้การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการเฝ้าระวัง การสอดแทรกเรื่องบุหรี่ในการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมนอกหลักสูตร ที่เป็นการดำเนินงานของผู้บริหารและอาจารย์ผู้เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการเพื่อการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียน การมีส่วนร่วมของนักเรียนในการขับเคลื่อนสถานศึกษาปลอดบุหรี่ ทั้งการเฝ้าระวัง การสร้างค่านิยมการไม่สูบบุหรี่โดยมีครูเป็นแบบอย่างที่ดี การส่งเสริมให้นักเรียนสร้างสรรค์สื่อการเรียนรู้เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ อีกทั้งการมีวิธีการสื่อสารเพื่อรณรงค์การควบคุมบุหรี่ของโรงเรียน ซึ่งรูปแบบการสื่อสารที่ใช้เพื่อรณรงค์การควบคุมบุหรี่ของโรงเรียนส่วนใหญ่ดำเนินงานตามนโยบายหน่วยงานต้นสังกัด (รัชชนก สอนสีดา และ กานต์ เชื้อวงศ์, 2566) นอกจากนั้นพบว่า การสื่อสารที่เปิดเผยระหว่างวัยรุ่นกับผู้ปกครอง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับพฤติกรรมเสี่ยงด้าน การสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Dimitrova & Zaborskis, 2025)

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่ดำเนินการในลักษณะของโรงเรียนปลอดบุหรี่ และได้รับมรดกกับมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 โดยมีมุ่งศึกษาการกำกับตนเอง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และนโยบายสถานศึกษาปลอดบุหรี่ เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น โดยมีเป้าหมายให้วัยรุ่นสามารถกำกับตนเองไม่ให้ลองสูบบุหรี่ ซึ่งจะช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเอง รวมทั้งอันตรายจากควันบุหรี่มือสองที่อาจเกิดแก่บุคคลใกล้ชิด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนระดับมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมหลักเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนระดับมัธยมศึกษา
แห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

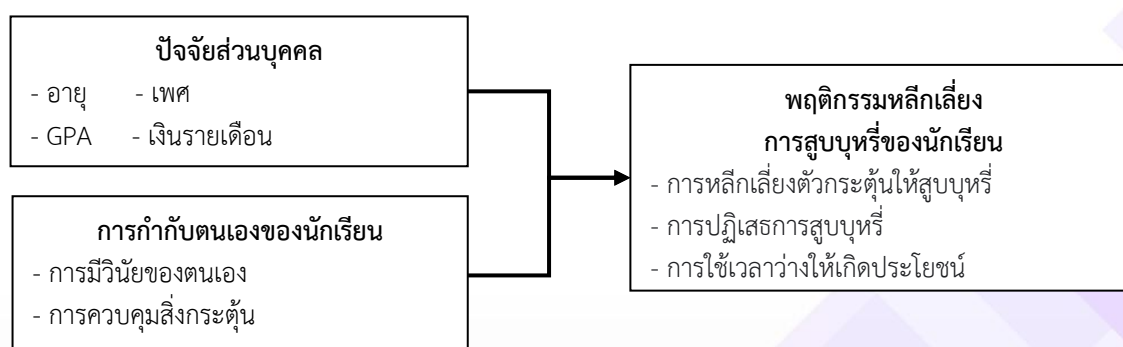
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมหลักเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียน
ระดับมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

4. เพื่อศึกษานโยบายสถานศึกษาปลอดบุหรี่ โรงเรียนระดับมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การกำกับตนเอง เป็นการปฏิบัติการควบคุมตนเองเพื่อนำไปสู่มาตรฐานที่พึงประสงค์ ที่เป็น
กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองอย่างเป็นระบบ และมีขั้นตอนที่ชัดเจน อันจะส่งผลต่อการปรับทัศนคติ
และความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม ในงานวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ
ด้านการกำกับพฤติกรรม จะเน้นเรื่องการมีวินัยของตนเอง และด้านการกำกับอารมณ์ จะเน้นเรื่องการควบคุม
สิ่งเร้า ซึ่งหลักการกำกับตนเองที่มีประสิทธิภาพ โดย Tangney (2004) ที่กล่าวถึง “การมีเป้าหมายที่ชัดเจน การ
หลักเล็งสถานการณ์เสี่ยงตั้งแต่เนิ่น ๆ และการไม่ใช้บุหรี่เป็นเครื่องมือแก้เครียด” ผ่านกระบวนการกำกับตนเอง
ของแบนดูรา (Bandura, 1986) ทั้ง 3 กระบวนการย่อย ประกอบด้วย 1) การสังเกตตนเอง (Self-observation)
อันเป็นกระบวนการตั้งต้นในการกำกับตนเอง โดยมีการตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ที่เป็นการกำหนดพฤติกรรม
เป้าหมายหรือการกำหนดเกณฑ์ในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลงของบุคคล และการเฝ้า
ติดตามสังเกตตนเอง (Self-monitoring) เป็นการสังเกตและจดบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายที่สามารถทำได้ด้วย
ตนเองไว้เป็นข้อมูลย้อนกลับในพฤติกรรมที่กระทำเพื่อการบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ 2) การตัดสินตนเอง (Self-
judgement) เป็นกระบวนการที่บุคคลประเมินประสิทธิภาพของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการนำข้อมูลที่
ได้จากการสังเกตตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายหรือมาตรฐานที่วางไว้ เป็นแนวทางที่ใช้ในการดำเนินพฤติกรรม
และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) เป็นกระบวนการสุดท้ายของการกำกับตนเองที่แสดง
ผลตอบแทนของบุคคลในรูปแบบการตอบสนองผลการประเมินพฤติกรรมของตนเอง ได้แก่ การให้รางวัล การ
ลงโทษตนเอง และเป็นแรงจูงใจสำหรับพฤติกรรมการแสดงออกของตนเองทั้งในเชิงบวกที่เป็นกลไกการสร้างเสริม
พฤติกรรม และในเชิงลบที่เป็นกลไกการป้องกันตนเองจากการถูกลงโทษจากสังคม

การกำกับตนเองส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมหลักเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ช่วยให้
บุคคลกำหนดเป้าหมาย ควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ ติดตามและประเมินการกระทำของตนเองอย่างต่อเนื่อง
ส่งผลให้สามารถหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ปฏิเสธการสูบบุหรี่ และเลือกใช้เวลาว่างอย่างเหมาะสม อันเป็นกลไกสำคัญ
ในการป้องกันการเริ่มสูบบุหรี่ โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นที่อยู่ในระยะปลูกฝังทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ซึ่งช่วยลด
โอกาสก้าวเข้าสู่ระยะเริ่มทดลองสูบบุหรี่และลดความเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ในระยะยาว



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานเชิงสำรวจตามลำดับ (Exploratory Sequential Mixed Methods Design) ตามกรอบแนวคิดของ Creswell and Plano Clark (2018) ซึ่งเริ่มต้นด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อสำรวจและทำความเข้าใจนโยบายการควบคุมการสูบบุหรี่ของสถานศึกษาและพฤติกรรมหลักเล็งการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น แล้วจึงนำองค์ความรู้ที่ได้ไปต่อยอดในการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมหลักเล็งการสูบบุหรี่ของนักเรียน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1: การวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากร คือ บุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 83 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงเรียน จำนวน 1 คน รองผู้อำนวยการโรงเรียน จำนวน 3 คน หัวหน้าอาจารย์ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 3 คน รองหัวหน้าอาจารย์ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 3 คน และอาจารย์กลุ่มสาระการเรียนรู้ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 73 คน และหัวหน้านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน จำนวน 3 คน

กลุ่มตัวอย่าง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) แบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 7 คน ประกอบด้วย ผู้บริหาร จำนวน 3 คน อาจารย์สายวิชาการ จำนวน 1 คน และหัวหน้านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน จำนวน 3 คน

ระยะที่ 2: การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากร คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3) โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,373 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 303 คน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 303 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยสุ่มเลือกนักเรียนจากแต่ละระดับชั้น (ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3) ชั้นละ จำนวน 101 คน โดยมีรายละเอียดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1: การวิจัยเชิงคุณภาพ เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมหลักเล็งการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น และ/หรือมีประสบการณ์การทำงานหรือการสอนที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดอย่าง

น้อย 1 ปี สามารถให้ข้อมูลครอบคลุมนโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ได้ สำหรับนักเรียนตัวแทน คือ มีประสบการณ์ด้านพฤติกรรมหลักเล็งการสูบบุหรี่ และ/หรือเป็นนักเรียนตัวอย่างหรือผู้นำนักเรียน

ระยะที่ 2: การวิจัยเชิงปริมาณ เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่สามารถสื่อสารเข้าใจเรื่องพฤติกรรมหลักเล็งการสูบบุหรี่ เกณฑ์คัดออก ไม่สามารถสื่อสารหรือเข้าใจรายละเอียดโครงการวิจัย มีปัญหาสุขภาพระหว่างการทำแบบสอบถาม เช่น ป่วย หรือเครียด หรือมีสิทธิขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ลักษณะคำถามปลายเปิด เพื่อศึกษาพฤติกรรมหลักเล็งการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น โดยแบ่งแนวคำถามออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.1 แนวทางการดำเนินงานของสถานศึกษา ครอบคลุมเนื้อหา จำนวน 7 ด้าน ได้แก่ 1) ความเหมาะสมของนโยบายปลอดบุหรี่ 2) การบริหารจัดการ 3) การจัดสภาพแวดล้อม 4) การบูรณาการในหลักสูตรและกิจกรรม 5) การมีส่วนร่วมของนักเรียน 6) ระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน และ 7) การสร้างความร่วมมือกับชุมชน

1.2 แนวคำถามสำหรับตัวแทนนักเรียน ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามสำคัญเพื่อสะท้อนมุมมองและประสบการณ์ ได้แก่ 1) ประสบการณ์และความรู้สึกต่อการทดลองสูบบุหรี่ 2) ทักษะการตัดสินใจ 3) วิธีการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง 4) กิจกรรมทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น 5) องค์ความรู้และทักษะการปฏิเสธ 6) บทบาทความสำคัญของเครือข่ายทางสังคม และ 7) ข้อคิดและสิ่งเตือนใจเกี่ยวกับบุหรี่ โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในส่วนนี้ไปใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการพัฒนาแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 2

2. เชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 สอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 เป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับตนเอง โดยประยุกต์ใช้แบบวัดการควบคุมตนเองฉบับย่อ (Brief Self-Control Scale: BSCS) ของ Tangney et al. (2004) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยคำถามด้านการควบคุมสิ่งเร้า และการมีวินัยในตนเอง ซึ่งมีค่าความเที่ยง (Coefficient alphas) สำหรับครั้งแรก และครั้งที่ 2 คือ .83 และ .85 ตามลำดับ (Tangney et al., 2004) และนำแบบสอบถามไปทดลอง (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 โรงเรียนระดับมัธยมศึกษาแห่งอื่น ในกรุงเทพฯ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ก่อนนำไปใช้จริง แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับควบคุมสิ่งกระตุ้น จำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 1, 6, 8, และ 11 ข้อคำถามเกี่ยวกับการมีวินัยของตนเอง จำนวน 8 ข้อ คือ ข้อ 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 12, และ 13 ซึ่งเป็นมาตราลำดับขั้น (Likert Scale) 5 ระดับ การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (มากกว่า 43 คะแนน) ปานกลาง (21- 43 คะแนน) และ น้อย (น้อยกว่า 21 คะแนน) และส่วนที่ 3 เป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และปรับให้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยคำถามด้านพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้สูบบุหรี่ การปฏิเสธการสูบบุหรี่ และ การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เป็นมาตราลำดับขั้น (Likert Scale) 5 ระดับ การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (101-120 คะแนน) ปานกลาง (60-100 คะแนน) และ ต่ำ (น้อยกว่า 60 คะแนน) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน เพื่อหาค่า IOC เลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยได้ค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha) ทั้งฉบับ .88

