



สถาบันพระบรมราชชนก
Praboromarajchanok Institute

Praboromarajchanok
Institute

JNAE



วารสารการพยาบาล และการศึกษา

Journal of Nursing and Education

ผ่านการรับรองคุณภาพ TCI กลุ่ม 1 (พ.ศ.2568-2572)
Approved for quality of TCI group 1 (2025-2029)



ลิงค์วารสาร :

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

ISSN 2821-9058 (Online)





วารสารการพยาบาลและการศึกษา
Journal of Nursing and Education
ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2568

วัตถุประสงค์

วารสารการพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ด้านการพยาบาลสาขาต่าง ๆ ด้านการผดุงครรภ์ ด้านการศึกษาพยาบาล ตลอดจนด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการของพยาบาล อาจารย์พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ
3. เสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและองค์กรทางสุขภาพทั่วประเทศ

สำนักงาน

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 4 ชั้น 7 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

E-mail: nursing2551@gmail.com



วารสารการพยาบาลและการศึกษา

Journal of Nursing and Education

ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2568

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร ศาสตราจารย์ พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว	ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริญ รองศาสตราจารย์ ดร.วัน เดชพิชัย รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวง รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกันต์ กาละ รองศาสตราจารย์ ดร.กันตพร ยอดไชย รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ รองศาสตราจารย์ ดร.ทยาดา รัตนบุญโญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวั ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินิภาญจน์ คงสุวรรณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมลวรรณ วีระธรรมโม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภรีใจ เจริญสุข ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร อาจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม อาจารย์ ดร.เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ อาจารย์ ดร.กัลลารงค์ วงศ์พิทักษ์ อาจารย์ ดร.อมวาลี อัมพันศิริรัตน์ อาจารย์ ดร.ชุติมา เฟื่องใหญ่ อาจารย์ ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา อาจารย์ ดร.คาราวรรณ ร่องเมือง Mr.Patrick Wauters	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธวิทยาลัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นักวิชาการอิสระ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุราษฎร์ธานี นักวิชาการอิสระ (English Language Editor)
บรรณาธิการ		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา		
ผู้ช่วยบรรณาธิการ		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุราษฎร์ธานี		
กองจัดการ		
อาจารย์ ดร.บุญประจักษ์ จันทรวิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นครศรีธรรมราช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปฐมมาศ โชติบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา อาจารย์ณัชชา สังข์บุญโญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา		
กำหนดออก		
ปีละ 4 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม		
เจ้าของ		
สถาบันพระบรมราชชนก		



บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีผู้อ่านทุกท่าน

วารสารการพยาบาลและการศึกษา ภายใต้หน่วยงานสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานอีกครั้งโดยมีการปรับเปลี่ยนบรรณาธิการกองบรรณาธิการ รูปแบบของวารสาร ตลอดจนกระบวนการทำงานเพื่อให้เกิดคุณภาพของวารสารมากขึ้น สามารถรองรับความต้องการในการตีพิมพ์จากบทความที่มีคุณภาพ

วารสารฯ ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม – กันยายน พ.ศ. 2568) ฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัยทั้งหมด 7 เรื่องซึ่งมาจากผู้นิพนธ์หลากหลายหน่วยงานทั้งในและนอกสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ทางบรรณาธิการและกองบรรณาธิการวารสารมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาวารสารให้คุณภาพทั้งในแง่ขององค์ความรู้ใหม่ ระเบียบวิธีการวิจัย ตลอดจนความเข้มข้นของเนื้อหาเพื่อเป็นแหล่งสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพต่อไป

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ)

บรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและการศึกษา



สารบัญ

บทความรับเชิญ :

- e280310 ประสบการณ์การเรียนรู้ระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบสหวิชาชีพ สถาบันพระบรมราชชนก
ในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี
*Multidisciplinary Primary Health Care Learning Experience at
Praboromarajchanok Institute in Singburi Province*
วิชัย เทียนถาวร, ดุสิต สกฤตปิยะเทวัญ, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, เพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม, ณรงค์
ใจเที่ยง

บทความวิจัย :

- e279153 การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีอาการทรุดลงของผู้ป่วยพิเศษ
ชั้น 6 โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของภาคใต้
*Development of a Surveillance Guideline for Patients with Unstable Conditions
and Deteriorating Symptoms in the 6th Floor Special Ward of a Regional
Hospital in Southern Thailand*
สมจิต ไชยพุทธ, ศิริวรรณ ชูกำเนิด, ปวีณา เสนาสนะ
- e275282 ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ
*The Effects of a Self-Management Program to Prevent Osteoarthritis
in Pre-Aging Group*
อรสา จุลโสม, นภาพิณ จันทขัมมา, องค์กร ประจันเขตต์
- e273980 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง
*Development of a Model for Preventing Type 2 Diabetes Mellitus among
At-Risk Adolescents*
รวิวรรณ คำเงิน, กิจติยา รัตนมณี, อำนาจ ธีรรัตนศรีสกุล, ศราวุธ เรืองสวัสดิ์, ปภาสินี แซ่ดี,
จตุพร จันทร์ทิพย์วารี, ธนิตา ทีปะปาล, รัชฎาภรณ์ จันทร์แจ้ง, วิชระพงษ์ กุลศิริ
- e273912 การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง
ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น
*The development of an integrated counseling model with stakeholder
participation in preventing suicidal risk behaviors among adolescents*
มัญญวรรณ ลียุทธานนท์, ผกาสรณ์ อุไรวรรณ, จริญญา แก้วสกุลทอง



สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

- e280130 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดสุรินทร์

Factors Influencing Rabies Prevention Behaviors among Village Health Volunteers in Surin Province

ธวัชชัย ยืนยาว

- e275199 ความสามารถในการทำนายของคุณภาพหลักสูตรตามเกณฑ์การประกันคุณภาพการศึกษา เครือข่ายมหาวิทยาลัยอาเซียน (ASEAN University Network Quality Assurance: AUN QA) ต่อความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

Predictive Power of Curriculum Quality Based on ASEAN University Network Quality Assurance (AUN-QA) Criteria on Innovation and Digital Readiness of the Bachelor of Nursing Science Program, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit

ลิตานันท์ ศรีใจวงศ์, ดุจเดือน เขียวเหลือง, ลีปตระกูล ตันตลานุกุล, พรกมล วิศว์วิสุทธิ, สุกัญญา ม่วงเลี้ยง

- e274579 ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ในการปฏิบัติตน การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่นโรงพยาบาลหนองบัวแดง

The Effects of a Health Literacy Enhancement Program on Self-Care Knowledge, Perceived Self-Efficacy, and Self-Care Behaviors among Adolescent Pregnant Women at Nong Bua Daeng Hospital, Chaiyaphum Province

อมรรัตน์ ฝาละศรี, อนุชา พรหมกันยา

ประสบการณ์การเรียนรู้ระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบสหวิชาชีพ สถาบันพระบรมราชชนก
ในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี

Multidisciplinary Primary Health Care Learning Experience
at Praboromarajchanok Institute in Singburi Province

วิชัย เทียนถาวร¹, ดุสิต สกุลปิยะเทวัญ¹, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ¹, เพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม¹, ณรงค์ ใจเที่ยง^{1*}

Vichai Thianthavorn¹, Dusit Sakulpiyathewan¹, Chularat Howharn¹,

Penphan Pitaksongkram¹, Narong Chaitiang^{1*}

¹สถาบันพระบรมราชชนก

¹Praboromarajchanok Institute

(Received: October 12, 2024; Revised: May 6, 2025; Accepted: May 9, 2025)

บทคัดย่อ

การถ่ายทอดการดำเนินงานลงพื้นที่โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล สาธารณสุขชุมชน ทันตสาธารณสุข เทคนิคเภสัชกรรม เวชระเบียน รังสี การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ อุกเขิน การแพทย์ นวัตกรรมสื่อสารสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ ปฐมภูมิต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการทำงานร่วมกันเป็นทีม ตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง และผู้อื่น ที่จะช่วยในการจัดบริการสาธารณสุขให้เหมาะสม ทันสมัย และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

จากการลงพื้นที่ของอาจารย์และนักศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก ระยะเวลา 1 สัปดาห์ ในพื้นที่จังหวัด สิงห์บุรี นักศึกษาได้เกิดกระบวนการเรียนรู้ เกี่ยวกับระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบสหวิชาชีพ จากการประเมินบทบาท ในวิชาชีพพบว่า คะแนนการประเมินภาพรวม ได้ 4.76 อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อนำมาวิเคราะห์ในรายละเอียดแล้ว เห็นได้ว่า การเรียนรู้ระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบสหวิชาชีพ สถาบันพระบรมราชชนก ในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี นักศึกษา เคารพในสิทธิและหน้าที่ของสาขาวิชาชีพอื่น ผลการประเมินมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.83 อยู่ในระดับมากที่สุด มาลำดับแรก และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาความยั่งยืนในการจัดการศึกษาฝึกประสบการณ์สหสาขาวิชาชีพ ควรมีรายวิชา ประสบการณ์การเรียนรู้ระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบสหวิชาชีพ สถาบันพระบรมราชชนก สหสาขาวิชาชีพอยู่ใน หลักสูตรการศึกษาของทุกหลักสูตรในสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อความต่อเนื่องในการจัดการศึกษาและบรรลุผล ความยั่งยืนในการพัฒนาวิชาชีพในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

คำสำคัญ: ประสบการณ์การเรียนรู้ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสิงห์บุรี

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: narong@pi.ac.th)

Abstract

To convey the operations in the field by a multidisciplinary team consisting of doctors, nurses, community health, dental health, pharmaceutical technology, medical records, radiology, Thai traditional medicine, applied Thai traditional medicine, medical emergencies, health communication innovations, occupational health and safety. As a change leader in the primary health care system, they must have knowledge, understanding, and skills in working together as a team, be aware of their own value and that of others, which will help in providing public health services that are appropriate, up-to-date, and consistent with the community context.

From the field visit of lecturers and students of Praboromarajchanok Institute for 1 week in Singburi Province, students have gained learning process about the interdisciplinary primary health care system. From the evaluation of the professional roles, it was found that the overall evaluation score was 4.76, which is at the highest level. When analyzed in detail, it can be seen that in learning about the interdisciplinary primary health care system at Praboromarajchanok Institute in Singburi Province, students respect the rights and duties of other professions. The evaluation result of 4.83 is at the highest level, coming first. And suggestions for developing the sustainability of the interdisciplinary education and training experience management, there should be a course on the interdisciplinary primary health care system learning experience at Praboromarajchanok Institute. Interdisciplinary professions are included in the curriculum of every program at Praboromarajchanok Institute for the continuity of education management and achieving sustainability in professional development in the primary health care system.

Keywords: Learning Experience, Primary Health Care System, Singburi Province

บทนำ

การปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการทำงานร่วมกันเป็นทีม ตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง และผู้อื่น รวมทั้งต้องสามารถประเมินระบบงาน กำหนดเป้าหมาย วางแผนงาน พัฒนางาน และประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน นอกจากนี้ ยังต้องเป็นผู้นำทีมในการจัดให้มีการบริการคลินิกหมอครอบครัวที่เหมาะสม ทันสมัย และสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันแก่ประชาชน (Mekthon, Mungchit, Wetchapanbhesat, Larbbenjakul, Sriyakul, Tassanee, et al., 2015) กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายส่งเสริมและพัฒนาด้านบริการสาธารณสุขโดยเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้เข้มแข็ง มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ลดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การบริการที่สำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายนี้ให้สำเร็จ คือ “คลินิกหมอครอบครัว” ซึ่งเปิดให้บริการในหน่วยงานระดับต่าง ๆ ทั้งโรงพยาบาลจังหวัด ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ กำหนดให้มีการดูแลสุขภาพประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข เป็นอย่างน้อย ทำงานร่วมกันแบบองค์รวมและเชิงรุก ดูแลประชากรตามจำนวนที่รับผิดชอบ ให้บริการที่ครอบคลุมทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย ให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนจนกระทั่งในปี พ.ศ. 2562 กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ออกพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (Office of the Permanent Secretary, 2019)

ทีมงานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมินั้นมีขอบเขตบทบาทการทำงานที่ครอบคลุมการบริการที่มีลักษณะ “ใกล้บ้านใกล้ใจ” และเป็นการดูแลภายใต้แนวคิด “การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์” คือ มีความเข้าใจต่อบริบทบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยใช้หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชปฏิบัติทั่วไปมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการดูแลประชาชนในความรับผิดชอบ เป็นทีมงานที่มีความรู้ความสามารถในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ศาสตร์ทางด้านจิตวิทยา การปรับพฤติกรรมเพื่อสร้างสุขภาวะทั้งทางกาย จิตสังคม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อวิถีชีวิตอันเป็นสุข ที่สำคัญเป็นทีมงานที่สามารถสร้างความร่วมมือ หนุนเสริมศักยภาพกลไกในการทำงานกับเครือข่ายภาคีภาคส่วนอื่น โดยเฉพาะท้องถิ่นชุมชนและภาคประชาสังคม สร้างพันธมิตรในการทำงานเพื่อสร้างสุขภาวะของชุมชน ภารกิจของทีมนสหวิชาชีพระดับปฐมภูมิด้านการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมภารกิจ คือ 1) การค้นหา ประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องของประชาชนและชุมชน 2) การหนุนเสริมศักยภาพและกระบวนการ 3) การพัฒนาแผน มาตรการและนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม และ 4) การจัดบริการเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงหรือการเกิดโรคของแต่ละกลุ่มประชากรในทุกช่วงวัยตามบทบาทหลัก (Yana, 2023)

จากการดำเนินการฝึกภาคสนามบูรณาการของนักศึกษาสถาบันพระบรมราชชนก ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล สาธารณสุขชุมชน ทันตสาธารณสุข เทคนิคเภสัชกรรม เวชระเบียน รังสีการแพทย์ แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ อุกเขิญการแพทย์ นวัตกรรมสื่อสารสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ได้ลงพื้นที่ จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 6 อำเภอ ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี และสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนามวินทรานี จำนวน 2 แห่ง รวมทั้งสิ้นในการฝึกครั้งนี้ 43 แห่ง

การฝึกสหสาขาวิชาชีพ

การฝึกสหสาขาวิชาชีพ (Interprofessional Education หรือ IPE) คือ การที่นักศึกษาหรือผู้ประกอบวิชาชีพจากสาขาต่าง ๆ ในด้านสุขภาพและการดูแลสังคม เรียนรู้ร่วมกัน ฝึกฝนร่วมกัน และแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน เพื่อส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีฐานะเป็นนิติบุคคลและเป็นส่วนราชการอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายในการผลิตและพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข จัดการเรียนการสอน วิจัยให้บริการแก่สังคมและทะนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ซึ่งวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกมีภารกิจในการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องกับแนวนโยบายของรัฐ เพื่อให้มีความรู้ความสามารถ ทักษะในวิชาชีพ คุณธรรมจริยธรรม ความสำนึกต่อสังคมและเพื่อให้มีศักยภาพในการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Praboromarajchanok Institute Strategic Plan, 2020-2024) ทั้งนี้เป้าหมายของการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิด 1) การเรียนรู้ว่าแต่ละวิชาชีพมีบทบาทความรับผิดชอบและการยอมรับซึ่งกันและกัน (Role, Responsibility, Respect) 2) รู้จักภาวะความเป็นผู้นำ (Leadership) 3) การทำงานเป็นทีมอย่างเข้าใจกันและกัน (Teamwork) และ 4) การเรียนรู้และการสะท้อนคิด (Learning & Reflection) (Putthasri, & Chuenkongkaew, 2017) การที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีนั้น ต้องครอบคลุมทั้งมิติของสุขภาพ มิติทางสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และจิตใจ รวมถึงบุคคลครอบครัว และคนรอบข้างที่เกี่ยวข้องด้วย การที่นักศึกษาได้ทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ทำให้พบว่าทุกวิชาชีพมีข้อจำกัด และมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานร่วมกัน เนื่องด้วยขาดการประสานงานและความร่วมมือกันในการวางแผนให้บริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพและเกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการมากที่สุด ดังนั้นการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ จึงต้องอาศัยการปรึกษาหารือกัน สื่อสารกันให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพ เพราะความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพ เป็นการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวมที่แท้จริง เนื่องจากหลักสูตรของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เป็นหลักสูตรเน้นชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ ดังนั้นลักษณะการจัดการเรียนการสอนจึงมุ่งเน้นให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติในระบบสุขภาพปฐมภูมิในชุมชน ที่มีผู้รับบริการในทุกระดับ คือ ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน และเริ่มเรียนรู้

การทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพของทีมสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับลักษณะการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ชุมชนเป็นฐานยังไม่พบว่ามีวางแผนการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและยุ่งยาก นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัญหาในการปรับทัศนคติในการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ อีกด้วย (Hosny, Kamel, El-Wazir, & Gilbert, 2013) การใช้เครื่องมือป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี จะเป็นเครื่องมือหรือสื่อสัญลักษณ์ ต้นแบบในการทำงาน ลงพื้นที่อย่างเต็มรูปแบบโดยการคัดกรอง ใช้บัตรสร้างสุขภาพมิติใหม่ใส่ใจ 7 ประการ (ภาพ 1)



ภาพ 1 การคัดกรอง ใช้บัตรสร้างสุขภาพมิติใหม่ใส่ใจ 7 ประการ
(ที่มา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท)

ประสบการณ์การเรียนรู้ระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบสหวิชาชีพ

การทำงานปัจจุบันตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของประชาชนไม่สามารถดำเนินการด้วยวิชาชีพเดียว ต้องการการดำเนินงานร่วมกันจากสหวิชาชีพเป็นการทำงานเป็นทีมสุขภาพจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพในการดำเนินการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชน การจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพ จัดเป็นแนวทางของการจัดการศึกษาเพื่อมุ่งหวังให้นักศึกษาในกลุ่มวิชาชีพสุขภาพที่สำเร็จการศึกษาแล้วมีความสามารถในการทำงานร่วมกับทีมบุคลากรวิชาชีพอื่นได้ การเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพเพิ่มโอกาสให้นักศึกษาได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น สร้างเครือข่ายทำงาน เกิดการสร้างเครือข่ายร่วมกับชุมชน ทำให้นักศึกษามีความมั่นใจด้านทักษะวิชาชีพ การสื่อสารสหวิชาชีพ มีจริยธรรมการให้เกียรติและเป็นธรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยที่รับบริการได้รับกระบวนการบริการสุขภาพที่ดี และมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น การเรียนแบบสหวิชาชีพ (Interprofessional Education: IPE) เป็นวิธีการเรียนที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการแบ่งปันความรู้ ทักษะ เสริมสร้างความเข้าใจและความร่วมมือทั้งในด้านการศึกษา การทำงานและการวิจัยร่วมกันระหว่างวิชาชีพและช่วยเตรียมความพร้อมให้บุคลากรทำงานแบบสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นวิธีทำงานที่เหมาะสมสำหรับการดูแลสุขภาพของประชากรในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งการจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพนั้น ได้ถูกนำไปใช้ในหลากหลายประเทศโดยมีวิธีเริ่มต้นและวิธีการดำเนินการในระดับปฏิบัติการในสถานที่ปฏิบัติงานในชุมชน และการดำเนินนโยบายระดับชาติ และระดับสถาบันการศึกษาสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพ มุ่งองค์ประกอบหลักสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ 1. สมรรถนะด้านจริยธรรม

และคำนึงร่วมกัน 2. สมรรถนะด้านบทบาทและความรับผิดชอบ 3. สมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ 4. สมรรถนะด้านการเรียนรู้และสะท้อนย้อนคิด และ 5. สมรรถนะด้านการสื่อสารสอดคล้องกับสมรรถนะวิชาชีพ โดยสภาการพยาบาลได้กำหนดให้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษามีสมรรถนะด้านจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาล คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสื่อสารและสัมพันธภาพ ซึ่งแพทย์สภากำหนดสมรรถนะของแพทยศาสตรบัณฑิตต้องมีความรู้ความสามารถในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและบทบาทของสหวิชาชีพและสหสาขา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาสมรรถนะกำลังคนของประเทศไทยที่กำหนดไว้ในแผนการศึกษาแห่งชาติ และมาตรฐานการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2562 - 2579 ได้กำหนดสมรรถนะด้านความร่วมมือการทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ (Kochedi, Ratchawat, & Chuencham, 2022) การจัดการศึกษากลุ่มวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ ในระดับปริญญาตรี ได้แก่ หลักสูตรสาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรสาขาเภสัชศาสตร์ หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาเทคนิคการแพทย์ ได้มีการกำหนดมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี ตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ โดยมีรายละเอียดกำหนดมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่เกี่ยวกับการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ หัวข้อ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบต่อที่คล้ายกัน ได้แก่ มีปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์กับผู้รับบริการ ผู้ร่วมงาน และผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถทำงานเป็นทีมในบทบาทผู้นำและสมาชิกทีมในบริบทหรือสถานการณ์ที่หลากหลายในทีมสุขภาพ (Health Team) หรือเครือข่ายในการเชื่อมโยงบริบททางวิชาชีพในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ สามารถแสดงความคิดเห็นของตนเองอย่างเป็นเหตุเป็นผล และเคารพในความคิดเห็นของผู้อื่น แสดงออกถึงการมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพและสังคมอย่างต่อเนื่อง สามารถใช้ความรู้ในวิชาชีพมาบริการสังคมได้อย่างเหมาะสม มีทักษะการบริหารงานบุคคล มีมนุษยสัมพันธ์ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ (Pumuthaivirat, 2020)

ในศตวรรษที่ 21 ระบบสุขภาพของโลก และประเทศมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก โดยเฉพาะในช่วงปี 2020 - 2021 ที่เกิดโรคอุบัติใหม่ ผู้คนเจ็บป่วยล้มตายพร้อมกันเป็นจำนวนมากจนโรงพยาบาล หรือสถานบริการต่าง ๆ ต้องระดมสรรพกำลังมาช่วยกันในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรค และรอดชีวิตกลับไปได้ ประกอบกับโครงสร้างของประชากรที่เป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว ทำให้ปัญหาสุขภาพ มีแนวโน้มของโรคเรื้อรัง และโรคอุบัติใหม่เพิ่มขึ้น สังคมต้องการบุคลากรที่ดูแลสุขภาพระยะยาวและตอบสนองปัญหาสุขภาพจากสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป การทำงานในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงเช่นนี้ ความร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพในการปฏิบัติงานเป็นสิ่งสำคัญ ส่งผลให้องค์การอนามัยโลกออกประกาศ เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 เพื่อปรับการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และการเกิดโรคอุบัติใหม่ เนื่องจากความแตกต่างของวิชาชีพ และความก้าวหน้าของเทคโนโลยี ทำให้การทำงานแบบวิชาชีพเดียว การเรียนการสอนแบบเดิมไม่เพียงพอต่อการปรับตัวสำหรับการทำงานในพื้นที่ สำหรับในประเทศไทยการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาในกลุ่มวิชาชีพสุขภาพมีการปฏิรูประบบการผลิตบัณฑิตให้มีทักษะการเรียนรู้และสร้างนวัตกรรมใหม่ (Learning and Innovation Skills) หมั่นฝึกฝนพัฒนาตัวเองเรียนให้เกิดทักษะเรียนโดยการปฏิบัติ (Learning by Doing) การคิดวิเคราะห์เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา (Critical Thinking and Problem Solving) มีความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) มีทักษะในการสื่อสาร (Communication) ทักษะแห่งความร่วมมือทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ (Collaboration, Teamwork and Leadership) จากแนวคิด ผลักดัน “การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ” ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อปลดล็อกความขัดแย้งของบุคลากรระบบสุขภาพ มุ่งการทำงานเป็นทีม เพื่อให้การรักษายาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยมีเป้าหมายว่า สุขภาพคนไทยต้องดีขึ้น สถาบันการศึกษาด้านการผลิตบุคลากรสุขภาพ จึงต้องตื่นตัวในการพัฒนาการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโลก และนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศวิชาชีพพยาบาล เป็นวิชาชีพหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของบุคคลทุกช่วงวัย ทุกกลุ่มโรค ทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน ซึ่งการทำงานภายใต้ความหลากหลายของบุคคล ความซับซ้อนของกลุ่มโรค และการเปลี่ยนแปลงของสังคมในหลาย ๆ ด้าน ต้องอาศัยการบูรณาการความรู้ และความร่วมมือจากหลายฝ่ายในทีมสุขภาพ ที่ผ่านมาการเรียนรู้เป็นการเรียนแบบแยกส่วนเน้นวิชาความรู้แต่ในตำรา และพบว่าการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ ยังขาดความเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของ

แต่ละวิชาชีพ การไม่เคารพหรือให้เกียรติซึ่งกันและกันระหว่างวิชาชีพ ก่อให้เกิดความขัดแย้งในการทำงาน และส่งผลต่อคุณภาพการบริการทางสุขภาพต่อผู้รับบริการ สภาการพยาบาล ได้เห็นความสำคัญดังกล่าว ในปี 2564 สภาการพยาบาลมีการปฏิรูปหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อตอบสนองสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี และความต้องการพยาบาลในสังคมปกติวิถีใหม่ที่สุดอดคล้องกับ ทิศทางการปฏิรูปประเทศไทย ทั้งด้านการสาธารณสุขและด้านการศึกษา โดยมุ่งเน้นการพัฒนาบัณฑิตพยาบาลให้มี ภาวะผู้นำมีทักษะพื้นฐานการทำงานร่วมกับเพื่อนการทำงานเป็นทีมจิตอาสาพัฒนาสังคม การร่วมทีมในการดูแล ผู้ป่วยการพัฒนาภาวะผู้นำนักศึกษาในการ Coaching รุ่นน้อง การเป็นผู้นำทีมการบริหารจัดการและการพัฒนา คุณภาพการพยาบาลในสถานบริการและชุมชน โดยผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง (Program Learning Outcomes: PLOs) คือบัณฑิตต้องสามารถแสดงออกถึงภาวะผู้นำทำงานเป็นทีม และมีจิตอาสา ซึ่งเป็นความท้าทายอย่างมาก สำหรับสถาบันการศึกษาพยาบาลทั่วประเทศ ในการที่จะพัฒนาการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลให้สอดคล้องกับนโยบายการศึกษาขององค์การอนามัยโลก สภาวิชาชีพ และความต้องการ ของสังคมในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง ความหมายของการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมาย ของการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ (Interprofessional Education: IPE) หมายถึง การจัดการศึกษาที่มีผู้เรียนจาก สองวิชาชีพขึ้นไปมาเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาผลลัพธ์ทางด้านการบริการ สุขภาพ ประเทศไทยมูลนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพ (ศสข.) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการจัด การศึกษาสำหรับวิชาชีพด้านสุขภาพไว้ว่า หมายถึงการจัดการเรียนรู้ที่ผู้เรียนจากสองวิชาชีพขึ้นไปได้เรียนรู้เกี่ยวกับ เนื้อหาาร่วมกัน เรียนรู้จากความเชี่ยวชาญของกันและกัน และเรียนรู้บทบาทของวิชาชีพซึ่งกันและกัน ด้วยการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพ ในหัวข้อที่ศึกษาร่วมกัน (Common Education Agenda) เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่มี ประสิทธิภาพ และพัฒนาผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ นักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร กายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักสาธารณสุข และนักรังสีเทคนิค เมื่อบัณฑิตเหล่านี้สำเร็จ การศึกษาไปแล้วจะต้องทำงานในระบบบริการสุขภาพร่วมกัน และมีบางสาขาวิชาชีพที่อาจมีส่วนร่วมในการพัฒนา ระบบสุขภาพด้วย เช่น วิศวกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์ เกษตรศาสตร์ เป็นต้น การเตรียมนักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ เหล่านี้ให้พร้อมก่อนการปฏิบัติงานจริง จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มูลนิธิพัฒนา การศึกษาบุคลากรสุขภาพแห่งชาติ (ศสข.) โดยคณะกรรมการการศึกษาแบบสหวิชาชีพได้กำหนดแผนกรอบ แนวคิดการศึกษาแบบสหวิชาชีพของประเทศไว้ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพอย่างมี ประสิทธิภาพ (Phumtha-it & Sangkrak, 2022) บุคลากรสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ ที่ซับซ้อน การทำงานแบบวิชาชีพเดียวไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์ปัจจุบันได้ ผู้ให้บริการสุขภาพต้องประสาน ร่วมมือกับวิชาชีพอื่น ประสานความร่วมมือกับท้องถิ่นและประชาชนในชุมชน ดังนั้น การเตรียมนักศึกษาให้มี สมรรถนะทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ให้สามารถทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพจึงเป็นสิ่งสำคัญ วิธีการพัฒนา กำลังคน จึงมีการเปลี่ยนจากหลักสูตรเป็นฐานมาเป็นสมรรถนะเป็นฐาน กำหนดผลลัพธ์สุดท้ายที่ต้องการ ออกแบบ กิจกรรมการสอนที่มีการปฏิสัมพันธ์ทั้งผู้สอน ผู้เรียนร่วมวิชาชีพ และมีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ ให้บรรลุ ซึ่งสมรรถนะที่ต้องการ (ตาราง 1)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและการแปลผลการประเมินบทบาทในวิชาชีพ

หัวข้อประเมิน	ค่าเฉลี่ย	แปลผล
มีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ในสาขาวิชาชีพตนเอง	4.80	มากที่สุด
มีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของสาขาวิชาชีพอื่น	4.71	มากที่สุด
มีความสามารถในการบูรณาการบทบาทภายในกลุ่ม	4.71	มากที่สุด
มีการแบ่งปันความรู้หรือแนวปฏิบัติที่ดีระหว่างสาขาภายในกลุ่ม	4.71	มากที่สุด
มีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ของสาขาวิชาชีพของตนเอง	4.80	มากที่สุด
เคารพในสิทธิและหน้าที่ของสาขาวิชาชีพอื่น	4.83	มากที่สุด

หัวข้อประเมิน	ค่าเฉลี่ย	แปลผล
มีการกำหนดงาน วางแผน ทำงานเป็นทีมได้อย่างสิ้นไหล	4.71	มากที่สุด
มีส่วนร่วมในการตัดสินใจของทีม	4.77	มากที่สุด
มีเคารพความคิดเห็นที่แตกต่าง	4.78	มากที่สุด
มีส่วนร่วมในกระบวนการทำงานของทีม	4.75	มากที่สุด
ภาพรวม	4.76	มากที่สุด

จากผลการประเมินของผู้เข้าร่วมโครงการ พบว่า ในภาพรวมของการเข้าร่วมการฝึกประสบการณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพที่จังหวัดสิงห์บุรี ระหว่างวันที่ 26 - 30 พฤษภาคม 2568 อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อวิเคราะห์รายประเด็นจะพบว่า เคารพในสิทธิและหน้าที่ของสาขาวิชาชีพอื่นมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.83 อยู่ในระดับมากที่สุด และรองลงมา มีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ในสาขาวิชาชีพตนเอง ตลอดจนมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ของสาขาวิชาชีพของตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.80 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้เข้าร่วมโครงการฯ มีความเข้าใจและปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสมตามบทบาทหน้าที่ของตนเองได้เป็นอย่างดี

ความสอดคล้องในการผลิต 9 หมอ

โครงการผลิตแพทย์ฯ เป็นโครงการที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care Service) ซึ่งเป็นระบบบริการสุขภาพด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นที่จะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง (เช่น สถานีชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น) โดยหน่วยบริการปฐมภูมิจะขับเคลื่อนด้วยทีมหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพ รวม 9 สาขาวิชาชีพ (ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยสาธารณสุข ทันตแพทย์ เภสัชกร นักฉุกเฉินการแพทย์ และแพทย์แผนไทย) โดย สธ. ตั้งเป้าหมายให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 6,500 แห่ง ในปี 2572 เพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน

ตาราง 2 แผนการผลิตโครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัวตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วไทยครอบคลุมระยะเวลา 10 ปี ระหว่างปีการศึกษา 2568 - 2577

สายวิชาชีพ	หลักสูตร	อัตรา (บาท/คน/ปี)	แผนการผลิต ปีละ (คน)	แผนการผลิต 10 ปี (คน)
แพทย์เวชศาสตร์	แพทยศาสตรบัณฑิต	300,000	1,000	10,000
พยาบาล (ชุมชน)	พยาบาลศาสตรบัณฑิต	120,000	1,000	10,000
นักวิชาการสาธารณสุข	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต	120,000	500	5,000
	สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน			
	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต	150,000	500	5,000
	สาขาวิชาทันตสาธารณสุข			
ผู้ช่วยพยาบาล	ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล	45,000	1,000	10,000
ผู้ช่วยสาธารณสุข	ประกาศนียบัตรผู้ช่วยสาธารณสุข	40,000	1,000	10,000
ทันตแพทย์ (ชุมชน)	ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต	208,000	300	3,000
เภสัชกร (ชุมชน)	เภสัชศาสตรบัณฑิต	150,000	300	3,000
นักฉุกเฉินการแพทย์	วิทยาศาสตรบัณฑิต	120,000	300	3,000
	สาขาวิชาฉุกเฉินการแพทย์			
แพทย์แผนไทย	แพทย์แผนไทยบัณฑิต	100,000	300	3,000
รวมทั้งสิ้น			6,200	62,000

ที่มา: 20 ก.พ. 2567 คณะรัฐมนตรี (ครม.) ได้มีมติเห็นชอบในหลักการการของงบประมาณจำนวน 37,234.48 ล้านบาท

สรุป

สถาบันพระบรมราชชนก มีหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ หลักสูตรที่กำหนดให้มีการพัฒนารูปแบบ การบริการคลินิกหออกรับเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ และเป็นไปตามเนื้อหาของหลักสูตร ที่ทันสมัย เน้นการอบรมเป็นทีม เพื่อให้ทั้งทีมได้เรียนรู้ร่วมกัน ทำให้เข้าใจตนเอง ผู้อื่น ร่วมกันทำงานเป็นทีมได้ อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้น การได้ร่วมพัฒนารูปแบบการบริการของคลินิกหออกรับไปพร้อม ๆ กัน เป็นการขับเคลื่อนนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิ และนโยบายการพัฒนางานด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ด้วยคลินิกหออกรับและตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่กำหนดให้มีระบบและกลไก การดำเนินงานที่ชัดเจน โดยใช้แบบประเมิน Primary Care Team Guide Assessment ที่มีองค์ประกอบครอบคลุม งานทุกด้านของคลินิกหออกรับ รวมทั้งสิ้น 13 องค์ประกอบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันประเมิน โดยคิด วิเคราะห์งานปัจจุบัน กำหนดเป้าหมาย และวางแผนพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคลินิก หออกรับตามบริบทอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนการปฏิบัติงานที่กำหนดแนวทางการทำงานอย่างชัดเจน มีกลไก ที่ทำให้ระบบขับเคลื่อนหรือดำเนินอยู่ได้ โดยมีการจัดสรรทรัพยากร มีการจัดองค์การ หน่วยงาน หรือกลุ่มบุคคล เป็นผู้ดำเนินงานตามบริบทของแต่ละพื้นที่ยอมทำให้ได้ผลการดำเนินงานบรรลุตามที่ต้องการ และมีแนวทางการ พัฒนางานอย่างต่อเนื่องต่อไป

การดำเนินงานฝึกประสบการณ์วิชาชีพ จังหวัดสิงห์บุรี พบว่า คณาจารย์ และนักศึกษา ผู้เข้าร่วมโครงการฯ มีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ในสาขาวิชาชีพตนเอง เข้าใจบทบาทหน้าที่ของสาขาวิชาชีพอื่น สามารถในการบูรณาการ บทบาทภายในกลุ่ม การแบ่งปันความรู้หรือแนวปฏิบัติที่ดีระหว่างสาขาภายในกลุ่ม สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท หน้าที่ของสาขาวิชาชีพของตนเอง เคารพในสิทธิและหน้าที่ของสาขาวิชาชีพอื่น มีการกำหนดงาน วางแผน ทำงาน เป็นทีมได้อย่างสิ้นไหล มีส่วนร่วมในการตัดสินใจของทีม เคารพความคิดเห็นที่แตกต่าง และมีส่วนร่วมในกระบวนการ ทำงานของทีม ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้เห็นถึงทักษะของการเป็นผู้นำในการปฏิบัติงานในศตวรรษที่ 21

สถาบันพระบรมราชชนก จัดให้มีการประเมินการจัดการศึกษาแบบ IPE ทั้งในระยะเวลาที่ดำเนินการ (Formative Evaluation) และดำเนินการแล้วเสร็จ (Summative Evaluation) เพื่อนำไปสู่การจัดการเรียนการสอน และบรรจุอยู่ในหลักสูตรทุกหลักสูตร เพื่อให้อาจารย์และนักศึกษาทุกคนได้เข้าสู่กระบวนการเรียนรู้

ข้อเสนอแนะ

1. สถาบันพระบรมราชชนก จะพัฒนาแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ การพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ให้สามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการพัฒนารูปแบบการบริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยใช้แบบประเมิน Primary Care Guide Assessment ให้ครอบคลุม
2. สถาบัน คณะ และวิทยาลัยสามารถจัดตั้งคณะกรรมการในการทำงาน การจัดการศึกษาแบบ IPE ที่ครอบคลุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงาน
3. หลักสูตรทุกหลักสูตรของสถาบันพระบรมราชชนก ดำเนินการสร้าง แบ่งปันคุณค่า ความคาดหวังผลลัพธ์ การเรียนรู้ และสมรรถนะ ของผู้เรียนที่ต้องการ
4. สถาบันพระบรมราชชนก ส่งเสริมและจัดให้มีการอบรมการจัดการศึกษาแบบ IPE เพื่อสร้างความรู้ ทักษะ และความมั่นใจให้กับผู้สอน ในการที่จะออกแบบวิธีการสอนและจัดกิจกรรมที่เอื้อต่อการจัดการจัดการศึกษาแบบ IPE
5. สถาบันพระบรมราชชนก สามารถออกแบบการจัดการศึกษาแบบ IPE ในแนวราบ สามารถออกแบบ การเรียนรู้เป็นแบบโมดูล สำหรับผู้เรียนในระดับชั้นปีต่าง ๆ มีสถานการณ์จำลองเพื่อให้ครอบคลุมขั้นตอนการเรียนรู้ กำหนดไว้ 3 ระดับ ได้แก่ 1) การเปิดรับ 2) การเรียน IPE ที่เหมือนเรียนวิชาชีพของตนเอง และ 3) ความชำนาญตามวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล สาธารณสุข และอื่น ๆ ตลอดจนทักษะชีวิต

6. ผลลัพธ์การเรียนรู้จากการปฏิบัติในการทำงานร่วมกับ รพ.สต. ชุมชน และผู้ป่วย ได้สัมผัสสมรรถนะของชุมชนที่มีความหลากหลาย ทั้งการดำเนินชีวิต บริบทชุมชน ตลอดจนวัฒนธรรมประเพณี เป็นมิติทางด้านสุขภาพ ตลอดจนตอบสนองปณิธานของสถาบันพระบรมราชชนก ที่จะสร้างปัญญาเพื่อชุมชน อย่างแท้จริง

References

- Hosny, S., Kamel, M. H., El-Wazir, Y., & Gilbert, J. (2013). Integrating interprofessional education in community-based learning activities: Case study, *Africa Research Connect, Suppl*(1), S68-S73. doi:3109/0142159X.2013.765550.
- Kochedi, P., Ratchawat, P., & Chuencham, J. (2022). The effect of interprofessional learning management through family case study on professional competence. *MCU Journal of Social Development*, 7(3), 18-29. (in Thai)
- Mekthon, S., Mungchit, P., Wetchapanbhesat, S., Larbjenjakul, S., Sriyakul, D., Tassanee, S., et al. (2015). *Guideline of Primary Care Cluster Services*. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Limited. (in Thai).
- Office of the Permanent Secretary. (2019). *Primary Health System Act B.E. 2019*. Bangkok: Sililuck Company Limited. (in Thai)
- Phumtha-it, T., & Sangkrak, N. (2022). Interprofessional learning: A challenge for nursing institutions. *Wachira Journal of Nursing*, 24(1), 95–108. (in Thai)
- Praboromarajchanok Institute Strategic Plan, (2020-2024). *Praboromarajchanok Institute Strategic Plan*. Retrieved March 9, 2020 from http://www.bcnb.ac.th/bcnb/uploads/documents/wg2/20190820_165729_121_4050.pdf (in Thai)
- Pumuthaivirat, P. (2020). Interprofessional Education (IPE) Management. *The Journal of Chulabhorn Royal Academy*, 2(4), 12–28. (in Thai)
- Putthasri, W., & Chuenkongkaew, W. (2017). *The Report on 3rd Annual National Health Professional Education Reform Forum: ANHPERF "IPE towards Thai Health Team"*. Nonthaburi: P.A Living Ltd.; Bangkok, Thailand. (in Thai)
- Yana, T. (2023). Situation of the Role of Multidisciplinary Teams in Primary Health Care System and Health Promotion During the COVID-19 Pandemic. The Health Promotion Fund Office in Collaboration with The National Health Systems Research and Development Institute Foundation. Retrieved March 4, from <https://shorturl.asia/sOAFd> (in Thai)

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีอาการทรุดลง
หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 6 โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของภาคใต้

Development of a Surveillance Guideline for Patients with Unstable Conditions
and Deteriorating Symptoms in the 6th Floor Special Ward of a Regional Hospital
in Southern Thailand

สมจิต ไชยพุทธ¹, ศิริวรรณ ชุกำเนิต^{2*}, ปวีณา เสนาสนะ¹

Somjit Chaiput¹, Siriwan Chukumnird^{2*}, Paweena Senasana¹

¹โรงพยาบาลหาดใหญ่, ²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

¹Hatyai Hospital, ²Faculty of Nursing, Thaksin University

(Received: April 4, 2025; Revised: June 15, 2025; Accepted: July 3, 2025)

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีอาการทรุดลง และ 2) ศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีอาการทรุดลงของหอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 6 โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของภาคใต้ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 24 คน และผู้ป่วยที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 6 รวมทั้งสิ้น 97 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีอาการทรุด แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวัง และแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .96 และการตรวจสอบความตรงกันของผู้ประเมิน ได้ค่าเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ One-sample Wilcoxon Signed-rank Test ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า

1. แนวทางการเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการตอบสนองเมื่อได้รับข้อมูลว่ามีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
 2. ค่ามัธยฐานของการได้รับการปฏิบัติตามแนวทางสูงกว่าค่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
 3. อัตราการย้ายผู้ป่วยโดยไม่ได้วางแผนลดลงจากร้อยละ 8.86 เหลือร้อยละ 3.86 โดยลดลงคิดเป็นร้อยละ 56.43
 4. บุคลากรมีความพึงพอใจต่อแนวทางการเฝ้าระวัง ในระดับมาก ($M = 4.47$, $SD = 0.66$)
- จากผลการวิจัยดังกล่าว แนะนำให้มีการนำแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีอาการทรุดลงไปประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน ทั้งนี้ ผู้บริหารควรส่งเสริมและติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวทาง แนวทางการเฝ้าระวัง อาการไม่คงที่และอาการทรุดลง หอผู้ป่วยพิเศษ

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

Abstract

This action research aimed to: (1) develop a surveillance guideline for patients with unstable conditions and deterioration, and (2) study the outcomes of implementing the developed surveillance guideline in a special ward on the 6th floor of a regional hospital in southern Thailand. The participants included 24 healthcare personnel—registered nurses, nurse aides, and patient assistants—and 97 patients admitted to the special ward. Research instruments consisted of the surveillance guideline for patients with unstable conditions and deterioration, an evaluation form for compliance with the guideline, and a staff satisfaction questionnaire. Content validity was verified by three experts, yielding a content validity index (CVI) of 1.00. The reliability of the instruments was confirmed with a Cronbach's alpha coefficient of .96, and inter-rater agreement was .90. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and the one-sample Wilcoxon signed-rank test, while qualitative data were analyzed using content analysis. The results reveal as follows.