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ COA No. 07/2567 ERB No. 03/2567 วันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2567 มีการพิทักษ์สิทธิ์โดยการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษา การนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อ และกลุ่มตัวอย่างจะได้รับความมั่นใจว่าหากไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย สามารถขอยกเลิกการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา สำหรับผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียน นำเอกสารให้ผู้ปกครองเซ็นใบยินยอมในการตอบแบบสอบถามก่อนเริ่มเก็บข้อมูล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ดำเนินการวิจัยติดต่อขอสัมภาษณ์ โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์และนัดหมายเวลาในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเป็นรายบุคคล จำนวน 7 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ใช้เวลาสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนละประมาณ 60-90 นาที โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 7 คน โดยสัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหาร จำนวน 3 คน อาจารย์สายวิชาการ จำนวน 1 คน และตัวแทนนักเรียน จำนวน 3 คน

สถานที่สัมภาษณ์ใช้ห้องประชุมของโรงเรียน มีการบันทึกเทปสัมภาษณ์ ในการสัมภาษณ์ ใช้หลักการ Triangulation ทั้งด้านข้อมูล ผู้สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูล จนได้ข้อมูลที่อึดตัว

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยทำหนังสือ ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเข้าถึงรวบรวมข้อมูล และติดต่อกับผู้ประสานงานของโรงเรียน เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเข้าถึงรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเป้าหมายในชั้นเรียน และผู้วิจัยนัดติดตามเก็บรวบรวมแบบสอบถามคืน ผ่านทางผู้ประสานงานของโรงเรียน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบและให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับพฤติกรรมกรหลีกเลียงการสูบบุหรี่ของนักเรียนและนโยบายสถานศึกษาปลอดบุหรี่ วิเคราะห์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ในการอธิบายข้อมูลส่วนบุคคล การกำกับตนเอง และพฤติกรรมกรหลีกเลียงการสูบบุหรี่ ใช้ Pearson's Correlation ในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การกำกับตนเอง และพฤติกรรมกรหลีกเลียงการสูบบุหรี่

3. สถิติเชิงวิเคราะห์ที่ใช้ในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรหลีกเลียงการสูบบุหรี่ ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยก่อนดำเนินการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ได้แก่ ความเป็นเส้นตรงของความสัมพันธ์ การแจกแจงแบบปกติของค่าคลาดเคลื่อน ความเป็นอิสระของค่าคลาดเคลื่อน ความคงที่ของความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อน และการไม่มีภาวะพหุสัมพันธ์ร่วมระหว่างตัวแปรอิสระ ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การนำตัวแปรเข้าสู่สมการที่ระดับนัยสำคัญ ($p\text{-entry} = 0.05$) และเกณฑ์การนำตัวแปรออกจากสมการที่ ($p\text{-removal} = 0.10$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 303 คน ส่วนใหญ่อายุ 14 ปี ร้อยละ 34.0 อายุเฉลี่ย 14 ปี ($SD=0.96$) เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.7 เกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.50-4.00 ร้อยละ 67.2 เกรดเฉลี่ย 3.59 ($SD=3.58$) ได้รับเงินรายเดือนอยู่ในช่วง 2,001-3,000 บาท ร้อยละ 25.7 ซึ่งเงินรายเดือนที่ได้รับส่วนใหญ่ได้มาจากครอบครัว ร้อยละ 95.7

2. การกำกับตนเองของนักเรียน โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนการกำกับตนเองในระดับกลาง จำนวน 199 คน คิดเป็นร้อยละ 65.7 และมีคะแนนการกำกับตนเองในระดับสูง จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 33.7 คะแนนเฉลี่ย 41 ($SD=5.94$) คะแนนต่ำสุด 19 คะแนนสูงสุด 58

3. พฤติกรรมกรหลีกเลียงการสูบบุหรี่ของนักเรียน โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละระดับคะแนน ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมกรหลีกเลียงการสูบบุหรี่ของนักเรียน โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร ($n=303$)

คะแนนพฤติกรรมกรหลีกเลียงการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
< 60	7	2.3
60-100	74	24.4
101-120	222	73.3
Mean= 106.02±15.249, Max= 120, Min= 39		

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมหลักเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในระดับสูง จำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 และมีคะแนนพฤติกรรมหลักเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในระดับกลาง จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 24.4 จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนนักเรียนทั้ง 3 คน เป็นผู้ที่ไม่เคยลองสูบ แต่เคยพูดคุยกับผู้ที่สูบบุหรี่ ได้ให้ความคิดเห็นไว้นักเรียนส่วนใหญ่หันมาสูบบุหรี่ไฟฟ้ากันมากขึ้น เนื่องจากมีความแตกต่างจากบุหรี่มวน ดังคำกล่าวที่ว่า “บุหรี่ไฟฟ้าสามารถหลบเลี่ยงได้ง่าย ไม่มีหลักฐานหรือกลิ่นติดตัว” (ID02-1) ส่วนความคิดเห็นต่อผู้ที่สูบบุหรี่มองว่า เป็นอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ดังคำกล่าวที่ว่า “เป็นเรื่องของการเข้าสังคมของวัยรุ่น” (ID02-2) และให้ข้อเสนอแนะวิธีการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ว่าผลกระทบของการสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่ไม่ดีต่อสุขภาพ สำหรับกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับนักเรียน เพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ควรมีความหลากหลาย เพื่อใช้เป็นตัวเลือกได้ ทักษะในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ในนักเรียนถือเป็นเรื่องสำคัญ ดังคำกล่าวที่ว่า “ทุกคนควรมีทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่และการป้องกันตัวให้รอดพ้นอันตราย” (ID02-3) รวมถึงความสำคัญของเครือข่ายทางสังคม เริ่มตั้งแต่ระดับครอบครัวที่เป็นต้นแบบที่ดีของคนในครอบครัว เพื่อน โรงเรียนและสภาพแวดล้อมทางการศึกษา การสนับสนุนจากชุมชนและสังคม ล้วนมีอิทธิพลในการเลือกการตัดสินใจที่จะเลือกเส้นทางที่ดี แต่มีนักเรียนจำนวนน้อยที่รู้จักใช้เครือข่ายทางสังคม โดยเฉพาะชุมชน หรือสังคม เพื่อการให้ความสนับสนุนช่วยเหลือ โดยได้ฝากข้อคิด หรือสิ่งเตือนสติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ไว้ว่า สิ่งที่ต้องตระหนักคือการสูบบุหรี่เป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาสุขภาพมากมายและยังส่งผลต่อต่อสุขภาพในระยะยาว ทั้งต่อตัวผู้สูบเองและคนรอบข้าง การตัดสินใจลองสูบบุหรี่เพียงครั้งเดียว อาจนำไปสู่การเสพติดที่ยากจะเลิก และทำให้เสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากโดยไม่จำเป็น การสูบบุหรี่ไม่ได้ช่วยให้คลายเครียดแต่ตรงกันข้าม กลับเป็นสาเหตุของความเครียดสะสม นิโคตินในบุหรี่ทำให้ร่างกายเสพติด เพราะร่างกายต้องการนิโคตินเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และเมื่อไม่ได้สูบจะเกิดความเครียดและหงุดหงิดมากกว่าเดิม ดังนั้นการเลือกปฏิเสธบุหรี่ตั้งแต่แรกคือการตัดสินใจที่ดีที่สุด เพื่อสุขภาพของตนเองและเพื่ออนาคตที่ดีที่สุด

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การกำกับตนเองกับพฤติกรรมหลักเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียน โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การกำกับตนเองกับพฤติกรรมหลักเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียน โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร (n=303)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. อายุ	1	-.126*	.026	.074	-.065	.125*	.045	.064	.000	.048
2. ผลการเรียน	-.126*	1	-.162**	.194**	.136**	.176**	.184**	.166**	.185**	.178**
3. เงินรายเดือน	.026	-.162**	1	.009	-.018	.014	-.115*	-.121*	-.083	-.114*
4. การกำกับตนเอง	.074	.194**	-.009	1	.757**	.930**	.150**	.133**	.131*	.166**
5. ควบคุมสิ่งเร้า	-.065	.136**	-.018	.757**	1	.501**	-.003	-.027	.001	.038
6. มีวินัย	.125	.176**	.014	.930**	.501**	1	.184**	.169**	.164**	.192**
7. พฤติกรรมหลักเลี่ยง	.045	.184**	-.115*	.150**	-.003	.184**	1	.969**	.921**	.929**
8. หลีกเลี่ยงสิ่งเร้า	.064	.166**	-.121*	.133*	-.027	.169**	.969**	1	.835**	.850**
9. ปฏิเสธ	.000	.185**	-.083	.131*	.001	.164**	.921**	.835**	1	.808**
10. ใช้เวลาว่าง	.048	.178**	-.114*	.166**	.038	.192**	.929**	.850**	.808**	1

* p<.05 และ **p<.01, Pearson' correlation

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ผลการเรียน เงินรายเดือน การกำกับตนเองกับพฤติกรรมหลักเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียน โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร พบว่า

1) ผลการเรียนรู้กับการกำกับตนเองมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.194, p<.01$) มีความสัมพันธ์กับการควบคุมสิ่งเร้า และการมีวินัยของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.136, p<.01$ และ $r=.176, p<.01$) ตามลำดับ

2) ผลการเรียนรู้กับพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.184, p<.01$) มีความสัมพันธ์กับการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าให้สูบบุหรี่ การปฏิเสธการสูบบุหรี่ และการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.166, p<.01, r=.185, p<.01$ และ $r=.178, p<.01$) ตามลำดับ

3) เงินรายเดือนกับพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.115, p<.05$) มีความสัมพันธ์กับการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าให้สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.121, p<.05$) และมีความสัมพันธ์กับการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.114, p<.05$)

4) การกำกับตนเองกับพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.150, p<.01$) มีความสัมพันธ์กับการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าให้สูบบุหรี่ การปฏิเสธการสูบบุหรี่ และ การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.133, p<.05, r=.131, p<.05$ และ $r=.166, p<.01$) ตามลำดับ

5. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียน โรงเรียนระดับมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียน โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร (n=303)

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	Beta	t	p-value
ผลการเรียน	10.892	2.913	0.237	3.739	<0.001
การมีวินัยของตนเอง	0.896	0.235	0.272	3.814	<0.001
การควบคุมสิ่งเร้า	-1.064	0.430	-0.176	-2.4773	0.014
Constant	51.842	11.323		4.578	<0.001

$R=0.350, R^2=0.123, \text{Adjusted } R^2=0.111, F_{5,9648}=10.720, p<0.001$

จากตารางสามารถเขียนสมการการถดถอยที่ใช้ทำนายพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียน โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ได้ดังนี้ พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ = $51.842 + 10.892$ ผลการเรียนรู้ + $.896$ การมีวินัยของตนเอง - 1.064 การควบคุมสิ่งเร้า

พบว่า ผลการเรียนรู้ การมีวินัยของตนเอง การควบคุมสิ่งเร้า สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียน โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{5,9648}=10.720, p<0.001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ได้ร้อยละ 12.3 ($R^2=.123, \text{Adjusted } R^2=.111$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ การมีวินัยของตนเอง ($\beta=0.272, p<0.001$) รองลงมา คือ ผลการเรียนรู้ ($\beta=0.237, p<0.001$) ซึ่งมีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ส่วนการควบคุมสิ่งเร้า ($\beta=-0.176, p=0.014$) มีอิทธิพลเชิงลบต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

6. นโยบายสถานศึกษาปลอดบุหรี่ ของโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาพบว่า โรงเรียนมีการกำหนดนโยบายที่เป็นลายลักษณ์อักษรภายใต้ยุทธศาสตร์ “3 ป.” ซึ่งมาจาก “ป้องกัน ปลุกฝัง และปราบปราม” โดยมีการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติผ่านคณะกรรมการต่อต้านยาเสพติด และการสื่อสารผ่านช่องทางที่หลากหลาย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ช่องทางการเผยแพร่ ใช้สื่อออนไลน์ต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้วของโรงเรียน” (ID01-1) สำหรับมาตรการปราบปรามและการบังคับใช้กฎระเบียบ โรงเรียนใช้การสุ่ม

ตรวจร่วมกับภาคีเครือข่ายและมีการกำหนดบทลงโทษแบบขั้นบันได (Graduated sanctions) ตั้งแต่การตัดคะแนนจนถึงการให้ออก ดังที่ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า “มีการสุ่มตรวจทุกเดือน ๆ ละครั้ง ร่วมกับตำรวจในเขตพื้นที่” (ID01-2) ควบคู่ไปกับการจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย โดยเน้นการปรับปรุงจุดเสี่ยงทางกายภาพเพื่อลดโอกาสในการกระทำผิด ดังคำกล่าวที่ว่า “มีการปรับภูมิทัศน์บริเวณหน้าห้องน้ำให้โล่ง ทำให้ไม่สะดวกต่อการแอบสูบบุหรี่ของนักเรียน” (ID01-3) ในด้านการสร้างภูมิคุ้มกันและระบบดูแลช่วยเหลือสถานศึกษาเน้นการบูรณาการความรู้ในรายวิชาโดยให้ความสำคัญกับประเด็น “บุหรี่ไฟฟ้า” ซึ่งเป็นปัญหาท้าทายใหม่ที่ตรวจสอบยาก ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่สะท้อนว่า “บุหรี่ไฟฟ้าสามารถหลบเลี่ยงการจับกุมได้ เนื่องจากไม่มีหลักฐานและกลิ่นติดตัวนักเรียน” (ID01-3) โรงเรียนจึงใช้วิธีการมีส่วนร่วมของนักเรียนผ่านชมรม YC (Youth Counselling) ในลักษณะเพื่อนดูแลเพื่อนเพื่อสร้างบรรทัดฐานทางสังคมที่เข้มแข็ง ซึ่งนักเรียนจะเกิดความตระหนัก ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “เด็กทราบดีว่า ถ้าโดนจับได้จะมีบทลงโทษที่ค่อนข้างแรง” (ID01-4) นอกจากนี้ ยังใช้หลักกระบวนการกลุ่ม (Professional Learning community: PLC) ของครูในการติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ดังคำกล่าวที่ว่า “มีการส่งต่อ ติดตาม และพูดคุยกับครูตัวแทนแต่ละชั้นปี” (ID01-4) ทั้งนี้ โรงเรียนยังได้ขยายผลความร่วมมือสู่ชุมชนด้วยการรณรงค์ให้ร้านค้าจำหน่ายยาสูบแก่เยาวชนและผลักดันนโยบาย “บ้านและชุมชนปลอดบุหรี่” ร่วมกับโรงเรียนเครือข่ายในพื้นที่เดียวกัน

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถสรุปและอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. การกำกับตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการกำกับตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.7) รองลงมาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 33.7) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 41.00 (SD=5.94) เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่าการมีวินัยในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.184, p<.01$) ขณะที่การควบคุมสิ่งเร้าไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.003$) อธิบายได้ว่า การมีวินัยในตนเองเป็นการกำกับพฤติกรรมที่สามารถพัฒนาได้จากการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ขณะที่การควบคุมสิ่งเร้าเกี่ยวข้องกับความสามารถในการยับยั้งการตอบสนองและการจัดการอารมณ์ ซึ่งต้องอาศัยการทำงานของสมองส่วนหน้าที่ยังอยู่ระหว่างการพัฒนาในวัยรุ่น โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้มีอายุเฉลี่ย 14 ปี ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาระยะยาวของ Xiang et al. (2023) ในวัยรุ่นอายุ 14 ปี ที่พบว่าพฤติกรรมฝ่าฝืนกฎเกณฑ์ซึ่งสะท้อนความบกพร่องด้านการกำกับตนเอง มีความเชื่อมโยงระหว่างลักษณะของสมองส่วนหน้ากับการเริ่มสูบบุหรี่ในวัยรุ่น นอกจากนี้ Zhao et al. (2025) ซึ่งศึกษาในผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่ พบว่าการควบคุมตนเองเป็นตัวแปรส่งผ่านระหว่างอารมณ์เชิงลบกับความอยากสูบบุหรี่ จะเห็นว่าความสามารถในการควบคุมตนเองมีความเกี่ยวข้องมากขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือแรงกดดัน นอกจากนี้ ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่านักเรียนมีแนวโน้มใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้น เนื่องจากสามารถหลบเลี่ยงการตรวจพบได้ง่ายและไม่ทิ้งกลิ่นหรือร่องรอย จึงอาจสะท้อนว่าสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในบริบทปัจจุบันไม่มีเพียงสิ่งเร้าทางกายภาพ แต่ยังเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและเครือข่ายทางสังคม โดยเฉพาะกลุ่มเพื่อน สอดคล้องกับ Luu et al. (2025) ที่พบว่าการมีเพื่อนใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์กับโอกาสที่วัยรุ่นจะใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

2. พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.4 ขณะที่การกำกับตนเองของนักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่ในระดับต่ำ สะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียนไม่ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการกำกับตนเองเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและมาตรการของโรงเรียนร่วมด้วย โดยข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าโรงเรียนดำเนินนโยบายสถานศึกษาปลอดบุหรี่ครบทั้ง 7 มาตรการ ภายใต้ยุทธศาสตร์ “3 ป.” ซึ่งครอบคลุมทั้งการป้องกัน การปลูกฝัง และการปราบปราม รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อม การกำหนดกฎระเบียบ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของนักเรียน มาตรการเหล่านี้อาจช่วยสร้างเงื่อนไขภายนอกที่เอื้อต่อการหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่ แม้นักเรียนบางส่วนยังมีการกำกับตนเองไม่สูงมาก สอดคล้องกับการถอดบทเรียนสถานศึกษาปลอดบุหรี่ต้นแบบของอนงค์ วรรณสอน (2565) ที่พบว่าความสำเร็จเกิดจากการดำเนินงานครบทุกมาตรการร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ครู แกนนำนักเรียน ผู้นำชุมชน และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการติดตามอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ Tate et al. (2021) พบว่าการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ในโรงเรียนและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความชุกของการสูบบุหรี่ที่ลดลง ขณะที่รัชชนก สอนสีดา และกานต์ เชื้อวงศ์ (2566) ชี้ให้เห็นความสำคัญของการสื่อสารเพื่อรณรงค์ควบคุมบุหรี่ในสถานศึกษา ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่านักเรียนมีแนวโน้มเปลี่ยนไปใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้นเนื่องจากหลบเลี่ยงการตรวจพบได้ง่ายและไม่ทิ้งกลิ่นหรือร่องรอย ประเด็นดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบพฤติกรรมเสี่ยงในปัจจุบันอาจเปลี่ยนแปลงไปจากบุหรี่ยวนไปสู่ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ และ พฤติกรรมหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียนมีผลทั้งปัจจัยภายในส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อม โดยเฉพาะมาตรการของโรงเรียน การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตลอดจนอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนระดับมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

ผลการวิจัยพบว่า การมีวินัยในตนเอง ผลการเรียนรู้ และการควบคุมสิ่งเร้า สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 12.3 ($R^2=.123$, Adjusted $R^2=.111$) อภิปรายได้ดังนี้

การมีวินัยในตนเอง เป็นปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายสูงสุด ($\beta=.272$, $p<.001$) สะท้อนว่าการมีวินัยในตนเองช่วยให้นักเรียนยับยั้งการตอบสนองต่อคำชักชวนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมตามเป้าหมาย ถึงแม้ต้องเผชิญกับแรงกดดันจากเพื่อน สอดคล้องกับแนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura (1989) และ Baumeister and Heatherton (1996) ที่อธิบายว่าการควบคุมตนเองสามารถพัฒนาได้จากการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลเชิงคุณภาพยังพบว่านักเรียนเห็นว่าทักษะการปฏิเสธมีความสำคัญต่อการหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่ กล่าวได้ว่าการมีวินัยในตนเองเป็นปัจจัยภายในที่เอื้อต่อการนำทักษะการปฏิเสธมาใช้เมื่อเผชิญสถานการณ์เสี่ยง สอดคล้องกับกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ และสิริลักษณ์ ชี้อัสต์ (2563) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียน

ผลการเรียน เป็นปัจจัยทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=.237$, $p<.001$) ซึ่งสะท้อนถึงความรักชอบ การจัดการตนเอง และการมีเป้าหมายระยะยาว ซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญต่อการต้านทานการชักจูงและหลักเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง สอดคล้องกับจินตหรา มีถาวร และคณะ (2565) ที่พบว่าเกรดเฉลี่ยต่ำมีความสัมพันธ์กับการเคยสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ขณะที่การศึกษาครั้งนี้ศึกษาพฤติกรรมหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่ ดังนั้น ผลการเรียนรู้จึงอาจใช้เป็นข้อมูลประกอบในการประเมินความเสี่ยงของนักเรียน แต่ไม่ควรใช้เป็นตัวแทนของทักษะการหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่โดยตรง

การควบคุมสิ่งเร้า เป็นปัจจัยทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติในทิศทางลบ ($\beta=-.176$, $p=.014$) ขณะที่การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัวแปรไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.003$) ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากการวิเคราะห์ถดถอยที่พิจารณาการควบคุมสิ่งเร้าร่วมกับตัวแปรอื่นในสมการ จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าการควบคุมสิ่งเร้าที่เพิ่มขึ้นทำให้พฤติกรรมหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่ลดลงโดยตรง ทั้งนี้ ความสามารถในการควบคุมสิ่งเร้าของวัยรุ่นอาจแตกต่างกันตามสถานการณ์และอิทธิพลจากบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะกลุ่มเพื่อน อีกทั้งการประเมินการกำกับตนเองเพียงช่วงเวลาเดียวอาจไม่ครอบคลุมการ

เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละสถานการณ์ สอดคล้องกับ Niemiec et al. (2023) ที่พบว่าการกำกับตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงได้ในแต่ละวัน

เมื่อพิจารณาอำนาจการทำนายของแบบจำลองโดยรวมพบว่า ตัวแปรทั้งสามอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 12.3 สะท้อนว่าพฤติกรรมดังกล่าวยังอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว และการสนับสนุนจากครอบครัว โดยมีรายงานว่า การมีเพื่อนใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์กับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่น ขณะที่การสื่อสารและการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ (ธนรัตน์ หมัดเขียว และ วราภรณ์ ลำใหญ่, 2567; Luu et al., 2025; Dimitrova & Zaborskis, 2025) การศึกษานี้ยังพบว่าเงินรายเดือนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่ ($r = -.115, p < .05$) ซึ่งสะท้อนได้ว่าการมีเงินใช้จ่ายมากขึ้นอาจเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ สอดคล้องกับ Dadras and Abio (2025) ที่พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียนไม่ได้เกี่ยวข้องเฉพาะปัจจัยภายในบุคคล โดยการมีวินัยในตนเองและการกำกับตนเองเท่านั้น แต่ยังสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การสนับสนุนจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมของโรงเรียน

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลการวิจัยพบว่าโรงเรียนดำเนินมาตรการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ครบทั้ง 7 มาตรการ และนักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง โดยการกำกับตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมดังกล่าว ขณะที่วินัยในตนเอง ผลการเรียนรู้ และการควบคุมสิ่งเร้าเป็นปัจจัยทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาจึงชี้ให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมปัจจัยส่วนบุคคลควบคู่กับการดำเนินนโยบายสถานศึกษาปลอดบุหรี่