1. The developed surveillance guideline consisted of three components: identification of at-risk patients, effective communication, and appropriate response upon receiving information about at-risk patients.

2. The median compliance score with the guideline was significantly higher than the 90% standard criterion ($p\text{-value} < .001$).

3. The unplanned patient transfer rate decreased from 8.86% to 3.86%, representing a 56.43% reduction.

4. Staff satisfaction with the surveillance guideline was at a high level ($M = 4.47$, $SD = 0.66$).

Based on these findings, it is recommended that the surveillance guideline for patients with unstable conditions and deterioration should be applied in special wards and other units with similar contexts. Hospital administrators should promote and continuously monitor the implementation to enhance the long-term effectiveness of patient care.

Keywords: Guideline Development, Surveillance Guideline, Unstable Conditions and Deterioration, Special Ward

บทนำ

ผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่และมีความเสี่ยงในการทรุดลงสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงของการเจ็บป่วย รวมถึงในหอผู้ป่วยพิเศษที่มีการดูแลแบบแยกเดี่ยว ซึ่งอาจส่งผลต่อการสังเกตอาการได้ไม่ต่อเนื่อง อาการไม่คงที่และทรุดลงหมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางคลินิกอย่างเฉียบพลันที่อาจนำไปสู่เหตุการณ์รุนแรง เช่น หัวใจหยุดเต้นหรือการเสียชีวิตอย่างไม่คาดคิด โดยมักไม่ได้รับการตรวจพบหรือจัดการอย่างทันท่วงที (Barrett, Hawdon, Wade, & Reeves, 2018; Lee, Kim, Kim, & Oh, 2020) การเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีการติดต่อกับผู้ป่วยโดยตรงและบ่อยที่สุด อีกทั้งยังมีหน้าที่หลักในการติดตามและตีความสัญญาณชีพของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Duff, Massey, Gooch, & Wallis, 2018) และจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac Arrest) ในโรงพยาบาลจะแสดงการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่ผิดปกติและสามารถตรวจพบได้อย่างน้อย 1 - 4 ชั่วโมง ก่อนเกิดภาวะดังกล่าว (Andersen, Kim, Chase, Berg, Mortensen, Moskowitz, et al.,

2016) ดังนั้น การให้ความสำคัญกับบทบาทของพยาบาลในการรับรู้และการจัดการอาการไม่คงที่และอาการทรุดลงของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญและมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยพยาบาลสามารถลดภาระงานแพทย์และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล (Stotts, Lyndon, Chan, Bekmezian, & Rehm, 2020) ทั้งนี้ ความรู้ ประสบการณ์และการฝึกอบรมมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ขณะที่ภาระงานที่มากเกินไปและทรัพยากรที่จำกัดยังคงเป็นอุปสรรคต่อการตรวจพบและจัดการอาการไม่คงที่ของผู้ป่วย (Treacy & Caroline Stayt, 2019; Orique, Despins, Wakefield, Erdelez, & Vogelsmeier, 2019) การตอบสนองต่อผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง เป็นกระบวนการที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างพยาบาลประจำการและทีมผู้บริหารในหอผู้ป่วย โดยมีปัจจัยด้านการดำเนินงาน เช่น ภาวะผู้นำ การสื่อสารภายในทีม และการตระหนักรู้ในสถานการณ์ ซึ่งล้วนมีผลต่อความรุนแรงของอาการทรุดลงและผลลัพธ์ของผู้ป่วย (ComptonHubbard, Murdoch, Press, Lowe, Ottley, Barlow et al., 2023; Large & Aldridge, 2018) โดยบทบาทสำคัญของทีมผู้บริหารในหอผู้ป่วย สามารถจำแนกได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การใช้เครื่องมือประเมิน เช่น Early Warning Scores (EWS) เพื่อเฝ้าระวังและประเมินสถานะของผู้ป่วย 2) การจัดให้มีระบบการรายงานและการเรียกทีมตอบสนองฉุกเฉิน (Rapid Responded Team: RRT) อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมฝึกอบรบบุคลากรให้สามารถเรียกทีม RRT ได้อย่างถูกต้องและทันเวลา 3) การประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมดูแลหลักและทีม RRT โดยต้องมีการสื่อสารข้อมูลอย่างครบถ้วนและแม่นยำ (Leonard-Roberts, Currey, & Considine, 2020) อย่างไรก็ตาม ความรู้สึกด้านลบ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว และการตื่นตระหนก อาจเป็นอุปสรรคที่ทำให้พยาบาลลังเลในการแจ้งเตือนหรือรายงานอาการทรุดของผู้ป่วย เนื่องจากกังวลว่าจะถูกตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์จากผู้บังคับบัญชา (Ede, Jeffs, Vollam, & Watkinson, 2020)

แม้ว่าจะมีการพัฒนาแนวทางในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงในหน่วยบริการสุขภาพทั่วไป แต่การศึกษาส่วนใหญ่ยังคงดำเนินการในหอผู้ป่วยสามัญหรือหอผู้ป่วยวิกฤต (Chung & Jung, 2024; Orique, Despins, Wakefield, Erdelez, & Vogelsmeier, 2019) ยังไม่พบการศึกษาในบริบทของหอผู้ป่วยพิเศษ ซึ่งเป็นการดูแลแบบแยกผู้ป่วยในห้องเดี่ยว การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นบริบทของหอผู้ป่วยพิเศษ ของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ซึ่งรับผู้ป่วยจากทุกแผนก ทุกเพศ ทุกวัย ที่ไม่มีภาวะวิกฤต รวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยในช่วง กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2566 มีผู้ใช้บริการ 2,634 ราย พบผู้ป่วยที่เกิดอาการทรุดลง เสียชีวิต หรือถูกส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยสามัญหรือหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) รวม 116 ราย (ร้อยละ 4.40) แม้การรับรู้อาการไม่คงที่ตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ แต่ในหลายกรณี บุคลากรไม่สามารถตอบสนองได้อย่างทันท่วงที จากการสัมภาษณ์พยาบาลพบปัญหาหลัก ได้แก่ การตรวจประเมินที่ไม่ต่อเนื่อง การไม่รู้สัญญาณเตือน การขาดการสื่อสารอาการที่ผิดปกติและการตอบสนองที่ล่าช้า รวมถึงปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ เช่น ภาระงานสูง ความคาดหวังจากญาติ การขาดความร่วมมือในทีม การสื่อสารไม่ชัดเจน และการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงที่ยังไม่ทั่วถึง ล้วนส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังและการดูแลผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีอาการทรุดลง (Bucknall, Guinane, McCormack, Jones, Buist, & Hutchinson, 2024)

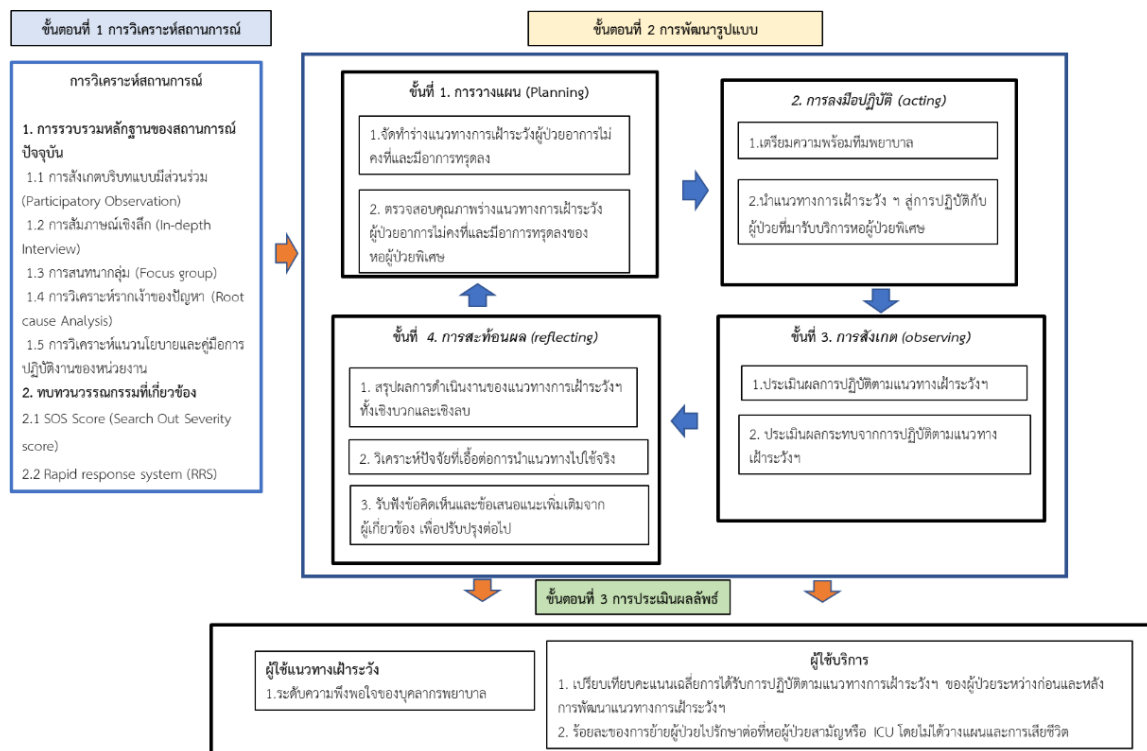
การรับรู้และการตอบสนองต่ออาการไม่คงที่และอาการทรุดลงของผู้ป่วยในระยะแรกโดยทีมพยาบาลถือเป็นพื้นฐานสำคัญของการดูแลที่มีคุณภาพ หากการระบุและการตอบสนองที่ล่าช้า อาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ร้ายแรงได้ ดังนั้นทีมผู้บริหารหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการ จึงมีบทบาทสำคัญในการใช้ความรู้และทักษะที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยในฐานะทีมผู้บริหารกลุ่มการพยาบาล ซึ่งรับผิดชอบคุณภาพบริการของหอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 6 เล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาการปฏิบัติงานของทีมพยาบาล จึงมีความสนใจพัฒนาแนวทางในการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่และอาการทรุดลง เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการพยาบาลให้เป็นระบบ และสร้างแนวปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีอาการทรุดลงของหอผู้ป่วยพิเศษ
2. ศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีอาการทรุดลง ของหอผู้ป่วยพิเศษ
 - 2.1 เพื่อประเมินระดับการปฏิบัติตามแนวทางเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (ร้อยละ 90)
 - 2.2 เพื่อเปรียบเทียบร้อยละอุบัติการณ์ผู้ป่วยย้ายเข้ารักษาต่อที่หอผู้ป่วยสามัญ หรือหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) โดยไม่ได้วางแผน ก่อนและหลังการพัฒนา
 - 2.3 เพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ นำแนวคิดการเฝ้าระวังอาการนำก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต SOS Score (Search Out Severity Score) ได้แก่ อุดมภูมิร่างกาย ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว และปริมาณปัสสาวะ (Champunot, Tansuphaswasdikul, Kamsawang, Tuandoung, & Thimsri, 2016) เพื่อช่วยให้ทีมบุคลากรทางการแพทย์สามารถตรวจพบความเสี่ยงและดำเนินการได้ทันทั่วทั้งที่ ร่วมกับแนวคิดระบบการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต (Rapid Response System) เป็นระบบการตอบสนองอย่างรวดเร็วต่อภาวะผิดปกติที่พบในผู้ป่วยก่อนจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต ในการดำเนินการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลง ได้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติ (Action Research) ตามแนวคิดของ เคมมิส แมคทาการ์ทและนิคสัน (Kemmis, McTaggart, & Nixon, 2014) เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาย่างแท้จริงและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1. ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ 2. ขั้นตอนพัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับตามแนวคิดของเคมมิสและแมคทาการ์ท แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนย่อย โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย กระบวนการวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Acting) 3) การสังเกต (Observing) 4) การสะท้อนผล (Reflecting) และ 3. ขั้นตอนประเมินผลลัพธ์ การเฝ้าระวังอาการนำก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) บุคลากรทางการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 6 ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ และ 2) ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 6

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้แนวทางการเฝ้าระวังฯ จะใช้ประชากรทั้งหมดในการวิจัย คือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 11 คน รวมทั้งสิ้น 24 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงจากประชากรทั้งหมด (Total Population Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยพิเศษรวมชั้น 6 อย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลวิชาชีพต้องมีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี และผู้ช่วยพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ต้องมีประสบการณ์อย่างน้อย 6 เดือน 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก คือ 1) ย้ายหน่วยงานหรือลาออกจากงานระหว่างช่วยดำเนินงานวิจัย และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการเฝ้าระวังฯ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับการบริการในหอผู้ป่วยพิเศษรวมชั้น 6 ภายหลังการนำแนวทางการเฝ้าระวังฯ ที่พัฒนาขึ้นมาใช้ (ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2566) โดยใช้วิธีการสุ่มจากเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกไว้ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่มารับบริการในหอผู้ป่วยพิเศษรวมชั้น 6 2) มีระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่คงที่และอาการทรุดลงทุกระดับ ตามแบบประเมิน Search Out Severity (SOS) หรือ Modified Search Out Severity (M-SOS Score) 3) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1.9.7 โดยเลือกการวิเคราะห์แบบ One-sample t-test (Means: Difference from constant) กำหนดค่าอิทธิพล (Effect Size) = 0.3 ซึ่งถือเป็นขนาดเล็กถึงปานกลาง ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) ทั้งนี้ เนื่องจากในการศึกษาทางคลินิกหรือด้านสุขภาพ พฤติกรรมของมนุษย์มีความแปรปรวนสูง และมีปัจจัยแทรกซ้อนจำนวนมากที่ไม่สามารถควบคุมได้ การคาดหวังผลลัพธ์ที่มีขนาดของผล (effect size) สูงอาจไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง จึงเลือกใช้ค่าขนาดของผลที่ต่ำแต่มีความเป็นไปได้สูง เพื่อให้ผลการศึกษาที่มีความแม่นยำ และสามารถตรวจจับความแตกต่างที่มีขนาดเล็กได้ โดยยังคงรักษาความน่าเชื่อถือทางสถิติ กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และกำลังการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ผลการคำนวณพบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 88 คน เพื่อให้ผลการศึกษาที่มีความน่าเชื่อถือและมีโอกาสเกิดความผิดพลาดประเภทที่สอง (Type II error) ไม่เกินร้อยละ 20 ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูลจากการขาดหายหรือออกจากการศึกษา (Drop-out) ประมาณร้อยละ 10 จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 97 คน อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินการจริงพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถเข้าร่วมและให้ข้อมูลครบถ้วน จึงไม่มีการสูญเสียข้อมูลจากการ Drop-out แต่อย่างใด

การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัจจุบันของการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีอาการทรุดลงในหอผู้ป่วยพิเศษ เพื่อระบุปัญหา จุดอ่อน และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแล ตลอดจนสร้างเป้าหมายในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติงาน ดังนี้

1. การรวบรวมหลักฐานของสถานการณ์ปัจจุบัน

1.1 การสังเกตบริบทแบบมีส่วนร่วม (Participatory Observation) โดยผู้วิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานกับทีมพยาบาล เพื่อสังเกตพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย กระบวนการสื่อสารภายในทีม และสภาพแวดล้อมของการดูแลผู้ป่วย

1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานทุกคน รวมถึงการสนทนากลุ่ม ทีมพยาบาล และทีมผู้ช่วยเหลือคนไข้ โดยแต่ละกลุ่มประกอบ ด้วยทีมพยาบาลและทีมผู้ช่วยเหลือคนไข้ ทีมละ 6 - 8 คน (รวมประมาณ 12 - 16 คน) เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างทั่วถึง โดยจัด 1 ครั้งต่อกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 2 ครั้ง เพื่อรวบรวมความคิดเห็น ประสบการณ์ และข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง

1.3 การวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา (Root Cause Analysis) ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์รากเหง้า (RCA) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความล่าช้าและความไม่มีประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ และอาการทรุดลง โดยจำแนกออกเป็น 3 ประเด็นคือ 1. การสื่อสารภายในทีมไม่ชัดเจน 2. การสังเกตอาการไม่ต่อเนื่อง และ 3. การขาดความเข้าใจในความสำคัญของการเฝ้าระวัง ดังตารางที่ 1

2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวทางการเฝ้าระวัง ฯ ในบริบทของหอผู้ป่วยพิเศษ ที่แยกห้องเดี่ยวซึ่งมีข้อจำกัดด้านการสังเกตการณ์ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แนวทางฯ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา การอบรม ประสบการณ์ทำงาน และตำแหน่งปัจจุบัน

2. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นลักษณะคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured) ได้แก่

2.1) จากประสบการณ์ของท่าน ปัจจัยหรือสาเหตุใดบ้าง ที่ท่านพบจากการปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยในความดูแลไม่ได้รับการวินิจฉัย หรือแก้ไขอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงในระยะแรก จนนำไปสู่อาการที่ทรุดลงรุนแรงจนต้องรับยารักษาหรือต้องช่วยชีวิตอย่างเร่งด่วน

2.2) ท่านเห็นว่า นโยบายและขั้นตอนปฏิบัติในปัจจุบัน สามารถช่วยลดความเสี่ยงจากภาวะอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงได้หรือไม่ หากมี ประกอบด้วยองค์ประกอบ และขั้นตอนอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง

2.3) ท่านมีแนวคิดและข้อเสนอแนะอย่างไรบ้างในการแก้ไขปัญหา ปรับปรุง เกี่ยวกับกระบวนการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยอาการไม่คงที่หรืออาการทรุด เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. แผนผัง RCA (Fishbone Diagram)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกต การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มได้รับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ หัวหน้าหอผู้ป่วย และทีมวิจัย เพื่อยืนยันความสอดคล้องของข้อมูลจากหลากหลายมุมมอง ซึ่งช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการอ่านทบทวนข้อมูลหลาย ๆ รอบ แยกประเด็นสำคัญออกเป็นหน่วยข้อมูล จัดทำหมวดหมู่ (Categorization) และสังเคราะห์ประเด็นหลัก (Themes)

2. การวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา (Root Cause Analysis) ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการรวบรวมเชิงคุณภาพ มาจัดทำแผนผังสาเหตุและเหตุผล (Fishbone Diagram) เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาอย่างเป็นระบบใน 4 ด้าน

ได้แก่ ด้านบุคลากร (Man) ด้านกระบวนการ (Method) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) และด้านวัสดุ อุปกรณ์ (Material) เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงของปัจจัยที่มีผลกระทบต่อประสิทธิภาพการเฝ้าระวังผู้ป่วย

ตาราง 1 สถานการณ์และการตอบสนองต่อผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่และมีอาการทรุด เกิดความล่าช้าในการดูแล (n = 24 คน)

	Root cause analysis	การสัมภาษณ์เชิงลึก	สนทนากลุ่ม
การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 1.1 การบันทึกเอกสารข้อมูล			
การบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์ / ไม่มีการบันทึกข้อมูลที่เป็นจำเป็นเพื่อใช้ในการตัดสินใจ	มีการประเมินสัญญาณชีพและ M-SOS Score แต่ไม่บันทึก	N3: “การประเมิน vital signs มักจะทำเป็น routine ทุก 4 ชม. แต่ขาดการประเมิน M-SOS Score แบบ real time” : “บางครั้งผู้ช่วยเหลือคนไข้วัด V/S จดใส่กระดาษให้พยาบาลแต่พยาบาลไม่มีเวลาดู ทำให้การประเมินล่าช้าออกไป”	N1: “แบบบันทึกอาการทั่วไป / สัญญาณชีพ มักจะทำตั้งแต่ต้นเวร เนื่องจากเกรงว่าจะทำไม่ทันในช่วงปลายเวร เมื่อผู้ป่วยมีอาการ” “การบันทึกสัญญาณชีพไม่ได้ทำทันทีเมื่อแรกรับ หรือภายใน 15 นาทีแรกรับ”
	การบันทึกข้อมูลไม่ครบ ลายมืออ่านไม่ออก ไม่ชัดเจน	N2 “ลายมือที่อ่านยาก ทำให้ข้อมูลที่สื่อสารต่อไม่ครบถ้วนบางเนื้อหาจึงถูกปล่อยผ่านไปแม้ว่าจะเป็นสาระสำคัญ”	N2: “ลายมืออ่านยาก เขียนหวัด ต้องโทรสอบถามเพื่อนร่วมเวรและเจ้าตัว”
การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 1.2 การสื่อสารด้วยวาจา			
การสื่อสาร ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ไม่ครอบคลุมในประเด็นสำคัญให้เจ้าหน้าที่ในเวรต่อไป	ข้อมูลสำคัญไม่ถูกส่งต่อในระหว่างการเปลี่ยนเวร หรือระหว่างที่ดูแล	N1, N3, NA2: “ความง่วง เหนื่อยล้า และไม่มีสมาธิ รวมถึงภาระงาน ทำให้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลได้ทั้งหมด และไม่สามารถส่งต่อเวรต่อไปได้อย่างครอบคลุม”	N3: “การปรับเปลี่ยนวิธีการรับเวรในผู้ป่วยที่ซับซ้อนและนอนหลายวัน จะมีสมุดรับเวรที่ทำให้เห็นความเชื่อมโยงและต่อเนื่องของข้อมูลตั้งแต่แรกรับ” N1 “การบันทึกมักจะทำตั้งแต่ต้นเวร เนื่องจากเกรงว่าจะทำไม่ทันในช่วงปลายเวร กรณีมีผู้ป่วยอาการแรงด่วน หรือมีภาระงานมาก ทำให้ไม่สามารถถ่ายทอดเหตุการณ์ให้เวรต่อไปอย่างเป็นขั้นตอน”
การค้นหากลุ่มเสี่ยง			
การตรวจพบผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงซ้ำเกินไป เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในห้อง การติดตามอาการไม่สามารถทำได้ตลอดเวลา	การคำนวณคะแนน Modified SOS Score ไม่ถูกต้อง	NA3: “ก่อนการพัฒนาแนวทางเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีอาการทรุดลง หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 6 การตรวจ วัดสัญญาณชีพจะเป็นการวัดที่ละห้องและจดใส่กระดาษ ซึ่งค่อนข้างใช้เวลา กว่าข้อมูลคนไข้จะมาถึงพยาบาล เมื่อมาถึงการคัดลอกของแต่ละคนก็อาจมีความผิดพลาด N5: เนื่องจากลายมืออ่านยาก การแปลผลคะแนน M-SOS Score จากข้อมูล V/S ยังไม่มีความแม่นยำ พบว่ายังมีการคำนวณผิดพลาด ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ทันการ”	N1, N4, N7: เนื่องจากการประเมินผู้ป่วยแบบเดิมคือ การวัด vital sign จดใส่กระดาษ และมาคำนวณ M-SOS Score ต้องใช้เวลาและขาดความแม่นยำ ดังนั้นทางหอผู้ป่วยจึงเรียนรู้เรื่องการการใช้ application โดยการวัดและใส่ข้อมูลในโทรศัพท์มือถือ ในโปรแกรมจะคำนวณ M-SOS Score ให้ ซึ่งพยาบาลจะเห็นข้อมูลทันที ลดการผิดพลาดในการคัดลอกและลดเวลาในการคำนวณเอง ผู้ป่วยที่คะแนน M-SOS Score ≥ 3 ระบบจะแจ้งเตือนให้ทุกคนทราบ
การไม่ตระหนักถึงข้อมูล หรืออาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นสาเหตุของความเสี่ยงของโรค	การประเมินอาการอาการแสดงไม่ครบถ้วน	N8: “เนื่องจากพิเศษชั้น 6 รับผู้ป่วยจากทุกแผนก อาการนำของการทรุดลงของผู้ป่วยจะแตกต่างกัน การดักจับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงพยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะ” “การประเมิน V/S จะทำเป็น routine ผู้ป่วยที่อาการเปลี่ยนแปลงต้องเฝ้าระวัง พยาบาลจะต้องสื่อสารกับผู้ช่วยพยาบาลเป็นราย ๆ ไป ทำให้บางครั้งไม่ได้บันทึกเข้าระบบทั้งหมด”	N1: การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ในด้านต่าง ๆ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคลากร N3: นอกจากการใช้ Application ในการค้นหาความเสี่ยงแล้ว การเฝ้าระวัง Specific Clinical risk ของผู้ป่วยแต่ละรายก็จะช่วยเพิ่มเติมการดักจับความเสี่ยงได้มากขึ้นด้วย

	Root cause analysis	การสัมภาษณ์เชิงลึก	สนทนากลุ่ม
การตอบสนองเมื่อได้รับข้อมูลว่ามีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง			
ไม่ได้ตระหนักในการประเมินสัญญาณชีพเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น อุณหภูมิ ชีพจร ความดันโลหิต ความอิ่มตัวของออกซิเจน การหายใจ	ปัญหาภาระงาน	N9: “ภาระงานเป็นปัญหาที่เป็นข้อจำกัด แต่การพัฒนาตนเองเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ แม้ว่าบุคลากรจำกัด แต่การดูแลที่มีเป้าหมายและแนวทางที่เป็นระบบจะช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น	N1, N8, N9, NA2 “การจัดอัตรากำลัง ควรมีการควบคุมระหว่างพี่กับน้อง เพื่อจะได้ปรึกษาหารือกันได้”
	“บุคลากรใหม่ยังไม่มีความรู้ความชำนาญเพียงพอ”	N11: “การทบทวน การสอนงาน การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ต่าง ๆ จะช่วยเพิ่มทักษะของบุคลากร”	N5: “การสอนงานอย่างเป็นระบบ การใช้ Application การประเมินผล การตอบสนองต่อคะแนนที่ได้อย่างรวดเร็ว N4: “ความรู้ของพยาบาลในการประเมิน Clinical Risk รายโรคสำคัญ”

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการพัฒนาแนวทาง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดลองใช้แนวทางในการเฝ้าระวัง ฯ ในบริบทของหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 6 ดังนี้

1. การวางแผน (Planning) ประกอบด้วย

1.1 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรพยาบาล จำนวน 24 คน จัดทำร่างแนวทางการเฝ้าระวัง ฯ ในแต่ละองค์ประกอบ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามปรับปรุงร่วมกัน เพื่อให้ทุกคนตระหนักถึงความสำคัญและร่วมกันเสนอแนวทางและกำหนดข้อตกลงการปฏิบัติร่วมกันของการเฝ้าระวัง ฯ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติจริงในหน่วยงาน หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปแนวทางการเฝ้าระวัง ฯ ของหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 6 ที่พัฒนาขึ้น

1.2 ตรวจสอบคุณภาพร่างแนวทางการเฝ้าระวัง ฯ ของหอผู้ป่วยพิเศษ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเพื่อความสมบูรณ์ของแนวทาง

2. การลงมือปฏิบัติ (Acting) เป็นการนำแนวทางการเฝ้าระวัง ฯ ที่พิจารณาแล้วไปทดลองใช้ ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการเตรียมความพร้อมทีมพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ โดยการประชุมกลุ่มเพื่อทบทวนองค์ความรู้ ให้ข้อมูล และฝึกทักษะที่จำเป็น

2.2 กำหนดให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 6 นำแนวทางการเฝ้าระวัง ฯ สู่การปฏิบัติกับผู้ป่วยที่มารับบริการหอผู้ป่วยพิเศษตั้งแต่ 21 ตุลาคม 2566

2.3 ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและผู้ประสานงานในการดำเนินการทดลองใช้แนวทางเฝ้าระวัง ฯ

3. การสังเกต (Observing) เป็นระยะติดตามผลการดำเนินงานทั้งในส่วนผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ดังนี้

3.1 ประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางเฝ้าระวัง ฯ ผ่านวิธีการสังเกต การสอบถาม และการวิเคราะห์บันทึกทางเวชระเบียนของผู้ป่วย

3.2 ใช้แบบบันทึกข้อมูล ที่ออกแบบเฉพาะเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่อย่างไร

4. การสะท้อนผล (Reflecting)

4.1 ผู้วิจัยสรุปผลการดำเนินงานของแนวทางการเฝ้าระวัง ฯ ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยพิจารณาว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นตอบวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่

4.2 วิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อต่อการนำแนวทางไปใช้จริง เช่น ความร่วมมือของบุคลากร ความเข้าใจในแนวทาง และสภาพแวดล้อมของการทำงาน

4.3 รับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงและนำเข้าสู่วงรอบการพัฒนาในขั้นตอนต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่ อาการทรุด ของหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 6 ประกอบด้วย
 - 1.1 เอกสารคู่มือการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวัง ฯ ของหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 6
 - 1.2 แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางเฝ้าระวัง ฯ ผ่านการสังเกต สอบถาม และวิเคราะห์เวชระเบียน
 - 1.3 แบบบันทึกสัญญาณชีพ คะแนน M-SOS Score
 - 1.4 แบบประเมินความเสี่ยง (Clinical Risk และ Early Warning Signs) กลุ่มโรคที่พบบ่อย ในหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 6 ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย โดยเป็นแบบบันทึกการประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณเตือนอันตรายที่อาจพบได้ในหอผู้ป่วยพิเศษ แบ่งตามกลุ่มโรคที่พบบ่อย ตัวอย่างเช่น เบาหวาน สัญญาณเตือนอันตราย คือ 1. DTX $\leq$ 70 หรือ $>$ 250 mg% 2. ซึม พุดจาสับสน และ 3. เหงื่อแตก มือเท้าเย็น เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่ อาการทรุด ระหว่างรับการรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 6 มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ที่รับผิดชอบระบบการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลจำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบเนื้อหาสาระความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความและความครอบคลุมของแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่อาการทรุดลง ได้แก่ 1.คู่มือแนวทางการปฏิบัติเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่อาการทรุด 2. แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังฯ 3. แบบประเมินความเสี่ยง (Clinical Risk และ Early Warning Signs) กลุ่มโรคที่พบบ่อย และ 4. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อนแนวทางเฝ้าระวังฯ ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1, 1, 1 และ 1 ตามลำดับ จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงก่อนนำไปทดลองและหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) โดยแบบบันทึกข้อมูล Inter-rater Reliability ได้เท่ากับ .90 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อนแนวทางเฝ้าระวัง ฯ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .96

สรุปผลจากการสะท้อนการใช้งาน (Reflecting)

แนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้จริงได้ในบริบทของหอผู้ป่วยพิเศษโดยส่งเสริมการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และการตอบสนองทันที อัตราการย้ายผู้ป่วยไป ICU แบบฉุกเฉินลดลงอย่างชัดเจน สะท้อนถึงประสิทธิภาพในการลดภาวะทรุดของผู้ป่วย ในเชิงบวก ยังช่วยสร้างการเรียนรู้ร่วมกันในทีม เสริมศักยภาพด้านเทคโนโลยี และเพิ่มความเข้าใจในกระบวนการเฝ้าระวัง อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นต้องปรับปรุง ได้แก่ ความเชี่ยวชาญของบุคลากรในการตีความข้อมูล และปัญหาอัตรากำลังในช่วงงานหนัก

แนวทางได้รับข้อเสนอแนะเพื่อนำไปพัฒนาในรอบถัดไป เพื่อให้แนวทางนี้ใช้งานได้ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในการยกระดับการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล ภายหลังทดลองนำแนวทางไปปฏิบัติไปใช้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางการเฝ้าระวัง ฯ ที่พัฒนาขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาล ที่มีต่อการใช้นแนวทางเฝ้าระวังฯ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจแบบมาตราส่วนของลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อสรุปแนวโน้มความพึงพอใจ การแปลคะแนนระดับความพึงพอใจตามเกณฑ์การคิดคะแนน ดังนี้ (Marie & Rammel, 2024)

- 1.00 - 1.49 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อยที่สุด
- 1.50 - 2.49 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย
- 2.50 - 3.49 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง

3.50 - 4.49 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก

4.50 - 5.00 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด

2. แบบบันทึกข้อมูลการย้ายผู้ป่วยไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยสามัญหรือหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า และอัตราการเสียชีวิต

3. แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังฯ ผ่านการสังเกต สอบถาม และวิเคราะห์เวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์การได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังฯ ของผู้ป่วยหลังการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังฯ โดยใช้สถิติ One-sample T Test โดยผลการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-wilk Test พบว่าข้อมูลไม่มีการกระจายตัวแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติที่ไม่อิงพารามิเตอร์ (Non-parametric Test) คือ One-sample Wilcoxon Signed-rank Test เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ถูกต้องแม่นยำมากขึ้น

2. วิเคราะห์อุบัติการณ์อาการไม่คงที่ที่รุนแรงระหว่างรับการรักษาโดยไม่คาดคิด ก่อนและหลังการใช้แนวทางการเฝ้าระวังฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยการศึกษาร้อยละของผู้ป่วยที่ถูกย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยสามัญหรือหอผู้ป่วย ICU โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า และอัตราการเสียชีวิต เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการใช้แนวทางเฝ้าระวังฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบร้อยละ (Percentage Change) ข้อมูลอุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยสามัญหรือหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) โดยไม่ได้วางแผนก่อนการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังฯ ได้มาจากการเก็บข้อมูลย้อนหลังในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นช่วงเวลาก่อนการดำเนินการพัฒนา

3. วิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังฯ โดยใช้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ เลขที่ HYH EC 083-66-01 วันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีอาการทรุดลงของหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 6 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (Early Detection) และขอความช่วยเหลือ กระบวนการนี้มุ่งเน้นการเฝ้าระวังและระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ออาการทรุดลงตั้งแต่วินาทีแรก เพื่อให้สามารถดำเนินการตอบสนองได้อย่างทันท่วงทีครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1.1 การเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม

1.1.1 พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านสัญญาณชีพ อาการทางคลินิก พฤติกรรม และระดับความรู้สึกตัว

1.1.2 พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ใช้การบันทึกสัญญาณชีพผู้ป่วยใน RRS Application บน Smart Phone และประเมิน Modified SOS Score แรกรับทุกราย

1.1.3 พยาบาลวิชาชีพประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณเตือนอันตรายในผู้ป่วยตามกลุ่มโรค โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยง (Clinical Risk และ Early Warning Signs) ในผู้ป่วยที่มีระดับคะแนน Modified SOS Score ≥ 3 คะแนน

1.1.4 พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยที่อาจสะท้อนสัญญาณเริ่มต้นของอาการทรุด โดยมีรายละเอียดของแนวทางดังนี้

ระยะแรก รับ ให้การดูแล 1) ประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพ ของผู้ป่วยทันทีเมื่อรับใหม่หรือรับย้าย 2) การสื่อสารสิ่งที่ครอบครัวและญาติวิตกกังวล 3) บันทึกสัญญาณชีพใน RRS application บน smart phone และประเมิน SOS Score แรก รับ และ 4) บันทึกสัญญาณชีพ และ Modified SOS Score ใน flow sheet nurse record

ระยะดูแลต่อเนื่อง ประเมิน Modified SOS Score และให้การพยาบาลตามระดับภาวะเจ็บป่วย

ระดับภาวะเจ็บป่วย	กิจกรรมตามแนวทางการเฝ้าระวัง
Modified SOS Score = 0 (เสี่ยงน้อย)	ตรวจวัดสัญญาณชีพและประเมิน M-SOS Score ตามปกติ ทุก 4 ชม.
Modified SOS Score = 1-2 (เสี่ยงปานกลาง)	1. รายงานแพทย์ตามความเหมาะสม 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ/ประเมิน M-SOS Score ทุก 2-4 ชั่วโมง 3. ผู้ป่วยที่มี M-SOS Score ระดับ 2 ขึ้นไป ให้ข้อมูลญาติ การสังเกตอาการผิดปกติ ตาม QR code หรือ แบบสังเกตอาการผิดปกติ ที่จัดไว้ในห้องผู้ป่วย เพื่อการติดตามอย่างต่อเนื่อง
Modified SOS Score $\geq$ 3 (เสี่ยงมาก)	1 รายงานแพทย์ตามหลัก S-BAR ทันที 2 ตรวจวัดสัญญาณชีพ/ประเมิน M-SOS Score ทุก 30-60 นาที จน M-SOS Score < 4 หรือ stable 3. ประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณเตือนอันตรายในผู้ป่วยตามกลุ่มโรคที่มีระดับคะแนน M-SOS Score $\geq$ 3 คะแนน 4. บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ระยะเวลารายงานแพทย์ใน Flow chart อย่างต่อเนื่องจนพ้นภาวะวิกฤต /เสียชีวิต /จำหน่าย และบันทึก Progress note ตาม Nursing Process 5. บันทึกอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด ในรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล 6. บันทึกตัวชี้วัดอาการหรือเหตุในผู้ป่วยที่ย้ายในแบบบันทึกตัวชี้วัดรายเดือนของกลุ่มการพยาบาล

1.2 การระบุเกณฑ์ที่นำมาใช้ในการระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

1.2.1 ผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำ อัตราการหายใจผิดปกติ

1.2.2 ผู้ที่มีโรคประจำตัวซับซ้อน หรือมีภาวะวิกฤตซ่อนเร้น

1.2.3 ผู้ที่มีคะแนน Modified SOS Score $\geq$ 3 คะแนน หรือมีสัญญาณเตือนล่วงหน้า เช่น ซึมลง หายใจเหนื่อยเฉียบพลัน ให้ประเมินความเสี่ยง (Clinical Risk และ Early Warning Signs) ทุกราย ร่วมกับใช้วิจารณ์ญาณทางคลินิกของพยาบาล

1.3 กลไกการขอความช่วยเหลือ โดย พยาบาลผู้ดูแล รวมถึงครอบครัวผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย

1.3.1 เมื่อพบผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีสัญญาณเตือนเบื้องต้น ให้รีบแจ้งหัวหน้าทีม พยาบาลประจำการ และ/หรือแพทย์เวรทันที

1.3.2 หากมีความจำเป็นให้ดำเนินการเรียก Rapid Response Team (RRT) ตามขั้นตอนที่กำหนดตามคู่มือแนวทางเฝ้าระวังฯ

2. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นภายหลังพยาบาลผู้ดูแลระบุตัวผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และมีการสื่อสารเพื่อแจ้งทีมตอบสนอง โดยใช้ ISBAR และการสื่อสารให้ข้อมูลแก่ญาติเพื่อการตัดสินใจและลดความวิตกกังวล การบันทึกอุบัติการณ์หรือเหตุอย่างไม่คาดคิด และบันทึกตัวชี้วัดอาการหรือเหตุในผู้ป่วยที่ย้าย

2.1 การสื่อสารที่ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ 1) ใช้รูปแบบการสื่อสารอย่างเป็นระบบตามหลัก ISBAR (Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation) เพื่อให้สามารถถ่ายทอดข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ครบถ้วน และลดโอกาสคลาดเคลื่อน 2) ผู้ได้รับแจ้ง ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าทีมการพยาบาล แพทย์เวร หรือทีมตอบสนองก่อนวิกฤต (RRT) ตามระดับความรุนแรงของอาการ

2.2 การสื่อสารให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย ได้แก่ 1) พยาบาลผู้ดูแล ทำหน้าที่แจ้งข้อมูลที่จำเป็นให้แก่ญาติ หรือผู้ดูแลใกล้ชิดของผู้ป่วยเมื่อพบสัญญาณเตือนของภาวะทรุดลง และ 2) การให้ข้อมูลเพื่อเสริมความเข้าใจ ลดความวิตกกังวล และสนับสนุนการตัดสินใจร่วมกับทีมรักษาในกรณีที่ต้องมีการดำเนินการเร่งด่วน

2.3 การบันทึกข้อมูลและเหตุการณ์ ได้แก่ 1) พยาบาลผู้ดูแล มีการบันทึกข้อมูลอาการที่ไม่คงที่หรือ อาการทรุดของผู้ป่วยในเวชระเบียนอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะเมื่อมีการแจ้งเตือนหรือเรียกทีมตอบสนอง 2) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงอย่างไม่คาดคิด หรือมีการย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ หรือหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ต้องมีการบันทึกอุบัติการณ์ พร้อมระบุสาเหตุ เวลา บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และการตอบสนองที่ดำเนินการ

2.4 การบันทึกตัวชี้วัด (Indicator) อาการทรุดในผู้ป่วยที่ย้าย เช่น จำนวนอาการทรุดโดยไม่คาดคิด จำนวนการย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน และเวลาที่ใช้ในการตอบสนอง

3. การตอบสนองเมื่อได้รับข้อมูลว่ามีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

เมื่อพยาบาลผู้ดูแลระบุว่าผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่หรือมีสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ขั้นตอนต่อไปคือการดำเนินการตอบสนองอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยทีม Rapid Response Team (RRT) หรือทีมประจำหอผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย

3.1 ประเมินผู้ป่วยที่มีสัญญาณเตือนว่าเข้าสู่ภาวะวิกฤต ทีมตอบสนองหรือแพทย์เวรดำเนินการ ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างเร่งด่วน เมื่อได้รับแจ้งจากพยาบาลผู้ดูแล โดยประเมินตามแนวทาง Early Warning Signs เช่น ชีพจรเร็ว ความดันต่ำ อัตราการหายใจผิดปกติ ซึมลง หรือไม่รู้สึกรู้สึกตัว โดยใช้แบบฟอร์ม Modified SOS Score