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. โรงเรียนควรพัฒนา “รูปแบบ 3 ป.” ให้เป็นต้นแบบเชิงระบบ ถอดบทเรียนยุทธศาสตร์ “ป้องกัน-ปลูกฝัง-ปราบปราม” สู่การจัดทำเป็นคู่มือแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice Guideline) เพื่อการขยายผลสู่โรงเรียนอื่นในกรุงเทพมหานคร ด้วยการประสานความร่วมมือระหว่างกรุงเทพมหานครและสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน
2. สนับสนุนกิจกรรม/โครงการที่วัยรุ่นสนใจมีส่วนร่วมในการรณรงค์เพื่อการหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่ในโรงเรียน หรือระหว่างโรงเรียน เช่น โครงการเพื่อนช่วยเพื่อนหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่
3. ควรนำข้อมูลไปพัฒนาระบบเครือข่าย ในรูปแบบของบ้าน โรงเรียน และชุมชนปลอดบุหรี่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรใช้รูปแบบการศึกษาแบบติดตามระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างต่อเนื่อง หรือดำเนินการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่บูรณาการการดำเนินนโยบายสถานศึกษาปลอดบุหรี่เข้ากับการเสริมสร้างทักษะการกำกับตนเองของนักเรียน
2. ควรมีการขยายขอบเขตการศึกษาไปยังโรงเรียนที่มีบริบทหลากหลาย ทั้งด้านพื้นที่ สังคม และลักษณะทางสังคม เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น และเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังประชากรในวงกว้าง

ผลประโยชน์ทับซ้อน : ไม่มี

References

- กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ และสิริลักษณ์ ชื้อสัตย์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตมโนบุรี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 34(3), 18–36.
- กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนวัยรุ่น สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2564 (Thailand Global School-based Student Health Survey, 2021: GSHS)*. มินนี่ กรู๊ป จำกัด.
- จินตหรา มีถาวร, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, ศิริโชค หงษ์สงวนศรี และวศิน พิพัฒน์นัทร. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 67(1), 21–34.
- ธนารัตน์ หมดเขียว และวราภรณ์ ลำใหญ่. (2567). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่งในตำบลท่าอิฐ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. *วารสารควบคุมโรค*, 50(3), 397–408. <https://doi.org/10.14456/dcj.2024.32>
- นภดล พิมสาร, พนิดา จงสุขสมสกุล และเกรียงไกร สัจจะหทัย. (2566). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเริ่มสูบบุหรี่ของนักสูบหน้าใหม่: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแบบเร็ว. *วารสารวิชาการธรรมศาสตร์*, 23(2), 109–23.
- รัชชนก สวนสีดา และกานต์ เชื้อวงศ์. (2566). การสื่อสารเพื่อรณรงค์การควบคุมบุหรี่ของโรงเรียน ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาลพบุรี. *วารสารร่มยุงทอง*, 1(3), 44–62.
- อนงค์ วรรณสอน. (2565). การถอดบทเรียน: ปัจจัยความสำเร็จการดำเนินสถานศึกษาปลอดบุหรี่ต้นแบบจังหวัดพะเยา. *วารสารวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา*, 28(2), 33–42.
- Abdulhay, N., Wiener, R. C., Wen, S., Gibbs, B. B., & Bhandari, R. (2025). Mental health outcomes associated with electronic cigarette use, combustible tobacco use, and dual use among U.S. adolescents: Insights from the National Youth Tobacco Survey. *PLOS Mental Health*, 2(7), e0000370. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000370>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). Self-regulation of motivation and action through internal standards and goal systems. In L. A. Pervin (Ed.), *Goal concepts in personality and social psychology* (pp.19–85). Lawrence Erlbaum Associates.
- Baumeister, R. F., & Heatherton, T. F. (1996). Self-regulation: An overview. *Psychological Inquiry*, 7(1), 1–15. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0701_1
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Dadras, O., & Abio, A. (2025). Predictors of cigarette smoking frequency among European adolescents aged 13–15: The critical role of parental smoking and age of initiation. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 34(11), 3577–3589. <https://doi.org/10.1007/s00787-025-02772-z>
- Dimitrova, E., & Zaborskis, A. (2025). Family support, communication with parents, and adolescent health risk behavior: A case of HBSC study from Bulgaria and Lithuania. *Children*, 12(5), Article 654. <https://doi.org/10.3390/children12050654>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–10. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>

- Liang, Z. Q., Dou, K., Li, J. B., Wang, Y. J., & Nie, Y. G. (2022). Linking self-control to negative risk - taking behavior among Chinese late adolescents: A moderated mediation model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7646. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137646>
- Lin, M., Chu, M., Li, X., Ma, H., Fang, Z., Mao, L., Wang, P., Chen, T., & Chiang, Y. C. (2023). Factors influencing adolescent experimental and current smoking behaviors based on social cognitive theory: A cross-sectional study in Xiamen. *Frontiers in Public Health*, 11, 1093264. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1093264>
- Luu, N. M., Bui, T. T., Phan, H. T., & Oh, J. K. (2025). Peer influence and use of electronic cigarettes among adolescents and young adults: A meta-analysis of prospective studies. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 26(6), 2215–2223. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2025.26.6.2215>
- Niemiec, C. P., Ivarsson, A., Weman, K., Smit, E., & Williams, G. C. (2023). Self-determination theory and the smoking cessation process: Daily electronic self-reports can identify the initiation of quit attempts. *Patient Education and Counseling*, 115, 107886. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107886>
- Reynolds, L. M., Faure, P., & Barik, J. (2025). Adolescent nicotine exposure and persistent neurocircuitry changes: Unveiling lifelong psychiatric risks. *Molecular Psychiatry*, 30(11), 5534–5545. <https://doi.org/10.1038/s41380-025-03110-0>
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 271–324. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x>
- Tate, C., Kumar, R., Murray, J. M., Sanchez-Franco, S., Montgomery, S. C., Montes, F., Dunne, L., Sarmiento, O. L., Kee, F., & Hunter, R. F. (2021). Socio-environmental and psychosocial predictors of smoking susceptibility among adolescents with contrasting socio-cultural characteristics: a comparative analysis. *BMC public health*, 21(1), 2240. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12351-x>
- World Health Organization. (2024). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088283>
- Xiang, S., Jia, T., Xie, C., Cheng, W., Chaarani, B., Banaschewski, T., Barker, G. J., Bokde, A. L. W., Büchel, C., Desrivieres, S., Flor, H., Grigis, A., Gowland, P. A., Brühl, R., Martinot, J.-L., Paillère Martinot, M.-L., Nees, F., Papadopoulos Orfanos, D., Poustka, L., . . . IMAGEN Consortium. (2023). Association between vmPFC gray matter volume and smoking initiation in adolescents. *Nature Communications*, 14, Article 4684. <https://doi.org/10.1038/s41467-023-40079-2>
- Zhao, Y., Li, Y., Shu, Y., Wang, X., Wang, W., & Yang, L. (2025). The effect of negative emotions on smoking craving: the chain-mediating role of self-control and self-exempting beliefs. *Frontiers in Psychiatry*, 16, Article 1642341. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1642341>

ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนด้วยสื่อดิจิทัลต่อความรู้และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

วรวิมล แสงทอง* ศุภรดา มั่นยืน**

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคโลหิตจางเรื้อรังทางพันธุกรรมที่พบบ่อยในเด็ก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิตของเด็ก การมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญ ต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนด้วยสื่อดิจิทัลต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียน โรคธาลัสซีเมีย อายุ 6–9 ปี จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนด้วยสื่อดิจิทัล กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเอง ค่า KR-20 เท่ากับ 0.84 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ เชิงพรรณนา paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัย : ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มจาก 15.40 (SD=1.59) เป็น 18.07 (SD = 1.03) และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเพิ่มจาก 88.40 (SD=12.21) เป็น 102.80 (SD= 8.92) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และกลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

สรุปผล : โปรแกรมการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนด้วยสื่อดิจิทัลสามารถส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการ ดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียได้

คำสำคัญ : ธาลัสซีเมีย เด็กวัยเรียน สื่อดิจิทัล ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

* คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ศุภรดา มั่นยืน, E-mail: suparada@bcnsurin.ac.th

Received: June 30, 2026

Revised: August 24, 2026

Accepted: August 31, 2026

Effects of a Structured Counseling Program Using Digital Media on Knowledge and Self-Care Behaviors of School-Aged Children with Thalassemia

Worawut Saengthong* Suparada Meunyen**

Abstract

Background: Thalassemia is a common hereditary chronic anemia in children. It affects their health, daily living, and quality of life. Consequently, appropriate knowledge and self-care behaviors are essential to prevent complications.

Objectives: To examine the effects of a structured guidance program using digital media on self-care knowledge and behaviors among school-age children with thalassemia.

Methods: A quasi-experimental, two-group pretest–posttest design was used. The participants were 60 school-age children with thalassemia, aged 6–9 years, recruited through purposive sampling. They were assigned to an experimental group and a control group, with 30 participants in each group. The experimental group received a structured guidance program using digital media, while the control group received usual nursing care. The research instruments included a self-care knowledge questionnaire, with a KR-20 reliability coefficient of 0.84, and a self-care behavior questionnaire, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.92. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests.

Results: After participating in the program, the experimental group's mean self-care knowledge score increased from 15.40 (SD=1.59) to 18.07 (SD=1.03), and the mean overall self-care behavior score increased from 88.40 (SD=12.21) to 102.80 (SD=8.92). Both scores were significantly higher than their pre-intervention scores ($p < .001$). In contrast, no statistically significant differences were found in the control group. Furthermore, the experimental group had significantly greater mean change scores than the control group for self-care knowledge and self-care behaviors, both overall and in all dimensions ($p < .001$).

Conclusion: The structured guidance program using digital media effectively improved self-care knowledge and behaviors among school-age children with thalassemia.

Keywords: Thalassemia, school-aged children, digital media, knowledge, self-care behaviors

* Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: Suparada Meunyen, E-mail: kfirst-2@hotmail.com

บทนำ

โรคธาลัสซีเมียเป็นกลุ่มโรคโลหิตจางเรื้อรังทางพันธุกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของการสร้างสายโกลบิน ส่งผลให้การสร้างฮีโมโกลบินผิดปกติ เม็ดเลือดแดงแตกง่าย และเกิดภาวะซีดเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ทั้งการให้เลือดเป็นระยะ การใช้ยาขับธาตุเหล็ก การติดตามภาวะเหล็กเกิน และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจ ตับ ต่อมไร้ท่อ และการเจริญเติบโต แนวทางการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียในปัจจุบันจึงให้ความสำคัญกับการดูแลแบบองค์รวม การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการส่งเสริมบทบาทของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง มากกว่าการมุ่งเน้นการรักษาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว (Taher et al., 2025; Farmakis et al., 2022)

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีภาวะโรคธาลัสซีเมียสูง โดยมีรายงานว่าประชากรไทยประมาณร้อยละ 30–40 เป็นพาหะของยีนธาลัสซีเมีย และความหลากหลายของยีนก่อให้เกิดลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรงและอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต (Paiboonsukwong et al., 2022) นอกจากนี้ยังพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของโรคธาลัสซีเมียสูง ทำให้เด็กจำนวนหนึ่งต้องเข้าสู่ระบบการรักษาและรับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็ก (Chaibunruang et al., 2018) โรคดังกล่าวจึงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและการพยาบาลเด็ก โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียนที่ต้องเผชิญทั้งภาวะของโรค ความทุกข์ทรมานจากอาการและภาวะแทรกซ้อน การรักษาที่ต่อเนื่อง ตลอดจนข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันและการเรียน (ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ และคณะ, 2563)

เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียมีความต้องการการดูแลตนเองหลายด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง การรับประทานยาตามแผนการรักษา การมารับเลือดและตรวจตามนัด การป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันอุบัติเหตุ การพักผ่อนและออกกำลังกายอย่างเหมาะสม รวมถึงการสังเกตและแจ้งอาการผิดปกติของตนเอง หากเด็กขาดความรู้และไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ย่อมเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว (สำนักสารนิเทศ, 2568) ในทางปฏิบัติกลับพบพฤติกรรมเสี่ยงได้บ่อย เช่น การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การลืมรับประทานยา การไม่มาตรวจตามนัด หรือการไม่สามารถบอกอาการผิดปกติได้ทันทั่วทั้ง ซึ่งสะท้อนว่าความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กกลุ่มนี้ยังเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการส่งเสริมอย่างเป็นระบบ (Paiboonsukwong et al., 2022)

การออกแบบกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองในเด็กกลุ่มนี้จำเป็นต้องคำนึงถึงพัฒนาการทางสติปัญญาเป็นสำคัญ เด็กวัยเรียนอายุ 6–9 ปี อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ขั้นการคิดเชิงรูปธรรม (Concrete operational stage) ซึ่งเริ่มคิดอย่างมีเหตุผลได้บนพื้นฐานของสิ่งที่มองเห็นและสัมผัสได้จริง สามารถจัดหมวดหมู่ เรียงลำดับขั้นตอน เข้าใจความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลที่เป็นรูปธรรม และจดจำแบบแผนการปฏิบัติที่ทำซ้ำอย่างสม่ำเสมอได้ ขณะเดียวกันยังมีข้อจำกัดในการคิดเชิงนามธรรม การให้เหตุผลเชิงสมมติฐาน และการคาดการณ์ผลลัพธ์ในระยะยาว ร่วมกับมีช่วงความสนใจต่อเนื่องค่อนข้างสั้น นอกจากนี้เด็กวัยเรียนยังอยู่ในขั้นความขยันหมั่นเพียรกับความรู้สึกลด้อย (industry versus inferiority) จึงมีแรงจูงใจที่จะลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ต้องการการยอมรับ และตอบสนองต่อการเสริมแรงทางบวกได้ดี (Hockenberry et al., 2022) ด้วยเหตุนี้ มีนัยสำคัญสำคัญของโรคธาลัสซีเมีย เช่น กลไกการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ภาวะเหล็กเกิน และผลกระทบของการรับประทานยาขับเหล็กไม่สม่ำเสมอต่ออวัยวะต่าง ๆ ซึ่งล้วนเป็นเนื้อหานามธรรม จึงเกินขีดความสามารถในการทำความเข้าใจของเด็กวัยนี้หากถ่ายทอดด้วยการบอกเล่าด้วยวาจาหรือเอกสารแผ่นพับเพียงอย่างเดียว

เมื่อพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ตามแนวคิดของโอเร็ม พบว่าความสามารถดังกล่าวมิได้เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่แรก แต่พัฒนาไปตามวุฒิภาวะ ประสบการณ์ และโอกาสในการเรียนรู้ (Orem, 2001) เด็กวัยเรียนตอนต้นจึงสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นรูปธรรมและเป็นกิจวัตรได้ด้วยตนเอง เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมเมื่อมีผู้จัดเตรียมไว้ให้ การรับประทาน

ยาตามเวลาที่กำหนด การดูแลความสะอาดร่างกาย การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ และการบอกอาการผิดปกติแก่ผู้ใหญ่ ขณะที่กิจกรรมซึ่งต้องอาศัยการตัดสินใจที่ซับซ้อน การวางแผน การจัดการยา การประเมินความรุนแรงของอาการ ตลอดจนการคงไว้ซึ่งความสม่ำเสมอของพฤติกรรมในระยะยาว ยังเกินขีดความสามารถของเด็กวัยนี้ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียจึงมีลักษณะเป็นการดูแลตนเองภายใต้การกำกับดูแลของผู้ใหญ่ กล่าวคือ เด็กเป็นผู้ลงมือปฏิบัติ โดยมีผู้ปกครองทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลแทน (Dependent care agent) ในระดับของการกระตุ้นเตือน จัดเตรียมทรัพยากร กำกับติดตาม และเสริมแรงมากกว่าการกระทำแทนเด็กทั้งหมด และค่อย ๆ ถ่ายโอนความรับผิดชอบให้เด็กเพิ่มขึ้นตามวุฒิภาวะ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กควบคู่ไปกับความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแล ส่งผลให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียดีขึ้น (ภูษิตา มาพิลูน และคณะ, 2559; สุรัตน์ สันภูมิภานุรักษ์, 2566)

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยเฉพาะระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system) จึงเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับลักษณะความพร้อมในการดูแลตนเองของเด็กกลุ่มนี้ เนื่องจากเน้นบทบาทของพยาบาลในการสอน ชี้แนะ สนับสนุน และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจและปฏิบัติการดูแลตนเองได้เต็มตามศักยภาพ (Orem, 2001) การให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนตามแนวคิดดังกล่าวจึงมุ่งลดความพร้อมด้านความรู้ เพิ่มความมั่นใจ และส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย โดยยังคงบทบาทของผู้ปกครองในการกำกับดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน ด้วยลักษณะการเรียนรู้ของเด็กวัยเรียนที่ต้องอาศัยสิ่งเร้าที่เป็นรูปธรรม การนำเสนอเนื้อหาสุขภาพผ่านสื่อดิจิทัลจึงมีความสอดคล้องกับพัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กวัยนี้ เนื่องจากสื่อดิจิทัลสามารถแปลงมโนทัศน์ที่เป็นนามธรรมให้อยู่ในรูปของภาพ สี เสียง การเคลื่อนไหว และสถานการณ์จำลองที่เด็กมองเห็นและเชื่อมโยงกับประสบการณ์จริงได้ อีกทั้งการนำเสนอข้อมูลผ่านช่องทางการรับรู้ทั้งทางสายตาและการฟังไปพร้อมกัน ช่วยลดภาระทางปัญญา (Cognitive load) และส่งเสริมการจัดระบบและการเชื่อมโยงข้อมูลใหม่กับความรู้เดิมได้ดีกว่าการรับข้อมูลผ่านช่องทางเดียว (Mayer, 2021) การแบ่งเนื้อหาเป็นตอนสั้น ๆ ยังสอดคล้องกับช่วงความสนใจที่จำกัดของเด็กวัยเรียน ขณะที่การใช้ตัวการ์ตูนเป็นตัวแทนในการปฏิบัติพฤติกรรมช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตและรับรู้ว่าตนเองสามารถทำได้นอกจากนี้สื่อดิจิทัลยังสามารถเปิดทบทวนซ้ำได้ที่บ้านร่วมกับผู้ปกครอง จึงเป็นกลไกที่เอื้อต่อการเสริมแรงและการกำกับดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย

ในปัจจุบัน สื่อดิจิทัลมีบทบาทสำคัญต่อการให้สุขศึกษาในเด็ก เนื่องจากสามารถนำเสนอข้อมูลผ่านภาพ เสียง สี การเคลื่อนไหว เกม และสถานการณ์จำลอง ทำให้เนื้อหาทางสุขภาพที่ซับซ้อนเข้าใจง่ายและเหมาะสมกับพัฒนาการของเด็กวัยเรียน งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการใช้สื่อดิจิทัลหรือแอปพลิเคชันในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยธาลัสซีเมียสามารถส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการดูแลตนเองได้ดีกว่าการให้ความรู้แบบบรรยายเพียงอย่างเดียว (Kharaman-nia et al., 2023) อีกทั้งงานวิจัยในเด็กโรคธาลัสซีเมียพบว่าโปรแกรมการสอนอย่างมีแบบแผนและโปรแกรมให้ความรู้ที่ใช้สื่อดิจิทัลหรือแบบแอนิเมชันสามารถเพิ่มความรู้อะพสุพรรณและการดูแลตนเองของเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญ (ปทุมทิพย์ ปิ่นหย่า, 2565; ชื่นจิตต์ สมจิตต์ และคณะ, 2566) ในขณะที่วิธีการให้ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการสอนรายบุคคล การสอนรายกลุ่มผ่านสื่อการสอน คู่มือและการเล่านิทานยังมีข้อจำกัดด้านการเรียนรู้ การจดจำและขาดความน่าสนใจ (สุกัญญา ชารสินธุ์ และคณะ, 2565) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยธาลัสซีเมียผ่านแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ดีกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว (Kharaman-nia et al., 2023) และการให้ข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชันโดยครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียได้ (ศศิวิมล ลิ้มวัฒนะ, 2566) เช่นเดียวกับการศึกษาในเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ที่มีแบบแผนและโปรแกรมที่ใช้สื่อดิจิทัลหรือสื่อแอนิเมชันสามารถเพิ่มความรู้อะพสุพรรณและการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ (ปทุมทิพย์ ปิ่นหย่า, 2565; ชื่นจิตต์ สมจิตต์ และคณะ

, 2566) ขณะที่การให้ความรู้ด้วยวิธีการเดิม ไม่ว่าจะเป็นการสอนรายบุคคล การสอนรายกลุ่มผ่านคู่มือหรือการเล่านิทาน ยังมีข้อจำกัดด้านการเรียนรู้ การจดจำ และขาดความน่าสนใจสำหรับเด็ก (สุกัญญา ชารสินธุ์ และคณะ, 2565) อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเป็นหลัก (Zareban et al., 2024) และการศึกษาที่ใช้สื่อดิจิทัลกับตัวเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียโดยตรงยังมีจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีความชุกของโรคสูง

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนด้วยสื่อดิจิทัล โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เพื่อส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย โปรแกรมประกอบด้วยการสอนด้วยสื่อดิจิทัล การชี้แนะรายบุคคล การสนับสนุนและเสริมแรง และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ คาดว่าจะช่วยให้เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เหมาะสม อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

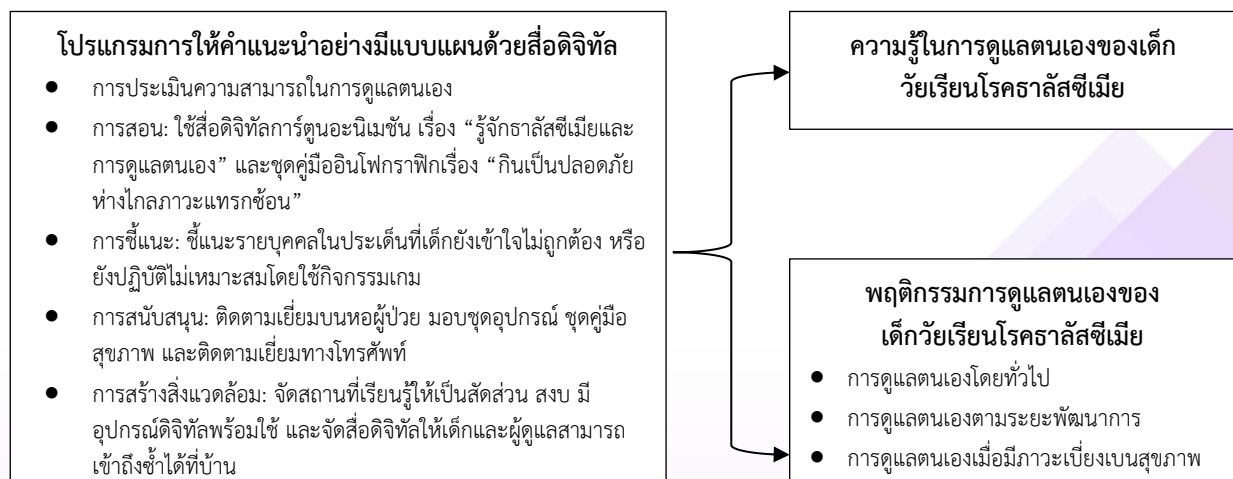
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนด้วยสื่อดิจิทัล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) โดยเฉพาะระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system) เพื่อเป็นกรอบในการออกแบบโปรแกรม เนื่องจากเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียยังมีข้อจำกัดด้านความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พยาบาลจึงมีบทบาทในการส่งเสริมให้เด็กได้เรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เหมาะสม โดยองค์ประกอบของโปรแกรมประกอบด้วย 1) การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง 2) การสอนด้วยสื่อดิจิทัลและคู่มือการปฏิบัติตัว 3) การชี้แนะและแก้ไขความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน 4) การสนับสนุน ให้กำลังใจ และติดตามเยี่ยม และ 5) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียเพิ่มขึ้น ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Two Groups, Pre-test, Post-test Design) ณ หอผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กวัยเรียนที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียซึ่งมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิด Transfusion-dependent thalassemia โดยไม่มีโรคแทรกซ้อนหรืออยู่ในระยะวิกฤตที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ ภาวะเหล็กเกิน การเจริญเติบโตช้า การเข้าสู่วัยรุ่นล่าช้า การติดเชื้อ ความผิดปกติของกระดูก และปฏิกิริยาจากการรับเลือด เพราะเป็นประเด็นที่สัมพันธ์โดยตรงกับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็ก (Taher et al., 2025; Farmakis et al., 2022) อายุ 6–9 ปี ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการมองเห็น สื่อสารและช่วยเหลือตนเองได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยผู้ปกครองอนุญาต เกณฑ์คัดออก ได้แก่ เด็กที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรืออาการรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ มีความบกพร่องด้านสติปัญญา พัฒนาการ การเรียนรู้ การสื่อสาร การมองเห็น หรือการได้ยินที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้และการตอบแบบสอบถาม เคยเข้าร่วมหรือกำลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน หรือไม่มีช่องทางสำหรับรับสื่อและติดตามภายหลังจำหน่าย จากนั้นจับคู่ (matching) ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกันในด้านเพศ อายุ และระดับการศึกษา เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนเนื่องจากไม่มีการสุ่ม