3.2 การดูแลรักษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจหยุดทำงาน/ เปิดทางเดินหายใจ ได้แก่ 1) ดำเนินการช่วยเหลือเบื้องต้นตามภาวะของผู้ป่วย เช่น เปิดทางเดินหายใจ ให้สารน้ำ หรือออกซิเจน 2) เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่จำเป็น เช่น เครื่องช่วยหายใจ และ 3) บันทึกการตอบสนองและการพยาบาลอย่างละเอียด

3.3 ย้ายผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลใกล้ชิดมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ได้แก่ 1) หากผู้ป่วยมีภาวะทรุดที่ต้องการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ให้ดำเนินการย้ายไปยังหอผู้ป่วยสามัญ หรือหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) 2) การย้ายต้องได้รับการอนุมัติจากแพทย์ และมีการประสานกับหน่วยงานปลายทางอย่างชัดเจน และ 3) มีการบันทึกข้อมูลการย้าย เช่น เวลา รายชื่อผู้เกี่ยวข้อง อาการก่อนย้าย การเตรียมความพร้อม และยืนยันการรับตัว

2. ผลของการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีอาการทรุดลง ของหอผู้ป่วยพิเศษ

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แนวทางการเฝ้าระวังฯ บุคลากรทางการพยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 6 เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 มีอายุ 20 - 30 ปี และ 30 - 40 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 45.83 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 54.17 ได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาล ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่เป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ คิดเป็นร้อยละ 45.83 รองลงมา พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 37.50 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 12.50 และไม่มีประสบการณ์ในการประชุม อบรมเกี่ยวกับ เรื่อง Early Warning Sign หรือการบริหารความเสี่ยง” ในรอบ 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.33

2.2 การปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวัง ผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีอาการทรุดลงของผู้ป่วย

ตาราง 2 การปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีอาการทรุดลงของผู้ป่วยหลังการพัฒนา (n = 97 คน)

ด้านที่	แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีอาการทรุดลง	ร้อยละของการปฏิบัติ	ค่ากลางที่เปรียบเทียบ	p-value
1	การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	94.84	90	
2	การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	98.28	90	
3	การตอบสนองเมื่อพบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	93.52	90	
	แนวทางการเฝ้าระวังฯ โดยภาพรวม	94.92	90	< .001

จากตาราง 2 การปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวัง ผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีการทรุดลงของผู้ป่วย พบว่า ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีการทรุดลง ด้านการค้นหาผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง เท่ากับ ร้อยละ 94.84 ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เท่ากับ ร้อยละ 98.28 ด้านการตอบสนองเมื่อพบ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เท่ากับ ร้อยละ 93.52 และโดยภาพรวมเท่ากับ ร้อยละ 94.92 การทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ One-Sample Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า ค่ามัธยฐานของการปฏิบัติตามแนวทางในทุกด้านแตกต่างจากเกณฑ์ มาตรฐานที่กำหนด (90%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 อุบัติการณ์ผู้ป่วยย้ายเข้ารักษาต่อที่หอผู้ป่วยสามัญ หรือหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) โดยไม่ได้วางแผน หลังการพัฒนาแนวทางเฝ้าระวังฯ

ตาราง 3 แสดงผลการเปรียบเทียบร้อยละอุบัติการณ์ผู้ป่วยย้ายเข้ารักษาต่อที่หอผู้ป่วยสามัญ หรือหอผู้ป่วย วิกฤต (ICU) โดยไม่ได้วางแผน เดือน กรกฎาคม - กันยายน และ พฤศจิกายน - ธันวาคม 2566 (n = 105 คน)

ช่วงเวลา	จำนวนผู้ป่วยที่ย้ายโดยไม่ได้วางแผน (คน)	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (คน)	ร้อยละ
กรกฎาคม-กันยายน	62	700	8.86
พฤศจิกายน - ธันวาคม	15	388	3.86
ผลต่าง	ลดลง 47 คน		ลดลง 56.43

จากตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีการย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยสามัญ หรือหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) โดยไม่ได้วางแผนก่อนการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง (ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2566) พบว่ามีผู้ป่วยที่ย้ายไปรักษาต่อโดยไม่ได้วางแผนจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 8.86 หลังการพัฒนา แนวทาง (ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงธันวาคม พ.ศ. 2566) พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ย้ายไปรักษาต่อโดยไม่ได้วางแผน ลดลงเหลือ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 3.86 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ย้ายไปรักษา ต่อโดยไม่ได้วางแผนลดลงคิดเป็นร้อยละ 56.43

2.4 ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลง
ตาราง 4 ระดับความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางการเฝ้าระวัง ฯ (n = 24 คน)

ความพึงพอใจ	M	SD	ระดับ
มาตรฐานด้านประโยชน์			
1. แนวทางการเฝ้าระวังช่วยพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในการเฝ้าระวัง ผู้ป่วย อาการไม่คงที่และมีการทรุดลง	4.32	0.77	มาก
2. แนวทางการเฝ้าระวังมีประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการของหอผู้ป่วยพิเศษ	4.40	0.72	มาก
3. แนวทางการเฝ้าระวังมีประโยชน์ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยอาการทรุดในหอผู้ป่วยได้จริง	4.48	0.58	มาก
มาตรฐานด้านความเป็นไปได้			
4. แนวทางพัฒนานี้สามารถนำไปใช้ได้จริง	4.36	0.71	มาก
5. กิจกรรมในการพัฒนาสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง	4.40	0.71	มาก
6. แนวทางพัฒนานี้ระบุขั้นตอนการนำไปใช้ชัดเจน	4.44	0.71	มาก
มาตรฐานด้านความเหมาะสม			
7. ประเด็นการพัฒนาครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพและ ทีมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย	4.60	0.57	มากที่สุด
8. แนวทางพัฒนานี้ให้ความสำคัญในความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพและทีมการ พยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย	4.76	0.58	มากที่สุด
9. แนวทางพัฒนานี้คำนึงถึงข้อจำกัดในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ	4.48	0.57	มาก
ภาพรวม	4.47	0.66	มาก

จากตาราง 4 พบว่าระดับความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางการเฝ้าระวังของหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 6 ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.47$, $SD = 0.66$) โดยประเด็นความพึงพอใจมากที่สุดคือแนวทางพัฒนานี้ให้ความสำคัญในความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพและทีมการพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ($M = 4.76$, $SD = 0.58$) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อย คือ แนวทางการเฝ้าระวังช่วยพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีอาการทรุดลง ($M = 4.32$, $SD = 0.77$)

อภิปรายผล

1. แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีความเสี่ยงในการทรุดลงของหอผู้ป่วยพิเศษรวมชั้น 6 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 2) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และ 3) การตอบสนองอย่างเหมาะสม เมื่อได้รับข้อมูลว่ามีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง องค์ประกอบเหล่านี้สอดคล้องกับแนวคิดของระบบการตอบสนองฉุกเฉิน (Rapid Response System) ที่ชี้ให้เห็นว่า การจัดการผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยการตรวจพบความผิดปกติอย่างรวดเร็ว การสื่อสารที่ชัดเจน และการตอบสนองที่เป็นระบบ (Massey, Chaboyer, & Aitken, 2017) โดยเฉพาะในบริบทของหอผู้ป่วยพิเศษ ที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการสังเกตอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง เช่นเดียวกับหอผู้ป่วยสามัญหรือหอผู้ป่วยวิกฤต ความเสี่ยงในการพลาดการเปลี่ยนแปลงของอาการจึงสูงกว่าการจัดระบบการค้นหาและการสื่อสารที่แม่นยำจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง (Subbe, Duller, & Bellomo, 2017) การนำเทคโนโลยี Rapid Response System (RRS) application มาใช้ จึงมีส่วนช่วยในการคัดกรองและติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถประเมิน Modified SOS Score ได้แม่นยำและรวดเร็ว รวมถึงแจ้งเตือนทีมผู้ดูแลได้ทันที ส่งผลให้สามารถตอบสนองต่ออาการทรุดของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดว่า การบันทึกสัญญาณชีพมักถูกมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ส่งผลให้ขาดการประเมินแบบองค์รวมและอาจนำไปสู่การดูแลที่ล่าช้า (Osborne, Douglas, Reid, Jones, Gardner, & RBWH Patient Assessment Research Council, 2015) การพัฒนาแบบประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณเตือนอันตรายในผู้ป่วยตามกลุ่มโรคและการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพประเมินผู้ป่วยโดยตรงครั้งนี้จึงมีความจำเป็น

การปรับระบบการสื่อสารมุ่งเน้นให้เกิดการรายงานอาการผิดปกติอย่างรวดเร็ว ชัดเจน และต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบการสื่อสาร SBAR และการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับการสะท้อนคิด (Reflection) เป็นแนวทางที่สอดคล้องกับ Burke, Downey & Almoudaris (2022) ที่เน้นว่าการใช้ SBAR และวัฒนธรรมการรายงานอย่างโปร่งใสช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการสื่อสารกับญาติจะช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Bucknall, Guinane, McCormack, Jones, Buist, & Hutchinson, 2024) สำหรับการตอบสนองเมื่อได้รับข้อมูลว่ามีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยการฝึกอบรมทีมดูแลก่อนภาวะวิกฤต ที่เน้นการจำลองสถานการณ์และเรียนรู้จากกรณีศึกษาจริง สอดคล้องกับข้อเสนอของ Liu, Zheng, Xu, Chen, Zhou, & Peng (2023) ที่ชี้ว่าการฝึกปฏิบัติจริงสามารถเพิ่มความสามารถในการตอบสนองภาวะทรุดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผลของการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีความเสี่ยงในการทรุดลงของหอผู้ป่วยพิเศษ การศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาใช้ในการออกแบบแนวทางโดยผู้ปฏิบัติงานจริง ทำให้แนวทางมีความสอดคล้องกับบริบทและสามารถนำไปใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจในระดับมากต่อแนวทางที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kaisingdeacha (2022) ที่พบว่า หลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย บุคลากรมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ พบว่าร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีความเสี่ยงสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (90%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในด้านการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ด้านการตอบสนองเมื่อพบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และโดยรวม ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้อง

กับผลการศึกษาของ Jantararat, Rattanaphan, Kunsete, & Thiengchanya (2023) ที่พบว่ากรณีแนวทางการเฝ้าระวังที่ชัดเจน การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการตอบสนองที่รวดเร็ว มีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การตั้งเกณฑ์มาตรฐานที่ระดับร้อยละ 90 ถือว่าเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานที่มุ่งเน้นคุณภาพการดูแลระดับสูง และผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า บุคลากรสามารถดำเนินการได้เกินกว่ามาตรฐานที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ถึงความสำเร็จของการพัฒนาแนวทางดังกล่าว อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและรักษาระดับคุณภาพไว้ในระยะยาว ควรมีการติดตามผลการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และจัดให้มีกิจกรรมเสริมสร้างการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้คงอยู่ในระดับสูงต่อไป นอกจากนี้ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การนำแนวทางนี้ไปใช้งานส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่ต้องย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยสามัญหรือ ICU โดยไม่ได้วางแผนลดลงถึงร้อยละ 56.43 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Gerry, Bonnici, Birks, Kirtley, Virdee, Watkinson et al. (2020) ที่ระบุว่าแม้ระบบ Early Warning Score จะสามารถระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงได้ดี แต่ความสำเร็จของระบบขึ้นอยู่กับรูปแบบการดำเนินการและมาตรการตอบสนองที่มีประสิทธิภาพ

ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการไม่คงที่และมีอาการทรุดลง โดยเน้น 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การค้นหา การสื่อสาร และการตอบสนอง โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์จนถึงการนำไปใช้จริง จึงเป็นแนวทางที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่และเสี่ยงต่อการทรุดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ และสามารถประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมในบริบทของหอผู้ป่วยพิเศษ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ การดำเนินการภายในหอผู้ป่วยพิเศษเพียงแห่งเดียว และระยะเวลาในการติดตามผลหลังการพัฒนาแนวทางค่อนข้างสั้น ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรดำเนินการในหลายโรงพยาบาลที่มีบริบทแตกต่างกัน รวมทั้งประเมินผลในระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลของแนวทางการเฝ้าระวังนี้อย่างรอบด้าน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยและฝ่ายการพยาบาล ควรส่งเสริมและกำหนดแนวทางการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยเน้นการประเมิน Modified SOS Score และสัญญาณเตือนอันตรายเฉพาะกลุ่มโรค เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อผู้ป่วยได้ทันทีและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ควรสนับสนุนการใช้ SBAR ในการส่งต่อข้อมูลระหว่างเวร รวมถึงการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสะท้อนคิด (Reflection) อย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมสุขภาพ
3. หน่วยงานพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาล ควรสนับสนุนให้มีการอบรมทักษะการสื่อสารกับญาติและผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาวของการใช้แนวทางเฝ้าระวังฯ เพื่อประเมินความยั่งยืนของแนวทางที่พัฒนาขึ้น
2. ควรขยายการศึกษาไปยังหอผู้ป่วยอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของแนวทางในบริบทที่แตกต่างกัน
3. ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาแนวทางเฝ้าระวัง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการนำไปปฏิบัติ

References

- Andersen, L. W., Kim, W. Y., Chase, M., Berg, K. M., Mortensen, S. J., Moskowitz, A., et al. (2016). The prevalence and significance of abnormal vital signs prior to in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, 98, 112–117. doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.08.016

- Barrett, J., Hawdon, G., Wade, J., & Reeves, J. (2018). Measuring the success of Medical Emergency Teams: Potentially preventable deaths versus total cardiac arrest deaths. A single-center observational study. *Internal Medicine Journal*, 48(3), 264–269. doi.org/10.1111/imj.13676
- Bucknall, T. K., Guinane, J., McCormack, B., Jones, D., Buist, M., & Hutchinson, A. M. (2024). Listen to me, I really am sick! Patient and family narratives of clinical deterioration before and during rapid response system intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 33(10), 4048-4060. doi.org/10.1111/jocn.17310
- Burke, J. R., Downey, C., & Almoudaris, A. M. (2022). Failure to rescue deteriorating patients: A systematic review of root causes and improvement strategies. *Journal of Patient Safety*, 18(1), e140–e155. doi.org/10.1097/PTS.0000000000000720
- Champunot, R., Tansuphaswasdikul, S., Kamsawang, N., Tuandoung, P., & Thimsri, D. (2016). Application of search out severity (SOS) score for identification of deteriorating patients in general wards. *Buddhachinaraj Medical Journal*, 33(3), 313–325.
- Chung, J., & Jung, H. (2024). Indicators of clinical deterioration in adult general ward patients from nurses' perspectives: A mixed-methods systematic review. *BMC nursing*, 23(1), 861. doi.org/10.1186/s12912-024-02531-6
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for The Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Compton, R. M., Hubbard Murdoch, N., Press, M. M., Lowe, M. E., Ottley, K. M., Barlow, M., et al. (2023). Capacity of nurses working in long-term care: A systematic review qualitative synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 32(9-10), 1642–1661. doi.org/10.1111/jocn.16144
- Duff, B., Massey, D., Gooch, R., & Wallis, M. (2018). The impact of a multimodal education strategy (the DeTER program) on nurses' recognition and response to deteriorating patients. *Nurse Education in Practice*, 31, 130–135. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.05.011
- Ede, J., Jeffs, E., Vollam, S., & Watkinson, P. (2020). A qualitative exploration of escalation of care in the acute ward setting. *Nursing in critical care*, 25(3), 171–178. doi.org/10.1111/nicc.12479
- Gerry, S., Bonnici, T., Birks, J., Kirtley, S., Virdee, P. S., Watkinson, P. J., & Collins, G. S. (2020). Early warning scores for detecting deterioration in adult hospital patients: systematic review and critical appraisal of methodology. *BMJ (Clinical research ed.)*, 369, m1501. doi.org/10.1136/bmj.m1501
- Jantararat, P., Rattanaphan, P., Kunsete, P., & Thiengchanya. P. (2023). Development of early warning sign model in high-risk patient, Songkhla hospital. *Journal of Health Science of Thailand*, 32(1), 109–119. (in Thai)
- Kaisingdeacha, W. (2022). The development of a surveillance guideline for deteriorating patients during waiting at the surgical outpatient department, Buddhachinaraj Phitsanulok hospital. *Nursing, Health, and Public Health Journal*, 1(1), 40-52. (in Thai)
- Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). *The Action Research Planner: Doing Critical Participatory Action Research*. New York: Springer

- Large, C., & Aldridge, M. (2018). Non-technical skills required to recognize and escalate patient deterioration in acute hospital settings. *Nursing management (Harrow, London, England: 1994)*, 25(2), 24–30. doi.org/10.7748/nm.2018.e1707
- Lee, J. R., Kim, E. M., Kim, S. A., & Oh, E. G. (2020). A systematic review of early warning systems' effects on nurses' clinical performance and adverse events among deteriorating ward patients. *Journal of Patient Safety*, 16(3), e104–e113. doi.org/10.1097/PTS.0000000000000492
- Leonard-Roberts, V., Currey, J., & Considine, J. (2020). Emergency nurses' perceptions of their role in responding to escalations of care for clinical deterioration. *Australasian Emergency Care*, 23(4), 233–239. doi.org/10.1016/j.auec.2020.03.002
- Liu, Q., Zheng, X., Xu, L., Chen, Q., Zhou, F., & Peng, L. (2023). The effectiveness of education strategies for nurses to recognize and manage clinical deterioration: A systematic review. *Nurse Education Today*, 126, 105838. doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105838
- Marie, J. O. S., & Rammel, T.B. (2024). The study of happiness levels of secondary school teachers in rural area. *International Journal of Advance Research and Innovative Ideas in Education*, 10(2), 145–150.
- Massey, D., Chaboyer, W., & Aitken, L. M. (2017). Nurses' perceptions of accessing a medical emergency team: A qualitative study. *Australian Critical Care*, 30(3), 133–138. doi.org/10.1016/j.aucc.2016.07.001
- Oriq, S. B., Despins, L., Wakefield, B. J., Erdelez, S., & Vogelsmeier, A. (2019). Perception of clinical deterioration cues among medical-surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2627–2637. doi.org/10.1111/jan.14038
- Osborne, S., Douglas, C., Reid, C., Jones, L., Gardner, G., & RBWH Patient Assessment Research Council (2015). The primacy of vital signs-acute care nurses' and midwives' use of physical assessment skills: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(5), 951–962. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.01.01
- Stotts, J. R., Lyndon, A., Chan, G. K., Bekmezian, A., & Rehm, R. S. (2020). Nursing surveillance for deterioration in pediatric patients: An integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*, 50, 59–74. doi.org/10.1016/j.pedn.2019.10.008
- Subbe, C. P., Duller, B., & Bellomo, R. (2017). *Effect of an automated notification system for deteriorating ward patients on clinical outcomes. Critical Care*, 21(1), 52. doi.org/10.1186/s13054-017-1635-z
- Treacy, M., & Caroline Stayt, L. (2019). To identify the factors that influence the recognizing and responding to adult patient deterioration in acute hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 75(12), 3272–3285. doi.org/10.1111/jan.14138

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ The Effects of a Self-Management Program to Prevent Osteoarthritis in Pre-Aging Group

อรรสา จุลโลสม^{1*}, นภาพณ จันทขัมมา², องค์อร ประจันเขตต์³

Orrasa Jullasom^{1*}, Napaphen Jantacumma², Okaorn Pajankhet³

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (เวชปฏิบัติชุมชน), ²สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,

³สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

¹Student of Master of Nursing Science Program (Practitioner), ²Faculty of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University,

³Faculty of Nursing, The Royal Thai Army Nursing College

(Received: November 11, 2024; Revised: February 2, 2025; Accepted: March 16, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ จากการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือโปรแกรมการจัดการตนเองส่งเสริมความรู้และการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ที่เน้นการปรับพฤติกรรมการใช้เข้า การออกกำลังกายเพื่อบริหารกล้ามเนื้อขาและการลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ใช้เวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมและประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา การประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมได้เท่ากับ .99 การหาความเชื่อมั่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมเท่ากับ .65 และแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมเท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที่ แบบอิสระและแบบจับคู่ ผลการวิจัย พบว่า

1. หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 2. หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 3. หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกันจากก่อนใช้โปรแกรมฯ และไม่แตกต่างกันจากกลุ่มเปรียบเทียบหลังใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05
- ดังนั้นสามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มก่อนวัยสูงอายุไปปรับใช้ในการจัดการตนเองผู้ป่วยเรื้อรังโรคอื่น ๆ

คำสำคัญ: กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโรคข้อเข่าเสื่อม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: orrasa_k@hotmail.com)

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of a self-management program for prevention of osteoarthritis in pre-elderly people. The sample group was 60 pre-elderly people who were randomly selected, then distributed in either experimental or group (30 people per group). The research instrument was an 8-Week self-management program to promote knowledge and self-management of osteoarthritis. It consisted of 6 steps that focused on adjusting knee behavior, exercising leg muscles, so to reducing the severity of pain from osteoarthritis. The data collection instrument was divided in 4 parts: a) general information, b) behaviors to prevent osteoarthritis and assess leg muscle strength, c) assessment of osteoarthritis severity, and d) quality control of the instrument. Using the Cronbach's alpha coefficient formula, the reliability of the behavior questionnaire was at the .65 level, while the osteoarthritis severity assessment yielded the .92 level. Data were analyzed using descriptive statistics and independent and paired t-tests. Results were as follows.

1. After using the program, the experimental group had significantly better osteoarthritis prevention behavior than before using the program ($p\text{-value} < .05$), and significantly better than the control group ($p\text{-value} < .05$).

2. After using the program, the experimental group had significantly better leg muscle strength than before ($p\text{-value} < .05$), and significantly better than the control group ($p\text{-value} < .05$).

3. After using the program, the experimental group had a mean score of osteoarthritis severity that was equal from before using the program, and was not different from the comparison group ($p\text{-value} < .05$).

Therefore, this self-management program to prevent osteoarthritis in the pre-elderly segment of population can be applied.

Keywords: Pre-elderly Group, Self-management Behavior, Leg Muscle Strength, Behavior Modification, Osteoarthritis

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและพบว่ามีอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากข้อเข่าเป็นข้อที่มีขนาดใหญ่ ต้องรับน้ำหนักของร่างกายโดยตรงและทำหน้าที่เคลื่อนไหวตลอดเวลา และเป็นข้อที่ใช้ในการเคลื่อนไหวในการทำกิจวัตรประจำวันค่อนข้างมาก จึงทำให้เกิดข้อเสื่อมได้ง่าย ซึ่งสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น ภาวะข้อเข่าเสื่อมพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ปัจจุบันเริ่มพบมากขึ้นในวัยกลางคนในช่วงอายุ 45 - 59 ปี เนื่องจากเป็นวัยทำงานมีการใช้ข้อเข่ามากเกินไป (Khotwong & Singasalasang, 2023) จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) เมื่อปี พ.ศ. 2563 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก 400 ล้านคน เป็น 570 ล้านคน โดยเฉพาะโรคข้อเสื่อมทั่วโลกจะมีผู้ป่วยโรคข้อและเข่าเสื่อม 1,700 และ 2,693 คนต่อประชากร 100,000 คน จากอุบัติการณ์ที่เพิ่มมากขึ้นนี้สอดคล้องกับสถิติในประเทศไทย ในพ.ศ. 2564 พบมีผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อมากกว่า 6 ล้านคน (Khiewkham, 2018) และยังพบว่ามีอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในวัยกลางคนอายุเริ่มตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป (Nutchasin & Chongtham, 2022) ประเทศไทยใน พ.ศ. 2564 ได้เข้าสู่ "สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์" มีผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20.00 ของประชากรทั้งประเทศ และในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่ "สังคมสูงอายุระดับสุดยอด" คือมีผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป

สูงถึงร้อยละ 28.00 ซึ่งการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุที่รวดเร็วส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ส่งผลทำให้เสียค่าใช้จ่ายปีละประมาณ 1,282 ล้านบาท ส่วนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจะทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายปีละประมาณ 32,500 ล้านบาท ในประเทศไทยพบว่าค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดข้อเข่า 1 ครั้ง ประมาณ 78,533 - 79,316 บาท และใช้ระยะเวลาอนในโรงพยาบาลถึง 7 - 8 วัน (Narin, Tueanrat, & Boonchieng, 2015)

จากการสำรวจข้อมูล พ.ศ.2566 พบว่า จังหวัดหนองคาย ประชากรทั้งหมด 631,910 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุ 78,320 คน คิดเป็น ร้อยละ 12.39 พบข้อมูลการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ย้อนหลัง 3 ปี ใน พ.ศ 2564 - 2566 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.4, 16.3, 13.9 ตามลำดับ และในกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ (Pre-aging) ใน พ.ศ 2564 - 2566 พบจำนวน 9.6, 10.7, 11.2 และในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย มีประชากรทั้งหมด 6,743 คน จากย้อนหลัง 3 ปี ใน พ.ศ 2564 - 2566 และเป็นผู้สูงอายุ 988 คน คิดเป็นร้อยละ 14.6 กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ 1,070 คน คิดเป็นร้อยละ 15.8 พบว่ามีโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.4, 12.4, 13.8 ตามลำดับ ในกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ เป็นร้อยละ 4.48, 5.28, 5.99 ตามลำดับ ทำให้เห็นแนวโน้มการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุและกลุ่มก่อนวัยสูงอายุมากขึ้น พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อมยังไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ขาดความเข้าใจหรือเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม (Meechana, Khansakon, Silawan, Rawiwarakul, & Pichaisanit 2017) ซึ่งพฤติกรรม การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยชะลอการเสื่อมของข้อเข่าได้เป็นอย่างดีและการที่จะได้รับความร่วมมือในการดูแลตนเองต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมของ (Chakrothai, 2017) ซึ่งใช้แนวคิดการจัดการตนเองด้วยกิจกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าระดับคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมจะลดลงได้นั้นต้องใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม และมีพฤติกรรมจัดการตนเองในการใช้ข้อเข่าที่ถูกต้องและเหมาะสมและการศึกษาของ Teepraksapanithit (2018) ศึกษาการเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันของกลุ่มคนวัยทำงานในพื้นที่จังหวัดสงขลาเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มคนวัยทำงานที่มีการรับรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกัน มีพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มก่อนวัยสูงอายุโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของแครี (Creer, 2000) เป็นการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเอง มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และยังไม่พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) เพราะในกลุ่มนี้การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมจะทำให้ได้ผลดีมากที่สุดและสามารถป้องกันได้มากขึ้นในกลุ่ม (Pre-aging) เพื่อให้กลุ่มนี้มีความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นต้นแบบในการดูแลตนเองได้อย่างมั่นใจและการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์วิจัย

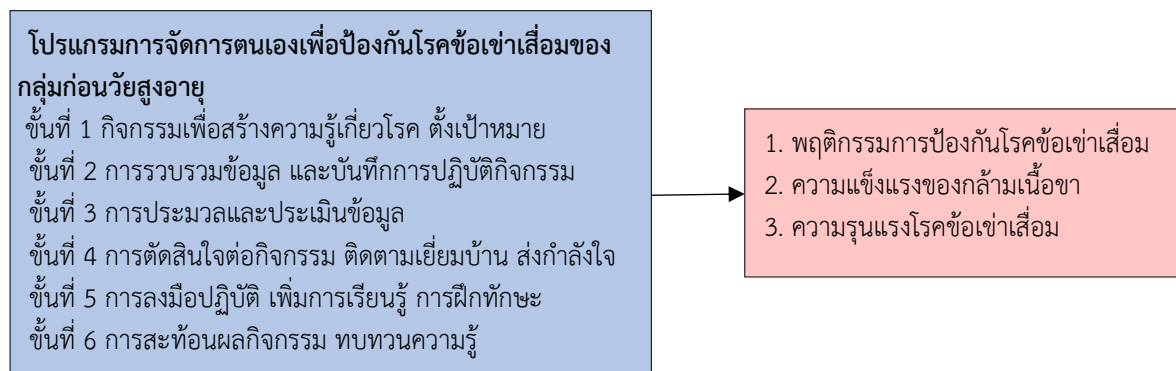
1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานวิจัย

1. หลังการทดลองใช้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังการทดลองใช้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ กลุ่มทดลอง มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม
3. หลังการทดลองใช้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ กลุ่มทดลอง มีความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา ตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของแครีย์ (Creer, 2000) ที่ได้กล่าวถึงการจัดการตนเองไว้ว่า เป็นการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมายในการป้องกันโรค 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และ 6) การประเมินผลการปฏิบัติตัว จะมุ่งเน้นให้กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการฝึกทักษะการจัดการตนเองในการป้องกันโรคที่ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ชนิด 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest Control Group Designs)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ กลุ่มก่อนวัยสูงอายุที่มีอายุระหว่าง 45 - 59 ปี ในตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ 1) ประเมินคัดกรองโดยเครื่องมือคัดกรองการประเมินข้อเข่าเสื่อมของ Oxford Knee Score ใช้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนนขึ้นไป 2) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ 3) สามารถสื่อสาร อ่านออก เขียนได้ด้วยภาษาไทย สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง 2) ย้ายที่อยู่ออกนอกพื้นที่หรือไม่สามารถติดต่อได้

กลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มก่อนวัยสูงอายุที่มีอายุระหว่าง 45 - 59 ปี ในตำบลค่ายบกหวาน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ตั้งแต่มีถุนายน ถึง สิงหาคม 2567 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G* Power วิเคราะห์อำนาจทดสอบ กำหนดขนาดอิทธิพล ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของ Praiwan (2017) ได้ค่า Effect Size เท่ากับ .81 ที่ระดับ

ความเชื่อมั่นที่ .05 ใช้ power of test ที่ระดับ .90 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน และปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญเสีย ร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยกลุ่มก่อนวัยสูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่ายบกหวานเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มก่อนวัยสูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาฮีเป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Creer (2000) โดยโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ หมายถึง กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้รายบุคคลโดยประยุกต์แนวทางการจัดการตนเองของ Creer (2000) ผู้วิจัยกำหนดการดำเนินการในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งมีทั้งหมด 6 ขั้นตอน ในการเป็นสื่อให้ความรู้ การกำกับติดตาม การประเมินผลการปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส น้ำหนัก ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อประเมินการจัดการตนเองของกลุ่มก่อนวัยสูงอายุเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบประเภทมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ

ส่วนที่ 3 ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมใช้แบบคัดกรองความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) พัฒนาโดย Department of Health, Ministry of Public Health (2016) มีข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ โดยคำตอบในแต่ละข้อจะให้มาตรวัดแบบตัวเลข 0 - 4 โดย 0 หมายถึง มีอาการมากที่สุด และ 4 หมายถึง ไม่มีอาการ

ส่วนที่ 4 ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา เป็นการทดสอบการลุก-นั่งจากเก้าอี้ 60 วินาที (60 Second Chair Stand Test) โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายสำหรับประชาชนอายุ 19 - 59 ปี (Sports Scientist, Department of Physical Education, Ministry of Tourism and Sports, 2019) การวิเคราะห์และแปลผลค่าคะแนนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา มี 3 ระดับ มีรายละเอียดดังนี้

จำนวน 12 - 18 ครั้ง หมายถึง ระดับต่ำ

จำนวน 19 - 29 ครั้ง หมายถึง ระดับปานกลาง

จำนวน 30 ครั้งขึ้นไป หมายถึง ระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 5 ท่าน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ ค่า CVI อยู่ที่ .80 หรือมากกว่านั้นจะถือว่าเป็นค่าที่ยอมรับ (Polit & Beck, 2006) ผลการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้เท่ากับมากกว่า .99 ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยการใช้สัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ขา มีค่าเท่ากับ .65 ซึ่งอยู่ในช่วงที่ยังพอรับได้ (Questionable) (George & Mallery, 2024) และคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมีค่าเท่ากับ .92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. จัดทำโปรแกรมและเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
2. ขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 36/2567

3. ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่ายบกหวาน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาฮีและขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทดลองการใช้เครื่องมือวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุบังพวน

4. ขอความร่วมมือจากพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 2 แห่ง ให้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดแห่งละ 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบสอบถามเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มก่อนวัยสูงอายุและการประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา โดยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด

ขั้นตอนทดลอง

1. กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ ที่สร้างขึ้น จำนวน 8 ครั้ง ใช้เวลา 8 สัปดาห์ โดยกิจกรรมตามโปรแกรมมีการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “เข้าดีมีสุข” ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่ายบกหวาน

2. ส่วนกลุ่มควบคุมเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 2 ครั้ง โดยรับกิจกรรมตามปกติที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาฮี

ขั้นหลังการทดลอง

1. กลุ่มทดลองประเมินผลการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ โดยการตอบแบบสอบถาม ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา

2. ผู้วิจัยและกลุ่มทดลองร่วมกันสรุปการเรียนรู้ เพื่อบอกเล่าประสบการณ์การดูแลตนเองและการจัดการตนเองและวิเคราะห์ความสำเร็จ และการส่งเสริมกำลังใจ กล่าวชื่นชมและกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

3. ส่วนกลุ่มควบคุม โดยการตอบแบบสอบถาม การประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และการให้ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม โดยบรรยายประกอบผ่านสื่อการสอน และวิดีโอทัศน์ และมอบคู่มือ และแบบบันทึกการติดตามพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม พร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มควบคุมที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนำมาทดสอบ โดยใช้สถิติ Chi-square และ สถิติ Fisher's Exact test

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเอง ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test ก่อนทำการทดสอบได้ทำการตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ โดยใช้สถิติ Shapiro-wilk พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ($p\text{-value} = .276, .341$ และ $.156$) ตามลำดับ

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเอง ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ก่อนทำการทดสอบได้ทำการตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ โดยใช้สถิติ Shapiro-wilk พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ($p\text{-value} = .225, .312$ และ $.455$) ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 36/2567 ลงวันที่ 29 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	1	3.33	1	3.33	1.00 ^a
หญิง	29	96.67	29	96.67	
อายุ (ปี)	M = 53.46, SD = 4.24		M = 51.76, SD = 3.33		.090 ^b
40-49	7	23.33	10	33.33	
50-59	23	76.67	20	66.67	
สถานภาพสมรส					
โสด	5	16.67	2	6.67	.371 ^c
สมรสอยู่ร่วมกัน	17	56.67	21	70.00	
สมรสแยกกันอยู่	4	13.33	3	10.00	
หม้าย/หย่าร้าง	4	13.33	4	13.30	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	8	26.67	14	46.76	.190 ^c
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	23.33	6	20.00	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช	14	46.67	10	33.3	
อนุปริญญา/ ปวส	1	3.33	0	0	
ดัชนีมวลกาย	M = 24.66 SD = 2.70		M = 25.57 SD = 4.23		.774 ^c
น้อยกว่า 18.50 ผอม	1	3.33	5	16.67	
18.50 - 22.90 ปกติ	9	30.00	4	13.33	
23.00 - 24.90 น้ำหนักเกิน	12	40.00	11	36.67	
25.00 - 29.90 อ้วน	5	16.67	10	33.33	
การประกอบอาชีพ					
พ่อบ้าน/ แม่บ้าน/ ไม่ทำงาน	8	26.67	3	10.00	.001 ^a
รับจ้าง	14	46.67	11	36.67	
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	8	26.67	7	23.33	
เกษตรกรกรรม	0	0	9	30.00	
รายได้ในครอบครัว					
เพียงพอ	19	63.33	14	46.67	.194 ^a
ไม่เพียงพอ	11	36.67	16	53.33	
ท่านเคยได้รับอุบัติเหตุที่เข้า					
ไม่เคย	15	50.00	25	83.33	.006 ^a
เคย	15	50.00	5	16.67	

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรคประจำตัว					
ไม่มี	24	80.00	23	76.67	.754 ^c
โรคเบาหวาน	1	3.33	3	10.00	
โรคความดันโลหิตสูง	0	0	1	3.30	
อื่น ๆ	5	16.67	3	10.00	
ลักษณะที่อยู่อาศัย					
พักอาศัยชั้นล่าง	27	90	22	73.33	.095 ^a
พักอาศัยชั้นบน	3	10	8	26.67	
ลักษณะส้วมที่ใช้					
แบบนั่งยอง ๆ	9	30	12	40.0	.417 ^a
แบบชักโครก	21	70	18	60.00	
ศาสนา					
พุทธ	30	100	28	93.33	.492 ^a
คริสต์	0	0	2	6.67	
การออกกำลังกาย					
ไม่ออก	5	16.67	8	26.67	.347 ^a
ออก ระบุชนิด	25	83.33	22	73.33	
ความถี่ในการออกกำลังกาย					
น้อยกว่า 150 นาที/สัปดาห์	18	60.00	17	56.67	.793 ^a
มากกว่า 150 นาที/สัปดาห์	12	40.00	13	43.33	

หมายเหตุ: ^aสถิติ Chi-square, ^bสถิติ Fisher's Exact test

จากตาราง 1 พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.67 ทั้งสองกลุ่ม มีอายุเฉลี่ย (53.46, 51.67) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.67 และร้อยละ 66.67 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 56.67 และร้อยละ 70.00 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 46.67 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.67 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายระดับ (23.00 - 24.99 น้ำหนักเกิน) คิดเป็นร้อยละ 40.00 และร้อยละ 36.67 ตามลำดับ และยังพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีประวัติการได้รับอุบัติเหตุที่เข้า คิดเป็นร้อยละ 50.00 เท่ากัน และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีประวัติการได้รับอุบัติเหตุที่เข้า คิดเป็นร้อยละ 83.33 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 80.00 และร้อยละ 76.67 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีลักษณะการอยู่อาศัยเป็นที่พักอาศัยอยู่ชั้นล่าง คิดเป็นร้อยละ 90.00 และร้อยละ 70.33 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีการใช้ส้วมแบบชักโครก คิดเป็นร้อยละ 70.00 และร้อยละ 60.00 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100.00 และร้อยละ 93.33 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 83.33 และร้อยละ 73.33 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีความถี่ในการออกกำลังกาย น้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 60.00 และร้อยละ 56.67 ตามลำดับ

เมื่อทดสอบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน ยกเว้น การประกอบอาชีพ และประวัติการได้รับอุบัติเหตุที่เข้า พบว่า ข้อมูลของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} = .005$ และ $.006$ ตามลำดับ)

2. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ของกลุ่มทดลอง ($n = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n = 30$) ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรม			หลังใช้โปรแกรม			t	p-value (1-tailed)
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
พฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม								
กลุ่มทดลอง	2.59	0.31	ปานกลาง	3.25	0.38	มาก	7.172	<.001
กลุ่มควบคุม	2.69	0.17	ปานกลาง	2.70	0.30	ปานกลาง	.214	.832
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา								
กลุ่มทดลอง	41.16	13.32	ดีมาก	49.33	11.15	ดีมาก	2.684	.012*
กลุ่มควบคุม	41.33	8.27	ดีมาก	42.03	6.76	ดีมาก	.366	.717
ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม								
กลุ่มทดลอง	38.30	7.46	ปานกลาง	40.0	5.33	ปานกลาง	.923	.364
กลุ่มควบคุม	40.60	6.06	ปานกลาง	39.8	5.38	ปานกลาง	.614	.544

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนใช้โปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง หลังใช้โปรแกรม อยู่ในระดับมาก โดยหลังใช้โปรแกรม ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ดีวก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังใช้โปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง โดยหลังใช้โปรแกรม ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่แตกต่างกันจากก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ก่อนใช้โปรแกรม อยู่ในระดับดีมาก หลังใช้โปรแกรม อยู่ในระดับดีมาก โดยหลังใช้โปรแกรม ค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ดีวก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ก่อนและหลังใช้โปรแกรม อยู่ในระดับดีมาก โดยหลังใช้โปรแกรม ค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ไม่แตกต่างกันจากก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนใช้โปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง หลังใช้โปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง โดยหลังใช้โปรแกรม ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่แตกต่างจากก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังใช้โปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง โดยหลังใช้โปรแกรม ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่แตกต่างกันจากก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังใช้โปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง (n = 30) กลุ่มควบคุม (n = 30)

ตัวแปรตาม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value (1-tailed)
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
พฤติกรรมການป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม								
ก่อนใช้โปรแกรม	2.59	0.31	ปานกลาง	2.69	0.17	ปานกลาง	1.540	.129
หลังใช้โปรแกรม	3.25	0.38	มาก	2.70	0.30	ปานกลาง	6.071	<.001
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา								
ก่อนใช้โปรแกรม	41.16	13.32	ดีมาก	41.33	8.27	ดีมาก	.058	.954
หลังใช้โปรแกรม	49.33	11.15	ดีมาก	42.03	6.76	ดีมาก	3.062	<.01
ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม								
ก่อนใช้โปรแกรม	38.3	7.46	ปานกลาง	40.6	6.06	ปานกลาง	1.348	.183
หลังใช้โปรแกรม	40.0	5.33	ปานกลาง	39.8	5.38	ปานกลาง	.145	.886

จากตาราง 3 พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับมาก กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนก่อนใช้โปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาหลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาอยู่ในระดับดีมาก (กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับดีมาก) โดยค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนก่อนใช้โปรแกรมฯ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับดีมาก และความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับปานกลางและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนก่อนใช้โปรแกรมฯ คะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง

การอภิปรายผล

พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จากสมมติฐาน หลังการทดลองใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการใช้โปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งดีกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ในอำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยผ่านการเรียนรู้ สื่อการสอน ทั้ง Power Point และคลิปวิดีโอการฝึกและบริหารกล้ามเนื้อขาเพื่อเพิ่มความแข็งแรง และการจัดตั้งกลุ่มไลน์ “เข่าดีมีสุข” เป็นกลุ่มที่มีการติดตาม ให้ข้อมูลความรู้ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งนอกจากจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้นแล้ว ยังเป็นการโน้มน้าว ชักจูงให้เกิดความรู้สึกอยากป้องกันโรคได้เช่นเดียวกันกับตัวแบบ ทั้งนี้การให้ความรู้และหลักการจัดการตนเองจะได้ผลดียิ่งขึ้น เมื่อทำร่วมกับการฝึกทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับการควบคุมโรค ผู้วิจัยและกลุ่มก่อนวัยสูงอายุร่วมกันตั้งเป้าหมายกำหนดสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ให้ผลลัพธ์ทางคลินิกอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือดีขึ้นกว่าเดิม การกำหนดเป้าหมายในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักตัว โอกาสเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม ใช้แบบ

บันทึกพฤติกรรมและการเยี่ยมบ้านเพื่อเสริมพลังและให้กำลังใจในการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งมีการโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 3, 5, 6, 7 เพื่อกระตุ้นเตือนและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้เข้า การออกกำลังกาย การบริหารกล้ามเนื้อ อีกทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pho-un (2019) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุพบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติที (รายด้านและรวม) พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$

ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา จากสมมติฐาน หลังการทดลองใช้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ กลุ่มทดลองมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา หลังการใช้โปรแกรมอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมฯ โดยผ่านการเรียนรู้ สื่อการสอน ทั้ง Power Point และคลิปวิดีโอการฝึกและบริหารกล้ามเนื้อขาเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ติดตามทุกสัปดาห์ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติและการตัดสินใจร่วมกับการลงมือปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ และการติดตามผลการปฏิบัติตัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Simanta, Tudpor, & Prasomruk (2018) ศึกษาการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาสำหรับการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อข้อเข่าและเพิ่มพิสัยของข้อนั้น การออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านด้วยยางยืด (Resistance Elastic Band Exercise) นับเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ได้รับความสะดวกของนักวิชาการทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ เนื่องจากการออกกำลังกายด้วยแรงต้านที่มีความแรงระดับปานกลาง (Stretch Reflex & Resistance) ทำให้กล้ามเนื้อกระดูกและข้อต่อทำหน้าที่ได้ดีขึ้น การทรงตัวดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Surin & Saitha (2022) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าร่วมกับการประคบร้อนในผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมเครือข่ายบริการปฐมภูมิ หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงของขาเพิ่มขึ้น และมีคะแนนเฉลี่ยการทรงตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการใช้โปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่แตกต่างจากก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งจากการวิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเรื่องของความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่าคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับเล็กน้อย จนถึงไม่มีอาการทั้งสองกลุ่มเมื่อนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้แล้วประเมินหลังใช้การใช้โปรแกรมจึงมีคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน และจากการใช้โปรแกรมมีระยะเวลาในการทำกิจกรรม เพียง 8 สัปดาห์ ทำให้ยังไม่มีเปลี่ยนระดับความรุนแรงมากนัก และการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม มีจุดประสงค์มุ่งเน้นเพื่อรักษา ส่วนโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นการดูแลเชิงป้องกันในคนที่ยังไม่ป่วยหรือยังไม่มีอาการ จึงอาจทำให้ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน และจากข้อมูลทั่วไปเรื่องประวัติการได้รับอุบัติเหตุที่เข้า ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกันด้วย และจากการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนการได้รับโปรแกรม กลุ่มเปรียบเทียบมีความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในการทำกิจกรรมมากกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งเนื่องมาจากกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับน้อย ทำให้ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในการทำกิจกรรมระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง หลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองไม่มีความแตกต่างกัน และยังพบว่ากิจกรรมเหล่านี้ต้องใช้ข้อเข่ามาก เมื่อทำกิจกรรมเหล่านี้ทำให้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลง และอาจมีสาเหตุสืบเนื่องมาจากกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นโรคอ้วน อ้วน/ โรคอ้วนระดับ 2 ถึงร้อยละ 36.7 จึงอาจมีผลทำให้ความรุนแรงของโรคข้อเข่า

เสื่อมลงได้น้อย และตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มก่อนวัยสูงอายุไม่สามารถลดน้ำหนักได้ เพียงแต่ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มขึ้นกว่าเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Kalapakdee, Amnatsatsue, Kerdmongkol & Rawiwarakul (2020) เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จังหวัดอ่างทอง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างของคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอาจอธิบายได้จากกระบวนการเสื่อมตามปกติของร่างกายผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลต่ออาการปวด อาการข้อฝืดขัด และการเคลื่อนไหวข้อ ร่วมกับบริบทของบ้านที่อยู่อาศัยและวิถีการดำเนินชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งมีความคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงและมีวัฒนธรรมวิถีชีวิตใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kankayan, Charoennukul, & Vayo (2020) การจัดแนวและการรองข้อเข่าในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่ยังไม่ยืนยันด้วยการถ่ายภาพรังสี พบว่าการวางแนวข้อเข่า การพยุงข้อเข่ามีผลต่อหลอดเลือดและเอ็นบริเวณข้อเข่า และค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม อย่างไรก็ตามระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมลดระดับปานกลางเป็นระดับเล็กน้อย ไม่ได้ลดถึงระดับเริ่มมีอาการหรือระดับปกติ

การนำผลการวิจัยไปใช้

นำโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มก่อนวัยสูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย และพื้นที่อื่น ๆ ใกล้เคียงกัน สามารถนำไปปรับใช้ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมได้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้จัดการตนเองผู้ป่วยเรื้อรังโรคอื่น ๆ และมีการจัดอบรมพยาบาลที่ให้การพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ เพื่อให้สามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไปใช้ในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

โปรแกรมฯ ควรมีการนำรูปแบบไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด หรือผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายกลุ่มอื่น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหว และควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุในชุมชน

References

- Chakrothai, S. (2017). *Self-management with Physical Activity in Elderly Patients with Osteoarthritis*. Retrieved March 4, 2024 from <http://cmuir.cmu.ac.th/jspui/handle/6653943832/30492>.
- Creer, L. T. (2000). *Self-management of Chronic Illness. Handbook of Self-regulation*. California: Academic. 601-629.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2016). Annual Report on Health and Health. Retrieved March 10, 2024 from https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/160105145198009251.doc
- George, D., & Mallery, P. (2024). *IBM SPSS Statistics 29 Step by Step: A Simple Guide and Reference*. Routledge.
- Kalapakdee, U., Amnatsatsue, K., Kerdmongkol, P., & Rawiwarakul, T. (2020). *The Effects of a Self-Management Program on Elderly Patients with Osteoarthritis in Ang Thong Province* [Master of Science Thesis]. Public Health, Mahidol University.