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มอิสระ (difference between two independent means) โดยอ้างอิงผลการศึกษาของชินจิตต์ สมจิตต์ และคณะ (2566) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย กำหนดขนาดอิทธิพลระดับมาก (effect size=0.8) ค่าความคลาดเคลื่อน (α) = .05 และอำนาจการทดสอบ (power) = .80 ได้กลุ่มละ 26 ราย ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลในอัตราร้อยละ 15 (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2558) ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์เป็นกลุ่มละ 30 ราย รวมเป็นทั้งสิ้น 60 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนด้วยสื่อดิจิทัล และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนด้วยสื่อดิจิทัล ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ จำนวน 5 วัน ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์ และประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างหลังจำหน่ายกลับบ้าน 14 วัน ผู้วิจัยดำเนินการการสอนแบบรายบุคคลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม ประกอบด้วยสื่อการตูนแอนิเมชัน เรื่อง “รู้จักธาลัสซีเมียและการดูแลตนเอง และชุดคู่มืออินโฟกราฟิกเรื่อง “กินเป็นปลอดภัย ห่างไกลภาวะแทรกซ้อน” มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การรักษาและการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทาน อาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุ การป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง และการมาตรวจตามนัด

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเอง จำนวน 20 ข้อ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย อาการและผลกระทบของโรค การรักษาและการรับเลือด ภาวะเหล็กเกินและการขับเหล็ก การรับประทานอาหารและยา การออกกำลังกายและการดำเนินชีวิต การป้องกันการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน อาการผิดปกติที่ต้องแจ้งผู้ปกครองหรือมาพบแพทย์ คำตอบ “ใช่/ไม่ใช่” ให้คะแนน 0-1 คะแนน และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 30 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การดูแลตนเองโดยทั่วไป 14 ข้อ ด้านที่ 2 การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ 5 ข้อ และด้านที่ 3 การดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ 11 ข้อ การแปลความหมายการให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้ ความรู้ระดับสูงเท่ากับร้อยละ 80 ขึ้นไป ความรู้ระดับปานกลางเท่ากับร้อยละ 60-79 ความรู้ระดับต่ำเท่ากับน้อยกว่าร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนด้วยสื่อดิจิทัล แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคธาลัสซีเมียในเด็ก 2 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคธาลัสซีเมียในเด็ก 2 ท่าน และ 3) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเด็ก 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ดังนี้ 1) โปรแกรมการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนด้วยสื่อดิจิทัล ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.82–1.00 2) แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเอง ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.82–0.94 และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย อยู่ระหว่าง 0.92–0.98 ซึ่งทั้งหมดมีค่าความตรงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

หลังจากตรวจสอบความตรงและแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียไปทดลองใช้ (Try Out) กับเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย ณ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเอง โดยใช้สูตรครูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากองค์กรแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ เลขที่ 100/2568 มีผลวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2568–21 สิงหาคม พ.ศ. 2569 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ขอความยินยอมโดยสมัครใจ ผู้เข้าร่วมลงนามในใบยินยอม และมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลเป็นความลับและรายงานภาพรวม ผู้เข้าร่วมอายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้วิจัยได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองและความสมัครใจจากเด็กก่อนเริ่มการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์องค์กรแพทย์โรงพยาบาลสุรินทร์
2. ทำหนังสือขออนุมัติต่อหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาตเข้าพบผู้ปกครองและเด็กทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย และการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย
3. ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลกับกลุ่มควบคุมให้ครบก่อนจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองต่อไป เพื่อลดการเกิดการปนเปื้อนของแผนการวิจัยจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูลกันและกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติปกติของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งดำเนินการโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย มีลักษณะเป็นการให้ความรู้และคำแนะนำรายบุคคลข้างเตียงตามสถานการณ์ที่พบขณะให้บริการ เนื้อหาครอบคลุมความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ

โรคธาลัสซีเมีย การรับเลือด การรับประทานยาขับธาตุเหล็กและกรดโฟลิก การเลือกรับประทานอาหาร การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด ร่วมกับการแจกเอกสารแผ่นพับของหน่วยงาน ใช้เวลาประมาณ 10–15 นาที ในช่วงก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยไม่ได้กำหนดโครงสร้างของเนื้อหา และลำดับขั้นตอนไว้ล่วงหน้า ไม่มีการประเมินความต้องการการเรียนรู้รายบุคคล ไม่มีการฝึกทักษะและการตั้งเป้าหมายร่วมกับเด็กและผู้ปกครอง และไม่มีการติดตามต่อเนื่องภายหลังจากจำหน่าย

4. ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนด้วยสื่อดิจิทัลกับกลุ่มทดลองตามรายละเอียดตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงโปรแกรมการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนด้วยสื่อดิจิทัล

ขั้นตอน	ระยะเวลา	กระบวนการ
ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียม - การประเมิน ความสามารถในการ ดูแลตนเอง	วันที่ 1	การเตรียมความพร้อมเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย - ศึกษาประวัติการรักษาในแฟ้มประวัติผู้ป่วย - สร้างสัมพันธ์ภาพ แนะนำตัวเอง เช่นไปยินยอมการเข้าร่วมวิจัย - ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย (Pre-test)
ขั้นที่ 2 ขั้นพัฒนา ความสามารถตนเอง โดยระบบสนับสนุนและให้ความรู้ 4 ขั้นตอน	วันที่ 1	(1) การสอน ใช้สื่อดิจิทัลการ์ตูนแอนิเมชัน เรื่อง “รู้จักธาลัสซีเมียและการดูแลตนเอง” และชุดคู่มืออินโฟกราฟิกเรื่อง “กินเป็นปลอดภัย ห่างไกลภาวะแทรกซ้อน” เรื่องอาหารที่เหมาะสมและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง คลิปสั้นเรื่องการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด และภาพประกอบเรื่องสัญญาณอันตรายที่ควรรีบแจ้งผู้ใหญ่หรือมาพบแพทย์ ใช้เวลา 15-20 นาที ในสถานที่ห้องจัดกิจกรรมของผู้ป่วย (2) การชี้แนะ ผู้วิจัยชี้แนะนำเด็กและผู้ดูแลเป็นรายบุคคล โดยใช้ผลการประเมินก่อนทดลองเป็นฐานในการชี้แนะประเด็นที่เด็กยังเข้าใจไม่ถูกต้องหรือยังไม่ปฏิบัติไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง การลืมรับประทานยา การไม่มาตรวจตามนัด การเล่นโทรศัพท์ หรือการไม่สังเกตอาการผิดปกติ (3) สนับสนุน ผู้วิจัยให้กำลังใจ เสริมแรงทางบวก และติดตามการปฏิบัติตามตัวของเด็กผ่านช่องทางดิจิทัล เช่น LINE กลุ่มปิดหรือข้อความส่วนตัว โดยส่งข้อความเตือนการดูแลตนเอง สติกเกอร์ให้กำลังใจ แบบทดสอบสั้นหลังเรียน และแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพรายสัปดาห์ เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฏิบัติตามพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (4) การสร้างสิ่งแวดล้อม จัดสิ่งแวดล้อมส่งเสริมการเรียนรู้ โดยมีอบชุดคู่มือสุขภาพการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย เป็นนิทานภาพการ์ตูนเพื่อศึกษาเพิ่มเติม
	วันที่ 2	ทำกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 ใช้เกม “จานอาหารของฉัน” ให้เด็กเลือกภาพอาหารลงในจานสุขภาพ แล้วเฉลยและชี้แนะเพิ่มเติม สื่อที่ใช้: เกมลากวางภาพอาหาร อินโฟกราฟิกอาหารควรกิน/ควรเลี่ยง ระยะเวลา 15 นาที กิจกรรมที่ 2 ยา เลือด และนิตหมาย สำคัญกับชีวิต ให้เด็กดูคลิปสั้นเรื่อง “ทำไมต้องมาตามนัด” และฝึกใช้ปฏิทินสุขภาพดิจิทัลหรือสมุดนัดออนไลน์ โดยให้เด็กและผู้ดูแลบันทึกวันนัด วันรับยา และการรับประทานยา สื่อที่ใช้ คลิปวิดีโอ ปฏิทินสุขภาพดิจิทัล แบบบันทึกการรับประทานยา ระยะเวลา 10–15 นาที กิจกรรมที่ 3 ป้องกันติดเชื้อ ป้องกันอุบัติเหตุ และดูแลร่างกายให้แข็งแรง ใช้ชีวิตไอสะอาดล้างมือและการดูแลช่องปาก เกมสถานการณ์จำลอง “ทำแบบนี้ดีไหม” และให้เด็กเลือกรูปวิธีปฏิบัติเมื่อพบสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น เพื่อนเป็นหวัด ชวนเล่นกีฬารุนแรง หรือมีแผลลอก สื่อที่ใช้ วิดีโอสาธิต เกมสถานการณ์จำลอง อินโฟกราฟิกการป้องกันติดเชื้อและอุบัติเหตุ ระยะเวลา 10–15 นาที
	วันที่ 3	ทบทวนความรู้ที่ผ่านมาในวันที่ 1 และทำกิจกรรมที่ 4 รู้ทันสัญญาณอันตรายและขอความช่วยเหลือเป็นเพื่อชี้แนะในประเด็นปัญหาที่ยังสงสัย ใช้การ์ดภาพสัญญาณอันตราย ให้เด็กจับคู่ “อาการ-การปฏิบัติ” และฝึกพูดบอกอาการกับผู้ดูแลหรือพยาบาล สื่อที่ใช้ การ์ดภาพดิจิทัล คลิปสถานการณ์ แบบฝึกพูดบอกอาการ ระยะเวลา 10 – 15 นาที

ขั้นตอน	ระยะเวลา	กระบวนการ
ขั้นที่ 3 ประเมินผล		1. ชี้นำ สนับสนุนให้กำลังใจ ชมเชย ให้ผู้ป่วยปฏิบัติการดูแลตนเอง 2. จัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลตนเองโดยมอบอุปกรณ์ที่นำไปใช้ในการดูแลตนเอง กิจกรรมที่ 6 แผนดูแลตนเองของฉันท สื่อที่ใช้ แบบฟอร์มแผนดูแลตนเองรายบุคคล สมุดบันทึกสุขภาพจิตจิต สติ๊กเกอร์รางวัล
	วันที่ 4	ระยะเวลา 30-45 นาที ติดตามเยี่ยม สอบถามอาการ สนับสนุนให้กำลังใจให้กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 10 นาที
	วันที่ 5	ติดตามเยี่ยมบนหอผู้ป่วย มอบชุดอุปกรณ์คู่มือสุขภาพ และนิทานภาพการ์ตูน ก่อนจำหน่ายกลุ่ม ตัวอย่างกลับบ้าน โทรติดตามเยี่ยม หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์
	14 วัน หลังจำหน่าย กลับบ้าน	ประเมินผล: โดยการ Post test ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (ชุดเดิม) ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกใช้เวลา 10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test และ independent t-test
- 3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง ทดสอบข้อมูลด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
- 4) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทดสอบข้อมูลด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาคุณลักษณะทางประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน พบว่าโดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 มีอายุ 8-9 ปี ร้อยละ 46.67 กำลังศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 3-4 ร้อยละ 53.33 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 4-6 ปี ร้อยละ 50.00 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 56.67 และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับคำแนะนำเรื่องโรคหาลัสซิมียอย่างเป็นระบบมาก่อน ร้อยละ 70.00