- Kankayan, C., Charoennukul, A., & Vayo, W. (2020). Delaying the onset of osteoarthritis before entering old age. *Rama Nurse Journal*, 26(1), 5-17. (in Thai)
- Khiewkham, J. (2018). The application of clinical nursing practice guideline on reducing severity of knee osteoarthritis in the elderly at Cha-um district in Petchaburi province. *Christian University Journal*, 16(2), 1-13.
- Khotwong, V., & Singhasalasang, A. (2023). Effects of knee joint exercises with Thai hermit exercise Program on primary knee osteoarthritis delay among overweight middle-aged women. *Journal of Narathiwat Rajanagarindra University*, 15(1), 15-29. (in Thai)
- Meechana, P., Khansakon, N., Silawan, T., Rawiwarakul, T., & Pichaisanit, P. (2017). Preparing the pre-elderly population for a quality aging society Nong Ya Sai subdistrict, Nong Ya Sai district, Suphan Buri province. *Eastern Asia University Academic Journal*, 11(1), 45-56. (in Thai)
- Narin, R., Tueanrat, W., & Boonchieng, W. (2015). Development of a care program for the elderly with osteoarthritis of the knee through community participation. *Nursing Journal*, 42(3), 170-181. (in Thai)
- Nutchasin, R., & Chongtham S. (2022). Results of a program to care for the elderly with osteoarthritis by community participation, with traditional Thai massage combined with herbal wraps and self-care, to the level of knee joint severity dementia of the elderly. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 45(2), 93-110. (in Thai)
- Pho-un, C. (2019). *Study of the effects of a self-management program to slow the severity of osteoarthritis in the elderly*. [Master of Nursing Science Thesis] Nursing Community Practice, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University. (in Thai)
- 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), 489-497
- Prairwan, P. (2017). *The Effects of a Self-Efficacy Promotion Program on Weight Control on Self-Efficacy, Weight Control Behavior, and Body Weight in Overweight Patients with Osteoarthritis*. [Master of Nursing Science Thesis] Community Nursing Practice Program. Naresuan University. (in Thai)
- Simantha, D., Tudpor, K., & Prasomrak, P. (2018). Results of the rubber exercise program, stretching combined with promoting healthy behaviors to delay osteoarthritis in the elderly, Kut Hae Subdistrict, Loeng Nok Tha District, Yasothon Province. *Journal of Nursing and Care Health*, 36(2), 41-48. (in Thai)
- Sports Scientist, Department of Physical Education, Ministry of Tourism and Sports. (2019). *Physical Fitness Tests and Standards for Adults Aged 19-59 Years*. Retrieved March 12, 2024 from https://digital_collect.lib.buu.ac.th/ebook/b00332984.pdf
- Surin, D., & Saitha, S. (2023). Effectiveness of a self-management program with exercise and heat therapy for the muscles around the knee joint in elderly patients with osteoarthritis. Network Primary Care Services, Hang Chat Hospital, Lampang Province. *Journal of Physical Therapy*, 45(2), 97-111. (in Thai)

- Teeprakphanithit, K. (2018). Perception of osteoarthritis among working-age adults and daily living behaviors among working-age people in Songkhla Province. *Journal of Health Education, Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University*, 9(4), 69-85. (in Thai)
- World Health Organization. (2020) Relationships between osteoporosis knowledge, risk of falls and fall prevention behavior in older Thai females at risk of osteoporosis. *Thai Journal of Public Health*, 50(3), 1-16. (in Thai)

การพัฒนาแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง Development of a Model for Preventing Type 2 Diabetes Mellitus among At-Risk Adolescents

รวีวรรณ คำเงิน¹, กิตติยา รัตนมณี^{1*}, อำนวย ัญญรัตน์ศรีสกุล¹, ศราวุธ เรืองสวัสดิ์¹, ปภาสินี แซ่ดี¹,
จตุพร จันทรทิพย์วารี¹, ธนิดา ทีปะपाल¹, รัชฎาภรณ์ จันทรแจ้ง¹, วชรพงษ์ กุลศิริ²
Rawiwan Khamngoen¹, Kittiya Rattanamanee^{1*}, Amnouy Tanyaratsrisakul¹,
Sarawut Rueangsawat¹, Paparsinee Saetew¹, Jatuporn Juntipwaree¹,
Thanida Teepapal¹, Ratchadaporn Janjeang¹, Vacharapong Kulsiri²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, ²โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
¹Boromarajonani College of Nursing Suratthani Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, ²Suratthani Hospital

(Received: September 20, 2024; Revised: November 20, 2024; Accepted: May 3, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง แบ่งเป็น 2 ระยะ 1) การศึกษาสถานการณ์การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคและความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงและผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 10 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา 2) พัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง โดยยกร่างรูปแบบจากข้อค้นพบในระยะที่ 1 และประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ นำไปทดลองใช้จริงกับวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง จำนวน 33 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* Power Analysis เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง คู่มือบันทึกสุขภาพ I Can DO แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงยังไม่รับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของตนเอง ไม่มีความรู้และแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม ประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลไม่ได้ ไม่กล้าซักถามหรือหาข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุข สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องมีการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานในวัยรุ่น ผู้ปกครองไม่ทราบวิธีการกระตุ้นให้วัยรุ่นสนใจดูแลสุขภาพ แต่ยินดีสนับสนุนกิจกรรมควบคุมน้ำหนัก ครูพยาบาลและเจ้าหน้าที่มีนโยบายและแหล่งข้อมูลที่จะสนับสนุนเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง

2. รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย 1) ทักษะความรู้ความเข้าใจ และทักษะการจัดการตนเอง 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และ 3) ทักษะการสื่อสารและทักษะการตัดสินใจ เมื่อนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 4.19, p\text{-value} < .001, t = 5.76, p\text{-value} < .001$) ตามลำดับ

รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงมีประโยชน์มากที่จะช่วยป้องกันวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เป็นโรคเบาหวานในอนาคต ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุข

คำสำคัญ: วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Kittiya@bcnsurat.ac.th)

Abstract

This research and development study aimed to develop a preventive model for type 2 diabetes among at-risk adolescents. Study was conducted in two phases, starting by performing a situation analysis. This phase explored risk perception and health literacy related to type 2 diabetes prevention among 10 at-risk adolescents as well as key stakeholders, using semi-structured interviews. Data were analyzed through content analysis. Phase 2 consisted to achieve a preventive model for type 2 diabetes adolescents at risk, based on the analysis and in accordance with the concept of health literacy. The developed model was then implemented with 33 at-risk adolescents, selected by purposive sampling. Sample size was determined using G*Power analysis. Research instruments included: a) the newly-developed type 2 diabetes mellitus prevention Model for at-risk adolescents, b) the “I Can Do” health record manual, c) a Health Literacy Questionnaire, and d) a Diabetes Prevention Behavior Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests. The research results are as follows.

1. The at-risk adolescents from the sample lacked awareness of their personal risk for type 2 diabetes, had insufficient knowledge and, as a consequence, did not demonstrate appropriate health behaviors. They were unaware of the importance to assess the credibility of information and were not interested in seeking health information from official health agencies. Stakeholders, including parents, did clearly perceive the risk, but did not know how to motivate these adolescents to take care of their health, though they were willing to support weight control activities. Teachers, nurses, and related staff had policies and resources to support diabetes prevention in at-risk adolescents.

2. The developed preventive model aimed to develop: a) knowledge and self-management skills, b) competency in searching valid health information as well as media literacy, and 3) communication and decision-making competencies. The post-intervention mean scores of health literacy and type 2 diabetes preventive behaviors were significantly higher than the pre-intervention scores at the .001 level ($t = 4.19, p\text{-value} < .001$; $t = 5.76, p\text{-value} < .001$).

Therefore, this diabetes prevention model for at-risk adolescents can improve health of adolescent population, improving quality of their lives, while reducing healthcare system costs.

Keywords: At-risk Adolescents, Type 2 Diabetes, Prevention Model

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2564 ทั่วโลก มีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน (International Diabetes Federation, 2021) สำหรับประเทศไทยมีการคาดการณ์ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.4 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2538 เป็นร้อยละ 3.7 ในปี 2568 (Aekplakorn, Puckcharern, & Satheannoppakao, 2021) จากการศึกษาาระบาดวิทยาตามเพศและอายุ พบว่าในกลุ่มอายุ 15-19 ปี อัตราการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในปี 2560 - 2561 สูงกว่าอัตราการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 1 (19.7 เทียบกับ 14.6 ต่อ 100,000 คน) (Pinhas-Hamiel & Zeitler, 2023) ผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 1.2 ล้านคน ไม่เคยรู้ตัวว่าเป็นโรคเบาหวานเนื่องจากไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัย ซึ่งพบได้มากที่สุดที่สุดในผู้ที่มีอายุระหว่าง 15 - 29 ปี (Aekplakorn, 2016) และในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

พบว่าความชุกของการเกิดโรคเบาหวานในช่วงอายุ 15 - 39 ปี ตั้งแต่ปี 2562 - 2564 มีความอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 0.88, 0.90 และ 0.94 ตามลำดับ (Health Information System Development Office, 2023)

แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบน้อย แต่มีแนวโน้มพบผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นทุกปี แต่ละปี มีวัยรุ่นที่กำลังพัฒนาสู่การเป็นโรคเบาหวานเบาหวานชนิดที่ 2 จากภาวะโรคอ้วนที่เพิ่มขึ้น (No-in, 2017) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กวัยรุ่น ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในระยะที่เริ่มเป็นหนุ่มสาว และตรวจพบในคนที่ภาวะอ้วน ประมาณร้อยละ 80 มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน (Pinhas-Hamiel, & Zeitler, 2023; Calabria, 2024) การเพิ่มขึ้นของวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง และขาดการออกกำลังกาย (Kaewboran, Samartkit, & Masingboon, 2019) ยังพบว่าเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มักมีปัญหาด้านที่คอ รักแร้ขาหนีบ ขัดถูไม่ออก อาจมีการติดเชื้อราด้วย แต่บางรายยังไม่มีอาการ แต่ตรวจพบจากการตรวจสุขภาพทั่วไป นอกจากนี้อาจมีความผิดปกติของระบบอื่น ๆ เช่น ความดันเลือดสูง ไขมันสูงในเลือด นอนกรน ปวดข้อ ไขมันเกาะที่ตับ (Calabria, 2024)

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกิดขึ้นตั้งแต่อายุน้อยโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น ส่งผลให้เกิดปัญหาเรื้อรังทางสุขภาพ เด็กต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิตเป็นภาระค่าใช้จ่าย มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตของตัวผู้ป่วย และครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตสังคม และเศรษฐกิจ เป็นภาระด้านการรักษาพยาบาลในระบบสาธารณสุข (World Health Organization, 2016; Xu & Verre, 2018) การป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งเป็นการลดจำนวนผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานในอนาคต การป้องกันควรมุ่งเน้นไปที่ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน และควรเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกายและการดำเนินชีวิต (The Royal College of Physicians of Thailand, Diabetes Association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn, The Endocrine Society of Thailand, Department of Medical Services, National Health Security Office, 2023)

แนวคิดในการปฏิบัติที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีหลายประการ รวมถึงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กนักเรียนประถมศึกษา พบว่าหลังจัดกิจกรรมนักเรียนกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้การควบคุมตนเองในการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหว ออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และมีน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกายลดลง (Bureelard, Songserm & Charoenbut, 2018) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของคลินิกหมอครอบครัว พบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นหลังเข้าโปรแกรม (Wichitraphan, 2020) การศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ (Saentecha & Lamluk, 2020) เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดของ Nutbeam (2000; 2008) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ขึ้นนำก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ ประเมินและประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในตลอดช่วงอายุ (Nutbeam, 2008) ความรอบรู้ทางสุขภาพจึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่สำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หากพิจารณาตามองค์ประกอบ 6 ด้านที่พัฒนาจากแนวคิดของ Nutbeam (2008) คือ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 4) ทักษะการ ตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

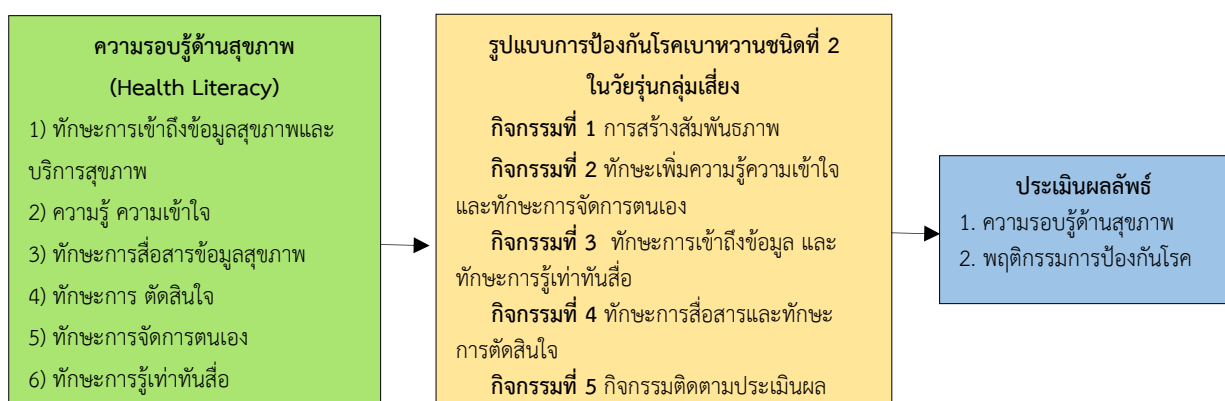
จากการศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการพัฒนาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านมายังขาดรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในวัยผู้ใหญ่และวัยเด็ก ซึ่งจากการศึกษาด้านสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความแตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น โดยเฉพาะเรื่องการรับรู้ความเสี่ยงระยะยาว เด็กวัยรุ่นมีการประเมินความเสี่ยงสุขภาพระยะยาวต่ำกว่าความเป็นจริง (Riiser, Helseth, Haraldstad, Torbjørnsen & Richardsen, 2020) ทำให้ไม่เกิดความตระหนักในการป้องกันการเกิดโรคในระยะยาว ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการลดจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในอนาคต นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมายังขาดการติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ยั่งยืน ผู้วิจัยจึงมีการศึกษาสถานการณ์การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลของการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการป้องกันไม่ให้วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงกลายเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในอนาคต อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพของประเทศในระยะยาวได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานและความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Nutbeam (2000; 2008) โดยศึกษาสถานการณ์การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคและความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงและผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 2) ผู้ปกครองเด็กวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง 3) ครูพยาบาล/เจ้าหน้าที่พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/เจ้าหน้าที่พยาบาลสังกัดเทศบาลเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี และการทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนาทักษะความรู้ทั้ง 6 ด้านประกอบด้วย 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ จากนั้นนำมาพัฒนาขึ้นเป็นทดลองใช้กับวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงและประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ดำเนินการ 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานและความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงและผู้เกี่ยวข้องจังหวัดสุราษฎร์ธานี ขั้นตอนนี้ใช้วิธีเชิงคุณภาพ ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานและความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย เด็กวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 2 คน ผู้ปกครองเด็กวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง จำนวน 2 คน ครูพยาบาล จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่พยาบาลสังกัดเทศบาลเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 2 คน รวมจำนวน 10 คน โดยเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) คือ เด็กวัยรุ่นที่มีภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้แก่ 1) นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี อายุ 16 - 18 ปี 2) เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร และ 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ครูพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่พยาบาลสังกัดเทศบาลเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 3 ปี ขึ้นไป สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงและผู้เกี่ยวข้องไม่สามารถให้ข้อมูลได้ตลอดการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Nutbeam (2000; 2008) และการทบทวนวรรณกรรมเป็นแนวทางในการกำหนดแบบสัมภาษณ์ครอบคลุมความรู้ทั้ง 6 ด้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุ ผลกระทบและพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นโยบายในการป้องกันดูแล ส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ชุด สำหรับผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 กลุ่ม ใช้แบบสอบถามแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม ได้แก่ 1) เด็กวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 2) ผู้ปกครองเด็กวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 3) ครูพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่พยาบาลสังกัดเทศบาลเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี

2. เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีเชี่ยวชาญทางการแพทย์เด็กและวัยรุ่น และโรคเบาหวาน จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์และให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำไปคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์รายข้ออยู่ระหว่าง .67 - 1.00

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการทดลองใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ในทีมวิจัย จำนวน 3 คน เพื่อหาค่าสอดคล้องระหว่างการใช้คำถามกับผู้วิจัย และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Inter-Rater Reliability) เมื่อพบว่ามีค่าเที่ยง เท่ากับ 1 จึงนำประเด็นคำถาม ไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประชุมคณะทำงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างตามประเด็นคำถามเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ใช้เวลา 45 - 60 นาที ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัย จบบัณฑิตของข้อมูลและบันทึกโดยการสรุปสั้น ๆ พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนาภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยถอดเทปการสนทนาและพิมพ์เป็นอักษรแบบคำต่อคำ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้หลักของ Guba & Lincoln (1989) โดย 1) ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) โดยก่อนสิ้นสุดสัมภาษณ์จะมีการตรวจสอบข้อมูลโดยผู้วิจัยเพื่อยืนยันความถูกต้อง

2) การสืบทอดได้ (Transferability) โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อได้ข้อมูลได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ 3) ความคงที่ของข้อมูล (Dependability) ผู้วิจัยหลักเป็นผู้สัมภาษณ์เพียงคนเดียวและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันหาข้อค้นพบจากคำตอบที่ได้ 4) การยืนยันข้อมูลได้ (Conformality) แหล่งที่มาของข้อมูลสามารถยืนยันมีความน่าเชื่อถือตรวจสอบได้ และมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยผู้วิจัยบันทึกมีการตั้งรหัสในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง

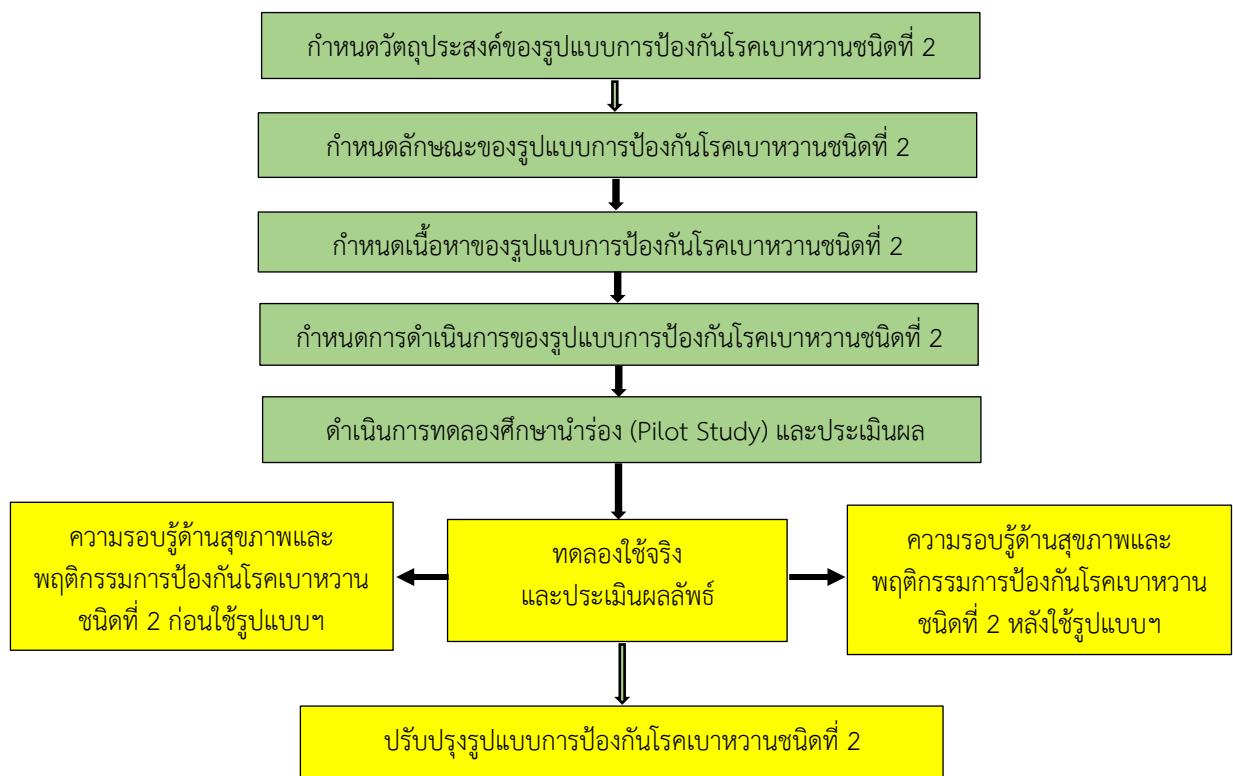
การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เกี่ยวกับสถานการณ์การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน และความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่น โดยประยุกต์วิธีการของ Hsieh & Shannon (2005) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การอ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปบันทึกเสียง จำแนกหมวดหมู่ และเชื่อมโยงข้อมูล โดยทีมผู้วิจัยร่วมกันอภิปรายแก่นสาระจนได้ข้อตกลงร่วมกัน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีอายุ 16 - 18 ปี และรวบรวมผลการวิเคราะห์การศึกษาศาสนการณ์การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานและความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. พัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง โดยผู้วิจัยร่างรูปแบบฯ จากข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ ในระยะที่ 1 นำมาเป็นฐานและประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000; 2008) โดยมีการดำเนินการแต่ละขั้นตอนการพัฒนา ดังภาพ



ภาพ 2 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง

3. นำร่างรูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงที่สร้างขึ้น ได้แก่ รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และคู่มือบันทึกสุขภาพ มีเนื้อหาเป็นสื่อให้ความรู้และแนวทางการบันทึก

สุขภาพ ได้จากกระบวนการพัฒนาในขั้นตอนการกำหนดการดำเนินการของรูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และวัยรุ่น และโรคเบาหวาน จำนวน 3 ท่าน คือ 1) กุมารแพทย์ 2) พยาบาลวิชาชีพ และ 3) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

4. ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบที่พัฒนาขึ้นตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับปรุงกระบวนการให้สอดคล้องกับกิจกรรม คือครั้งแรกที่พบกลุ่มตัวอย่างควรอธิบายเรื่องพื้นฐานเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพของตนเอง และวิธีการลงบันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเองในคู่มือบันทึกสุขภาพ เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

5. นำร่างรูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงและคู่มือบันทึกสุขภาพ ไปศึกษานำร่อง (Pilot Study) กับวัยรุ่นที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของแนวทางการทำกิจกรรม หลังการทดลองพบว่า มีกิจกรรมที่ต้องปรับเพื่อความเหมาะสม 2 ประเด็นคือ 1) กิจกรรมที่ 3 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและทักษะการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคเบาหวาน เนื่องจาก วิดีโอคลิปที่กลุ่มตัวอย่างนำมามีความหลากหลายและบางสื่อมีความไม่เหมาะสม และ 2) การสื่อสารทางไลน์ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างบางรายไม่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นทำให้ไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างเหล่านั้นมีปัญหาใดบ้าง

6. นำข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษานำร่องร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาปรับปรุงก่อนไปทดลองใช้จริง ดังนี้ 1) กิจกรรมที่ 3 ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและทักษะการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรค โดยปรับกิจกรรมจากการนำเสนอวิดีโอคลิปเกี่ยวกับการป้องกันเบาหวานชนิดที่ 2 มาเป็นการนำวิดีโอคลิปที่ได้มาร่วมกันวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องและการนำไปใช้ประโยชน์เพื่อเพิ่มสมรรถนะการรู้เท่าทันสื่อ ความสามารถในการนำสื่อมาใช้อย่างถูกต้อง 2) การสื่อสารทางไลน์กลุ่ม จากการถามภาพรวมในกลุ่มตัวอย่างถึงปัญหาอุปสรรค ปรับมาเป็นให้กลุ่มตัวอย่างเขียนสิ่งที่ทำ ความสำเร็จหรือปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยมีผู้วิจัยให้กำลังใจหรือให้ข้อเสนอแนะในไลน์กลุ่ม

7. นำรูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้จริง และประเมินผลลัพธ์ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ขั้นตอนการทดลองใช้จริงและประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Group Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 18,832 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดเกณฑ์การเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) อายุ 16 - 18 ปี 2) ดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร และ 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามรูปแบบที่กำหนดด้วยสาเหตุการเจ็บป่วย ย้ายโรงเรียนหรือต้องการออกจากการศึกษาวิจัย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-test, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ .05 และค่า Power เท่ากับ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวน 33 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงฉบับสมบูรณ์ ซึ่งพัฒนาขึ้นตามกระบวนการ ดังภาพที่ 2

2. คู่มือบันทึกสุขภาพ จัดทำขึ้นเพื่อให้ความรู้ในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และใช้บันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพของนักเรียน รวมทั้งเป็นแนวทางในการติดตามภาวะสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย ความรู้เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การลงบันทึกข้อมูลสุขภาพและกิจกรรมการรับประทาน อาหารและออกกำลังกายประจำวัน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา ประวัติบุคคลในครอบครัว เป็นโรคเบาหวาน น้ำหนัก ส่วนสูง และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

3.2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ดังนี้

ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน จำนวน 6 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นเลือกตอบ แบ่งเป็นเลือกคำตอบถูกค่าคะแนน 1 เลือกคำตอบผิด ค่าคะแนน 0 การแปลผลคะแนน ค่าคะแนนที่ได้ เท่ากับ 0-6 ถ้ามีคะแนนสูงแสดงว่ามีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานสูง

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ตอนที่ 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ตอนที่ 4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน และตอนที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ตอนที่ 2-6 แบบสอบถามแต่ละตอนมี 3 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้ คะแนน 5 คะแนน หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นได้ง่ายมาก 4 คะแนน หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นได้ง่าย 3 คะแนน หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นได้ยาก 2 คะแนน หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นได้ยากมาก และคะแนน 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นได้เลย คะแนนแต่ละด้านค่าคะแนนที่ได้ เท่ากับ 3 - 15 คะแนน ถ้ามีคะแนนสูงแสดงว่ามีความรอบรู้แต่ละด้านสูง คะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ค่าคะแนนที่ได้เท่ากับ 15 - 81 คะแนน การแปลผล คือ คะแนน 64.80 - 81.00 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80.00) หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับดีมาก คะแนน 48.60 - 64.79 คะแนน (ร้อยละ 60.00 - 79.99) ระดับพอใช้ และคะแนน 15.00 - 48.59 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60.00) ระดับไม่ดี

3.3 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีข้อความทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ที่เป็นระดับความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์ โดยให้คะแนน 1-5 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้ เท่ากับ 20 - 100 คะแนน ถ้ามีคะแนนสูงแสดงว่ามีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี การแปลผลคะแนน คือ คะแนน 80 - 100 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80.00) หมายถึง พฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับดีมาก คะแนน 60 - 79 คะแนน (ร้อยละ 60.00 - 79.99) ระดับพอใช้ และคะแนน 12 - 28 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60.00) ระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและคู่มือบันทึกสุขภาพ เสนอผู้ทรงคุณวุฒิที่มีผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และโรคเบาหวาน จำนวน 3 ท่าน คือ 1) กุมารแพทย์ 2) พยาบาลวิชาชีพ และ 3) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ประเมินความถูกต้องครอบคลุมความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความเป็นประโยชน์ (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) สำหรับแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิด

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์รายข้ออยู่ระหว่าง .66 - 1.00

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้กับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ตอนที่ 1 หาค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-21) ได้เท่ากับ .78 ตอนที่ 2-6 และแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คำนวณจากสูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .80 และ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในแต่ละขั้นตอนโดยการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อขออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิและลงนามในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ปกครองผ่านช่องทาง Google Meet เพื่อชี้แจงข้อมูลรวมถึงขอความยินยอมจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามใบพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร
4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม (Pre-Test) ให้กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ขั้นทดลอง

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างช่องทางในการสื่อสารในแอปพลิเคชันไลน์ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงรอบเอว และความดันโลหิต สอนการคำนวณดัชนีมวลกาย แจกคู่มือบันทึกสุขภาพ ใช้เวลา 50 นาที

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาทักษะเพิ่มความรู้ ความเข้าใจและทักษะการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1) เล่นเกมส์ บัตรคำ “เบาหวานคืออะไร” 2) กลุ่มตัวอย่างทำข้อตกลงในการจัดการเรื่องอาหารกับผู้ปกครอง 3) แนะนำการเลือกอาหาร คำนวณแคลอรีและวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม 4) กลุ่มตัวอย่างกำหนด “เป้าหมายของฉัน” 5) สรุปสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม 6) สอบถามปัญหาอุปสรรค ชมเชยและให้กำลังใจ ใช้เวลา 50 นาที

กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล เช่น คลิปวิดีโอโฆษณาผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนัก แนะนำแหล่งบริการด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ตติยภูมิ หุตยภูมิที่สามารถเข้าไปรับบริการได้ ใช้เวลา 50 นาที

กิจกรรมที่ 4 พัฒนาทักษะการสื่อสารและทักษะการตัดสินใจ โดยพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหาร การเลือกอาหาร การออกกำลังกาย ปัญหา อุปสรรคและวิธีแก้ไข ผู้วิจัยชี้ประเด็นที่สำคัญและให้กลุ่มตัวอย่างช่วยกันวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับตนเอง ใช้เวลา 50 นาที

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมติดตาม ประเมินผล ทำกิจกรรมสะท้อนคิดเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้เวลา 50 นาที

ขั้นหลังการทดลอง

1. กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม (Post-Test) ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติ Paired T Test ผู้วิจัยได้ทดสอบ

ข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-smirnov Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p\text{-value} = .200$)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Institutional Review Board: IRB) ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ลำดับที่ 2023/5 วันที่ 8 มีนาคม 2566

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานและความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงและผู้เกี่ยวข้องจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตาราง 1 ข้อค้นพบจากการศึกษาสถานการณ์การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานและความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง

แนวคิด	ข้อค้นพบ	วิธีการ
1. ทักษะเพิ่มความรู้ความเข้าใจและ 2. ทักษะการจัดการตนเอง	- วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง: มีความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานว่าเป็นโรคที่เกิดขึ้นจากการที่พ่อแม่เป็น แต่ไม่รู้จักโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และประเมินว่าตนเองมีความรู้ไม่มากพอในการนำมาใช้ปฏิบัติตนในการป้องกัน ในควบคุม น้ำหนัก การออกกำลังกาย - มีความเข้าใจว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคของผู้สูงอายุเท่านั้น - อ่านฉลากโภชนาการไม่เป็น ไม่เคยอ่านตารางโภชนาการบนฉลากอาหารและไม่เข้าใจเกี่ยวกับปริมาณน้ำตาล โซเดียม ไขมัน - ขาดทักษะการจัดการเวลาเพื่อให้มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอท่ามกลางความกดดันด้านการเรียน เช่น “เรียนหนังสือและทำกิจกรรมอื่น ๆ เยอะมากไม่มีเวลาออกกำลังกาย” - ผู้ปกครอง: ยินดีในการสนับสนุนกิจกรรมควบคุมน้ำหนักของเด็ก แต่ต้องการให้ตัวเด็กเป็นฝ่ายที่เริ่มด้วยตนเองไม่ใช่ผู้ปกครองบังคับ - ครูพยาบาล: มีแหล่งข้อมูลเรื่องโรคเบาหวาน มีการให้ความรู้แต่ไม่เป็นที่สนใจของวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง อาจจะขาดการปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับบริบทและความสนใจ และในการจัดการตนเองใช้วิธีการบังคับให้ทำกิจกรรมมากกว่าการสอนทักษะอาจทำให้ไม่ได้ผล - เจ้าหน้าที่: มีแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เชื่อถือได้ แต่อาจจะยากเกินไปไม่ตรงตามบริบทของวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง	- เริ่มทักษะข้อนี้เป็นทักษะแรกโดยการให้วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงรู้จักโรคเบาหวานโดยการเล่นเกมส์ “เบาหวานคืออะไร” - วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงพูดคุยกับผู้ปกครองที่ดูแลเรื่องอาหาร ทำข้อตกลงในการจัดการเรื่องอาหารระหว่างผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่าง - ให้วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงตัดสินใจเลือกอาหาร การคำนวณแคลอรีและวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยทำกิจกรรม “เป้าหมายของฉัน” ด้วยตนเอง ในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย - จัดทำคู่มือบันทึกสุขภาพ เกี่ยวกับโรคเบาหวานประกอบไปด้วยการควบคุมอาหาร ได้แก่ การบันทึกจำนวนอาหารที่รับประทานอาหารแต่ละวัน และความรู้ในเลือกอาหาร การคำนวณแคลอรี การออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกาย เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง - สร้างกลุ่มในแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ในการให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ในการปฏิบัติตัว
3. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล 4. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	- เด็กวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง: มีความสามารถสูงในการเข้าถึงข้อมูลผ่านช่องทางดิจิทัลและนิยมค้นหาข้อมูลสุขภาพจากโซเชียลมีเดียมากกว่าเว็บไซต์ทางการของหน่วยงานด้านสุขภาพ - มีความสามารถจำกัดในการประเมินและเลือกแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือเพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพ มักเชื่อถือข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากอินฟลูเอนเซอร์บนสื่อสังคมออนไลน์ วัยรุ่นมักเชื่อด้วยการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงที่ออกแบบมาเพื่อดึงดูดความสนใจ - บางครั้งเลือกซื้อสินค้า เครื่องดื่มต่าง ๆ ตามโฆษณา - ผู้ปกครอง: รู้สึกมั่นใจในการรู้เท่าทันสื่อต่าง ๆ บางครั้งไม่สามารถแนะนำบุตรหลานได้ แต่กังวลเรื่องอิทธิพลของสื่อเกี่ยวกับการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง - ครูพยาบาล: วัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลได้หลากหลายช่องทางโดยเฉพาะทางออนไลน์ แต่ขาดการคัดกรองข้อมูลที่ถูกต้อง มีการแนะนำแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ในโรงเรียน เช่น เอกสารความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังขาดการเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพนอกโรงเรียน	- วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงหาความรู้จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายที่กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงนำมาใช้ในการปฏิบัติตัวและนำมาเล่าให้เพื่อนฟังว่าแหล่งข้อมูลที่มีได้มาจากแหล่งใดบ้าง น่าเชื่อถือหรือไม่ - จัดกิจกรรมให้วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงนำคลิปวิดีโอโฆษณาผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนัก การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายมาแลกเปลี่ยนเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัว - ผู้วิจัยแลกเปลี่ยนแนะนำแหล่งบริการทั้งในระดับปฐมภูมิ ตติยภูมิ ตติยภูมิ ด้านสุขภาพที่สามารถเข้าไปรับการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้

แนวคิด	ข้อค้นพบ	วิธีการ
	- เจ้าหน้าที่: มีช่องทางในการเข้าถึงข้อมูล แต่เด็กวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงน้อย หรืออาจเป็นเพราะเนื้อหาข้อมูลไม่เหมาะกับกลุ่มวัยรุ่น และสื่อต่าง ๆ ที่ออกมาก็ควบคุมได้ยาก บางสื่อก็มีเนื้อหาที่ไม่ถูกต้อง	
5. ทักษะการสื่อสารและ	- วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง: ไม่สามารถเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อการควบคุมน้ำหนัก ในการเลือกรับประทานอาหาร เลือกออกกำลังกาย เช่น “รู้ว่ามันน้ำหนักมากไม่รู้ทำอะไรแล้วจะผอมเลย เคยออกกำลังกายก็เหนื่อย หิวก็กิน ไม่รู้จะออกยังไง แบบไหน”	- ให้ตัวแทนวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงร่วมแลกเปลี่ยนหรือพูดคุยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหาร เพราะอะไรถึงควบคุมอาหารได้ วิธีปฏิบัติตนในการเลือกอาหาร การตัดสินใจเลือกออกกำลังกาย และการจัดการกับปัญหาที่ทำให้ปฏิบัติตนไม่ได้ อุปสรรคและวิธีแก้ไข
6. ทักษะการตัดสินใจ	- ไม่กล้าซักถามเกี่ยวกับสุขภาพของตน โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักและพฤติกรรมการกิน เพราะรู้สึกอาย เหมือนว่าตนเองกินเยอะ ไม่ออกกำลังกายจึงทำให้อ้วน และบางครั้งรู้สึกเหมือนพูดถึงปมด้อยของตนเอง และบางคนคิดว่าไม่เป็นปัญหาเพราะอ้วนก็แข็งแรงดี	- วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงแสดงความคิดเห็น โดยมีผู้วิจัยชี้ประเด็นที่สำคัญและให้กลุ่มตัวอย่างช่วยกันวิเคราะห์แต่ละตัดสินใจ
	- ผู้ปกครอง: พบปัญหาในการสื่อสารกับบุตรวัยรุ่นเรื่องสุขภาพ ไม่ทราบวิธีการพูดคุยที่จะกระตุ้นให้สนใจดูแลสุขภาพโดยไม่ทำให้รู้สึกถูกบังคับ	- ติดตามสอบถามปัญหาอุปสรรคคู่มือบันทึกสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
	- ครูพยาบาล: วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงมีการสื่อสารเรื่องสุขภาพแต่เน้นกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้วัยรุ่นได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แต่ยังไม่มีการฝึกทักษะการสื่อสารเรื่องสุขภาพอย่างจริงจัง	- ตอบคำถามในแอปพลิเคชันไลน์และทุกครั้งที่พบกลุ่มตัวอย่างในการทำกิจกรรม
	- ยังขาดทักษะการตัดสินใจ เนื่องจากอิทธิพลของเพื่อนและสื่อมีผลมากกว่าข้อมูลทางสุขภาพ	- กระตุ้นให้วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงมีการแลกเปลี่ยน ซักถามกันในแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อสร้างบรรยากาศการพูดคุย การสื่อสารและการช่วยคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจร่วมกัน
	- เจ้าหน้าที่: การให้ข้อมูลในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงทำได้ยาก เนื่องจากเด็กมักไม่เปิดรับข้อมูล	

2. รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง



ภาพ 3 รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง

2.1 การพัฒนาทักษะความรู้ ความเข้าใจและทักษะการจัดการตนเอง โดยมีกิจกรรม คือ เล่นเกมส์ “เบาหวานคืออะไร” โดยให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการอ่านฉลากโภชนาการ ให้กลุ่มตัวอย่างทำข้อตกลงกับผู้ปกครอง ในการจัดการเรื่องอาหาร แนะนำการคำนวณแคลอรี ทำกิจกรรม “เป้าหมายของฉัน” ทำคู่มือบันทึกสุขภาพ ได้แก่ บันทึกเกี่ยวกับการรับประทานอาหารแต่ละวัน และการออกกำลังกาย สรุปสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมและสอบถาม ปัญหาอุปสรรค ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจในการปฏิบัติผ่านแอปพลิเคชันไลน์

2.2 การพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลและทักษะการรู้เท่าทันสื่อ วิทยุรณรงค์กลุ่มเสี่ยงหาความรู้จาก แหล่งข้อมูลที่หลากหลาย นำมาวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลที่เลือกมา กลุ่มละ 1 เรื่อง แนะนำแหล่ง บริการในระดับปฐมภูมิ ตติยภูมิ ทุตติยภูมิด้านสุขภาพที่สามารถให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้

2.3 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและทักษะการตัดสินใจ โดยจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การเลือกอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอุปสรรคและวิถีแก้ไข ซึ่งประเด็นที่สำคัญและให้ กลุ่มตัวอย่างช่วยกันวิเคราะห์ ตัดสินใจ ติดตามกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนซักถามกันในแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อสร้างบรรยากาศการพูดคุย การสื่อสารและการช่วยคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจร่วมกัน

3. การทดลองใช้จริงรูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวิทยุรณรงค์กลุ่มเสี่ยงฉบับสมบูรณ์ และประเมิน ผลลัพธ์ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 51.5 และเพศหญิง ร้อยละ 48.50 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 16 - 17 ปี ร้อยละ 66.7 กำลังศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 75.8 มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 63.60 และกลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกาย ≥ 30.0 กิโลกรัม/ตารางเมตร (อ้วนระดับ 2) ร้อยละ 90.90

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวิทยุรณรงค์กลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวิทยุรณรงค์กลุ่มเสี่ยง (n = 33)

ตัวแปร	M	SD	t	p-value
ความรู้ทางสุขภาพ				
ก่อนการใช้รูปแบบฯ	57.88	5.63	4.19	<.001
หลังการใช้รูปแบบฯ	65.93	9.33		
พฤติกรรมในการป้องกันการเกิด โรคเบาหวานชนิดที่ 2				
ก่อนการใช้รูปแบบฯ	57.21	7.79	5.76	<.001
หลังการใช้รูปแบบฯ	64.42	11.61		

จากตารางพบว่าหลังใช้รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิทยุรณรงค์กลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 4.19$, $p\text{-value} < .001$, $t = 5.76$, $p\text{-value} < .001$) ตามลำดับ

การอภิปรายผล

1. การศึกษาสถานการณ์การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานและความรู้ด้านการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวิทยุรณรงค์กลุ่มเสี่ยงและผู้เกี่ยวข้องจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า วิทยุรณรงค์กลุ่มเสี่ยงยังไม่รับรู้ตัวตน

มีความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน เพราะมีความเข้าใจว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคของผู้สูงอายุเท่านั้น ซึ่งในปัจจุบันพบว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ใช่โรคเฉพาะผู้ใหญ่ แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jia Jia, Zampetti, Pozzilli, & Buzzetti, 2024) นอกจากนั้นวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงยังขาดความรู้เกี่ยวกับทักษะความรู้ ความเข้าใจและทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งจากการให้ข้อมูลพบว่าเคยได้ยินเรื่องโรคเบาหวานแต่ไม่รู้จักโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และประเมินว่าตนเองมีความรู้ไม่มากพอในการนำมาใช้ปฏิบัติตนในการป้องกันทั้งการควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย ไม่สามารถจัดการเวลาในการออกกำลังกายได้ เพราะเรียนหนังสือและทำกิจกรรมอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยในมาเลเซีย พบว่าแม้ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น รับประทานอาหารหวานหรือฟาสต์ฟู้ด แต่กลับประเมินว่าตนไม่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานเนื่องจากขาดความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคนี้ (Mohd Rawi, Low, Muhammad Khairus, Annandan, Mohd Sani, Mat Termizi, et al., 2023) สำหรับทักษะการเข้าถึงข้อมูลทักษะการรู้เท่าทันสื่อวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ โดยเลือกจากโซเชียลมีเดีย มากกว่าเว็บไซต์ทางการของหน่วยงานด้านสุขภาพ และไม่สามารถประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ ส่วนใหญ่มักเชื่อด้วยการโฆษณา เช่น อาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงที่ออกแบบมาเพื่อดึงดูดความสนใจ จากงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้โซเชียลมีเดีย พบว่าวัยรุ่นมีความไว้วางใจในเนื้อหาโซเชียลมีเดีย ซึ่งรวมถึงการให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์และการโฆษณามากกว่าการพิจารณาจากแหล่งที่มาที่น่าเชื่อถือ ซึ่งสอดคล้องกับข้อสังเกตว่ากลุ่มวัยรุ่นมักเลือกดูข้อมูลสุขภาพจากแพลตฟอร์มโซเชียลอย่างตึกตอก (TikTok) หรือ อินสตาแกรม (Instagram) โดยไม่ได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถืออย่างรอบคอบ (Freeman, Caldwell, & Scott, 2023) นอกจากนั้นวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงยังขาดความรู้เกี่ยวกับทักษะการสื่อสารและทักษะการตัดสินใจ ยังไม่กล้าซักถามหรือแสดงความสงสัยกับสุขภาพของตน เพราะรู้สึกอาย และไม่สามารถเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อการควบคุมน้ำหนัก

ผู้ปกครองยินดีในการสนับสนุนกิจกรรมควบคุมน้ำหนักของเด็ก แต่ต้องไม่ใช้การบังคับ ผู้ปกครองมีความกังวลเรื่องอิทธิพลของสื่อโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เพราะตนเองไม่สามารถแนะนำบุตรหลานเกี่ยวกับการให้สื่อได้ และยังพบปัญหาในการสื่อสาร ซึ่งไม่ทราบวิธีการพูดคุยที่จะกระตุ้นให้วัยรุ่นสนใจดูแลสุขภาพสำหรับครูพยาบาลและเจ้าหน้าที่ มีแหล่งข้อมูลเรื่องโรคเบาหวาน มีการให้ความรู้แต่ไม่เป็นที่สนใจของวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง อาจเกิดจากไม่ได้ปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับบริบทและความสนใจ มีความเห็นว่าวัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลได้หลากหลายช่องทาง แต่ขาดการคัดกรองข้อมูลที่ถูกต้อง มีการแนะนำแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือในโรงเรียน เช่น เอกสารความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังขาดการเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพนอกโรงเรียน วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงมีการสื่อสารเรื่องสุขภาพ แต่เน้นกิจกรรมกลุ่มเพื่อนยังขาดทักษะการตัดสินใจ เนื่องจากอิทธิพลของเพื่อนและสื่อมีผลต่อการตัดสินใจมากกว่าข้อมูลทางสุขภาพ การให้ข้อมูลในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงทำได้ยาก เนื่องจากเด็กมักไม่เปิดรับข้อมูล

2. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง โดยนำผลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 และประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008; 2000) ประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนาทักษะความรู้ ความเข้าใจและทักษะการจัดการตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลและทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และการพัฒนาทักษะการสื่อสารและทักษะการตัดสินใจ ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถพัฒนาให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนี้

2.1 การพัฒนาทักษะความรู้ ความเข้าใจและทักษะการจัดการตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการป้องกันโรค การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การอ่านฉลากโภชนาการ รวมทั้งการให้คู่มือบันทึกสุขภาพซึ่งมีความรู้และการบันทึกจำนวนอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นการพัฒนาให้วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงรู้จักโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลให้มีความรอบรู้ขั้นพื้นฐานทั้งทักษะการอ่าน การเขียน รวมทั้งความเข้าใจต่อข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ นอกจากนี้การพูดคุยกับผู้ปกครองทำข้อตกลงในการจัดการเรื่องอาหาร การตั้งเป้าหมาย การหา

วิธีการทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการทบทวนอย่างเป็นระบบในประสิทธิผลของการให้ความรู้และพฤติกรรมของวัยรุ่นในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าการให้ความรู้ด้านโภชนาการที่ดีต่อสุขภาพสามารถเพิ่มพูนความรู้ของวัยรุ่น และมีแนวโน้มช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้รวมทั้งการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ทำให้ส่งผลดีต่อทั้งความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น (Jauhari, Agarwal, Pandit, Bajpai, Singh & James, 2025) ดังนั้นการมีเป้าหมายโดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย และการจัดการตนเองที่เหมาะสมสามารถนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Nutbeam, 2000)

2.2 การพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลและทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยการจัดกิจกรรมให้วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงได้หาความรู้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ นำมาวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูลวิเคราะห์คลิปวิดีโอโฆษณาผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนัก การแนะนำแหล่งบริการด้านสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ตติยภูมิ ทุตติยภูมิที่สามารถเข้าไปรับบริการได้ ซึ่งกิจกรรมการเลือกใช้อ้างอิงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ รวมถึงการวิเคราะห์ประเมินความน่าเชื่อถือประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการพัฒนาให้เกิดทักษะการเข้าถึงข้อมูลและรู้เท่าทันสื่อซึ่งมีมากมายในปัจจุบันนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโควิด-19 พบว่าการรู้เท่าทันสื่อและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สามารถส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นได้ (Paakkari & Okan, 2020) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2020) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการตัดสินใจด้านสุขภาพในบริบทสังคมที่ข้อมูลหลั่งไหลอย่างรวดเร็ว

2.3 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและทักษะการตัดสินใจ โดยจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนหรือพูดคุยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับปัญหาที่ทำให้ปฏิบัติตนไม่ได้ อุปสรรคและวิธีแก้ไข การซักถามกันบนแอปพลิเคชันไลน์ เป็นการกระตุ้นให้วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงมีการสื่อสาร ส่งต่อข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้บุคคลอื่นเข้าใจ สามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี เป็นการพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Nutbeam, 2000)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในวัยรุ่นพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาทางร่างกาย อารมณ์ และความรู้ความเข้าใจที่ดี นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการได้มาซึ่งพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพอีกด้วย ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น สถานะสุขภาพส่วนบุคคล การมีอยู่ของปัญหาสุขภาพหรือโรคต่าง ๆ ตลอดจนสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม วัฒนธรรม สังคม รวมถึงตัวแปรอื่น ๆ ทั้งในระดับครอบครัว เพื่อน และชีวิตในโรงเรียน (Rubio & Blay, 2023)

เมื่อนำรูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงฉบับสมบูรณ์ไปทดลองใช้จริงและประเมินผลลัพธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าจะแนบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานของวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงหลังการใช้รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ ซึ่งเป็นผลจากรูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีกิจกรรมที่พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้วัยรุ่นเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง โดยนำมาปรับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Fleary, Joseph, & Pappagianopoulos (2018) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าเมื่อมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ya-in (2021) ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังนั้นการพัฒนาแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้กลุ่มวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง สามารถพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามมา

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำรูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ไปใช้ในการส่งเสริมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษาจังหวัดสุราษฎร์ธานี และมีการติดตามและให้คำปรึกษาต่อเนื่องสำหรับวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง
2. ส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่จัดทำแนวปฏิบัติการดูแลวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีการเชื่อมโยงข้อมูลเกี่ยวกับวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานระหว่างโรงเรียน หน่วยบริการสุขภาพ และครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำวิจัยการติดตามผลระยะยาวในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงเพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง เป็นการติดตามการเปลี่ยนแปลง เช่น ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และระดับน้ำตาลในเลือด
2. นำรูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ไปพัฒนาโมเดลให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างโรงเรียน ครอบครัว และชุมชนในการป้องกันโรคเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนงบประมาณสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

References

- Aekplakorn, W. (2016). *Thai National Health Examination Survey V--NHES V study group*. Health System Research Institute. (in Thai)
- Aekplakorn, W., Puckcharern, H., & Satheannoppakao, W. (2021). *Thai National Health Examination Survey, NHES VI 2019-2020*. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing House. (in Thai)
- Bureelerd, O., Songserm, N., & Charoenbut, P. (2018). Behavior modification model for preventing type 2 diabetes in primary school students, *Huachiew Chlermprakiet Science and Technology Journal*, 4(2), 20-29. (in Thai)
- Calabria, A. (2024). *Diabetes Mellitus in Children and Adolescents*. Retrieved June 25, 2024 from <https://www.msmanuals.com/professional/pediatrics/endocrine-disorders-in-children/diabetes-mellitus-in-children-and-adolescents>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Fleary, S. A., Joseph, P., & Pappagianopoulos, J. E. (2018). Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *Journal of Adolescence*, 62, 116–127.
- Freeman, J. L., Caldwell, P. H. Y., & Scott, K. M. (2023). How adolescents trust health information on social media: a systematic review. *Academic pediatrics*, 23(4), 703–719.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.

- Health Information System Development Office. (2023). *Health Data Center (HDC). Ministry of Public Health, Thailand*. Retrieved July 15, 2024 from <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=3&pf=01848101&tm=2&tp=3302>. (in Thai)
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas-10th Edition*. Retrieved June 14, 2024 from www.diabetesatlas.org.
- Jauhari, S., Agarwal, M., Pandit, P., Bajpai, P. K., Singh, A., & James, C. D. (2025). Effectiveness of educational interventions on adolescent knowledge and practices for preventing on communicable diseases in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Adolescent Health: official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 76(5), 767-780. doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.12.014
- Jia Jia, I. L., Zampetti, S., Pozzilli, P., & Buzzetti, R. (2024). Type 2 diabetes in children and adolescents: Challenges for treatment and potential solutions. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 205, 110846. doi.org/10.1016/j.diabres.2023.110846
- Kaewboran, S., Samartkit, N., & Masingboon, K. (2019). Factors predicting diabetes prevention behaviors among adolescents at risk for type II diabetes in Samutprakan. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(2), 218-227. (in Thai)
- Mohd Rawi, S. B., Low, Y. F. Z., Muhammad Khairus, N. F. F., Annandan, S. K., Mohd Sani, N., Mat Termizi, M. H., Ahmad, N., & Ibrahim, R. (2023). Risk perception and its predictors towards type 2 diabetes mellitus among students in Universiti Kebangsaan Malaysia. *Medicine*, 102(43), e35520. doi.org/10.1097/MD.00000000000035520
- No-in, K. (2017). Overweight and obesity among Thai school-aged children and adolescents. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18 (Supplement), 1-8. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Paakkari, L., & Okan, O. (2020). COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *The Lancet Public Health*, 5(5), e249-e250. doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30086-4.
- Pinhas-Hamiel, O., & Zeitler, P. (2023). Type 2 Diabetes in Children and Adolescents- A Focus on *Diagnosis and Treatment*. In K. R. Feingold (Eds.) et. al., Endotext. MDText.com, Inc.
- Riiser, K., Helseth, S., Haraldstad, K., Torbjørnsen, A., & Richardsen, K. R. (2020). Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the Covid-19 pandemic. *PLOS ONE*, 15(8), e0238161. doi.org/10.1371/journal.pone.0238161.
- Rubio, M., & Blay, C. (2023). Health literacy in children and adolescents: A review of the state of the art. *Medical Research Archives*, 11(6). doi:10.18103/mra.v11i6.3882
- Saentecha, P., & Lamluk, P. (2020). The effectiveness of a program for health literacy development in the patients with type 2 diabetes. *Thai Journal of Health Education*, 43(2), 150-164. (in Thai)

- Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. (2007). *Evaluation Theory, Models and Applications*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- The Royal College of Physicians of Thailand, Diabetes Association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn, The Endocrine Society of Thailand, Department of Medical Services, National Health Security Office. (2023). *DiaClinical Practice Guideline for Diabetes 2023*, Bangkok. Sri Muang Printing Co.LTD. (in Thai)
- Wijitraphan, T. (2020). Effectiveness of health literacy and health behavior promoting program in risk group of diabetes mellitus at Thung Siao Primary Care Cluster, Sanpatong District, Chiangmai Province. *Journal of Health Science*, 29(4), 618-624. (in Thai)
- World Health Organization. (2016). *Global Report on Diabetes*. World Health Organization. Retrieved July 10, 2024 from <http://www.who.int/iris/handle/10665/204871>.
- Xu, H., & Verre, M. C. (2018). Type 2 diabetes mellitus in children. *American Family Physician*, 98(9), 590-594.
- Ya-in, B. (2021). The effects of health literacy enhancement program on self-care behaviors of patients with uncontrolled diabetes type II, chumsaeng Hospital in Nakhonsawan province. *Sawanpracharak Medical Journal*, 18(1), 35-48. (in Thai)

การพัฒนาแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการโดยมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

The development of an integrated counseling model with stakeholder participation in preventing suicidal risk behaviors among adolescents

มัทฐาวรณ ลียุทธานนท์^{1*}, ผกาสรณ์ อุไรวรรณ¹, จริญญา แก้วสกุลทอง¹
Matthawan Leeyutthanont^{1*}, Phakason Uraiwan¹, Jarinya Kaewsakulthong¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: August 16, 2024; Revised: November 24, 2024; Accepted: May 3, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น 2) การพัฒนาแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย-มาก จำนวน 40 คน และผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อาจารย์ เพื่อน ครอบครัว พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวม 35 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น รูปแบบผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้คะแนนความสอดคล้องรายข้อทุกข้ออยู่ระหว่าง .67 - 1.00 ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย-มาก จำนวน 20 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และ Mann-Whitney U Test ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ มีความครุ่นคิด ความเครียด และมีภาวะซึมเศร้า

2. รูปแบบ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง การประเมินปัญหาและความต้องการ การปรับความคิดและพฤติกรรม การเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ยั่งยืน

3. หลังการทดลองใช้รูปแบบของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นรูปแบบการให้คำปรึกษานี้ช่วยป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้ และนำข้อมูลพื้นฐานไปกำหนดนโยบายการดูแลช่วยเหลือนักเรียนโดยมีส่วนร่วมของอาจารย์ เพื่อน ครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบ การให้คำปรึกษา พฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: matthawan.lee@hotmail.com)

Abstract

This developmental research aimed to 1) study the problems and factors related to suicidal risk behaviors in adolescents 2) develop of an integrated counseling model with stakeholders to participate in preventing suicidal behavior risks in adolescents 3) evaluate the effectiveness of the counseling model. The research was conducted in 3 stages: Stage 1 To studied the problems and related factors. The sample consisted of 40 students with mild to severe depression and 35 related stakeholders including teachers, friends, family, nurses and public health officers. The research instruments were the Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescent: PHQ-A) and the semi-structured interview form. Data were analyzed using content analysis. Phase 2 Development of the consultation model developed by the researcher. The model passed the content validity check by 3 experts. The item consistency scores for each item were between .67-1.00. Phase 3: Evaluation of the effectiveness of the counseling model. The sample consisted of 20 students with mild to severe depression. They were randomly assigned to an experimental group and a control group, with 10 students per group. The research instruments were the Adolescent Depression Assessment Form. Data were analyzed using the Wilcoxon signed ranks test and the Mann-Whitney U test. The results of the research found that:

1. The problem of suicidal behavior in adolescents is increasing. The related factors include negative life events, rumination, stress and depression.
2. The model has 6 activities, including promoting positive attitudes and participation of those involved, assessing problems and needs, adjusting thoughts and behavior, strengthening self-worth social support and strengthening and sustaining
3. After the experiment, the experimental group's mean depression score was lower than before the experiment, with a statistically significant difference at the .05 level and the mean depression scores of the experimental and control groups after the experiment were not statistically significant difference at the .05 level.

Therefore, this counseling model can help prevent suicide risk behavior in adolescents and use basic information to formulate policies for student care and assistance with the participation of teachers, friends, parents, and public health officials.

Keywords: Model Development, Counseling, Suicidal Behavior Risks in Adolescents

บทนำ

พฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งในการตายของวัยรุ่น จากข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี อยู่ที่ 3.2 ต่อประชากรแสนคน วัยรุ่นเพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากเป็น 5 - 6 เท่าของเพศหญิง และในปี 2561 มีการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่น อายุ 10 - 19 ปี พบว่า ร้อยละ 22.5 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้ามากเป็น 9.8 เท่าของวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 72.44 มีประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจระดับสูง ร้อยละ 41.09 และร้อยละ 48.22 เสี่ยงต่อ

การฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยและระดับมากมีโอกาเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น 3.58 เท่า และ 21.9 เท่า ประสิทธิภาพการเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจระดับปานกลางและระดับสูงมีโอกาเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น 4.67 เท่า และ 8.48 เท่า (Vanprom, Saithanwanitkul, Chantarachit, & Aekwarangkoon, 2022) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของภาวะซึมเศร้า การรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบและความครุ่นคิดที่เกิดขึ้นในครอบครัว กลุ่มเพื่อน โรงเรียนหรือสังคม เช่น การถูกกระตุ้นด้วยคำพูด หรือการตำหนิที่รุนแรง ความรู้สึกถูกทิ้งขว้าง ครอบครัวที่พ่อแม่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม มีการดุด่า การลงโทษทางกายอย่างรุนแรง การควบคุมลูกมากเกินไป ทำความหวังให้พ่อแม่ไม่สำเร็จ มีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีขัดแย้งกัน การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ การแยกทางของพ่อแม่ปัญหาทางสังคมของสมาชิกในครอบครัว การมีเพื่อนที่เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย การเลียนแบบการแก้ปัญหาจากสื่อ และการมีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีกับเพื่อนหรือครู เป็นต้น (Rungsang & Chaimongkol, 2017; Sukhawaha & Arunpongpaial 2017; Hataiyusuk & Apinuntavech, 2020) ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลให้วัยรุ่นรับรู้เหตุการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ มองตนเองทางลบหรือไร้ค่า มองสิ่งแวดล้อมหรือคนที่เกี่ยวข้องไม่ดีกับตนเอง และคิดว่าอนาคตมืดแต่ความทุกข์ ยากลำบากในการมีชีวิตอยู่ การมีมุมมองความคิดทางลบนี้ ส่งผลให้วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ (Beck & Alford, 2009)

การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่น จะต้องสร้างความตระหนัก ปรับทัศนคติ ทำความเข้าใจและให้ความรู้หรือสุขภาพจิตศึกษาให้กับวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ผู้ปกครอง อาจารย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งที่อยู่ในโรงเรียนหรือชุมชน รวมถึงการเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การสร้างความมีคุณค่า ความเข้มแข็งในชีวิต การสนับสนุนจากครอบครัว โรงเรียนและเพื่อน ในกรณีที่พบว่าวัยรุ่นเริ่มมีภาวะซึมเศร้าหรือมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พยาบาลควรมีการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยการให้คำปรึกษา การให้สุขภาพจิตศึกษา และจัดโปรแกรมหรือรูปแบบที่ประยุกต์แนวคิดทางจิตเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย (Vatansin, 2023) โปรแกรมหรือรูปแบบเพื่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ส่วนใหญ่เน้นการลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และโปรแกรมไม่ได้มุ่งเน้นการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น และไม่ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัว ครู/ อาจารย์ เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ และมีทักษะในการแก้ปัญหาและป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพ (Chaniang, Fongkaew, Stone, & Sethabouppha, 2019; Chaniang, & Meuangkhwah, 2019) ซึ่งการให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นกระบวนการหนึ่งช่วยให้วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายได้รู้จักตนเอง มีสติรู้เท่าทันความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ปรับตัวให้สามารถอยู่ได้กับสภาพการณ์ที่เป็นปัญหาได้อย่างสมดุลและเหมาะสมมากที่สุด (Dexter & Wash, 1995) และการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องจะช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้ (Hataiyusuk & Apinuntavech, 2020) ซึ่งการใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ (Integrative Counseling Model) ช่วยให้การให้คำปรึกษามีประสิทธิภาพและผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ไปในทิศทางที่ผู้รับคำปรึกษาพึงประสงค์มากที่สุด (Corey, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Khammanee (2016) ที่ศึกษาการพัฒนาการบูรณาการ การปรึกษากลุ่มแบบพหุทฤษฎี ระหว่างทฤษฎีอัตถิภาวะนิยมและทฤษฎีเผชิญความจริง เพื่อเสริมสร้างเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ต้องขังหญิง ในทัณฑสถานหญิง โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎี สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวน 6 สัปดาห์ รวมเป็น 17 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎีมีเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎีมีเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ประกอบด้วย 5 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบ อัตถิภาวะ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ ทฤษฎีการให้ คำปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม และทฤษฎีให้คำปรึกษาครอบครัวเชิงการสื่อสาร นอกจากนี้ มีการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยการส่งเสริมให้เกิดความตระหนัก ค้นหาปัญหา และร่วมกัน แก้ไขปัญหา (Cohen & Uphoff, 1981) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดำเนินงานการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

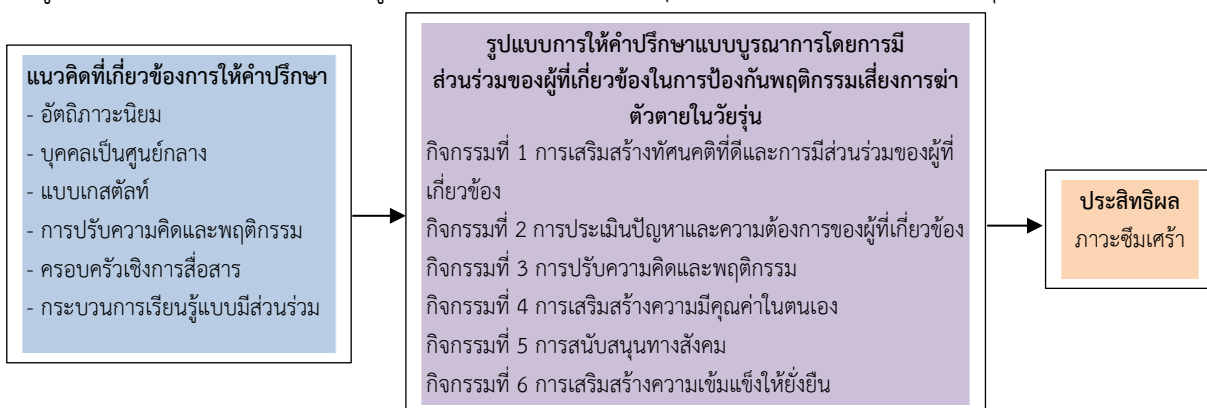
1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

สมมติฐานวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองตามรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ โดยการมี ส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องน้อยกว่าก่อนการทดลอง
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองตามรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ โดยการมี ส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องน้อยกว่าก่อนกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้สังเคราะห์แนวคิดการให้คำปรึกษา 5 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบอัตถิภาวะนิยม (Existential Theory) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Client-center Theory) (Corey, 2016) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt Theory) (Austad, 2009) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการปรับความคิด และพฤติกรรม (Cognitive Behavior Counseling) (Beck, 2011; Thapinta, 2015) และทฤษฎีให้คำปรึกษารอบครัว เชิงการสื่อสาร (Communications Family Therapy) (Beck, 2011) รวมทั้งกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participation Learning: PL) (Cohen & Uphoff, 1981) จากนั้นผู้วิจัยสังเคราะห์ได้รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบ บูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ดำเนินการในเดือน วันที่ 20 มกราคม - 15 กุมภาพันธ์ 2567 โดยการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพดังนี้

ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลัก

ประชากร ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่เป็นนักเรียนชั้นระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย ของโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ปีการศึกษา 2566 จำนวนทั้งหมด 237 คน ที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่เป็นนักเรียนชั้นระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายที่มีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย-มาก และคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 40 คน และกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ครู/ อาจารย์ในโรงเรียน จำนวน 2 คน เพื่อนจำนวน 3 คน ครอบครัวของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 25 คน และพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตพื้นที่ จำนวน 5 คน รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูล 75 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ที่ยินยอมและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยให้เข้าใจได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยระยะที่ 1 ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อคำถามของกลุ่มวัยรุ่น ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความครุ่นคิด ความเครียด การสร้างควมมีคุณค่าที่เกิดขึ้นของตนเอง และความต้องการในการดูแลและให้คำปรึกษาและการสนับสนุนจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ส่วนที่ 2 ข้อคำถามของผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทศนคติและการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ความรู้และทักษะในการดูแลและช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย การสนับสนุนจากครอบครัว ครู เพื่อน และพยาบาล/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง โดยผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาลจิตเวช และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในข้อคำถามและนำข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิไปคำนวณหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ได้คะแนนความสอดคล้องรายข้อ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ของแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างอยู่ระหว่าง .67 - 1.00 และได้นำไปทดลองใช้กับวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยสัมภาษณ์วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทีละคน ใช้เวลาคนละ 30 - 45 นาที จนครบหมดทุกคน ซึ่งหลังจากการสัมภาษณ์แต่ละครั้งผู้วิจัยนำมาจดบันทึก และได้ทบทวนและสะท้อนเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ให้วัยรุ่นได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลของตนเองอีกครั้ง หากข้อมูลใดที่ยังไม่ชัดเจนผู้วิจัยจะนัดวันและเวลาสัมภาษณ์เพิ่มเติม จนได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ สำหรับกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัว ครู/ อาจารย์ เพื่อน และบุคลากรทางสาธารณสุข ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยแยกแบ่งกลุ่มสัมภาษณ์ทีละกลุ่ม ใช้สถานที่ของห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่มีบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องอยู่ในบริเวณสัมภาษณ์ ผู้วิจัย 1 คน จะเป็นผู้สัมภาษณ์ ผู้วิจัย อีก 2 คน จะจดบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์ และสังเกตการณ์ใช้เวลาดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มละ 4 ชั่วโมง ซึ่งมีการพักช่วงในแต่ละกลุ่ม หากข้อมูลใดที่ยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจะนัดวันและเวลาสัมภาษณ์เพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยผู้วิจัยอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลที่บันทึก ระบุข้อความสำคัญ กำหนดคำสำคัญ จัดหมวดหมู่คำสำคัญ เติความและเชื่อมโยงข้อมูลความสอดคล้อง สร้างข้อสรุปเป็นประเด็น และนำประเด็นที่ได้ตรวจสอบความหมายกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เอกสาร และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นต่อไป (Joungtrakul, & Wongprasit, 2019)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ดำเนินการโดยการระดมสมอง (Brainstorming) ในทีมผู้วิจัยในวันที่ 16 กุมภาพันธ์ - 10 มีนาคม 2567 ดังนี้

1. นำผลการวิเคราะห์ในระยะที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น และสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎีในการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วม ออกแบบรูปแบบ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เรียนรู้การฟังอย่างใส่ใจ การออกแบบการมีส่วนร่วมและประเมินความคาดหวัง ซึ่งผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างบรรยากาศแห่งความไว้วางใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน มีความจริงใจ มีเมตตา ความปรารถนาดีพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ ยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการฟังอย่างใส่ใจ (Attentive Listening) และการใช้คำถาม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลยอมรับตนเอง รู้จักตนเอง และเข้าใจตนเอง รับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความครุ่นคิด ความเครียด (Corey, 2016) ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที

กิจกรรมที่ 2 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การประเมินและรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความครุ่นคิด ความเครียด และการสร้างความตระหนักและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บุคคลได้รับรู้ต่อเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความครุ่นคิด และความเครียดในสภาวะปัจจุบัน โดยให้วัยรุ่นใช้สรรพนามแทนตนเอง จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองคิด พูด และมีความต้องการอย่างไร ส่งเสริมให้มีสติและตระหนักเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาต้องใช้การรับรู้ เพื่อทำความเข้าใจในบุคคล โดยปราศจากการวิเคราะห์ เติความ ข้อมูลที่ดีได้จากการฟังอย่างใส่ใจ การสังเกต ภาษาท่าทางของบุคคล (Austad, 2009) ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที

กิจกรรมที่ 3 การปรับความคิดและพฤติกรรม กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การประเมินและตรวจสอบความคิด การตอบสนองความคิดอัตโนมัติ ทักษะการควบคุมอารมณ์และการจัดการกับความเครียด และทักษะการเผชิญและแก้ปัญหา ซึ่งผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ให้คำปรึกษาค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ หรือความคิดที่ทำให้เกิดทุกข์ ซึ่งมีผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ที่รบกวนศักยภาพในชีวิตประจำวัน โดยการใช้คำถามแบบโสเครติคเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตอบคำถามและค้นพบความคิดอัตโนมัติของตนเอง (Beck, 2011; Thapinta, 2015) กิจกรรมนี้ดำเนินการ 2 ครั้ง ๆ ละประมาณ 45 - 60 นาที

กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การค้นหาคุณค่าในตนเอง และการตั้งเป้าหมายในชีวิต ซึ่งผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนพฤติกรรมจากการพึ่งพาผู้อื่น มาสู่การพึ่งตนเอง มีประสบการณ์รับรู้เกี่ยวกับตนเอง สามารถใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ ตระหนักในคุณค่าของตน (Self-actualization) การควบคุมตนเอง (Self-regulation) และตระหนักรู้ (Awareness) และคำนึงถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาวะปัจจุบัน (Here and Now) ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที

กิจกรรมที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การฝึกทักษะในการขอความช่วยเหลือจากครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยใช้ทฤษฎีให้คำปรึกษาครอบครัวเชิงการสื่อสารที่เน้นการสื่อความหมายที่ชัดเจน มีจุดมุ่งหมายเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์กันซึ่งกันและกัน ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง เข้าใจความรู้สึกนึกคิดซึ่งกันและกัน (Beck, 2011) และใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยการส่งเสริมให้เกิดความตระหนัก ค้นหาปัญหา และร่วมกันแก้ไขปัญหา (Cohen & Uphoff, 1981) ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที

กิจกรรมที่ 6 การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ยั่งยืน กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ยั่งยืน และการประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิต ซึ่งผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยม มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้วัยรุ่นตระหนักถึงความสำคัญในการควบคุมตนเอง การรู้จักใช้เสรีภาพในการตัดสินใจเลือกสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง และรับผิดชอบการกระทำของตนเอง ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที

นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาลจิตเวช และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .67- 1.00 และมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มกิจกรรมย่อยในกิจกรรมที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม คือ การเสริมทักษะการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ครู/อาจารย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง รวม 5 คน โดยดำเนินการตามรูปแบบ มีการประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า วัยรุ่นที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยลง ซึ่งรูปแบบนี้สามารถนำไปใช้จริงได้ และช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่จะส่งผลให้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest and Posttest design) ดำเนินการในเดือน 15 มีนาคม - 5 พฤษภาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย ของโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) นักเรียนที่มีคะแนนภาวะซึมเศรียรระดับเล็กน้อย-มาก โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย ที่พัฒนาโดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ 2) นักเรียนมีความสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง และ 3) นักเรียนได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง สำหรับเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายที่อยู่ในระหว่างการรักษาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง เช่น รับประทานยารักษาจากจิตแพทย์ และนักเรียนและผู้ปกครองไม่ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมกิจกรรมตามขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายและสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 กำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.80 ความคลาดเคลื่อน (α) เท่ากับ .05 ค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ .80 และผู้วิจัยเลือก Test Family เป็น t-tests และเลือก Statistical Test เป็น Mean: Difference between two independent means (Two groups) ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 42 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยจับฉลากจากคู่มือที่คล้ายคลึงกันเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบกลุ่มละ 21 คน ซึ่งแต่ละกลุ่มประกอบด้วย นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 คน โดยมีความคล้ายคลึงกันตามเพศ อายุ ระดับชั้นที่เรียน และระดับของภาวะซึมเศรียรระดับเล็กน้อย-มาก และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 11 คน ทั้งนี้ในการแบ่งกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุมใช้วิธีการปกปิดสองทาง (Double-blinded Experiment) คือ ระหว่างการวิจัยทั้งคณะผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างจะไม่ทราบว่ากิจกรรมใดเป็นโปรแกรมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่าตนเองอยู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม มีคุณสมบัติดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 2

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย (Thai Version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) ที่พัฒนาโดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ มีความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี (Cronbach Alpha Coefficient = .88) (Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute, 2018) แบบประเมินนี้มีข้อความเหมาะสมกับวัยรุ่นไทย อายุ 11 - 20 ปี และสามารถคัดกรองและติดตามภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งลักษณะข้อความเป็นการประเมินตนเองเบื้องต้น ไม่ใช้การวินิจฉัยโรค และข้อความมีลักษณะที่สะท้อนอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ลักษณะข้อความ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 0 คะแนน เท่ากับ ความรู้สึก 1 คะแนน เท่ากับ มีบางวัน 2 คะแนน เท่ากับ มีมากกว่า 7 วัน 3 คะแนน เท่ากับ มีแทบทุกวัน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ 5 - 9 คะแนน มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย 10 - 14 คะแนน มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง และคะแนน 15 - 19 คะแนน มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือภาวะซึมเศร้าในระดับมาก (Panyawong, Pavasuthipaisit, & Santitadukul, 2022)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง
2. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
3. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์และคุณสมบัติที่กำหนด
4. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ ประโยชน์ที่จะได้รับในการร่วมกิจกรรม และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย
5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ขั้นทดลอง

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการตามกิจกรรมของรูปแบบ ในช่วงกลุ่มตัวอย่างปิดภาคการศึกษา และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกวันที่สะดวกและตกลงมาพร้อมกันในแต่ละสัปดาห์ ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และดำเนินการกิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เรียนรู้การฟังอย่างใส่ใจ การออกแบบการมีส่วนร่วม และประเมินความคาดหวัง ใช้เวลา 45 - 60 นาที

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การประเมินและรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความครุ่นคิด ความเครียด และการสร้างความตระหนักและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันฆ่าตัวตาย ใช้เวลา 45 - 60 นาที

สัปดาห์ที่ 3 - 4 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 การปรับความคิดและพฤติกรรม กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การประเมินและตรวจสอบความคิด การตอบสนองความคิดอัตโนมัติ ทักษะการควบคุมอารมณ์และการจัดการกับความเครียด และทักษะการเผชิญและแก้ปัญหา ใช้เวลา 45 - 60 นาที

สัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การค้นหาคุณค่าในตนเอง และการตั้งเป้าหมายในชีวิต

สัปดาห์ที่ 6 ดำเนินกิจกรรมที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การเสริมทักษะการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง และการฝึกทักษะในการขอความช่วยเหลือจากครอบครัว และกิจกรรมที่ 6 การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ยั่งยืน กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ยั่งยืน และการประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิต

กลุ่มควบคุม

นัดวันและเวลาที่ไม่ตรงกับกลุ่มทดลอง และผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มควบคุมให้ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันตามปกติ พร้อมทั้งนัดวันเวลาสำหรับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือภาวะซึมเศร้า

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากเสร็จการร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 และเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ใช้เวลา 10 - 15 นาที จากนั้นตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลที่ได้ ก่อนไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ และเมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาแก่กลุ่มควบคุม และได้ประสานความร่วมมือกับครู/ อาจารย์ และครอบครัว ในการดูแลช่วยเหลือแก่กลุ่มตัวอย่างต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามรูปแบบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยกว่า 30 ($n < 30$) และไม่เป็นอิสระต่อกัน (ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน) ถึงแม้ว่าการทดสอบการแจกแจงปกติของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบว่าการแจกแจงไม่เบี่ยงเบนจากความปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} > .05$)
3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามรูปแบบกับกลุ่มควบคุมที่ให้ดำเนินชีวิตตามปกติ โดยใช้สถิติ Mann-whitney U test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยกว่า 30 ($n < 30$) คะแนนภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรตามซึ่งข้อมูลเชิงอันดับ และกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ซ้ำกัน ถึงแม้ว่าการทดสอบการแจกแจงปกติของคะแนนภาวะซึมเศร้าของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Shapiro-wilk พบว่าการแจกแจงไม่เบี่ยงเบนจากความปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} > .05$)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เลขที่ 2024/2 วันที่ 15 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย-มาก จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 16.88 ของนักเรียนทั้งหมดในโรงเรียน ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ได้แก่ มีเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ และความเครียดจากปัญหาครอบครัว ปัญหาเพื่อนสนิทหรือคนรอบข้างที่มากดดัน และปัญหาการเรียน เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“รู้สึกน้อยใจพ่อแม่ มีคำพูดเชิงลบของคนในครอบครัว เพื่อนไม่จริงใจ นินทา ถูกบูลลี่ทำให้เครียด มีอารมณ์ร้อน รู้สึกเป็นภาระผู้อื่น ไม่ชอบตนเอง งานเยอะมากในช่วงใกล้สอบ สูญเสียคนที่รัก ไม่อยากมีชีวิตอยู่ (อยากบีบคอตัวเองให้ตายไปเลย) เครียด รู้สึกเบื่อ เหนื่อย หดหู่ เสียใจ เศร้า ไม่มีความสุข รู้สึกเฉย ๆ กับตัวเอง รู้สึกว่าครอบครัวไม่เข้าใจ ทำให้ตัวเองไม่มีอิสระในการใช้ชีวิต”