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.00 มีอายุ 8-9 ปี ร้อยละ 43.33 กำลังศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 3-4 ร้อยละ 50.00 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 4-6 ปี ร้อยละ 53.33 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 53.33 และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับคำแนะนำเรื่องโรคหาลัสซิมียอย่างเป็นระบบมาก่อน ร้อยละ 73.33 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลัก และประสบการณ์การได้รับคำแนะนำเรื่องโรคหาลัสซิมีย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันก่อนการทดลอง

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหาลัสซิมียในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า

ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเท่ากับ 18.07 คะแนน (SD=1.03) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.40 คะแนน (SD=1.59) โดยมีคะแนนเฉลี่ย

เพิ่มขึ้น 2.67 คะแนน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 102.80 คะแนน (SD=8.92) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 88.40 คะแนน (SD=12.21) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 14.40 คะแนน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง $\bar{X}$ (SD)	หลังทดลอง $\bar{X}$ (SD)	Mean difference	p-value
ความรู้การดูแลตนเอง	15.40 (1.59)	18.07 (1.03)	2.67	<.001
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	88.40 (12.21)	102.80 (8.92)	14.40	<.001

*p-value < .001

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมใกล้เคียงกัน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 15.40 คะแนน (SD=1.59) เป็น 18.07 คะแนน (SD=1.03) โดยมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 คะแนน (SD=1.91) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 15.30 คะแนน (SD=1.61) เป็น 15.83 คะแนน (SD=1.42) โดยมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.53 คะแนน (SD=1.60) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.71$, $p<.001$)

สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 88.40 คะแนน (SD=12.21) เป็น 102.80 คะแนน (SD=8.92) โดยมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.40 คะแนน (SD=10.86) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 88.13 คะแนน (SD=11.94) เป็น 90.46 คะแนน (SD=10.81) โดยมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.33 คะแนน (SD=7.55) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.00$, $p<.001$)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน โดยด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 7.26 คะแนน (SD=5.57) ขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น 1.13 คะแนน (SD=3.77) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.00$, $p<.001$) ด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.54 คะแนน (SD = 2.52) ส่วนกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น 0.50 คะแนน (SD=2.09) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.41$, $p=.001$) และด้านการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.60 คะแนน (SD=4.48) ขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น 0.70 คะแนน (SD=3.25) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.86$, $p<.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean difference		t	p-value
		$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
ความรู้ในการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง	15.40	1.59	18.07	1.03	2.67	1.91	4.71	< .001
	กลุ่มควบคุม	15.30	1.61	15.83	1.42	0.53	1.60		
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	กลุ่มทดลอง	88.40	12.21	102.80	8.92	14.40	10.86	5.00	< .001
	กลุ่มควบคุม	88.13	11.94	90.46	10.81	2.33	7.55		

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean difference		t	p-value
		$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.		
การดูแลตนเองโดยทั่วไป	กลุ่มทดลอง	41.20	6.18	48.46	4.75	7.26	5.57	5.00	< .001
	กลุ่มควบคุม	41.00	6.02	42.13	5.68	1.13	3.77		
การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ	กลุ่มทดลอง	14.10	2.73	16.64	2.02	2.54	2.52	3.41	< .001
	กลุ่มควบคุม	14.00	2.68	14.50	2.50	0.50	2.09		
การดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเสี่ยงสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	33.10	5.27	37.70	4.12	4.60	4.48	3.86	< .001
	กลุ่มควบคุม	33.13	5.19	33.83	4.83	0.70	3.25		

*p-value < .001

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนด้วยสื่อดิจิทัลต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย โดยประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะพื้นฐานและคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.811$ และ $p=.932$ ตามลำดับ) ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งในภาพรวมและรายด้าน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยทั้งสองข้อ ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ผลของโปรแกรมต่อความรู้ในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 15.40 คะแนน ($SD=1.59$) เป็น 18.07 คะแนน ($SD=1.03$) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คิดเป็นผลต่างของคะแนนเฉลี่ย 2.67 คะแนน ($SD=1.91$) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพียง 0.53 คะแนน ($SD=1.60$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.71$, $p<.001$) โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง (Cohen's $d \approx 1.21$) ซึ่งสูงกว่าค่าขนาดอิทธิพลที่กำหนดไว้ใน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (effect size=0.8) สะท้อนว่าโปรแกรมมีผลต่อความรู้ในระดับที่มีความหมายทางคลินิก มิใช่เพียงมีนัยสำคัญทางสถิติเท่านั้น

ผลดังกล่าวอธิบายได้จากการที่โปรแกรมออกแบบเนื้อหาและลำดับกระบวนการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับพัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กวัยเรียนอายุ 6–9 ปี ซึ่งอยู่ในระยะการคิดเชิงรูปธรรมและเรียนรู้ได้ดีจากสิ่งเร้าที่มองเห็น สัมผัสได้ และมีลำดับขั้นตอนชัดเจน แต่มีข้อจำกัดในการเข้าใจเนื้อหาเชิงนามธรรมและมีช่วงความสนใจค่อนข้างสั้น (Hockenberry et al., 2022) การแปลงมโนทัศน์ที่ซับซ้อนของโรคธาลัสซีเมีย เช่น สาเหตุของโรค ภาวะแทรกซ้อน การรับเลือด และเหตุผลของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ให้อยู่ในรูปแบบการ์ตูนแอนิเมชัน อินโฟกราฟิก คลิปสั้น และการถ่ายภาพสัญญาณอันตราย จึงช่วยให้เด็กประมวลผลข้อมูลผ่านทั้งช่องทางการมองเห็นและการฟังไปพร้อมกัน ลดภาระทางปัญญา และเชื่อมโยงข้อมูลใหม่เข้ากับความรู้เดิมได้ดีกว่าการรับฟังคำอธิบายด้วยวาจาเพียงอย่างเดียว (Mayer, 2021) ประกอบกับการแบ่งกิจกรรมเป็นช่วงสั้น ๆ ครั้งละ 10–20 นาที และการทบทวนซ้ำในวันที่ 3 ยังสอดคล้องกับช่วงความสนใจและกลไกการคงความจำของเด็กวัยนี้

นอกจากนี้ โปรแกรมยังดำเนินการตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่มีได้หยุดอยู่เพียงการให้ข้อมูล แต่เริ่มจากการประเมินความรู้เดิมเป็นรายบุคคล แล้วนำผลการประเมินมาใช้ชี้แนะเฉพาะประเด็นที่เด็กยังเข้าใจคลาดเคลื่อน เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้เด็กฝึกตัดสินใจผ่านเกมและสถานการณ์จำลอง กระบวนการนี้ทำให้ความพร่องด้านความรู้ (knowledge deficit) ได้รับการแก้ไขอย่างตรงจุด เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียแม้จะเริ่มมีความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผล แต่ยังต้องการคำแนะนำและการสนับสนุนจากผู้ใหญ่

การที่พยาบาลประเมินความรู้เดิม ชี้แนะประเด็นที่เข้าใจคลาดเคลื่อน เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้เด็กฝึกตอบคำถาม หรือฝึกตัดสินใจผ่านกิจกรรมดิจิทัล จึงช่วยลดความพร่องด้านความรู้และทำให้เด็กเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปทุมทิพย์ ปันหย่า (2565) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสอนอย่างมีแบบแผนต่อ ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม เด็กวัยเรียน โรคธาลัสซีเมียมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับขึ้นจิตต์ สมจิตต์ และคณะ (2566) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กโรคธาลัสซีเมียใน โรงพยาบาลแพร่ โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง และใช้สื่อแอนิเมชันและ การตูนประกอบการเรียนรู้ พบว่าโปรแกรมสามารถส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กโรคธาลัสซีเมียได้

ในทางตรงกันข้าม กลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยและไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของการพยาบาลตามปกติที่เป็นการให้คำแนะนำข้างเตียงตามสถานการณ์ ใช้เวลา ประมาณ 10–15 นาทีในช่วงก่อนจำหน่าย ไม่มีการจัดลำดับเนื้อหาไว้ล่วงหน้า ไม่มีการประเมินความต้องการการ การเรียนรู้รายบุคคล และไม่มีการติดตามต่อเนื่อง ทั้งนี้การที่คะแนนของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเล็กน้อย อาจอธิบายได้จาก ผลของการวัดซ้ำด้วยเครื่องมือชุดเดิม (testing effect) ประกอบกับการได้รับข้อมูลตามปกติจากทีมสุขภาพในช่วง ระหว่างการเก็บข้อมูล มากกว่าจะเป็นผลของการเรียนรู้ที่เป็นระบบ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ สุกัญญา ชารสินธุ์ และคณะ (2565) ที่ระบุว่า การให้ความรู้ด้วยวิธีการเดิมยังมีข้อจำกัดด้านการเรียนรู้ การจดจำ และความน่าสนใจ สำหรับเด็ก แตกต่างจากกลุ่มทดลองที่ได้รับทั้งการสอน การชี้แนะรายบุคคล และการทบทวนความรู้ผ่านสื่อดิจิทัล ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ชัดเจนกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Kharaman-nia et al. (2023) ที่พบว่าการให้ความรู้ ด้านการดูแลตนเองผ่าน smartphone application ช่วยเพิ่ม self-efficacy ของผู้ป่วยธาลัสซีเมียได้ดีกว่าการ บรรยายและกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ การศึกษาของศศิวิมล ลิ้มวัฒนะ (ศศิวิมล ลิ้มวัฒนะ, 2566) ที่ศึกษาผลของการ ให้ข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชันโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดภายหลังได้รับการให้ข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชันโดย ครอบครัวมีส่วนร่วมดีกว่าก่อนได้รับข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชันโดยครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าสื่อดิจิทัลสามารถเพิ่มการเข้าถึงข้อมูล ความสนใจ และการเรียนรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 88.40 คะแนน (SD=12.21) เป็น 102.80 คะแนน (SD=8.92) จากคะแนนเดิม 120 คะแนน หรือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.67 เป็นร้อยละ 85.67 ของคะแนนเต็ม โดยมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ย 14.40 คะแนน (SD=10.86) ขณะที่ กลุ่มควบคุมมีผลต่างเพียง 2.33 คะแนน (SD=7.55) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.00, p<.001$) และมีขนาดอิทธิพลระดับสูง (Cohen's $d \approx 1.29$) ผลดังกล่าวชี้ว่าโปรแกรมไม่เพียงเพิ่มความรู้ แต่สามารถ ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับการปฏิบัติได้จริง