เมื่อมีปัญหาและความเครียด วัยรุ่นกลุ่มนี้ก็จะครุ่นคิดทางลบและคิดซ้ำ ๆ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“คิดว่าชีวิตนี้อยู่เพื่อใคร ถ้าตายคงจะดี อยากตัดปัญหา ไม่อยากมีชีวิตอยู่ อยากตาย รู้สึกว่าตนเองไม่สวย ไม่เก่งเหมือนคนอื่น อยากทำให้พ่อแม่ภูมิใจ ความผิดพลาดในชีวิต ตัวเองแยทำอะไรก็ผิด ไม่มีกำลังใจในการเรียนนอนไม่หลับ ร้องไห้บ่อย คิดมาก ไม่มีสติ จิตใจฟุ้งซ่าน เศร้า ไม่มีความสุข รู้สึกตนเองไร้ค่า คิดไม่อยากอยู่ คิดอยากทำร้ายตนเอง คิดฆ่าตัวตายแต่ไม่กล้าทำ”

ซึ่งจะส่งผลให้วัยรุ่นรู้สึกสิ้นหวังและคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งวัยรุ่นต้องการสนับสนุนหรือได้รับการช่วยเหลือกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ต้องการให้มีการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย ให้คำปรึกษา โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู/ อาจารย์ พ่อแม่ แฟน เพื่อนสนิท ที่เข้าใจ ยอมรับ ให้กำลังใจ มีเหตุผลและดูแลใกล้ชิด ต้องการวิธีการจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นในใจ โดยเฉพาะคิดอยากตาย”

สำหรับครู/ อาจารย์ มีการรับรู้และเข้าใจนักเรียนที่เป็นวัยรุ่น การประเมินและคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอาจทำได้ไม่ต่อเนื่องและบางครั้งพบว่านักเรียนไม่ได้เข้ามาบอกปัญหาครูโดยตรง ซึ่งครู/ อาจารย์ มีข้อเสนอแนะว่า “ต้องมีความรู้ ความเข้าใจวัยรุ่นและมีทักษะในการดูแลช่วยเหลือนักเรียน”

ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักทุกคนให้ความสำคัญและตระหนักถึงการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายของวัยรุ่น แต่บางครั้งไม่ทราบว่ามีปัญหาอะไรบ้าง จึงไม่สามารถช่วยลูกได้ ต้องการมีความรู้เพื่อป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายของวัยรุ่นมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เห็นลูกเจียบ ๆ ไม่พูดอะไร หรือเล่าในสิ่งเป็นปัญหา บางครั้งแยกตัว เล่นมือถือ ทำให้ไม่พอใจลูก บางครั้งคิดว่า โดยไม่ได้สอบถามข้อมูลหรือสาเหตุที่เกิดขึ้น ซึ่งรับรู้ว่าลูกเสียใจ ดังนั้นพ่อแม่ควรเข้าถึงและเข้าใจลูก แต่พ่อแม่มีความรู้น้อยในการประเมินปัญหา ต้องการได้รับความรู้ และให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นได้”

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ มีความเครียดจากปัญหาครอบครัว เพื่อน และการเรียน ส่วนผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัว ครู/ อาจารย์ เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน ตระหนักถึงความสำคัญและต้องการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

2. รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังภาพที่แสดงด้านล่างนี้



ภาพ 2 รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น แสดงดังตารางนี้

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามรูปแบบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Ranks Test)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p-value (1-tailed)
	M	SD	IQR	M	SD	IQR		
ภาวะซึมเศร้า	17.00	4.98	17.00	11.40	7.44	22.00	2.492	.013

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาตามรูปแบบ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามรูปแบบ กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ดำเนินชีวิตตามปกติ โดยใช้สถิติ Mann-whitney U Test

ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			Z	p-value (2-tailed)
	M	SD	IQR	M	SD	IQR		
ก่อนการทดลอง	17.00	4.98	17	13.70	4.66	15	1.33	.190
หลังการทดลอง	11.40	7.44	22	9.10	3.69	11	1.84	.514

จากตาราง 2 จะเห็นได้ว่า ก่อนการทดลอง คะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน และหลังการทดลอง พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

1. การศึกษาสภาพปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น จากผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นมีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับน้อย-มาก คิดเป็นร้อยละ 16.88 หากวัยรุ่นกลุ่มนี้ไม่ได้รับดูแล ช่วยเหลือ จะมีแนวโน้มให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและกระทำพฤติกรรมฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มสูงขึ้น (Rungsang & Chaimongkol, 2017) สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ที่พบว่าวัยรุ่นมีเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ครุ่นคิดคิดซ้ำ ๆ เกี่ยวกับเรื่องที่เกิดขึ้น ทั้งปัญหาการเรียน ครอบครัว เพื่อนสนิทหรือคนรอบข้างที่มากดดัน ทำให้วัยรุ่นเกิดความคิด ความรู้สึกทางลบ เช่น มองตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ เป็นภาระให้กับคนอื่นและหากพบกับความผิดหวังหรือล้มเหลวซ้ำ ๆ จะทำให้สูญเสียความภาคภูมิใจ วัยรุ่นก็จะใช้กลไกทางจิตในการกล่าวโทษตนเอง รู้สึกผิด รู้สึกบาป คิดสับสน ส่งผลให้วัยรุ่นรู้สึกสิ้นหวัง และเกิดภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ (Beck, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนใจในชีวิตที่ทำให้รู้สึกสิ้นหวัง มองโลกในแง่ลบ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้ลักษณะของสังคมแวดล้อมของวัยรุ่น ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน และกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นเช่นกัน การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย วัยรุ่นควรรับรู้ความคิดความรู้สึกนั้น และจัดการกับความครุ่นคิดหรือความเครียด สร้างคุณค่าให้กับตนเอง การสนับสนุนการดูแล ช่วยเหลือจากครอบครัว ครู/อาจารย์ เพื่อน และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อย่างเข้าใจ เข้าถึง และรวดเร็ว จะช่วยป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้ (Hataiyusuk, & Apinuntavech, 2020; Vanprom, Saitthanwanitkul, Chantarachit, & Aekwarangkoon, 2022)

2. การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมี 6 กิจกรรม ดำเนินการตั้งแต่กิจกรรมที่ 1 - 6 ตามลำดับ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นกิจกรรมที่ประยุกต์ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Client-center Theory) ที่มีจุดมุ่งหมายให้วัยรุ่นมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจและมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งจะเล่าเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบและความเครียดได้ สิ่งสำคัญผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการฟังอย่างใส่ใจ (Attentive Listening) และการใช้คำถาม ซึ่งจะช่วยให้วัยรุ่นเรียนรู้ทักษะฟังในสิ่งที่วัยรุ่นเล่า หรือระบายความคิดความรู้สึก ทำให้วัยรุ่นเปิดเผยปัญหาที่แท้จริง เข้าใจ ยอมรับตนเอง รู้จักตนเอง และรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความครุ่นคิดและความเครียดที่เกิดขึ้นของตนเองได้ ขณะเดียวกันรับรู้ถึงเพื่อนในกลุ่มที่ยอมรับและเข้าใจตนเอง (Corey, 2012)

กิจกรรมที่ 2 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นการประเมินและรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความครุ่นคิด และความเครียดที่เกิดขึ้นของวัยรุ่นในภาวะปัจจุบัน (Here and Now) โดยผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt) ให้วัยรุ่นรับรู้ตนเองโดยใช้สรรพนามแทนตนเอง ซึ่งจะทำให้วัยรุ่นได้สำรวจความคิด ความรู้สึก และความต้องการของตนเอง ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาต้องทำความเข้าใจในบุคคลฟังอย่างใส่ใจ การสังเกต และภาษาท่าทางของบุคคล (Austad, 2009)

กิจกรรมที่ 3 การปรับความคิดและพฤติกรรม เริ่มจากการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การประเมินและตรวจสอบความคิด การตอบสนองความคิดอัตโนมัติ ทักษะการควบคุมอารมณ์และการจัดการกับความเครียด และทักษะการเผชิญและแก้ปัญหา โดยผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Counseling) โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้ทักษะการฟัง การใช้คำถาม และการสะท้อนความคิดและความรู้สึกให้วัยรุ่นได้สำรวจความคิดที่เกิดขึ้นก่อนการเกิดอารมณ์ และสำรวจความคิดเชิงลบ ประเมินความคิด

และอารมณ์ที่เป็นปัญหา ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการจัดการกับอารมณ์ หรือความเครียดที่เกิดขึ้น จากนั้นผู้ให้คำปรึกษาได้รับมุมมองความคิดเชิงบวก และมอบหมายให้วัยรุ่นได้ฝึกความคิดเชิงบวกและนำมาเล่าสู่กันฟัง (Beck, 2011; Thapinta, 2015)

กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง โดยผู้วิจัยได้ให้วัยรุ่นค้นหาคุณค่าในตนเอง และการตั้งเป้าหมายในชีวิต ตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt) ทฤษฎีนี้จะช่วยให้วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย มีการรับรู้และการยอมรับตนเองตามสภาพที่เป็นจริง เปลี่ยนพฤติกรรมจากการพึ่งพาผู้อื่นมาสู่การพึ่งตนเอง สามารถใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ ตระหนักในคุณค่าของตน (Self-actualization) การควบคุมตนเอง (Self-regulation) และตระหนักรู้ (Awareness) และคำนึงถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในภาวะปัจจุบัน (Here and Now) สอดคล้องกับการศึกษาของ Monthong (2015) ที่ศึกษาผลการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเกสตัลท์ต่อการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีภูมิคุ้มกันทางจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กิจกรรมที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม มีการดำเนินการในการเสริมทักษะการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง และการฝึกทักษะในการขอความช่วยเหลือจากครอบครัว ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจในบทบาทของครอบครัว ครูอาจารย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชนที่มีส่วนร่วมดูแลช่วยเหลือและแก้ปัญหาให้กับวัยรุ่น มีสัมพันธภาพที่ดี และใช้การสื่อสารด้วยท่าทีที่แสดงถึงความรัก ความเข้าใจ ความห่วงใย และให้วัยรุ่นรู้สึกปลอดภัย โดยประเมินความเครียดที่กำลังเป็นอยู่ ความคิดฆ่าตัวตาย ตรวจสอบพฤติกรรมการใช้ยา สารเสพติดหรือของมีเมา สังเกตและประเมินพฤติกรรม เช่น ซึม เศร้า หงุดหงิด เบื่อ ไม่ค่อยสนใจ นอนไม่หลับ รู้สึกแย่กับตนเอง ไม่ค่อยมีสมาธิ พูดและเคลื่อนไหวช้า มีลักษณะคำพูดและพฤติกรรมที่สื่อแสดงถึงสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย การพูดเรื่องความตาย มีคำพูดแปลก ๆ เป็นต้น กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องดังกล่าว สามารถช่วยให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าลดลง และทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีระดับความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น (Jansam, 2016)

กิจกรรมที่ 6 การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ยั่งยืน มีการดำเนินการการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ยั่งยืน และการประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยให้ผู้รับคำปรึกษาสะท้อนความคิด แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองจากการได้รับกิจกรรมข้างต้น เพื่อแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม และนำการเรียนรู้ไปประยุกต์ และพัฒนาตนเองต่อไป โดยผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้รับฟังและไม่ได้แย้งความคิด ความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา

3. การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เป็นเพราะรูปแบบการให้คำปรึกษามีการบูรณาการ 5 ทฤษฎี ทำให้วัยรุ่นเปิดใจ รับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบและสาเหตุที่ทำให้เกิดความคิดและอารมณ์ความรู้สึกทางลบ เมื่อรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาได้ใช้คำถามกระตุ้นให้เกิด ความคิด ความรู้สึกเชิงบวก ภายใต้บรรยากาศอบอุ่น ไว้วางใจ รวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ครู/ อาจารย์ ครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เข้าร่วมตั้งแต่กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมที่ 2 และ กิจกรรมที่ 5 มีความตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น รับรู้ถึงปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น และพร้อมที่จะปรับบทบาทของตนเองในการเข้าใจ เข้าถึง และให้คำปรึกษาในป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น เมื่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าใจและยอมรับวัยรุ่นกลุ่มนี้ ทำให้วัยรุ่นกล้าที่จะบอกปัญหาหรือความต้องการของตนเอง และครอบครัวที่ใกล้ชิดกับวัยรุ่น สามารถประเมินพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพิ่มว่าอาจเพิ่มกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน และติดตามผลพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามีส่วนร่วมมากขึ้น สอดคล้องกับศึกษาการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่า

ตัวตายงังหวัดยโสธร พบว่า หลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายมีคะแนนของภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 บุคลากรมีความรู้ ทักษะและทักษะป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Jansam, 2016) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมตามรูปแบบ ทำให้วัยรุ่นมีความไว้วางใจ ระบายความรู้สึกและเล่าถึงเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ และพร้อมที่จะปรับความคิด ความรู้สึกเชิงบวกได้มากขึ้น ประกอบทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเข้าใจและเปิดใจรับฟังปัญหา การให้กำลังใจ เสริมสร้างคุณค่าให้กับวัยรุ่น ให้การดูแลช่วยเหลือเสมือนมีคนอยู่เคียงข้าง ทำให้วัยรุ่นมีที่ปรึกษาปัญหา ปรับตัวและปรับความคิดได้เมื่อเกิดปัญหา ซึ่งจะช่วยป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้ สำหรับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายว่าวัยรุ่นทั้งสองกลุ่มได้รับรู้ว่าตนเองมีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับใด เมื่อรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นบุคคลที่มีการจัดการกับปัญหาของตนเองได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หากพบเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบอีก ก็อาจทำให้มีความคิดความรู้สึกเชิงลบซ้ำ ๆ ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายได้อีก ดังนั้นวัยรุ่นจำเป็นต้องได้รับการรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ เรียนรู้การปรับความคิดและความเครียดที่เกิดขึ้น มีตัวอย่างที่ดีในการแก้ปัญหา การได้รับกำลังใจ ยอมรับและเสริมคุณค่าซึ่งกันและกัน รวมทั้งการเข้าใจ เข้าถึง และร่วมกันดูแลช่วยเหลือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง เมื่อทุกฝ่ายร่วมกันจะทำให้ป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้อย่างยั่งยืน (Chaniang & Meuangkhw, 2019)

จุดเด่นของรูปแบบนี้ คือ มีกิจกรรมที่สามารถทำให้วัยรุ่นไว้วางใจ และเชื่อมั่นในตนเองที่จะปรับความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองได้ รู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น เปิดใจที่จะเล่าเรื่องราวให้กับคนที่ไว้วางใจ โดยเฉพาะครอบครัว ข้อจำกัดของรูปแบบ คือ การดำเนินกิจกรรมเป็นการให้คำปรึกษารายกลุ่ม ดังนั้นจะต้องเพิ่มเติมกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อนำไปสู่การเข้าถึงปัญหาตามสภาพจริงให้มากขึ้น

การนำผลวิจัยไปใช้

1. ครู/ อาจารย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรประยุกต์กิจกรรม ทั้งการเสริมสร้างทัศนคติที่ดี และการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง การประเมินและรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความครุ่นคิด และความเครียดที่เกิดขึ้นของวัยรุ่น การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การประเมินและตรวจสอบความคิด การตอบสนองความคิดอัตโนมัติ ทักษะการควบคุมอารมณ์ การจัดการกับความเครียด ทักษะการเผชิญและแก้ปัญหา การเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นในโรงเรียนและชุมชน

2. ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาศักยภาพครู/ อาจารย์ในโรงเรียนให้มีความรู้ ความสามารถและทักษะในการดูแล ช่วยเหลือ และให้คำปรึกษาแก่นักเรียนและผู้ปกครอง รวมทั้งการส่งต่อให้กับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนานวัตกรรมหรือโปรแกรมเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ทั้งในโปรแกรมสำเร็จรูปหรือลักษณะออนไลน์

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการให้ครอบครัวหรือผู้ปกครองและเพื่อน เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดยเพิ่มกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน รวมทั้งการติดตามผล ทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี

References

- Austad, C. S. (2009). *Counseling and Psychotherapy Today: Theory, Practice, and Research*. New York: McGraw Hill.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. (2nd ed). New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects* (2nd eds.). Pennsylvania: University of Pennsylvania.
- Chaniang, S., Fongkaew, W., Stone, T. E., & Sethabouppha, H. (2019). Development and evaluation of a suicide prevention program for secondary school students. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 23(3), 201-212.
- Chaniang, S., & Meuangkha, P. (2019). Adolescent suicide risk behavior. *Journal of Nursing Siam University*, 20(39), 121-130. (in Thai)
- Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute. (2018). Development of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents. Department of Mental Health, Ministry of Public Health). (in Thai)
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1981). *Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation*. Ithaca, NY: Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University.
- Corey, G. (2016). *Theory and Practices of Group Counseling* (8th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole. Cengage Learning.
- Dexter, G., & Wash, M. (1995). *Psychiatric Nursing Skills: A Patient-Centered Approach* (2nd ed.). London: Chapman & Hall.
- Hataiyusuk, S., & Apinuntavech, S. (2020). Adolescent suicide in Thailand: Incidence, causes and prevention. *Siriraj Medical Bulletin*, 13(1), 40-47. (in Thai)
- Jansam, S. (2016). *The Development of Community Participation Model for Suicide Prevention in Yasothon Province*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration, Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)
- Joungtrakul, J., & Wongprasit, N. (2019). Content analysis for data analysis in qualitative research. *PAAT Journal*, 2(2), 1-14. (in Thai)
- Khammanee, N. (2016). *A Development of Integrative Multi-Theoretical Group Counseling: Existential and Reality Therapy to Enhancing the Reasons for Living of Female Inmates*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Counseling Psychology, Burapha University. (in Thai)
- Monthong, A. (2015). *The Effective of Gestal Group Counselling on The Enhancement of Psychology Immunity of Lower Secondary School*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science in Counseling Psychology, Burapha University. (in Thai)

- Panyawong, W., Pavasuthipaisit, C., & Santitadukul, R. (2022). Validation of the Thai version of the patient health questionnaire for adolescents (PHQ-A) in school setting. *Journal of Mental Health of Thailand*, 30(1), 38-48. (in Thai)
- Rungsang, B., & Chaimongkol N. (2017). The prevalence of suicidal ideation among high school students in Thailand and its potential related risk factor. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 12(1), 31-35. (in Thai)
- Sukhawaha, S., & Arunpongpaisal, S. (2017). Risk factor and theory associated with suicide in adolescents: Narrative reviews. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 62(4), 359-378. (in Thai)
- Thapinta, D. (2015). Cognitive behavior counseling. *Nursing Journal CMU*, 42(Supplement), 205-213. (in Thai)
- Vanprom, W., Saithanwanitkul, M., Chantarachit, R., & Aekwarangkoon, S. (2022). The effective of depression and mental trauma experience on suicide risk among elementary school students in extended opportunity schools, Nakhon Si Thammarat province. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 36(1), 88-103.
- Vatansin, D. (2023). *Adolescent Depression: Basic Concept and Nursing Care*. Chiang Mai: Wanida Printing.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
ในจังหวัดสุรินทร์

Factors Influencing Rabies Prevention Behaviors among Village Health Volunteers
in Surin Province

ธวัชชัย ยืนยาว^{1*}

Thawatchai Yeunyow^{1*}

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: July 12, 2025; Revised: August 1, 2025; Accepted: August 18, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาเชิงสหสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 414 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ได้ค่าความตรงระหว่าง .67 – 1.00 ได้ค่า KR-20 เท่ากับ .91 แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ได้ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .94 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อสม. ในจังหวัดสุรินทร์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.12$, $SD = 0.51$)

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อสม. ในจังหวัดสุรินทร์ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ($Beta = .374$) และทัศนคติต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ($Beta = .201$) โดยตัวแปรทั้ง 2 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 20.40 ($adjR^2 = .204$, $p\text{-value} < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรให้การสนับสนุนในการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ตลอดจนการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและการตระหนักถึงความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า

คำสำคัญ: โรคพิษสุนัขบ้า พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: thawatchai.yeun@gmail.com)

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine behaviors and factors influencing rabies prevention behaviors among 414 village health volunteers (VHVs), selected through stratified random sampling in Surin Province. The research instruments consisted of 1) a knowledge questionnaire on rabies prevention (item-objective congruence values ranging from .67 to 1.00 and a KR-20 reliability coefficient of .91), 2) an attitude questionnaire toward rabies prevention (Cronbach's alpha coefficient of .94), and 3) a rabies prevention behavior questionnaire (Cronbach's alpha coefficient of .96). Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The results showed as follows.

1. Overall, VHVs in Surin Province demonstrated a high level of rabies prevention behaviors ($M = 4.12$, $SD = 0.51$).

2. Factors influencing rabies prevention behaviors included knowledge about rabies prevention ($Beta = .374$) and attitudes toward rabies prevention ($Beta = .201$). These two variables significantly explained 20.4% of the variance in rabies prevention behaviors ($adjR^2 = .204$, $p\text{-value} < .001$).

The findings suggest that subdistrict health-promoting hospitals should provide continuous support to enhance knowledge of rabies prevention, foster positive attitudes, and raise awareness of the severity of rabies.

Keywords: Rabies, Rabies Prevention Behavior, Village Health Volunteers

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยที่สำคัญและมีผู้ป่วยเสียชีวิตทุกปี ซึ่งในปี พ.ศ.2567 พบผู้เสียชีวิต 4 ราย (จังหวัดยโสธร ตาก บุรีรัมย์ และสมุทรปราการ) ในปีพ.ศ.2568 ยังไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต ส่วนสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ตั้งแต่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 พบเชื้อในสัตว์ 305 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 5.01 ของตัวอย่างทั้งหมด 6,088 ตัวอย่าง (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2025) นอกจากนี้ยังพบว่าการระบาดของในสัตว์อย่างต่อเนื่อง โดยการป้องกันโรคในสุนัขซึ่งเป็นสัตว์พาหะ นำโรคหลัก ยังไม่ครอบคลุมร้อยละ 80 ของจำนวนสุนัขทั้งหมดในพื้นที่ ไม่มีการควบคุมการเคลื่อนย้าย หรือการนำ สัตว์จากพื้นที่อื่นเข้ามาในพื้นที่ที่มีการควบคุมโรคดีแล้ว ทำให้มีการแพร่โรคพิษสุนัขบ้าไปได้ไกล การตัดหัวสัตว์ ส่งตรวจน้อย ส่งผลให้ระบบการเฝ้าระวังควบคุมโรคในสัตว์เสียไป เจ้าของสุนัขไม่มีความรับผิดชอบ ไม่นำสุนัขไปฉีด วัคซีน ไม่คุมกำเนิดจำนวนสุนัข ปลอมยี่ห้อให้มีจำนวนมากเกินไป การเลี้ยงแบบปล่อยทำให้มีโอกาสสัมผัสกับสัตว์ที่เป็น โรคพิษสุนัขบ้า และคนที่มีความเสี่ยงเมื่อถูกสัตว์พาหะที่อาจเป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัดหรือข่วน แล้วไม่ได้พบแพทย์โดยเร็ว และยังไม่มีการค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยงมารับวัคซีนอย่างครอบคลุม (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2022)

จากสถานการณ์ผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าในจังหวัดสุรินทร์ 5 ปีย้อนหลัง พบว่าปี พ.ศ. 2563 ไม่มี ผู้เสียชีวิต ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 2 ราย ปี พ.ศ.2565 ไม่มีผู้เสียชีวิต ปี พ.ศ. 2566 มีจำนวน 2 ราย และปี พ.ศ. 2567 ไม่มีผู้เสียชีวิต (Surin Provincial Health Office, 2025) ยังมีการพบเชื้อโรคในสัตว์เกือบทุกพื้นที่ โดยเฉพาะ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (อีสาน) ภาคกลาง และภาคใต้ สัตว์ที่มีการติดเชื้อสูงสุด คือ สุนัข รองลงมา ได้แก่ วัว ควาย ซึ่งถูกสุนัขกัด องค์การอนามัยโลกได้จัดระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า กรณีที่มีการรับประทานเนื้อว่า ที่ติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าโดยไม่ทำให้สุก เป็นความเสี่ยงในระดับที่ 2 จาก 3 ระดับ (Department of Disease

Control, Ministry of Public Health, 2025) ซึ่งตามโครงการพระราชดำริ “สัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า” จะต้องปลอดโรคพิษสุนัขบ้าภายใน ปี พ.ศ. 2568 และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2567 ประเด็น 13 นักท่องเที่ยวปลอดภัยพื้นที่ท่องเที่ยวปลอดโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies Free Zone) เป็นจังหวัดนาร่องหนึ่งใน 31 จังหวัดมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เห็นควรให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้สนับสนุนการร่วมตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาข้อมูลและระบบการสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ผ่านช่องทางที่เหมาะสมกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายการสร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายด้านการป้องกันควบคุมโรค เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัยและส่งเสริมการพัฒนาและปัจจุบันพบว่า ข้อมูลข่าวสารความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพมีทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ถูกนำมาเผยแพร่ในสื่อสังคมออนไลน์ โดยขาดการพิจารณาถ่วงท่วง ทำให้ประชาชนที่ใช้สื่อออนไลน์ส่วนหนึ่งหลงเชื่อโดยไม่ตรวจสอบกับแหล่งข้อมูลที่ถูกต้อง และไม่สามารถแยกแยะได้ว่าข้อมูลชุดใดที่ไม่สมควรเชื่อถือ เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย ผลของการเสพสื่อและรับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องมาใช้ นำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง เสียเวลา และเสียค่ารักษาพยาบาล (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2022) โดยการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าได้มีการบูรณาการการทำงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องตามหลักเกณฑ์ ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในคนและในสัตว์ 2) สถานการณ์การสำรวจ 3) จำนวนประชากรสัตว์ 4) การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ และ 5) การควบคุมจำนวนประชากรสัตว์ (Yurachai, Karaseranee, & Songkeaw, 2022) ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวนี้ผู้ที่มิบทบาทในการดำเนินการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าได้อย่างใกล้ชิดและรวดเร็ว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อสม. เป็นกลุ่มคนที่มีจิตอาสาในการทำงานด้านสาธารณสุขและเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีบทบาทที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานงานกิจกรรมสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและการรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2022) ซึ่งการพัฒนาและยกระดับความรู้ อสม. ให้เป็นหมอประจำบ้านควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพระบบการบริการสาธารณสุขในชุมชนผ่านการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลควบคู่ไปกับการเพิ่มบทบาทของ อสม. เพื่อลดการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ ลดความรุนแรงของโรค ลดความแออัดของโรงพยาบาลและลดการพึ่งพาโรงพยาบาล (Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2023) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนภาคตะวันออก ประเทศไทย พบว่า ระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และแรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างมีนัยสำคัญ (Loarujisawat, 2022) และยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมตามแผนกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองปากน้ำสมุทรปราการ ตำบลบางเมือง อำเภอบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งพบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสัมพันธ์กันเชิงบวกกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (Montarat, 2017) และการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของนักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดชลบุรี ประเทศไทย ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าและทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (Laorujisawat, Wattanaburanon, Abdullakassim, & Maharachpong, 2022) และการทบทวนจากต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมาตรการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในศูนย์สุขภาพชุมชน แห่งหนึ่ง

ในประเทศอินโดนีเซีย ซึ่งพบว่า การมีความรู้ที่ดีและทัศนคติเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับมาตรการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (Prihartini, Syamruth, & Hinga, 2023) ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติ (Knowledge, Attitude, Practice) (Schwartz, 1975) ซึ่งอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติ โดยเชื่อว่าความรู้เป็นพื้นฐานที่นำไปสู่การเกิดทัศนคติ และทัศนคติที่ถูกต้องจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติ

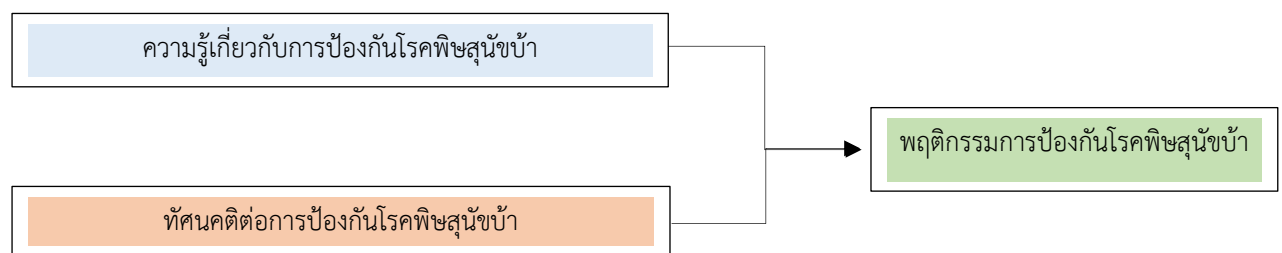
จากสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าใน อสม. ถือว่าเป็นกำลังสำคัญในการป้องกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการให้ความรู้แก่ประชาชนและการส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์เลี้ยง และควบคุมการแพร่ระบาดในชุมชนและยังต้องมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดี เพื่อเป็นต้นแบบในชุมชนซึ่ง อสม.เป็นบุคลากรในระดับชุมชนที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน ถือว่าเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานดังกล่าว และมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคในชุมชนได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อสม. ในจังหวัดสุรินทร์ เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการไปพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุรินทร์ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า ทั้งนี้เพื่อลดความรุนแรงของโรคและการแพร่ระบาดในเขตจังหวัดสุรินทร์ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อสม. ในจังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อสม.ในจังหวัดสุรินทร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิด KAP model (Schwartz,1975) มาปรับใช้ ซึ่ง KAP Model ได้แก่ 1) ด้านความรู้ 2) ด้านทัศนคติ และ 3) ด้านพฤติกรรม ผู้วิจัยใช้รูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ซึ่งอธิบายว่าความรู้ที่ดีและถูกต้องสามารถทำให้เกิดทัศนคติที่ดี และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม หรือทัศนคติมีผลต่อการปฏิบัติและความรู้มีผลต่อทัศนคติ ทำให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเชิงสหสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 25,244 คน (Primary Health Care Division,2025).

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 414 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางการคำนวณของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง 377 คน เป็นการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามจาก Google Form ซึ่งอาจจะมีคุณสมบัติไม่สมบูรณ์ข้อมูลมาก ผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวอย่างเพิ่มเติมร้อยละ 10 (37 คน) รวมเป็น 414 คน ผู้วิจัยใช้สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดสุรินทร์ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 2) สามารถอ่านออกเขียนได้ 3. สามารถใช้ Application Line ได้ และ 4) เติมนใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ตอบคำถามการวิจัยได้ไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. และการได้รับการอบรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแนวคิดของ The Office of Disease Prevention and Control, 7 Khonkaen, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health (2021) โดยเลือกตอบแบบถูก-ผิด มีคะแนนเต็ม 15 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ผู้วิจัยดัดแปลงจากการวิจัยของ Thantawiwattananon (2022) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผล คือ 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด ถึง 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยดัดแปลงจากการวิจัยของ Phoommee & Saenggoen (2022) คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผล คือ 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด ถึง 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด ใช้เกณฑ์โดยเกณฑ์การแบ่งระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ใช้เกณฑ์คะแนน 5 ระดับ (Best, 1977) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามด้านความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่านและแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .67 - 1.00 แล้วนำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ ค่า KR-20 เท่ากับ .91 ความยากง่ายของคำถาม (p) เท่ากับ .50 และค่าความจำเพาะของคำถาม (r) เท่ากับ .20 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 และ .96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบ Online Survey โดยสร้างเป็น Google Form แล้วส่งแบบสอบถามออนไลน์ไปยังตัวแทนผู้ประสานในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดสุรินทร์ ผ่าน Application Line เพื่อส่งต่อไปยังกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) และเกณฑ์การคัดเข้า โดยในแบบสอบถามออนไลน์มีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและการยินยอมให้ข้อมูล ก่อนตอบ

แบบสอบถาม ทั้งนี้ภายหลังส่งแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามในทุก ๆ วัน ซึ่งจากการเก็บข้อมูลออนไลน์ผู้วิจัยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ได้ข้อมูล 421 ชุด ผู้วิจัยจึงยุติการรับแบบสอบถามโดยแจ้งและแสดงความขอบคุณไปยังผู้ประสาน จากการตรวจสอบพบว่าแบบสอบถามออนไลน์ที่ได้รับคืนมาจำนวน 7 ชุด ที่ขาดความสมบูรณ์ที่ไม่สามารถใช้วิธีแทนข้อมูลสูญหายได้ (Missing) คงเหลือข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย 414 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อพรรณนาข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ใช้ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโดยใช้สถิติถดถอยพหุ (Multiple Regression) นำเข้าตัวแปรแบบขั้นตอน (Stepwise) ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุ ผู้วิจัยได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019) ของสถิติที่ใช้ ดังนี้

2.1 การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) และตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

2.2 ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนที่ ต้องมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot พบว่ามีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง ± 3

2.3 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยการพิจารณาจากค่า Tolerance เท่ากับ .966 และค่า VIF เท่ากับ 1.035

2.4 ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.908

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ได้หนังสือรับรองเลขที่ COA no.34/2568 เลขที่โครงการวิจัย 36/2568 วันที่รับรอง 25 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=414)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	66	15.94
หญิง	348	84.06
อายุ ($M = 53.29$, $SD = 8.86$, $Min = 25$, $Max = 78$)		
สถานภาพ		
โสด	37	8.93
สมรส	323	78.02

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=414)	ร้อยละ
หม้าย	33	7.97
หย่าร้าง	21	5.08
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	14	3.38
ข้าราชการบำนาญ	1	0.25
รับจ้าง	49	11.84
เกษตรกร	338	81.64
ค้าขาย	12	2.89
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	192	46.37
มัธยมศึกษา/ปวช.	205	49.52
ปวส. /อนุปริญญา	11	2.66
ปริญญาตรี/สูงกว่า	6	1.45
รายได้(บาท/เดือน) ($M = 5142.75$, $SD = 5572.92$, $Min = 300$, $Max = 50000$)		
ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. (ปี) ($M = 17.00$, $SD = 9.40$, $Min = 1$, $Max = 50$)		
การได้รับการอบรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า		
เคย	287	69.32
ไม่เคย	127	30.68

จากตาราง 1 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.06 อายุเฉลี่ย 53.29 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.02 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 81.64 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 49.52 มีรายได้เฉลี่ย 5,142.75 บาท/เดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอสม.เฉลี่ย 17.00 ปี เคยได้รับการอบรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 69.32

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อสม. ในจังหวัดสุรินทร์

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ลำดับ	พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	M	SD	แปลผล
1	การปฏิบัติตามนโยบายและคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	4.57	0.73	มากที่สุด
2	การเข้าใกล้ หรือสัมผัสกับสัตว์จรจัด หรือสัตว์ที่ไม่ทราบประวัติ	3.41	1.24	ปานกลาง
3	การพยายามแยกสัตว์ออกจากกันเมื่อเห็นสัตว์กำลังกัดกันด้วยมือเปล่า	3.67	1.28	มาก
4	การนำสุนัขและแมวไปทำหมันหรือฉีดวัคซีนอย่างต่อเนืองตามเวลานัดหมาย	3.97	1.17	มาก
5	การนำสุนัขและแมวไปรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	4.43	0.94	มาก
6	การอ่านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าจากสื่อออนไลน์ เช่น อินเทอร์เน็ต Facebook Line TikTok และช่องทางอื่น ๆ	4.27	0.88	มาก
7	การพบเห็นสุนัขหรือแมวที่สงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้า ท่านแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องทราบทันที	4.33	0.93	มาก
8	การล้างมือหลังสัมผัสสัตว์เลี้ยง	4.63	0.66	มากที่สุด
9	การหยิบภาชนะใส่อาหารของสัตว์ขณะที่สัตว์กำลังกินอาหาร	4.24	1.40	มาก

ลำดับ	พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	M	SD	แปลผล
10	การนำสัตว์เลี้ยงไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ครั้งแรกเมื่ออายุครบ 2 เดือน	4.18	1.04	มาก
11	การปล่อยให้เด็กและผู้สูงอายุให้เล่นกับสุนัขหรือแมวตามลำพัง	4.44	0.69	มาก
12	การแจ้งข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับคนในชุมชน	4.35	0.86	มาก
13	การส่งต่อข้อมูลสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนของท่านให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง	4.27	0.95	มาก
14	การอำนวยความสะดวกและประสานงานกับคนในชุมชน เมื่อมีหน่วยงานปศุสัตว์มาทำหมัน/ ฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าในชุมชน	4.43	0.88	มาก
15	การถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ตามหลักคาถา 5 ย. (1. อย่าแหย่ 2. อย่าเหยียบ 3. อย่าแยก 4. อย่าหยิบ และ 5. อย่ายุ่ง)	4.46	0.85	มาก
ภาพรวม		4.12	0.51	มาก

จากตาราง 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อสม. ในจังหวัดสุรินทร์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.12$, $SD = 0.51$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ล้างมือหลังสัมผัสสัตว์เลี้ยง ($M = 4.63$, $SD = 0.66$) รองลงมาคือ การปฏิบัติตามนโยบายและคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ($M = 4.57$, $SD = 0.73$) การถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ตามหลักคาถา 5 ย. (1. อย่าแหย่ 2. อย่าเหยียบ 3. อย่าแยก 4. อย่าหยิบ และ 5. อย่ายุ่ง) ($M = 4.46$, $SD = 0.85$) ท่านปล่อยให้เด็กและผู้สูงอายุให้เล่นกับสุนัขหรือแมวตามลำพัง ($M = 4.44$, $SD = 0.69$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การเข้าใกล้หรือสัมผัสกับสัตว์จรจัด หรือสัตว์ที่ไม่ทราบประวัติ ($M = 3.41$, $SD = 1.24$)

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อสม. ในจังหวัดสุรินทร์

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อสม. ในจังหวัดสุรินทร์

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	1.354	.251			
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	.426	.051	.374	8.375	<.001
ทัศนคติต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	.071	.016	.201	4.501	<.001
$R = .456$, $R^2 = .208$, $adj.R^2 = .204$, $df = 413$, $F = 53.955$, $SE_{est} = .53728$, $p - value < .001$					

จากตาราง 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อสม. ในจังหวัดสุรินทร์ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ($Beta = .374$) และทัศนคติต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ($Beta = .201$) โดยตัวแปรทั้ง 2 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 20.4 ($adj.R^2 = .204$, $p - value < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

คะแนนดิบ

ความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลสนาม = $1.354 + .426(\text{ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า}) + .071$ (ทัศนคติ

ต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า)

คะแนนมาตรฐาน

พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า = $.374(\text{ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า}) + .201(\text{ทัศนคติต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า})$

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อสม. ในจังหวัดสุรินทร์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.12$, $SD = 0.51$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Konkeaw, Ruenthong, & Ataboon (2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในเขตอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 77.4) และยังสอดคล้องใกล้เคียงกับการศึกษาของ Phoommee & Saengngoen (2022) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยง ตำบลพุทธรบาท อำเภอนาดูน จังหวัดขอนแก่น พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.26 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Werajong, Deepreecha, Saengdidtha & Sirimalaisuan (2022) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้บังคับบัญชาทหาร ในกองพันสุนัขทหาร แห่งหนึ่ง พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.96 ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่า ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดสุรินทร์อยู่ในระดับมากนั้น ซึ่งเกิดจากการรับรู้สถานการณ์การแพร่ระบาดในจังหวัดสุรินทร์ โดยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า 5 ปี ย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2563 – 2567) พบว่า ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 2 ราย และปี พ.ศ. 2566 มีจำนวน 2 ราย ซึ่งแสดงถึงความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้าที่ระบาดในชุมชน ซึ่งมาตรการของสำนักสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ได้กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา ได้แก่ 1) จังหวัดสุรินทร์มีการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้ครอบคลุมประชากรสัตว์เลี้ยง 2) การประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า โดยเน้นย้ำว่าโรคนี้เป็นแล้วรักษาไม่หาย แต่สามารถป้องกันได้โดยการฉีดวัคซีน 3) การควบคุมโรคในพื้นที่ที่มีการระบาด ซึ่งหากพบการระบาดในพื้นที่ จะมีการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อควบคุมโรคและค้นหาผู้สัมผัสเพื่อรับวัคซีน 4) การเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ การติดตามสถานการณ์โรคในสัตว์อย่างใกล้ชิด รวมถึงการเฝ้าระวังจากระบบสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ 5) การสร้างเครือข่ายและการบูรณาการ ซึ่งมีการสร้างเครือข่ายและบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สาธารณสุข ปศุสัตว์ ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 6) การออกข้อบัญญัติและการควบคุมสัตว์ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติในการเลี้ยงสัตว์และควบคุมการแพร่ระบาด และ 7) การเตรียมความพร้อม มีการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น การซ้อมแผนป้องกันและควบคุมโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งถือว่าเป็นทีมบุคลากรทางการแพทย์และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับมาก

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อสม. ในจังหวัดสุรินทร์ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ($Beta = .374$) และทัศนคติต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ($Beta = .201$) โดยตัวแปรทั้ง 2 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 20.4 ($adjR^2 = .204$, $p\text{-value} < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องใกล้เคียงกับการศึกษาของ Thantawiwattananon (2022) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนที่มารับบริการทางสัตวแพทย์ที่กลุ่มควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สำนักงานสัตวแพทย์สาธารณสุข สำนักงานนาย กรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้และทัศนคติที่ดีมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Galnade, Prasertchai & Chankong (2019) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและวัคซีนพิษสุนัขบ้าและทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการมารับวัคซีนครบตามกำหนดนัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อแยกเป็นรายปัจจัยสามารถอธิบายได้ว่า

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chuenta & Manwong (2024) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในพื้นที่ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p\text{-value} < .05$) ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า ทักษะการสื่อสารในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ทักษะการจัดการตนเองให้ปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และยังสอดคล้องกับของ Kiratitanaolan, Chaisowwong, Thongkorn & Kreausukon (2021) ที่ศึกษาเกี่ยวกับกฎแห่งความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติที่ดีในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนปลอดโรคในประเทศไทย ซึ่งพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่า ความรู้นั้นเกิดจากการสั่งสมมาจากการศึกษา ค้นคว้า เรียนรู้ และประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติ และทักษะ ความเข้าใจ หรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติ ความรู้ยังเกิดจากการถ่ายทอดจากบุคคลอื่น การวิจัย การประดิษฐ์คิดค้น และการใช้ความรู้ที่มีอยู่ในแหล่งความรู้ภายนอก (Suwapanit, 2017) ซึ่งความรู้ทางสุขภาพหรือความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น (Jan-Eaim, Meemon, & Kitcharoen, 2022) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Sangrat, Tongkit, & Yaebkai (2025) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้แนวคิด สบข.โมเดล ที่มีการพัฒนาในด้านองค์ความรู้เพื่อนำไปใช้ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่า ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าเป็นสิ่งสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนให้มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรค ช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า

ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Atuheire, Okwee-Acai, Taremwa, Terence, Ssali, Mwiine et al. (2024) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทศนคติ และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการแพร่ระบาดและการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนชนบทใกล้เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าในประเทศยูกันดา พบว่าทัศนคติต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าทัศนคติ คือ ความคิด ความรู้สึก หรือความเชื่อ และแนวโน้มที่จะแสดงออกมาซึ่งพฤติกรรมของบุคคลนั้น เป็นปฏิกิริยาการตอบโต้ โดยการประมาณค่าว่าชอบหรือไม่ชอบ และยังเป็นตัวตัดสินการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ที่จะส่งผลกระทบในเชิงบวกหรือเชิงลบต่อบุคคลอื่น ๆ สิ่งของและสถานการณ์ต่าง ๆ ในสภาวะแวดล้อมของบุคคลนั้น ๆ (Sukonthawirote, 2017) ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านความรู้และปัจจัยด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตามทฤษฎี KAP (Knowledge, Attitude, Practice) (Schwartz, 1975) เป็นทฤษฎีที่เน้นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรม โดยเชื่อว่าความรู้เป็นพื้นฐานในการสร้างทัศนคติที่ดี และทัศนคติเป็นแรงผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Verma, Kumar, Srivastava, Kumar, Singh & Sharma (2025) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับสัตว์กัดโรคพิษสุนัขบ้าและการป้องกันในชุมชนชนบทของประเทศตะวันตก การศึกษาแบบตัดขวาง และยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสามจังหวัดของอินโดนีเซีย ที่พบว่าความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (Rehman, Rantam, Rehman, Effendi, & Shehzad, 2021) และมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าในหมู่บ้านของสุนัขในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของคาบสมุทรมลายู การวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว หรือสรุปได้ว่า ความรู้ ทศนคติ พฤติกรรม มีผลต่อเนื่องกัน เช่น ทัศนคติมีผลต่อพฤติกรรมและพฤติกรรมมีผลมาจากทัศนคติ ซึ่งทั้งหมดจะมีพื้นฐานมาจากความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมหรือหน้าที่ความรับผิดชอบ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ต้องมีความรับผิดชอบและหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าและลดอัตราการเสียชีวิตต่อไป

การนำผลวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรให้การสนับสนุนในการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในกิจกรรมโครงการต่าง ๆ เช่น การฝึกอบรมให้ความรู้ การสร้างกลุ่มสังคมออนไลน์เพื่อสื่อสารด้านความรู้ การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า รวมถึงการสื่อสารข้อมูลสถานการณ์การแพร่ระบาดในชุมชน
2. ควรมีการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และการสร้างความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติและอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เช่น การศึกษาปัจจัยตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) หรือทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) เป็นต้น
2. ควรศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ในรูปแบบการระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) วิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า

References

- Atuheire, C. G. K., Okwee-Acai, J., Taremwa, M., Terence, O., Ssali, S. N., Mwiine, F. N., Kankya, C., Skjerve, E., & Tryland, M. (2024). Descriptive analyses of knowledge, attitudes, and practices regarding rabies transmission and prevention in rural communities near wildlife reserves in Uganda: a One Health cross-sectional study. *Tropical medicine and health*, 52(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s41182-024-00615-2>
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Chuenta. C. & Manwong. M. (2024). Factors associated with rabies preventive behaviors among people in Sikhorphum district, Surin province. *Journal of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University*, 7(3), 197–208. (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2022). *Summary of The Survey Results on Health Literacy in Disease Prevention and Control, Rabies in The Prototype Area, Rabies Free Zone, Disease Prevention and Control Office 9, Nakhon Ratchasima, year 2021*. Retrieved January 5, 2025. from <http://odpc9.ddc.moph.go.th/DPC5/2564-Rabies.pdf>. (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2025). *Doctors Warn Against Dissecting Animals That Die Abnormally, As Pets May Become Infected with Rabies, Stressing That This Disease Can Occur in Every Season*. Retrieved January 5, 2025. from https://ddc.moph.go.th/odpc7/news.php?news=49522&deptcode=odpc7&news_views=607. (in Thai)
- Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2022). *VHW Manual “Smart :VHW and VHW Family Doctor” Fiscal Year 2022*. Retrieved January 5, 2025. from https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/202204251434510886.pdf. (in Thai)
- Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2023). *Announcement of the Committee for The Promotion and Support of Public Health Volunteers in The Central*

- Village Announced in The Government Gazette on The Criteria for The Practice of Public Health Volunteers in The Village (VHV) and Reporting of Performance Results According to The form (VHV 1) B.E...* Retrieved January 5, 2025 from https://osm.hss.moph.go.th/news_detail/2024-02-21-92919. (in Thai)
- Galnade, S., Prasertchai, A., & Chankong, W. (2019). Factors relating vaccine acceptance among post rabies exposure clients in Kantharom district, Si Sa Ket province. *Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University*, 21(2), 34–47. (in Thai)
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2019). *Multivariate Data Analysis* 7th ed. New Jersey: Pearson Education.
- Jan-Eaim, N., Meemon, N., & Kitcharoen, P. (2022). Determinants of rabies-related health literacy and behaviors among students in secondary schools in rabies-endemic area. *Journal of Health Science of Thailand*, 31(3), 426–436. (in Thai)
- Kiratitanaolan, K., Chaisowwong, W., Thongkorn, K., & Kreausukon, K. (2021). Keys to good knowledge, attitude and practice for rabies prevention in disease-free communities in Thailand. *Veterinary Integrative Sciences*, 19(3), 407 - 422.
- Konkeaw, K., Ruenthong, W., & Ataboon, O. (2020). Factors predicting rabies preventive behavior in Bang Rakam district, Phitsanulok province. *Journal of Health Science of Thailand*, 29(4), 601–607. (in Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Loarujisawat, M. (2022). *Development of Activity Model for Promoting Rabies Prevention Behaviors of Elementary School Students in The Eastern Part of Thailand*. Chonburi: Burapha University. (in Thai)
- Laorujisawat, M., Wattanaburanon, A., Abdullakasim, P., & Maharachpong, N. (2022). Rabies-related knowledge, attitudes, and practices among primary school students in Chonburi province, Thailand. 59, *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* doi:10.1177/00469580221087881
- Montarat, A. (2017). *The Relationship between Planned Behavior and Behavior to Prevent Rabies among People in Paknam-Samutprakarn Municipality, Bangmuang Sub-District of Muang District, Samutprakarn Province*. Chonburi: Burapha University. (in Thai)
- Phoommee, P., & Saengngoen, S. (2022). Factors affecting rabies prevention behavior of pet owners, Puttabath subdistrict, Chondean district, Petchabun province. *Disease Control Journal*, 48(2), 278–292. (in Thai)
- Prihartini, Y., Syamruth, Y. K., & Hinga, I. A. T. (2023). Factors related to rabies prevention measures in Nangapanda community health center, Ende, East Nusa Tenggara. *Journal of Health Promotion and Behavior*, 8(2), 78–84.
- Primary Health Care Division. (2025). *Report Provincial Ombudsman, Surin Year 2024*. Retrieved January 5, 2025. From <https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/osm/district.php?id=32> (in Thai)

- Rehman, S., Rantam, F. A., Rehman, A., Effendi, M.H. & Shehzad, A. (2021). Knowledge, attitudes, and practices toward rabies in three provinces of Indonesia. *Vet World*, 14(9), 2518-2526.
- Sangrat.T., Tongkit. N. & Yaebkai. Y. (2025). Effectiveness of the Training Program on Rabies' Knowledge among Village Health Volunteers under the PBRI Model Concept. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 8(1): 22-34. (in Thai)
- Schwartz, S. (1975). The justice of need and the activation of humanitarian norms. *Journal of Social Issues*, 31(3), 111-136.
- Sukonthawirote, O. (2017). *The Attitude of Gen Y People Towards The Intention to Use Hostel rooms. in the Bangkok area*. (Independent Study). Master of Business Administration, Graduate School, Bangkok University.
- Surin Provincial Health Office. (2025). *Infographic Rabies*. Retrieved January 12, 2025 from <https://surin.moph.go.th/cd/infographic>. (in Thai)
- Suwapanit, U. (2017). *Goals of Knowledge Management*. Retrieved January 5, 2025. from <https://erp.mju.ac.th/articleDetail.aspx?qid=669> (in Thai)
- Thantawiwattananon, N. (2022). Knowledge, attitudes, and practices about rabies prevention and control among people receiving veterinary services at the rabies control section, office of veterinary public health, health department, Bangkok metropolitan administration. *Journal of Health Science*, 31(4), 609-622. (in Thai)
- The Office of Disease Prevention and Control, 7 Khonkaen, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2021). *Health Knowledge Assessment Questionnaire on Rabies Among People in Muang Phon Subdistrict, Phon District, Khon Kaen Province*. Retrieved January 11, 2025 from https://ddc.moph.go.th/odpc7/journal_detail.php?publish=11072. (in Thai)
- Verma, A., Kumar, S., Srivastava, D. K., Kumar, A., Singh, S. & Sharma, A. Assessment of knowledge, attitude and practice on animal bite, rabies, and its prevention in the rural community in western Uttar Pradesh: A cross-sectional study. *Indian Journal of Community Health*, 37(2), 276-281.
- Werajong, O., Deepreecha, K., Saengdidtha, B. & Sirimalaisuan, A. (2022). Knowledge, attitude, and practice regarding rabies prevention in a military working dog battalion. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 31(2), 170-177. (in Thai)
- Yurachai, O., Karaseranee, O., & Songkeaw, R. (2022). *Manual for Creating and Evaluating Rabies-Free Areas*. Bangkok: Aksorn Graphic and Design. (in Thai)

ความสามารถในการทำนายของคุณภาพหลักสูตรตามเกณฑ์การประกันคุณภาพการศึกษา
เครือข่ายมหาวิทยาลัยอาเซียน (ASEAN University Network Quality Assurance: AUN QA)
ต่อความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

Predictive Power of Curriculum Quality Based on ASEAN University Network
Quality Assurance (AUN-QA) Criteria on Innovation and Digital Readiness of
the Bachelor of Nursing Science Program, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit

สิตานนท์ ศรีใจวงศ์¹, ดุจเดือน เขียวเหลือง¹, สืบตระกูล ตันตลานุกุล^{1*}, พรกมล วิศว์วิสุทธิ¹, สุกัญญา ม่วงเลี้ยง¹
Sitanan Srijaiwong¹, Dujduean Khiaolueang¹, Seubtrakul Tantalanutkul^{1*}, Pornkamon Wiswisut¹,
Sukanya Muenglaeng¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: 12 November, 2024; Revised: August 12, 2025; Accepted: May 3, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณภาพหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตตามเกณฑ์การประกันคุณภาพการศึกษาเครือข่ายมหาวิทยาลัยอาเซียน (ASEAN University Network Quality Assurance: AUN QA) 2) ศึกษาความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลของหลักสูตร และ 3) ศึกษาความสามารถในการทำนายของคุณภาพหลักสูตรต่อความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัล กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ใช้บัณฑิต 80 คน และอาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึก 52 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (IOC .80 - 1.00) และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งหมดเท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพหลักสูตรตามเกณฑ์ AUN QA ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 5.27$, $SD = 0.71$) โดยด้านบุคลากรสายวิชาการมีคะแนนสูงสุด ($M = 5.48$, $SD = 0.65$)

2. ความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลของหลักสูตรอยู่ในระดับมาก ($M = 4.01$, $SD = 0.61$) โดยด้านความปลอดภัยและจริยธรรมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมีคะแนนสูงสุด ($M = 4.25$, $SD = 0.55$)

3) คุณภาพหลักสูตรสามารถทำนายความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลได้ร้อยละ 65.9 ($R^2 = 0.659$) โดยปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายสูงสุด ได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวกและโครงสร้างพื้นฐาน ($\beta = 0.385$) รองลงมาคือวิธีการจัดการเรียนการสอน ($\beta = 0.342$) บุคลากรสายวิชาการ ($\beta = 0.288$) และการบริการสนับสนุนผู้เรียน ($\beta = 0.245$)

ผลการวิจัยนี้เสนอแนะให้สถาบันการศึกษาพยาบาลพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านดิจิทัล บูรณาการเทคโนโลยีในการจัดการเรียนการสอน พัฒนาศักยภาพอาจารย์ด้านดิจิทัล และจัดระบบสนับสนุนผู้เรียนอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในยุคดิจิทัล

คำสำคัญ: ความสามารถในการทำนาย คุณภาพหลักสูตร การประกันคุณภาพการศึกษาเครือข่ายมหาวิทยาลัยอาเซียน ความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: seubtrakul@unc.ac.th)

Abstract

This mixed methods study aimed to: 1) examine the quality of the Thai Bachelor of Nursing Science program, based on the ASEAN University Network Quality Assurance (AUN-QA) criteria on innovation and digital readiness; and 2) investigate the predictive power of curriculum quality on innovation and digital readiness. The sample included 80 graduate employers and 52 clinical preceptors. Data were collected using questionnaires and in-depth interviews. Research instruments were validated for content validity by experts (IOC = .80 – 1.00) and demonstrated high reliability (Cronbach's alpha = 0.92). Data were analyzed using descriptive statistics, multiple regression analysis, and content analysis. The results showed as follows.

1. The overall curriculum quality according to AUN-QA criteria was rated at a good level ($M = 5.27$, $SD = 0.71$), with academic staff scoring the highest ($M = 5.48$, $SD = 0.65$).

2. The program's innovation and digital readiness was at a high level ($M = 4.01$, $SD = 0.61$), with the highest score in digital technology safety and ethics ($M = 4.25$, $SD = 0.55$).

3. Curriculum quality significantly predicted innovation and digital readiness, accounting for 65.9% of the variance ($R^2 = 0.659$). The strongest predictors were facilities and infrastructure ($\beta = 0.385$), followed by teaching and learning methods ($\beta = 0.342$), academic staff ($\beta = 0.288$), and student support services ($\beta = 0.245$).

The results suggest that nursing education institutions should strengthen digital infrastructure, integrate technology into teaching and learning, enhance faculty digital competencies, and establish effective student support systems to advance the innovation and digital readiness of nursing curricula in the digital era.

Keywords: Predictive Power, Curriculum Quality, ASEAN University Network Quality Assurance (AUN-QA), Innovation and Digital Readiness Bachelor of Nursing Science Program

บทนำ

การจัดการศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21 เผชิญความท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและระบบสุขภาพ สถาบันการศึกษาพยาบาลต้องปรับตัวเพื่อผลิตบัณฑิตที่มีสมรรถนะตอบสนองต่อระบบบริการสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะหลังการระบาดของโควิด-19 ที่เร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านดิจิทัลในระบบสุขภาพอย่างก้าวกระโดด (Rouleau, Gagnon, Côté, Richard, Chicoine, & Keating, 2021) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้สถาบันการศึกษาพยาบาลต้องพิจารณาทบทวนและพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพยุคใหม่ คุณภาพหลักสูตรพยาบาลศาสตร์เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพบัณฑิตและการให้บริการทางสุขภาพ โดยเกณฑ์การประกันคุณภาพการศึกษาเครือข่ายมหาวิทยาลัยอาเซียน (ASEAN University Network Quality Assurance: AUN QA) Version 4.0 เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการประเมินและพัฒนาคุณภาพหลักสูตรระดับสากล (Sukboonyasatit, Thanapop, & Wattanasit, 2023) เกณฑ์ AUN QA ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของการจัดการศึกษา 8 ด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง โครงสร้างและเนื้อหาหลักสูตร วิธีการจัดการเรียนการสอน การประเมินผู้เรียน คุณภาพอาจารย์ การสนับสนุนผู้เรียน สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ และผลผลิตและผลลัพธ์ (Park, Kim, & Lee, 2024) การประเมินอย่างครบวงจรนี้ช่วยให้สถาบันการศึกษาทราบจุดแข็งและโอกาสในการพัฒนาหลักสูตรได้อย่างเป็นระบบ

ความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลของหลักสูตร (Innovation and Digital Readiness) หมายถึง ศักยภาพของหลักสูตรในการบูรณาการและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมในการจัดการศึกษาพยาบาล เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านดิจิทัลของนักศึกษาและเตรียมความพร้อมให้บัณฑิตสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในระบบสุขภาพยุคดิจิทัล (Honey, Collins, & Britnell, 2020) องค์ประกอบของความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลของหลักสูตรประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะดิจิทัลพื้นฐาน การใช้เทคโนโลยีในการสืบค้น และประเมินข้อมูลสุขภาพ การใช้ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล การใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร ความปลอดภัย และจริยธรรมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และการใช้นวัตกรรมทางการพยาบาล (Konttila, Siira, Kyngäs, Lahtinen, Elo, Kääriäinen, et al., 2019) การศึกษาของ Lee, Park, & Jung (2021) พบว่า การพัฒนาสมรรถนะด้านดิจิทัลเป็นองค์ประกอบสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสารกับผู้ป่วยผ่านช่องทางดิจิทัล และการใช้นวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับ Zhang, Liu, Wang, & Chen (2022) ที่พบว่า การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตมีความสำคัญต่อการพัฒนาสมรรถนะของบัณฑิตในยุคดิจิทัล อย่างไรก็ตาม Wilson, Wocial, Slaven, & Happ (2023) ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาสมรรถนะด้านดิจิทัลในการศึกษาพยาบาลต้องอาศัยการบูรณาการหลายปัจจัยที่ซับซ้อน ทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนาบุคลากร และการปรับเปลี่ยนกระบวนการเรียนการสอน

แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพหลักสูตรตามเกณฑ์ AUN QA และความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลแยกส่วนกัน แต่ยังมีช่องว่างทางการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของคุณภาพหลักสูตรกับความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาว่าองค์ประกอบใดที่สามารถทำนายความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ เป็นสถาบันการศึกษาที่มุ่งมั่นในการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพ การศึกษาความสามารถในการทำนายของคุณภาพหลักสูตรตามเกณฑ์ AUN QA ต่อความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลจึงเป็นประเด็นสำคัญที่จะช่วยให้สถาบันสามารถวางแผนพัฒนาคุณภาพหลักสูตรได้อย่างมีทิศทาง ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้ทันสมัย สอดคล้องกับระบบสุขภาพ และสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับสถาบันการศึกษาพยาบาลอื่น ๆ ในการพัฒนาหลักสูตรให้รองรับความท้าทายในยุคดิจิทัล นอกจากนี้ ยังเป็นการเสริมสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้เกณฑ์ AUN QA ในบริบทของการพัฒนาความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลในการศึกษาพยาบาลไทย

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ตามเกณฑ์ AUN QA
2. เพื่อศึกษาความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของคุณภาพหลักสูตรต่อความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลของหลักสูตร

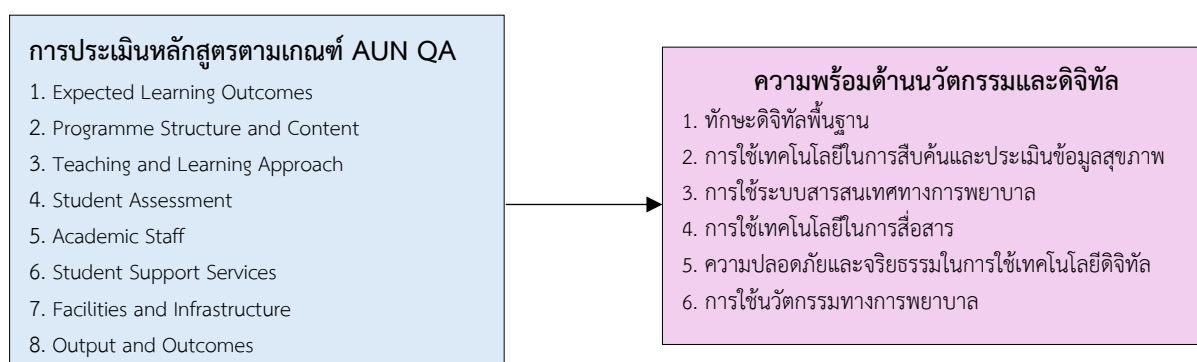
สมมติฐานวิจัย

คุณภาพของหลักสูตรตามเกณฑ์ AUN QA สามารถทำนายความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้บูรณาการแนวคิดคุณภาพหลักสูตรตามเกณฑ์ AUN QA Version 4.0 และแนวคิดความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลในการศึกษาพยาบาล เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของคุณภาพหลักสูตรต่อความพร้อม

ด้านนวัตกรรมและดิจิทัล คุณภาพหลักสูตรตามเกณฑ์ AUN QA ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง 2) โครงสร้างและเนื้อหาหลักสูตร 3) วิธีการจัดการเรียนการสอน 4) การประเมินผู้เรียน 5) คุณภาพอาจารย์ 6) การสนับสนุนผู้เรียน 7) สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้และโครงสร้างพื้นฐาน และ 8) ผลผลิตและผลลัพธ์ (ASEAN University Network, 2020) ความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลตามกรอบแนวคิดของ (Konttila, Siira, Kyngäs, Lahtinen, Elo, Kääriäinen, et al. (2019) และ Honey, Collins, & Britnell (2020) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะดิจิทัลพื้นฐาน 2) การใช้เทคโนโลยีในการสืบค้นและประเมินข้อมูลสุขภาพ 3) การใช้ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ 4) การใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร 5) ความปลอดภัยและจริยธรรมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และ 6) การใช้นวัตกรรมทางการแพทย์ การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีวิทยาแบบผสมผสานตามแนวคิดของ Creswell และ Plano Clark (2018) โดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบอธิบายเป็นลำดับขั้น เริ่มจากการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ตามด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อขยายความและอธิบายผลการวิจัยเชิงปริมาณให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น (ภาพที่ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ตามแนวคิดของ Creswell & Plano Clark (2018) โดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบอธิบายเป็นลำดับขั้น (Explanatory Sequential Design) เริ่มจากการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ตามด้วยการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อขยายความและอธิบายผลการวิจัยเชิงปริมาณ

วิธีเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยประกอบด้วย ผู้ใช้บัณฑิต จำนวน 100 คน และอาจารย์ที่เลี้ยงแหล่งฝึก จำนวน 60 คน ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับบัณฑิตจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ของ Hair, Black, Babin, & Anderson (2018) ที่กำหนดอัตราส่วนขนาดตัวอย่างต่อตัวแปรอิสระอย่างน้อย 15:1 สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ซึ่งในงานวิจัยนี้มีตัวแปรอิสระ 8 ตัวแปร จึงต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 120 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ผู้ใช้บัณฑิต จำนวน 80 คน และอาจารย์ที่เลี้ยงแหล่งฝึก จำนวน 52 คน รวม 132 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิตามประเภทของหน่วยงาน ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ

เกณฑ์การคัดเข้า สำหรับผู้ใช้บัณฑิต ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 5 ปี 2) มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับบัณฑิตจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ อย่างน้อย 1 ปี และ 3) มีประสบการณ์ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามคุณภาพหลักสูตรตามเกณฑ์ AUN QA พัฒนาตามเกณฑ์ ASEAN University Network (2020) Version 4.0 ครอบคลุม 8 เกณฑ์ รวม 50 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ

2. แบบประเมินความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลของหลักสูตร พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Konttila, Siira, Kyngäs, Lahtinen, Elo, Kääriäinen, et al. (2019) และ Honey, Collins, & Britnell (2020) ประกอบด้วย 6 ด้าน รวม 40 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 2 ฉบับผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ด้วยวิธีการหาความสอดคล้องของดัชนีรายข้อ (Index of Congruence: IOC) พบว่า มีค่าดัชนีรายข้อมีค่าอยู่ระหว่าง .80 - 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ .92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างวันที่ 26 สิงหาคม - 25 ตุลาคม 2567 ใช้แบบสอบถามออนไลน์ ส่งถึงกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกตามเกณฑ์ พร้อมเอกสารชี้แจงการวิจัยและแบบแสดงความยินยอม มีการติดตามการตอบกลับทุก 2 สัปดาห์ และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทันทีที่ได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) หลังจากตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ได้แก่ (1) การแจกแจงของข้อมูล ทดสอบการแจกแจงแบบปกติด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p\text{-value} > .05$) (2) ความเป็นเส้นตรง ตรวจสอบด้วย Scatter Plot พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีลักษณะเชิงเส้นตรง (3) Homoscedasticity: ตรวจสอบด้วย Levene's Test พบว่าความแปรปรวนของตัวแปรมีความเท่ากัน ($p\text{-value} > .05$) และ (4) ความเป็นอิสระของข้อมูล: ทดสอบด้วย Durbin-Watson Test ได้ค่า = 1.98 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (1.5 - 2.5)

วิธีเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล

ใช้การเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 20 คน จากกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 ที่มีประสบการณ์ในการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเบื้องต้น ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อผลการประเมินหลักสูตร ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัล และแนวทางการพัฒนาหลักสูตร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาพยาบาลและการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน และทดสอบการใช้งานจริงกับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 3 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลที่คัดเลือกแบบเจาะจง ใช้เวลาสัมภาษณ์รายละ 45 - 60 นาที

มีการบันทึกเสียงและจดบันทึกภาคสนาม ถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ และตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูล เก็บข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ประกอบด้วย การตรวจสอบแหล่งข้อมูล (Data Triangulation) โดยการเก็บข้อมูลจากผู้ใช้นิติตและอาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึก การตรวจสอบด้วยวิธีการ (Methodological Triangulation) โดยการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก และการตรวจสอบด้วยผู้วิจัย (Investigator Triangulation) โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาศาสตร์และการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมตรวจสอบและยืนยันผลการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัย (Inductive Content Analysis) โดยการกำหนดรหัส จัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ย่อย หมวดหมู่หลัก และประเด็นหลัก นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณมาเป็นโครงสร้างหลักในการนำเสนอ และเสริมด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อขยายความและอธิบายผลให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ โครงการ UPHO REC No. 066/2567 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.83) มีอายุเฉลี่ย 43.83 ปี ($SD = 8.23$) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40 – 49 ปี (ร้อยละ 39.42) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 59.12) มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 14.62 ปี ($SD = 6.82$) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 30.32) และมีประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเฉลี่ย 5.83 ปี ($SD = 2.92$)

2. คุณภาพหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี ตามเกณฑ์ AUN QA ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพหลักสูตรตามเกณฑ์ AUN QA ($n = 132$)

เกณฑ์ AUN QA	M	SD	ระดับ
1. ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง (Expected Learning Outcomes)	5.42	0.68	ดี
2. โครงสร้างและเนื้อหาหลักสูตร (Programme Structure and Content)	5.38	0.72	ดี
3. วิธีการจัดการเรียนการสอน (Teaching and Learning Approach)	5.15	0.75	ดี
4. การประเมินผู้เรียน (Student Assessment)	5.26	0.70	ดี
5. บุคลากรสายวิชาการ (Academic Staff)	5.48	0.65	ดีมาก
6. การบริการสนับสนุนผู้เรียน (Student Support Services)	5.32	0.71	ดี
7. สิ่งอำนวยความสะดวกและโครงสร้างพื้นฐาน (Facilities and Infrastructure)	4.85	0.82	ดี
8. ผลผลิตและผลลัพธ์ (Output and Outcomes)	5.28	0.69	ดี
ภาพรวม	5.27	0.71	ดี

จากตาราง 1 พบว่า คุณภาพหลักสูตรตามเกณฑ์ AUN QA ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 5.27$, $SD = 0.71$) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ Academic Staff ($M = 5.48$, $SD = 0.65$) ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก รองลงมาคือ Expected Learning Outcomes ($M = 5.42$, $SD = 0.68$) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ Facilities and Infrastructure ($M = 4.85$, $SD = 0.82$) ซึ่งอยู่ในระดับดี แต่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น ๆ

3. ความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัล (n = 132)

ด้าน	M	SD	ระดับ
1. ทักษะดิจิทัลพื้นฐาน	4.12	0.58	มาก
2. การใช้เทคโนโลยีในการสืบค้นและประเมินข้อมูลสุขภาพ	3.95	0.62	มาก
3. การใช้ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล	4.08	0.60	มาก
4. การใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร	3.86	0.65	มาก
5. ความปลอดภัยและจริยธรรมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	4.25	0.55	มากที่สุด
6. การใช้นวัตกรรมทางการพยาบาล	3.78	0.68	มาก
ภาพรวม	4.01	0.61	มาก

จากตาราง 2 พบว่า ความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.01$, $SD = 0.61$) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ความปลอดภัยและจริยธรรมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ($M = 4.25$, $SD = 0.55$) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ ทักษะดิจิทัลพื้นฐาน ($M = 4.12$, $SD = 0.58$) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การใช้นวัตกรรมทางการพยาบาล ($M = 3.78$, $SD = 0.68$) แม้ว่าจะอยู่ในระดับมาก แต่เป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น

4. ความสามารถในการทำนายของคุณภาพหลักสูตรต่อความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลของหลักสูตร ก่อนการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติทุกประการ จึงสามารถใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้อย่างเหมาะสม จากตาราง 3 พบว่า คุณภาพหลักสูตรตามเกณฑ์ AUN QA มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัล ($r = .712$, $p\text{-value} < .001$) โดยด้านที่มีความสัมพันธ์สูงสุดคือ Facilities and Infrastructure ($r = .758$, $p\text{-value} < .001$) รองลงมาคือ Teaching and Learning Approach ($r = .728$, $p\text{-value} < .001$) ซึ่งผลการวิเคราะห์นี้สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่ว่า “คุณภาพหลักสูตรตามเกณฑ์ AUN QA มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลของหลักสูตร”

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพหลักสูตรตามเกณฑ์ AUN QA กับความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัล (n = 132)

เกณฑ์ AUN QA	r	p-value
1. ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง	.685*	< .001
2. โครงสร้างและเนื้อหาหลักสูตร	.642*	< .001
3. วิธีการจัดการเรียนการสอน	.728*	< .001
4. การประเมินผู้เรียน	.615*	< .001
5. บุคลากรสายวิชาการ	.692*	< .001
6. การบริการสนับสนุนผู้เรียน	.675*	< .001
7. สิ่งอำนวยความสะดวกและโครงสร้างพื้นฐาน	.758*	< .001
8. ผลผลิตและผลลัพธ์	.702*	< .001
ภาพรวม	.712*	< .001

*p-value < .01

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัล

ตัวแปรพยากรณ์	ค่าคงที่	B	β	t	p-value
สิ่งอำนวยความสะดวกและโครงสร้างพื้นฐาน (Facilities)	0.865	0.425	0.385	4.862	<.001
วิธีการจัดการเรียนการสอน (Teaching)		0.382	0.342	4.235	<.001
บุคลากรสายวิชาการ (Staff)		0.315	0.288	3.674	<.001
การบริการสนับสนุนผู้เรียน (Support)		0.278	0.245	3.125	<.001

$R = 0.812$, $R^2 = 0.659$, $\text{adj}R^2 = 0.648$, $F = 61.428$, $p\text{-value} < .01$, $SE = 0.248$

จากตาราง 4 พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 4 ตัวแปร เรียงลำดับตามค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (β) จากมากไปน้อย ได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวกและโครงสร้างพื้นฐาน ($\beta = 0.385$) วิธีการจัดการเรียนการสอน ($\beta = 0.342$) บุคลากรสายวิชาการ ($\beta = 0.288$) และการบริการสนับสนุนผู้เรียน ($\beta = 0.245$) โดยตัวแปรทั้ง 4 ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลได้ร้อยละ 65.9 ($R^2 = 0.659$) ซึ่งถือว่ามีความสามารถในการทำนายในระดับสูง สามารถเขียนสมการพยากรณ์ดังนี้

คะแนนดิบ

ความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัล = $0.856 + 0.425(\text{Facilities}) + 0.382(\text{Teaching}) + 0.315(\text{Staff}) + 0.278(\text{Support})$

คะแนนมาตรฐาน

$Z = 0.385(\text{Facilities}) + 0.342(\text{Teaching}) + 0.288(\text{Staff}) + 0.245(\text{Support})$

จากสมการพยากรณ์ดังกล่าว สามารถอธิบายได้ว่า หากคะแนนคุณภาพหลักสูตรด้าน Facilities and Infrastructure เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลเพิ่มขึ้น 0.425 หน่วย หากคะแนนด้าน Teaching and Learning Approach เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลเพิ่มขึ้น 0.382 หน่วย หากคะแนนด้าน Academic Staff เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลเพิ่มขึ้น 0.315 หน่วย และหากคะแนนด้าน Student Support Services เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลเพิ่มขึ้น 0.278 หน่วย ผลการวิเคราะห์นี้สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่ว่า "ปัจจัยด้านโครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนาอาจารย์ และการสนับสนุนผู้เรียน ส่งผลต่อความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลของหลักสูตร"

สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 20 คน พบประเด็นสำคัญ 4 ประเด็น ดังนี้

1. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัล

ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลของหลักสูตร ประกอบด้วย (1) โครงสร้างพื้นฐานและอุปกรณ์เทคโนโลยี (2) ทักษะและทัศนคติของอาจารย์ (3) การสนับสนุนจากผู้บริหาร และ (4) ความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย โดยเน้นว่า "โครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด หากขาดความพร้อมด้านนี้ การพัฒนาด้านอื่น ๆ จะทำได้ยาก" (ผู้ช่วยบัณฑิต โรงพยาบาลศูนย์)

2. แนวทางการพัฒนาหลักสูตร

ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาหลักสูตรประกอบด้วย (1) การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเป็นระบบ "ต้องทำตั้งแต่การออกแบบรายวิชา วิธีการสอน และการประเมินผล ไม่ใช่แค่การใช้สื่อออนไลน์ แต่ต้องสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ที่ส่งเสริมการคิดเชิงนวัตกรรม" (อาจารย์พี่เลี้ยง โรงพยาบาลชุมชน) (2) การพัฒนาสมรรถนะอาจารย์อย่างต่อเนื่อง (3) การปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานให้ทันสมัย โดยเฉพาะห้องปฏิบัติการจำลองสถานการณ์ และ (4) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับโรงพยาบาลและสถาบันการศึกษาอื่น

3. อุปสรรคและความท้าทาย

อุปสรรคสำคัญได้แก่ (1) ข้อจำกัดด้านงบประมาณในการจัดหาเทคโนโลยีที่ทันสมัย (2) การปรับตัวของบุคลากร “โดยเฉพาะอาจารย์ที่มีประสบการณ์การสอนแบบดั้งเดิมมานาน อาจมีความกังวลในการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ” (อาจารย์พี่เลี้ยง รพ.ชุมชน) (3) ความแตกต่างของทักษะดิจิทัลระหว่างบุคลากร และ (4) ความท้าทายด้านความปลอดภัยของข้อมูล “โดยเฉพาะข้อมูลสุขภาพที่มีความอ่อนไหว การสร้างความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัยทางไซเบอร์จึงมีความสำคัญ” (ผู้ใช้นิติต, โรงพยาบาลศูนย์)

4. โอกาสในการพัฒนา

โอกาสสำคัญประกอบด้วย (1) การเข้าถึงเทคโนโลยีที่หลากหลายขึ้น โดยเฉพาะแพลตฟอร์มการเรียนรู้ออนไลน์และแอปพลิเคชันทางการแพทย์ (2) นโยบายสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กรวิชาชีพ “โดยเฉพาะแผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และนโยบายของสภาการพยาบาล” (ผู้ใช้นิติต โรงพยาบาลทั่วไป) (3) ความต้องการพยาบาลที่มีทักษะดิจิทัลเพิ่มขึ้นในระบบสุขภาพหลังโควิด-19 และ (4) โอกาสในการสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพเฉพาะพื้นที่

การอภิปรายผล

1. คุณภาพหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตตามเกณฑ์ AUN QA ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพหลักสูตรตามเกณฑ์ AUN QA ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 5.27$, $SD = 0.71$) โดยด้านบุคลากรสายวิชาการมีคะแนนสูงสุด ($M = 5.48$, $SD = 0.65$) ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก สะท้อนความสำเร็จของวิทยาลัยในการพัฒนาศักยภาพอาจารย์อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Wilson, Wocial, Slaven, & Happ (2023) ที่พบว่าคุณภาพอาจารย์เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการจัดการศึกษาพยาบาลยุคดิจิทัล การที่อาจารย์มีคุณภาพสูงจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะของนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและโครงสร้างพื้นฐานมีคะแนนต่ำสุด ($M = 4.85$, $SD = 0.82$) แม้จะอยู่ในระดับดี แต่สะท้อนความท้าทายในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี สอดคล้องกับ Park, Kim, & Lee (2024) ที่พบว่าโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลเป็นประเด็นท้าทายของสถาบันการศึกษาพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพการศึกษาในยุคดิจิทัล การลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยี จึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนสำหรับการพัฒนาหลักสูตรให้ทันสมัย ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังมีคะแนนสูงเป็นอันดับสอง ($M = 5.42$, $SD = 0.68$) แสดงให้เห็นว่าหลักสูตรมีการกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ชัดเจน และสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ สอดคล้องกับ Sukboonyasatit, Thanapop, & Wattanasit (2023) ที่พบว่า การกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ชัดเจนเป็นรากฐานสำคัญของการจัดการศึกษาที่มีคุณภาพ

2. ความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลของหลักสูตรในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.01$, $SD = 0.61$) โดยด้านความปลอดภัยและจริยธรรมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมีคะแนนสูงสุด ($M = 4.25$, $SD = 0.55$) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนการให้ความสำคัญกับจริยธรรมและความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของวิชาชีพพยาบาล สอดคล้องกับ Zhang, Liu, Wang, & Chen (2022) ที่พบว่าความปลอดภัยและจริยธรรมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นสมรรถนะสำคัญที่ต้องปลูกฝังให้นักศึกษาพยาบาล ทักษะดิจิทัลพื้นฐานมีคะแนนสูงเป็นอันดับสอง ($M = 4.12$, $SD = 0.58$) แสดงให้เห็นว่านักศึกษามีพื้นฐานทักษะดิจิทัลที่ดี ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาทักษะที่ซับซ้อนมากขึ้น สอดคล้องกับ Lee, Park, & Jung (2021) ที่พบว่าทักษะดิจิทัลพื้นฐานเป็นประเด็นสำคัญในการเตรียมความพร้อมพยาบาลสำหรับระบบสุขภาพดิจิทัล อย่างไรก็ตาม ด้านการใช้นวัตกรรมทางการพยาบาลมีคะแนนต่ำสุด ($M = 3.78$, $SD = 0.68$) แม้ว่าจะอยู่ในระดับมาก แต่บ่งชี้ถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างทักษะด้านการสร้างสรรค์และประยุกต์ใช้นวัตกรรมในหลักสูตร สอดคล้องกับ Honey, Collins, & Britnell (2020) ที่พบว่าการพัฒนาทักษะด้านนวัตกรรมต้องอาศัยการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงและระบบนิเวศด้านนวัตกรรมที่เหมาะสม

3. ความสามารถในการทำนายของคุณภาพหลักสูตรต่อความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัล ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า คุณภาพหลักสูตรสามารถทำนายความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลได้ร้อยละ 65.9 ($R^2 = 0.659$) ซึ่งถือว่ามีความสามารถในการทำนายในระดับสูง สอดคล้องกับ Hair, Black, Babin, & Anderson (2018) ที่กำหนดว่าค่า R^2 ที่มากกว่า 0.50 ถือว่ามีความสามารถในการทำนายในระดับที่น่าพอใจ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดคือสิ่งอำนวยความสะดวกและโครงสร้างพื้นฐาน อธิบายได้ว่าสิ่งอำนวยความสะดวกและโครงสร้างพื้นฐานมีอิทธิพลสูงสุด ($\beta = 0.385$) แม้จะมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดในการประเมินคุณภาพหลักสูตร ผลนี้สะท้อนว่าโครงสร้างพื้นฐานเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัล สอดคล้องกับแนวคิดของ Konttila, Siira, Kyngäs, Lahtinen, Elo, Kääriäinen, et al. (2019) ที่พบว่าโครงสร้างพื้นฐานเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะด้านดิจิทัล ผลการวิจัยเชิงคุณภาพยืนยันความสำคัญนี้โดยผู้ให้ข้อมูลระบุว่า “โครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด หากขาดความพร้อมด้านนี้ การพัฒนาด้านอื่น ๆ จะทำได้ยาก”

ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงเป็นอันดับสองคือปัจจัยวิธีการจัดการเรียนการสอน ($\beta = 0.342$) ซึ่งให้เห็ว่านอกจากการมีเทคโนโลยีที่เหมาะสมแล้ว การออกแบบการเรียนการสอนที่บูรณาการเทคโนโลยีและนวัตกรรมมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Rouleau, Gagnon, Côté, Richard, Chicoine, & Keating (2021) ที่พบว่าวิธีการจัดการเรียนการสอนที่ออกแบบอย่างเหมาะสมจะช่วยส่งเสริมสมรรถนะด้านดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาล ข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนผลนี้โดยผู้ให้ข้อมูลเน้นว่า “การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลต้องทำอย่างเป็นระบบตั้งแต่การออกแบบรายวิชา วิธีการสอน และการประเมินผล” บุคลากรสายวิชาการมีอิทธิพลในอันดับที่สาม ($\beta = 0.288$) แม้จะมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในการประเมินคุณภาพหลักสูตร ผลนี้สะท้อนบทบาทสำคัญของอาจารย์ในการเป็นผู้ถ่ายทอดและเป็นแบบอย่างการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล สอดคล้องกับ Wilson, Wocial, Slaven, & Happ (2023) ที่พบว่าการพัฒนาสมรรถนะด้านดิจิทัลของอาจารย์เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการบูรณาการเทคโนโลยีในการศึกษาพยาบาล และปัจจัยที่มีอิทธิพลในอันดับที่สี่ คือการบริการสนับสนุนผู้เรียน ($\beta = 0.245$) แสดงถึงความสำคัญของระบบสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้เรียนเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีได้อย่างเต็มที่ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพสนับสนุนความสำคัญนี้โดยผู้ให้ข้อมูลระบุว่า “นักศึกษาต้องการระบบสนับสนุนที่เข้าถึงง่าย ทั้งด้านเทคนิคและการเรียนรู้ โดยเฉพาะในช่วงการฝึกภาคปฏิบัติ”

ดังนั้นสถาบันการศึกษาพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาใน 4 ด้านหลัก เรียงตามลำดับความสำคัญ ได้แก่ 1) การปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีดิจิทัล 2) การปรับปรุงวิธีการจัดการเรียนการสอนให้บูรณาการเทคโนโลยีอย่างเป็นระบบ 3) การพัฒนาสมรรถนะด้านดิจิทัลของอาจารย์อย่างต่อเนื่อง และ 4) การจัดระบบสนับสนุนผู้เรียนให้มีประสิทธิภาพ การที่ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง โครงสร้างและเนื้อหาหลักสูตร การประเมินผู้เรียน และผลผลิตและผลลัพธ์ไม่เข้าสู่สมการทำนาย อาจเนื่องจากองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลทางอ้อมผ่านตัวแปรอื่น หรือเป็นองค์ประกอบที่เป็นผลลัพธ์มากกว่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัล ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดการพัฒนาหลักสูตรแบบองค์รวมที่ต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาทั้งโครงสร้างพื้นฐาน การจัดการเรียนการสอน การพัฒนาอาจารย์ และระบบสนับสนุนผู้เรียนไปพร้อมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ASEAN University Network (2020) ที่เน้นการพัฒนาคุณภาพการศึกษาอย่างเป็นระบบและครบวงจรในทุกองค์ประกอบ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบาย สถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถใช้ผลการวิจัยในการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาหลักสูตร โดยเน้นการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้านที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัล ได้แก่ โครงสร้างพื้นฐาน วิธีการจัดการเรียนการสอน บุคลากรสายวิชาการ และการสนับสนุนผู้เรียน

2. ด้านการพัฒนาหลักสูตร คณะกรรมการบริหารหลักสูตรสามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงหลักสูตรให้ตอบสนองต่อความต้องการในยุคดิจิทัล โดยบูรณาการเทคโนโลยีและนวัตกรรมเข้าสู่การจัดการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบ ทั้งในภาคทฤษฎีและปฏิบัติ

3. ด้านการประกันคุณภาพ สถาบันการศึกษาสามารถใช้เครื่องมือและแนวทางการประเมินจากการวิจัยนี้ในการพัฒนาระบบประกันคุณภาพการศึกษาที่ครอบคลุมมิติด้านนวัตกรรมและดิจิทัล สอดคล้องกับมาตรฐานสากลตามเกณฑ์ AUN QA

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการออกแบบการวิจัย ควรมีการศึกษาในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่บูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลสำหรับหลักสูตรพยาบาลศาสตร์โดยเฉพาะ

2. ด้านกลุ่มตัวอย่าง ควรขยายการศึกษาให้ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มอื่น เช่น นักศึกษาปัจจุบัน บัณฑิตใหม่ ผู้ป่วยและผู้รับบริการ เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลายต่อความพร้อมด้านนวัตกรรมและดิจิทัลของหลักสูตร

3. ด้านการติดตามผล ควรมีการศึกษาระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อติดตามพัฒนาการของสมรรถนะด้านดิจิทัลของนักศึกษาตั้งแต่แรกเข้า จนถึงการศึกษาจบตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ โดยเน้นการวัดผลลัพธ์ในสถานการณ์จริง

References

ASEAN University Network. (2020). *Guide to AUN-QA Assessment at Programme Level Version 4.0*.