การที่ความรู้แปลไปสู่พฤติกรรมได้ อธิบายได้จากองค์ประกอบของโปรแกรมที่ครบตามระบบ สนับสนุนและให้ความรู้ทั้ง 4 ด้าน กล่าวคือ นอกจากการสอนแล้ว ยังมีการชี้แนะรายบุคคลตามปัญหาที่พบ จริง การสนับสนุนและเสริมแรงทางบวกผ่านการชมเชยและสติ๊กเกอร์รางวัล และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ การเรียนรู้โดยมอบคู่มือ นิทานภาพการ์ตูน และอุปกรณ์สำหรับใช้ที่บ้าน กิจกรรมสำคัญคือการจัดทำ “แผน ดูแลตนเองของฉัน” ร่วมกับผู้ดูแล ซึ่งเปลี่ยนความรู้เชิงนามธรรมให้เป็นข้อตกลงเชิงพฤติกรรมที่เด็กมองเห็น และติดตามได้เอง สอดคล้องกับลักษณะพัฒนาการขั้นความขยันหมั่นเพียรของเด็กวัยเรียนที่ต้องการลงมือทำ ด้วยตนเองและตอบสนองต่อการยอมรับและการเสริมแรงทางบวกได้ดี (Hockenberry et al., 2022) นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับ ภูษณิศ มาพิณ และคณะ (2559) และ สุรัตน์ สีนภูมิภานุรักษ์ (2566) ที่พบว่าโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัย เรียนโรคธาลัสซีเมียดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป (7.26 เทียบกับ 1.13 คะแนน; $t=5.00$, $d\approx 1.29$) ด้านการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเปื่อยเบนสุขภาพ (4.60 เทียบกับ 0.70 คะแนน; $t=3.86$, $d\approx 1.00$) และด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (2.54 เทียบกับ 0.50 คะแนน; $t=3.41$, $d\approx 0.88$) ทั้งนี้เมื่อปรับด้วยจำนวนข้อคำถามในแต่ละด้าน พบว่าคะแนนที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยต่อข้ออยู่ในระดับใกล้เคียงกัน คือ 0.52, 0.42 และ 0.51 คะแนนต่อข้อ ตามลำดับ แสดงว่าโปรแกรมส่งผลต่อพฤติกรรมอย่างค่อนข้างสม่ำเสมอทั้งสามมิติ มิได้กระจุกตัวเฉพาะพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ง่าย คะแนนด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดในเชิงคะแนนดิบ อาจเป็นผลจากกิจกรรมที่เน้นพฤติกรรมซึ่งเด็กวัยเรียนควบคุมได้ด้วยตนเองและเห็นผลเป็นรูปธรรม เช่น เกม “จานอาหารของฉัน” ที่ให้เด็กเลือกอาหารลงจานสุขภาพ วิดีโอสาธิตการล้างมือและการดูแลช่องปาก และเกมสถานการณ์จำลอง “ทำแบบนี้ดีไหม” ซึ่งฝึกให้เด็กตัดสินใจในสถานการณ์ที่พบได้จริง ส่วนด้านการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเปื่อยเบนสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สะท้อนผลของกิจกรรมการจับคู่ “อาการ-การปฏิบัติ” และการฝึกพูดบอกอาการกับผู้ดูแลหรือพยาบาล ซึ่งเป็นการฝึกทักษะที่เด็กสามารถทำได้เองภายในขอบเขตความสามารถของวัย และมีความสำคัญต่อการเข้าถึงการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยอัลสไซเมอร์ที่เน้นการดูแลต่อเนื่อง การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว (Taher et al., 2025; Farmakis et al., 2022)

สำหรับด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการซึ่งมีขนาดอิทธิพลต่ำที่สุดในสามด้าน แม้ยังอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่าพฤติกรรมในด้านนี้ เช่น การจดจำวันนัด การวางแผนดูแลตนเอง และการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องอาศัยการวางแผนล่วงหน้าและการกำกับตนเองในระยะยาว ซึ่งเป็นความสามารถที่ยังพัฒนาไม่เต็มที่ในเด็กอายุ 6–9 ปี และยังคงพึ่งพาการกระตุ้นเตือนจากผู้ปกครองในฐานะผู้ดูแลแทน (dependent care agent) ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็มที่ว่าความสามารถในการดูแลตนเองพัฒนาไปตามวุฒิภาวะและประสบการณ์ (Orem, 2001) และสนับสนุนความจำเป็นของการออกแบบโปรแกรมที่ให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมควบคู่ไปกับตัวเด็ก ดังที่ ภูษณิศา มาพิลูน และคณะ (2559) เสนอไว้ ความแตกต่างของขนาดการเปลี่ยนแปลงระหว่างสองกลุ่มที่ค่อนข้างชัดเจน สะท้อนว่าปัจจัยสำคัญมีได้อยู่ที่ “ปริมาณข้อมูล” ที่เด็กได้รับ แต่อยู่ที่รูปแบบการนำเสนอและความต่อเนื่องของการเสริมแรง สื่อดิจิทัลในโปรแกรมนี้นำหน้าที่มากกว่าการเป็นช่องทางให้ข้อมูล กล่าวคือ ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือให้เด็กได้ฝึกคิด ฝึกตัดสินใจ และได้รับข้อมูลย้อนกลับทันทีผ่านเกม สถานการณ์จำลอง และแบบทดสอบสั้นหลังเรียน อีกทั้งยังเปิดทบทวนซ้ำได้ที่บ้านร่วมกับผู้ปกครอง จึงขยายการเรียนรู้จากช่วงเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลไปสู่บริบทที่เด็กต้องปฏิบัติจริง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ Kharaman-nia et al. (2023) ที่พบว่าการให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองผ่านแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยอัลสไซเมอร์ได้ดีกว่าการบรรยาย และสอดคล้องกับ ศศิวิมล ลิ้มวัฒนะ (2566) ที่พบว่าการให้ข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชันโดยครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรัง

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

โปรแกรมการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนด้วยสื่อดิจิทัลที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มีประสิทธิผลในการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคอัลสไซเมอร์ เนื่องจากโปรแกรมมีความชัดเจนทั้งด้านเนื้อหา กระบวนการเรียนรู้ การใช้สื่อที่เหมาะสมกับวัย การชี้แนะรายบุคคล การสนับสนุนจากพยาบาลและผู้ดูแล และการติดตามอย่างต่อเนื่อง จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการให้สุขศึกษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม คลินิกโรคเลือด หรือหน่วยบริการสุขภาพที่ดูแลเด็กโรคเรื้อรัง เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคอัลสไซเมอร์ในระยะยาว

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

พยาบาลและบุคลากรสุขภาพควรนำโปรแกรมการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนด้วยสื่อดิจิทัลไปใช้ในการให้สุศึกษาแก่เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียและผู้ดูแล โดยเน้นการสอน ชี้แนะ สนับสนุน และติดตามต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การป้องกันการติดเชื้อ และการสังเกตอาการผิดปกติ

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยบริการสุขภาพควรกำหนดแนวทางหรือมาตรฐานการให้สุศึกษาแก่เด็กโรคธาลัสซีเมียโดยใช้สื่อดิจิทัลเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการ ทั้งในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและคลินิกโรคเลือด เพื่อให้การให้คำแนะนำมีรูปแบบเดียวกัน ต่อเนื่อง และเหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก รวมทั้งควรสนับสนุนระบบติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายผ่านช่องทางออนไลน์

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและหลายพื้นที่ รวมทั้งติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเอง นอกจากนี้ควรพัฒนาและเปรียบเทียบประสิทธิผลของสื่อดิจิทัลรูปแบบต่าง ๆ เช่น แอปพลิเคชัน เกมสุขภาพ หรือระบบแจ้งเตือนออนไลน์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันพระบรมราชชนกและกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ที่สนับสนุนเงินทุนการวิจัยงบประมาณสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 รวมถึงผู้บริหาร อาจารย์ เจ้าหน้าที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียและผู้ปกครอง ซึ่งร่วมกิจกรรม ตอบแบบสอบถาม ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ ทำให้งานวิจัยสำเร็จตามวัตถุประสงค์

ผลประโยชน์ทับซ้อน : ไม่มี

References

- ชื่นจิตต์ สมจิตต์, กนกรัตน์ อรรถชัยพานิช, และอัญญารัตน์ สุมา. (2566). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลแพร่. *วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา*, 3(2), 63–76.
- ปทุมทิพย์ ปิ่นหย่า. (2565). ประสิทธิผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 2(3), 32–47.
- ภูษณิศ มาพิณ, ปรียกมล รัชกุล, และวาริยา หมั่นสา. (2559). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย และความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของเด็ก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(2), 52–68.
- ศศิวิมล ลิ้มวัฒนะ. (2566). ผลของการให้ข้อมูลผ่านสื่อแอปพลิเคชันโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. คลังปัญญาจุฬาฯ. <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/12773>
- ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, นฤมล ชีระรังสิกุล, พจนารถ สารพัด, และมณีพร ภิญโญ. (2563). รูปแบบการจัดการตนเองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(2), 27–39.
- สำนักสารนิเทศ. (8 พฤษภาคม 2568). 8 พฤษภาคม ของทุกปี วันธาลัสซีเมียโลก หมอเด็กห่วงใยสุขภาพเด็กไทยทุกคน. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. <https://pr.moph.go.th/online/index/news/318985online>

- สุกัญญา ขารสินธุ์, ญัณฐพล นนทิบุตรธีรชัย, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, และกฤษกันทร สุวรรณพันธุ์. (2565). การพัฒนาสื่อวิดีโอให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของเด็กป่วยวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 9(3), 60–71.
- สุรัตน์ สันภูมิภาณุรักษ์. (2566). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. *เพชรบูรณ์เวชสาร*, 3(2), 149–63.
- อรุณ จิรวัดนกุล. (2558). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 4). บริษัท วิทย์พัฒน์ จำกัด.
- Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals: Handbook 1: Cognitive Domain* (20th ed.). David McKay Publications.
- Chaibunruang, A., Sornkayasit, K., Chewasateanchai, M., Sanugul, S., Fucharoen, G., & Fucharoen, S. (2018). Prevalence of thalassemia among newborns: A re-visited after 20 years of a prevention and control program in northeast Thailand. *Mediterranean Journal of Hematology and Infectious Diseases*, 10(1), Article e2018054. <https://doi.org/10.4084/MJHID.2018.054>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–9. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Farmakis, D., Porter, J., Taher, A., Domenica Cappellini, M., Angastiniotis, M., & Eleftheriou, A. (2022). 2021 Thalassaemia International Federation guidelines for the management of transfusion-dependent thalassemia. *HemaSphere*, 6(8), Article e732. <https://doi.org/10.1097/HS9.0000000000000732>
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2022). *Wong's essentials of pediatric nursing* (11th ed.). Elsevier.
- Kharaman-nia, F., Rezaei, H., Roustaei, N., Etemadfar, P., & Hosseini, N. (2023). Comparing the effects of self-care education by lecture and smartphone application on self-efficacy of patients with thalassemia. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 23, Article 21. <https://doi.org/10.1186/s12911-023-02097-4>
- Mayer, R. E. (2021). *Multimedia learning* (3rd ed.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316941355>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. Mosby-Year Book.
- Paiboonsukwong, K., Jopang, Y., Winichagoon, P., & Fucharoen, S. (2022). Thalassemia in Thailand. *Hemoglobin*, 46(1), 53–7. <https://doi.org/10.1080/03630269.2022.2025824>
- Taher, A. T., Farmakis, D., Porter, J. B., Cappellini, M. D., & Musallam, K. M. (Eds.). (2025). *Guidelines for the management of transfusion-dependent β -thalassaemia* (5th ed.). Thalassaemia International Federation.
- Zareban, I., Oudi-Akbari, Z., Jadgal, M. S., Ansari, H., & Hosseinzehi Zamani, J. (2024). Effectiveness of the application of an educational program based on the Theory of Planned Behavior (TPB) in adopting preventive behaviors among mothers who have thalassemia children in Iran: A randomized controlled trial. *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*, 25, Article 40. <https://doi.org/10.1186/s43042-024-00487-5>



วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
แบบฟอร์มชำระค่าตีพิมพ์

วันที่.....เดือน พ.ศ.

เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Journal of Health Science Research)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....มีความประสงค์ขอชำระค่าใช้จ่าย ดังนี้
ค่าตีพิมพ์

ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน	☐ ฉบับภาษาไทย	= 5,000 บาท
	☐ ฉบับภาษาอังกฤษ	= 8,000 บาท
ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน	☐ ฉบับภาษาไทย	= 6,000 บาท
	☐ ฉบับภาษาอังกฤษ	= 9,000 บาท

ชำระเงิน รวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

โดยชำระทาง ☐ เงินสด ☐ โอนเข้า เลขที่บัญชี 108-0-11201-4 ชื่อบัญชี เงินรายได้สถานศึกษา วทบ.จังหวัด
นนทบุรี ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขานนทบุรี (ส่งหลักฐาน e-mail : bcnonjournal@bcnon.ac.th)

ที่อยู่ให้จัดส่งเอกสารวารสาร

.....
.....

กรุณาออกใบเสร็จในนาม

.....
.....

ลายมือชื่อผู้สมัคร

(.....)

...../...../.....

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

60 ซอยติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ : 0-2525-3136 Email: bcnnonjournal@bcnnon.ac.th