ASEAN University Network.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and Conducting Mixed Methods Research (3rd ed.)*. SAGE Publications.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2018). *Multivariate Data Analysis (8th ed.)*. Cengage Learning.

Honey, M., Collins, E., & Britnell, S. (2020). Digital technology: Its role in enabling nurses' transition to academic life and generating new nursing knowledge. *Nurse Education in Practice*, 42, 102634. doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102634

Konttila, J., Siira, H., Kyngäs, H., Lahtinen, M., Elo, S., Kääriäinen, M., et al. (2019). Healthcare professionals' competence in digitalisation: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), 745-761. doi.org/10.1111/jocn.14710

Lee, H., Park, K., & Jung, Y. (2021). Digital competency in nursing education: A comparative study of nursing students' readiness for digital healthcare. *Nurse Education Today*, 98, 104741. doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104741

Park, S., Kim, J., & Lee, Y. (2024). Quality assurance in nursing education: Implementation and outcomes of AUN-QA criteria in Asian nursing schools. *Journal of Professional Nursing*, 49(1), 32-41. doi.org/10.1016/j.profnurs.2023.11.004

Rouleau, G., Gagnon, M. P., Côté, J., Richard, L., Chicoine, G., & Keating, N. (2021). Virtual patient simulation to improve nurses' digital health competencies: A pre-post study. *Nurse Education Today*, 99, 104829. doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104829

- Sukboonyasatit, K., Thanapop, S., & Wattanasit, P. (2023). Implementation of AUN-QA framework in nursing education: A mixed-methods study in Thailand. *Nurse Education in Practice*, 66, 103537. doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103537
- Wilson, L., Wocial, L. D., Slaven, J. E., & Happ, M. B. (2023). Digital transformation in nursing education: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Nursing Education*, 62(3), 145-156. doi.org/10.3928/01484834-20221212-01
- Zhang, Y., Liu, C., Wang, J., & Chen, H. (2022). Integrating digital health technologies into nursing curricula: A qualitative study of facilitators and barriers. *Nurse Education Today*, 110, 105265.

ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ในการปฏิบัติตน
การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
โรงพยาบาลหนองบัวแดง

The Effects of a Health Literacy Enhancement Program on Self-Care Knowledge,
Perceived Self-Efficacy, and Self-Care Behaviors among Adolescent Pregnant
Women at Nong Bua Daeng Hospital, Chaiyaphum Province

อมรรัตน์ ผาละศรี¹, อนุชา พรหมกันยา^{1*}

Amornrat Phalasri¹, Anucha Promkunya^{1*}

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

¹Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

(Received: October 16, 2024; Revised: May 15, 2025; Accepted: June 12, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ในการปฏิบัติตน การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 25 ราย คัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง ที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และแบบสอบถาม 3 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1.00, .67 และ .67 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ระหว่าง .79 – .92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบทีแบบจับคู่ ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.96, p\text{-value} < .001$)
2. หลังการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.81, p\text{-value} < .001$)
3. หลังการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 24.12, p\text{-value} < .001$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในงานบริการฝากครรภ์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

Abstract

This one-group pretest–posttest quasi-experimental study aimed to examine the effects of a health literacy enhancement program on self-care knowledge, perceived self-efficacy, and self-care behaviors among pregnant adolescents. The participants, 25 pregnant adolescents, attended the antenatal clinic of Nong Bua Daeng Hospital in Chaiyaphum Province of Thailand. They were purposively selected. The research instruments, in addition to the developed health literacy enhancement program for pregnant adolescents, were three questionnaires: 1) a self-care knowledge questionnaire, 2) a self-care efficacy questionnaire, and 3) a self-care behavior questionnaire. Content validity was verified by three experts, yielding item-objective congruence (IOC) indices of 1.00, .67, and .67, respectively. Reliability coefficients ranged from .79 to .92. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests. The findings showed that, after participating in the program:

1. The mean score of self-care knowledge was significantly higher than before participation ($t = 19.96, p\text{-value} < .001$).
2. The mean score of perceived self-care efficacy was significantly higher than before participation ($t = 11.81, p\text{-value} < .001$).
3. The mean score of self-care behaviors was significantly higher than before participation ($t = 24.12, p\text{-value} < .001$).

These results indicate that this health literacy enhancement program effectively promoted self-care behaviors among pregnant adolescents. Therefore, program is suitable for integration into antenatal care services to sustainably enhance maternal and infant health among adolescent pregnant women in Thailand.

Keywords: Health literacy, Knowledge, Self-care Behaviors, Pregnant Adolescents

บทนำ

การตั้งครรรภ์ถือเป็นภาวะวิกฤติในชีวิตของผู้หญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เนื่องจากอยู่ในช่วงวัยเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็ก สู่วัยผู้ใหญ่ที่ยังไม่มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การตั้งครรภ์ในช่วงวัยนี้จึงเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพทั้งของมารดาและทารก เช่น ภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความพิการหรือการเสียชีวิตของทารก รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของมารดา (Gibbs, Wendt, Peters, & Hogue, 2012) นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงบทบาทจากวัยรุ่นมาเป็นมารดา ยังส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องเผชิญกับความเครียดและแรงกดดันทางจิตใจ ภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปอาจกระทบต่อความมั่นใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ การดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในช่วงตั้งครรภ์จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีทั้งในมารดาและทารก

ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น นอกจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์ตามเกณฑ์การฝากครรภ์ คุณภาพแล้ว การให้ข้อมูลในการส่งเสริมสุขภาพพระยะตั้งครรภ์เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเอง และปฏิบัติตนในพระยะตั้งครรภ์ได้ถูกต้องเหมาะสมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ข้อมูลที่จำเป็นจะต้องสอนแก่หญิงตั้งครรภ์ ในช่วงอายุครรภ์ก่อน 28 สัปดาห์ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยาบำรุง การดูแลสุขภาพช่องปาก และการกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่มีความรู้ความเข้าใจ ก็จะส่งผลให้ปฏิบัติตนได้

ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ไม่ได้สัดส่วนตามที่ร่างกายต้องการ กล่าวคือ รับประทานอาหารมากเกินไป จะทำให้มีภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน และอาจส่งผลให้เกิดผลลัพธ์จากการคลอดไม่ดี เช่น การคลอดก่อนกำหนด จำเป็นต้องได้รับการชักนำในการคลอด ต้องผ่าตัดคลอดเนื่องจากทารกมีขนาดโตกว่าปกติ หรือทารกมีความพิการแต่กำเนิด หรือเสียชีวิตในครรภ์ (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015) และในทางตรงกันข้าม หากหญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารน้อยเกินไป หรือได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการก็อาจส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย การขาดธาตุเหล็กอาจส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางเนื่องจากขาดธาตุเหล็ก การขาดสารอาหารกลุ่มโพลีอากาจะทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทไขสันหลัง (Tinker, Gilboa, Moore, Waller, Simeone, Kim, et al., 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าการรับประทานกรดโฟลิกยังช่วยป้องกันหรือลดความพิการของอวัยวะระบบอื่น ๆ เช่น ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ และโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดด้วย ทั้งยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะรกหลุดตัวก่อนกำหนด ภาวะการแท้งบุตร และภาวะครรภ์เป็นพิษด้วย (Albright, Ali, Lopes, & Rouse, 2020) และการขาดไอโอดีนอย่างรุนแรงอาจส่งผลให้เซลล์สมองของทารกไม่พัฒนา ทำให้ทารกมีภาวะปัญญาอ่อนได้ (Cretinism) (Eastman & Zimmermann, 2018)

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นประเด็นที่น่าเป็นห่วงและควรได้รับความสนใจอย่างยิ่ง สาเหตุหนึ่งที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือการขาดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตั้งครรภ์ ในหลายกรณี วัยรุ่นมักขาดข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตนเองและทารกที่กำลังจะเกิดขึ้น (Wang, Long, Luo, Wen, Peng, & Ouyang, 2020) การใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรู้สุขภาพตั้งครรภ์จึงเป็นทางเลือกที่มีศักยภาพในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมให้กับวัยรุ่นได้ การศึกษาผลการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรู้สุขภาพตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากสามารถช่วยลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของแม่และเด็ก รวมถึงส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจในระยะยาว การมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยในระหว่างตั้งครรภ์จะช่วยให้วัยรุ่นสามารถตัดสินใจอย่างมีข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและทารก นอกจากนี้ยังส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมและตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดีในอนาคต (World Health Organization, 2020)

หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับสารอาหาร เหล่านี้เพียงพอ นอกจากจะได้รับจากอาหารที่รับประทานแล้ว การรับประทานยาเม็ดบำรุงครรภ์ไตรเฟอ์ดิน (Triferdine) ให้ถูกต้องจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับสารอาหารครบถ้วน เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จะเห็นได้ว่าการให้ความรู้ความเข้าใจแก่หญิงตั้งครรภ์ในระยะก่อนคลอดมีความจำเป็น (Chamnansee & Chomphupan, 2018) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องสามารถดูแลตนเองได้ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง อย่างถูกต้องอาจส่งผลให้ปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานยาบำรุง การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียดไม่เหมาะสม สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ไปจนถึง มีพัฒนาการทางสมองและ สติปัญญาไม่ดี เมื่อทบทวนรูปแบบในการให้ความรู้ส่วนใหญ่ในปัจจุบัน จะให้แบบรายกลุ่ม รายบุคคล โดยผู้เรียนต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล แต่จากการปฏิบัติงานพบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถมาเข้าร่วม กิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจได้ครบร้อยละ 100 เนื่องจากบางส่วนมีภาระในการทำงาน ไม่สามารถงานได้บ่อย จึงไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมการสอนในโรงเรียนพ่อแม่ได้ หญิงตั้งครรภ์เหล่านั้นจึงได้ข้อมูลในการปฏิบัติตัว และการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน

จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น มีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของทั้งมารดาและทารก งานวิจัยหลายชิ้นสนับสนุนแนวคิดนี้ เช่น การศึกษาของ Piyathida, Nittaya & Wanna (2013) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการมีน้ำหนักเฉลี่ยของทารกแรกเกิดสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะเดียวกัน การวิจัยของ Jeano (2012) รายงานว่า โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะโลหิตจางมีผลในทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมสามารถกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระหว่างตั้งครรภ์ได้อย่างชัดเจน ปัจจุบันจึงมีความเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของมารดาและทารกซึ่งถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญของระบบสาธารณสุข (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2005) ในทางตรงกันข้าม หากหญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ หรือไม่ได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมจากบุคลากรทางสุขภาพ ก็อาจนำไปสู่การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์และการฝากครรภ์ที่ไม่เหมาะสมได้ (Gupta, Kiran, & Bhal, 2008) ด้วยเหตุนี้ การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องครอบคลุมทั้งด้านโภชนาการ การใช้ยา การจัดการความเครียด และการออกกำลังกาย จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งและหนึ่งในแนวทางที่มีศักยภาพสูงในการส่งเสริมพฤติกรรมดังกล่าวก็คือ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

การตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ยังขาดความพร้อมทั้งด้านพัฒนาการและประสบการณ์ การเปลี่ยนผ่านบทบาทสู่ความเป็นมารดา อาจก่อให้เกิดความเครียดและความกังวล ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพจึงเป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งในมารดาและทารก หนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่ง Nutbeam (2008) อธิบายว่าเป็นความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจเพื่อดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการกับความเครียด และปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม งานวิจัยหลายชิ้นสนับสนุนแนวคิดนี้ โดยพบว่าการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสามารถพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในหญิงตั้งครรภ์ เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย และการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ (Tachasuksri, Siriarunrat, Suppasri, Suppaseemanont, Boonnate, & Kwannate, 2017) อีกปัจจัยหนึ่งที่มีบทบาทต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ผู้ที่มีระดับการรับรู้ความสามารถสูงจะมีความเชื่อมั่นในการลงมือปฏิบัติ เผชิญกับอุปสรรค และมีแนวโน้มปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพได้ดีกว่า ซึ่งพบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (Jeano, 2012)

ในปัจจุบัน เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น สื่ออินโฟกราฟิก ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถรับสารสนเทศด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การใช้ HBM-based infographics เพียงแค่เพิ่มภาพอธิบายเชิงทัศนียภาพเข้ามาในใบปลิว ก็พบว่าช่วยกระตุ้นความตั้งใจในการฉีดวัคซีนของผู้ตั้งครรภ์ได้ และการเข้าร่วม ชุมชนออนไลน์ (Online Communities) ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลที่เกิดจากความเครียดในช่วงตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยสร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนข้อมูลที่เข้าถึงได้สะดวก (Potharst, Schaeffer, Gunning, Cohen de Lara, Boekhorst, Hulsbosch, et al., 2022) ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อ ความรู้ในการปฏิบัติตน การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ในโรงพยาบาลหนองบัวแดง โดยหวังว่าจะสามารถพัฒนาแนวทางการให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ในการปฏิบัติตน การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลหนองบัวแดง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

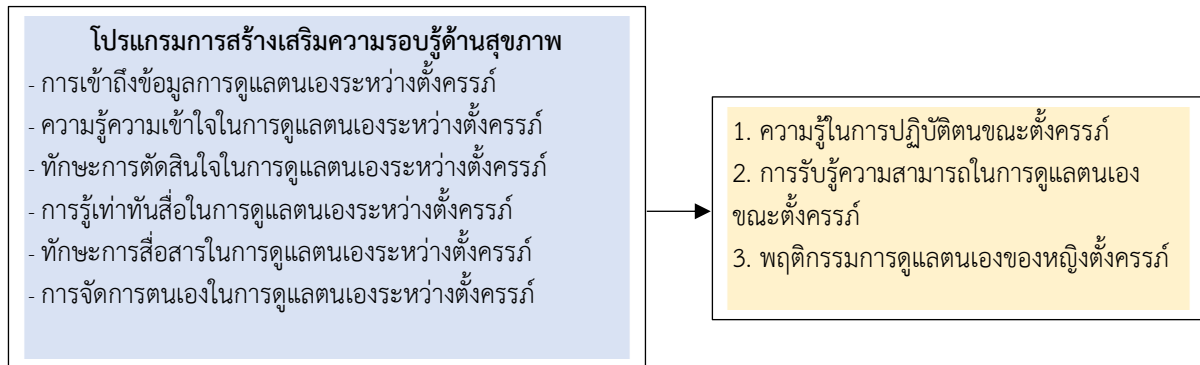
สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ กรอบแนวคิดนี้ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทักษะความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ตามแนวคิดของ Nutbeam ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ ความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ ทักษะการตัดสินใจในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ การรู้เท่าทันสื่อในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ ทักษะการสื่อสารในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ และการจัดการตนเองในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ ในส่วนของตัวแปรตาม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการมีความรู้ด้านสุขภาพ

การวิจัยนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานว่า เมื่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพผ่านโปรแกรมที่ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวแปรตาม กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ที่ดีขึ้น และนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็น ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถค้นหาข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้ เมื่อประกอบกับความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีพื้นฐานที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนี้ ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพยังช่วยให้สามารถสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลรอบข้างได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะการจัดการตนเองช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ในขณะที่ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ช่วยให้สามารถประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับผ่านสื่อต่าง ๆ และหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง สุดท้าย ทักษะการตัดสินใจช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถประเมินทางเลือกและตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบศึกษา 1 กลุ่ม วัดผลก่อน กับหลังการทดลอง (One Group Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลหนองบัวแดง อำเภอนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลหนองบัวแดง อำเภอนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) อายุ 13 - 18 ปี 2) อายุครรภ์ไม่เกิน 24 สัปดาห์ 3) เข้าใจภาษาไทย สื่อสารได้และอ่านออกเขียนได้ 4) มีสมาร์ตโฟนสามารถใช้สมาร์ตโฟนได้ และมีแอปพลิเคชันไลน์ในสมาร์ตโฟน 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยลงนามในเอกสารยินยอมด้วยความสมัครใจ

คำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรคำนวณสำหรับการวิจัยเชิงทดลองและไม่ทราบขนาดของประชากร แบบกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม (Dependent Groups) และทิศทางการทดสอบแบบทางเดียว (One-tailed) โดยกำหนดความเชื่อมั่นเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์ และอำนาจทดสอบ 85 เปอร์เซ็นต์ สามารถคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรดังต่อไปนี้ (Polit & Beck, 2014) ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่ผ่านมาโดยคำนึงถึงบริบทของกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกัน จึงได้ใช้งานวิจัยเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง (Kingmala, Rawiworakul, & Powwattana, 2015) ซึ่งมีบริบทของกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกัน กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type I Error) ที่ระดับ 0.05 ($Z\alpha = 1.645$) และค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II Error) ที่ระดับ 0.85 ($Z\beta = 1.036$) จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 23.33 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 สรุปขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 25 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Selection) ตามเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสรายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ เป็นแบบทดสอบชนิดตอบแบบเลือกตอบสองทาง (Dichotomous Choice) จำนวน 30 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือก “ใช่” และ “ไม่ใช่” การให้คะแนน กำหนดให้คำตอบที่ถูกต้องได้รับ 1 คะแนน และคำตอบที่ไม่ถูกต้องได้รับ 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 30 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ต่อความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ มี 20 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน (ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้ต่อความสามารถตนเองขณะตั้งครรภ์) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยเกณฑ์การให้คะแนนข้อความเชิงบวก คือ น้อย = 1, ปานกลาง = 2, มาก = 3 และข้อความเชิงลบให้คะแนนกลับกัน คือ น้อย = 3, ปานกลาง = 2, มาก = 1 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20 - 60 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ มี 36 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน (ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย ความปลอดภัย และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยข้อความเชิงบวกให้คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ = 3, บางครั้ง = 2, น้อย = 1 ส่วนข้อความเชิงลบให้คะแนนกลับกัน คือ ปฏิบัติเป็นประจำ = 1, บางครั้ง = 2, น้อย = 3 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 36 - 108 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 2 เรื่อง ได้แก่ 1) วิถีทัศน์เรื่องความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนตั้งครรภ์และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ นอกจากนี้มีการใช้แอปพลิเคชันไลน์มาเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้ติดต่อสอบถาม และให้ผู้วิจัยสนับสนุนให้กำลังใจ ชี้แนะ ตอบคำถามสุขภาพต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการดูแลตนเองและพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้หาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมในการใช้ภาษา และความชัดเจนในเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย สติแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์-นรีเวช 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ 1 ท่าน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ 1 ท่าน หลังจากผ่านการตรวจสอบและพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็นและค่าคะแนนที่ได้มาคำนวณหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) พบว่า แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ แบบสอบถามการรับรู้ต่อความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ มีค่า IOC เท่ากับ 1.00, .67 และ .67 ตามลำดับ

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยในส่วนของแบบสอบถามการรับรู้ต่อความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ ได้ปรับภาษาให้เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทของวัยรุ่นไทยมากขึ้น ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ได้ปรับข้อคำถามให้ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน อย่างสมดุล และเพิ่มคำอธิบายประกอบในข้อคำถามที่อาจทำความเข้าใจได้ยาก

หลังจากปรับปรุงแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยแบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79 สำหรับแบบสอบถามการรับรู้ต่อความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .83 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 ซึ่งทุกฉบับมีค่าความเที่ยงสูงกว่า .70 แสดงว่าแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือสามารถนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. แนะนำตนเองและแจ้งรายละเอียดการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างละเอียด อธิบายหัวข้อวิจัย ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ และสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมโดยไม่ส่งผลกระทบ

2. ชี้แจงเรื่องความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัว แจ้งถึงวิธีการเก็บรักษาความลับ ข้อกำหนดด้านจริยธรรม และการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น รับใบยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างหลังการชี้แจง

3. สร้างความสัมพันธ์เบื้องต้น เริ่มต้นการสนทนาแบบไม่เป็นทางการเพื่อสร้างความไว้วางใจกับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ดำเนินการเก็บข้อมูลเบื้องต้นด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ แบบสอบถามการรับรู้ต่อความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จากนั้นจะเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกลุ่มไลน์ ให้กลุ่มตัวอย่างสแกน QR Code เพื่อเข้าร่วมกลุ่มออนไลน์ที่จัดเตรียมไว้

ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดโปรแกรมและขั้นตอนการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในครั้งนี้ออกแบบเพื่อเสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ผ่านการเรียนรู้ใน 5 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การจัดการกับความเครียด และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น กลุ่ม Line เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและการสื่อสารที่ต่อเนื่อง กิจกรรมการเรียนรู้จะมีทั้งการให้ความรู้ผ่านอินโฟกราฟิก คลิปวิดีโอ แบบฝึกหัด และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม เพื่อเพิ่มความเข้าใจและการนำไปใช้ในชีวิตจริง การติดตามและให้คำปรึกษาผ่านช่องทางออนไลน์จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลสุขภาพและทารกในครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ จากนั้นจะเป็นการชี้แจงเป้าหมายของโปรแกรมอธิบายวัตถุประสงค์หลักของโปรแกรม ว่าเป็นการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดจากโปรแกรม

ผู้วิจัยเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทำแบบฝึกหัด การดูวิดีโอ โดยวิดีโอเรื่องความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนตั้งครรภ์ ความยาว 15 นาที และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ความยาว 17 นาที จากนั้นจะเปิดโอกาสให้สอบถามการตอบคำถามในกลุ่มออนไลน์ หรือการอภิปรายร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 2 การเรียนรู้แบบออนไลน์ผ่านโซเชียลมีเดีย โปรแกรมนี้ใช้แพลตฟอร์มออนไลน์ โดยสอนแนวทางการเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่เข้าถึงได้ และมีการแชร์ข้อมูลความรู้ที่ค้นพบร่วมกันภายในไลน์กลุ่มผู้วิจัย มีการสนับสนุน ชี้แนะให้กำลังใจ ผ่านการวิดีโอคอลแบบกลุ่ม ในการเผยแพร่เนื้อหาทุกหัวข้อจะมีการโพสต์สื่อการเรียนรู้ เช่น วิดีโอสั้น อินโฟกราฟิก หรือบทความที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ได้ตามความสะดวก สร้างเสริมการเข้าถึงข้อมูลการดูแลตนเอง แนะนำแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่เชื่อถือได้ เช่น เว็บไซต์โรงพยาบาลหรือแอปพลิเคชันสุขภาพ ฝึกวิธีการหาข้อมูลที่ต้องการ เช่น การใช้คำค้นที่เหมาะสม โดยสัปดาห์นี้จะพบ 2 ครั้ง ใช้เวลา 45 นาที จากนั้นจะเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย

สัปดาห์ที่ 3 สร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยอธิบายหลักการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ยกตัวอย่างกรณีศึกษา เพื่อให้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเองที่เหมาะสม สร้างทักษะการตัดสินใจ ฝึกฝนสถานการณ์จำลอง (Role-playing) ให้ผู้เข้าร่วมได้ลองตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น การเลือกรับบริการสุขภาพเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน สร้างความรู้เท่าทันสื่อ สอนให้กลุ่มตัวอย่างแยกแยะข่าวสารที่ถูกต้องและข่าวลวง (Fake News) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ และพัฒนาทักษะการสื่อสาร โดยฝึกการพูดคุยและสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวอย่างเหมาะสมการแจ้งอาการและปัญหาสุขภาพอย่างชัดเจนเพื่อรับการดูแลที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 4 เสริมทักษะการจัดการตนเอง สร้างตารางการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน สอนเทคนิคการจัดการความเครียด เช่น การฝึกหายใจลึก ๆ และการทำสมาธิ ใช้เวลา 45 นาที

โดยโปรแกรมนี้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครจะได้รับการเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยได้ทุกเมื่อ รวมถึงปัญหาสุขภาพ ปัญหาการฝึกทักษะไม่ถูกต้อง มีการส่งเสริมให้กำลังใจ จนเกิดความรู้ ความมั่นใจ และเปลี่ยนแปลงเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ชั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลอีกครั้งหลังจากดำเนินโปรแกรมการทดลองเสร็จสิ้น โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ แบบสอบถามการรับรู้ต่อความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ และแบบสอบถามพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการทดลองที่ได้ดำเนินการมาตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ก่อนการทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการแจกแจงของตัวแปรความรู้ในการปฏิบัติตน การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กกว่า 50 คน (Daniel & Cross, 2013) ผลการทดสอบพบว่าข้อมูลความรู้ในการปฏิบัติตน ($W = 0.968$, $p\text{-value} = .591$) การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ($W = 0.952$, $p\text{-value} = .274$) และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($W = 0.971$, $p\text{-value} = .663$) มีการแจกแจงแบบปกติ ($p\text{-value} > .05$) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบพารามิเตอร์ (Field, 2009)

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตน การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ใช้สถิติพารามิเตอร์ประเภท Paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่โครงการ HE 67-1-002 รับรองวันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจากการศึกษาลักษณะข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่า มีอายุเฉลี่ย 16.64 ($SD = 1.38$) ส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรกมากที่สุดร้อยละ 8.00 อายุครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาสที่ 1 มากที่สุดร้อยละ 52.00 ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50 – 22.90 มากที่สุดร้อยละ 40 ส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติโรคเบาหวานร้อยละ 80 ทุกคนไม่มีประวัติโรคเบาหวานร้อยละ 100 ไม่เคยผ่านการคลอดร้อยละ 80.00 ประกอบอาชีพแม่บ้านมากที่สุดร้อยละ 44.00 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุดร้อยละ 72.00 มีรายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 48.00 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันร้อยละ 80 อาศัยอยู่กับครอบครัวตนเองร้อยละ 68.00 และส่วนใหญ่มีบุตรโดยตั้งใจร้อยละ 68.00

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตน การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

ตาราง 1 คะแนนเฉลี่ยและผลการทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (n=25)

การรับรู้	หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
1. ความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนตั้งครรภ์	22.32	1.51	16.48	1.15	19.96	24	<.001
2. การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์	51.80	2.02	41.80	2.00	19.62	24	<.001
การรับรู้คุณค่าตนเอง	21.60	.91	16.72	1.10	17.14	24	<.001
การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง	30.20	1.68	25.08	1.55	11.81	24	<.001
3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์	97.88	3.25	78.48	2.931	24.12	24	<.001
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	19.36	2.25	14.48	.89	8.63	24	<.001
ด้านโภชนาการ	24.76	.77	21.00	1.00	13.79	24	<.001
ด้านกิจกรรมทางกาย	18.88	.92	14.44	1.22	12.14	24	<.001
ด้านการจัดการกับความเครียด	21.64	1.18	17.64	1.15	13.09	24	<.001
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	13.24	1.20	10.56	1.35	7.36	24	<.001

จากตาราง 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ 16.48 ($SD = 1.51$) และระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 22.32 ($SD = 1.51$) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติที (Paired t - test) พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.96, p\text{-value} < .001$)

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์วัยรุ่น 41.80 ($SD = 2.00$) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 51.80 ($SD = 2.02$) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติที (Paired t - test) พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.62, p\text{-value} < .001$)

รายด้าน ก่อนการทดลอง ด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 16.72 ($SD = 1.10$) และหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 21.60 ($SD = .91$) ด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ระยะก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 25.08 ($SD = 1.55$) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 30.20 ($SD = 1.68$) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติที พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.14, p\text{-value} < .001$) และ ($t = 11.81, p\text{-value} < .001$) ตามลำดับ

สำหรับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยรวม ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 78.48 ($SD = 2.93$) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 97.88 ($SD = 3.25$) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติที (Paired t - test) พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 24.12, p\text{-value} = .001$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์วัยรุ่นรายด้าน ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 14.48 ($SD = .89$) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 19.36 ($SD = 2.25$) ด้านโภชนาการ ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 21.00 ($SD = 1.00$) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 24.76 ($SD = .77$) ด้านกิจกรรมทางกาย ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม 14.44 ($SD = 1.22$) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม 18.88 ($SD = .92$) ด้านการจัดการกับความเครียด การทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม 17.64 ($SD = 1.5$) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม 21.64 ($SD = 1.18$) และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรม 10.56 ($SD = 1.35$) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม 13.24 ($SD = 1.20$) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติที่พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.63, p\text{-value} < .001$), ($t = 13.79, p\text{-value} < .001$), ($t = 12.14, p\text{-value} < .001$), ($t = 13.09, p\text{-value} < .001$), ($t = 7.36, p\text{-value} < .001$), และ ($t = 24, p\text{-value} < .001$) ตามลำดับ

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับความรู้ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมที่ออกแบบขึ้น โดยเน้นความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและใช้เครื่องมือการเรียนรู้ที่ทันสมัยสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนและวัดผลได้ในเชิงพฤติกรรม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ซึ่งอธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ไม่ได้หมายถึงเพียงการมีข้อมูลหรือความรู้พื้นฐานเท่านั้น แต่ยังรวมถึงทักษะที่จำเป็นในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การตีความและทำความเข้าใจสารสนเทศ การประเมินคุณภาพของข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณ และการนำไปใช้เพื่อการตัดสินใจเชิงปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ความก้าวหน้าที่จะเห็นได้จากผู้เข้าร่วมโครงการ จึงสะท้อนว่ากระบวนการเรียนรู้ที่ถูกออกแบบมาอย่างเหมาะสมได้ช่วยพัฒนาองค์ประกอบทั้งสี่มิติของความรู้ด้านสุขภาพอย่างแท้จริง

ขณะเดียวกัน ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองของ Bandura (1997) ที่ระบุว่า บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองจะมีความพยายามในการเรียนรู้และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมนี้นี้ได้รับทั้งความรู้ใหม่ การฝึกทักษะ และการสนับสนุนจากเครือข่ายออนไลน์ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ว่าตนเอง สามารถจัดการกับการดูแลสุขภาพได้จริง ความเชื่อมั่นดังกล่าวนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงบวกและการดูแลสุขภาพที่มีความสม่ำเสมอมากขึ้น องค์ประกอบที่สำคัญของโปรแกรม ได้แก่ (1) การใช้สื่อมัลติมีเดีย เช่น อินโฟกราฟิกและวิดีโอ ที่ช่วยทำให้เนื้อหาที่มีความกระชับ ชัดเจน เข้าใจง่าย และสร้างความน่าสนใจ ส่งผลต่อการเรียนรู้และการจดจำที่มีประสิทธิภาพ (2) การใช้กลุ่ม Line เป็นช่องทางการสื่อสารที่เอื้อต่อการติดต่อสองทาง การให้คำปรึกษา การติดตามผล และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้เข้าร่วม ทำให้เกิดความรู้สึกถึงการมีเครือข่ายสนับสนุนและการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนการเรียนรู้ และ (3) กิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ ที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้ทดลองนำความรู้ไปประยุกต์ใช้จริงในชีวิตประจำวัน กระบวนการนี้ช่วยเสริมสร้างความรับผิดชอบต่อตนเองและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Narkarat, Taneepanichskul, Kumar, & Somrongthong (2021) ที่พบว่า การส่งข้อความผ่านโทรศัพท์มือถือ สามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของนักเรียนหญิงได้อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาดังกล่าวตอกย้ำให้เห็นถึงศักยภาพของเทคโนโลยีดิจิทัลในการเข้าถึงกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มที่คุ้นเคยกับสื่อสารสนเทศและมีการใช้งานอย่างแพร่หลาย ขณะเดียวกัน การศึกษาของ Willcox, van der Pligt, Ball, Wilkinson, Lappas, McCarthy, et al. (2019) ในออสเตรเลียยืนยันว่าการให้คำปรึกษาผ่านระบบออนไลน์สามารถส่งเสริมการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ได้จริง โดยแพลตฟอร์มดิจิทัลช่วยลดข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ และยังสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับการสอบถามปัญหาส่วนบุคคลที่อ่อนไหว

ในบริบทของการสร้างชุมชนออนไลน์ การศึกษาของ Potharst, Schaeffer, Gunning, Cohen de Lara, Boekhorst, Hulsbosch, et al. (2022) ในประเทศเนเธอร์แลนด์พบว่า Online Communities มีบทบาทสำคัญในการลดความเครียดและเสริมสร้างความผูกพันระหว่างแม่และลูก การมีพื้นที่ดิจิทัลสำหรับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จึงมีความสำคัญยิ่งต่อหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นที่อาจเผชิญความเปราะบางทางสังคมและอารมณ์ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานของ Nintao, Manonai, Wattanayingcharoenchai,

Wattanayingcharoenchai, Puttanapong, & Chaithongwongwatthana (2023) และ Apriani & Fitri (2023) ที่แสดงให้เห็นว่าการใช้สื่อแอนิเมชันช่วยลดความซับซ้อนของเนื้อหาทางการแพทย์ ทำให้เข้าถึงได้ง่ายขึ้น และเหมาะสมกับกลุ่มที่มีความแตกต่างทางพื้นฐานการศึกษา การใช้สื่อภาพเคลื่อนไหวเหล่านี้ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการจดจำและการทำความเข้าใจในเนื้อหาที่มีความซับซ้อนได้ดีขึ้น ในด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานของ Kohan, Ghasemi, & Dodangeh (2016) ที่พบว่าการใช้สื่อศึกษาในระยีก่อนตั้งครรภ์ ช่วยปรับปรุงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และงานของ Piyathida, Nittaya, & Wannaa (2013) รวมถึง Jeano (2012) ที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการและการสนับสนุนเชิงพฤติกรรมมีผลต่อการยกระดับคุณภาพการตั้งครรภ์และการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ตรงกันข้าม การศึกษาของ Gupta, Kiran, & Bhal (2008) ชี้ให้เห็นว่าการขาดความรู้และการไม่ได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมจากบุคลากรสุขภาพสัมพันธ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น น้ำหนักแรกเกิดต่ำและการคลอดก่อนกำหนด ข้อค้นพบนี้ตอกย้ำถึงความสำคัญและความจำเป็นของการพัฒนาโปรแกรมที่เน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ ระยะเวลาในการติดตามผลที่สั้น อาจไม่เพียงพอในการประเมินความคงทนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เลือกจากพื้นที่เฉพาะ อาจจำกัดการอ้างอิงไปสู่ประชากรกลุ่มอื่นที่มีความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้น งานวิจัยในอนาคตควรพิจารณาการติดตามผลในระยะยาว รวมถึงขยายกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายมากขึ้น เพื่อยืนยันความยั่งยืนของผลลัพธ์และเพิ่มความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้โปรแกรมในวงกว้าง

การศึกษานี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนว่าการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัล สื่อมัลติมีเดีย และกิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติสามารถเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อค้นพบดังกล่าวไม่เพียงแต่มีคุณค่าในเชิงวิชาการ แต่ยังมีนัยสำคัญในเชิงปฏิบัติสำหรับการออกแบบโครงการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กในอนาคต อีกทั้งยังสนับสนุนการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพเชิงป้องกันที่ครอบคลุม เฝ้าเทียม และยั่งยืน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกในสังคมไทยต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยเฉพาะในเรื่องการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น
2. ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถใช้ผลการวิจัยในการจัดฝึกอบรมให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้มีความรู้และทักษะในการให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะในด้านการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
3. ปรับปรุงบริการด้านสาธารณสุข ผลการวิจัยอาจนำไปสู่การปรับปรุงบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาล เช่น การจัดทำคู่มือการดูแลตนเองที่เข้าใจง่าย และการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลของโปรแกรมในระยะยาวว่าความรู้ที่ได้รับยังคงอยู่และสามารถนำไปปฏิบัติจริงหรือไม่ รวมถึงขยายกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการปฏิบัติตัวก่อนตั้งครรภ์ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวและสภาพแวดล้อม
2. ควรทำการวิจัยต่อเนื่องเพื่อตรวจสอบผลกระทบในระยะยาวของการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ในบริบทต่าง ๆ เช่น ชุมชนเมืองและชนบท

References

- Albright, C. M., Ali, R. A., Lopes, V. M., & Rouse, D. J. (2020). Nutritional considerations in pregnancy. *Nutrition Reviews*, 78(6), 537–550.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). Nutrition During Pregnancy (FAQ001). Retrieved December 19, 2024, from <https://www.acog.org/womens-health/faqs/nutrition-during-pregnancy>
- Apriani, W., & Fitri, Y. (2023). Effectiveness of animated videos as information media on adolescent reproductive health in disaster situations. *Science Midwifery*, 11(4), 715–720.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman.
- Daniel, W. W., & Cross, C. L. (2013). *Biostatistics: A Foundation for Analysis in The Health Sciences* (10th ed.). Wiley.
- Chamnansee, P., & Chomphupan, K. (2018). Predictive factors of health-promoting dietary behaviors among pregnant women. *Journal of Nursing Science and Health*, 41(4), 179–189. (in Thai)
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2005). *Williams Obstetrics* (22nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Eastman, C. J., & Zimmermann, M. B. (2018). *The Iodine Deficiency Disorders*. In L. J. De Groot, G., Chrousos, K., Dungan, K. R., Feingold, A., Grossman, J. M., Hershman, C., et al. (Eds.), Endotext [Internet]. MDText.com, Inc. Retrieved December 5, 2024, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285556/>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3rd ed.). London: Sage.
- Gibbs, C. M., Wendt, A., Peters, S., & Hogue, C. J. (2012). The impact of early age at first childbirth on maternal and infant health. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 26(s1), 259–284.
- Gupta, N., Kiran, U., & Bhal, K. (2008). Teenage pregnancies: Obstetric characteristics and outcome. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 137(2), 165–171.
- Jeano, M. (2012). *The Effect of A Supportive Educative Program for Reduction of Anemia on Self-Care Behavior of Muslim Pregnant Women [Master's thesis, Prince of Songkla University]*. Prince of Songkla University.
- Kingmala, C., Rawiworakul, T., & Powwattana, A. (2015). Effect of a pregnancy prevention program for female adolescents. *Boromarajonani College of Nursing, Bangkok Journal*, 31(3), 25–34. (in Thai)
- Kohan, S., Ghasemi, S., & Dodangeh, M. (2016). The effect of health education on knowledge and behavior toward prevention of unwanted pregnancy in adolescent girls. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(3), 267–271.
- Kosasih, C. E., Solehati, T., & Maryati, I. (2024). Comparing the effect of LINE-based and WhatsApp-based educational interventions on reproductive health knowledge, attitudes, and behaviors among Triad adolescents: A quasi-experimental study. *Belitung Nursing Journal*, 10(1), 87–95.

- Narkarat, P., Taneepanichskul, S., Kumar, R., & Somrongthong, R. (2021). Effects of mobile health education on sexual and reproductive health information among female school-going adolescents of rural Thailand. *F1000Research*, 10, 452.
- Nintao, N., Manonai, J., Wattanayingcharoenchai, R., Wattanayingcharoenchai, C., Puttanapong, N., & Chaithongwongwatthana, S. (2023). Effects of an animated educational video on knowledge of cell-free DNA screening among Thai pregnant women: A randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 1-11
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Piyathida, S., Nittaya, S., & Wannaa, P. (2013). The effects of a nutrition promotion program on pregnancy outcomes in adolescents. *Kuekarun Journal*, 20(2), 100-115.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice (8th ed.)*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Potharst, E. S., Schaeffer, M. A., Gunning, C., Cohen de Lara, M., Boekhorst, M. G. B. M., Hulsbosch, L. P., et al. (2022). Implementing "online communities" for pregnant women in times of COVID-19 for the promotion of maternal well-being and mother-to-infant bonding: A pretest-posttest study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1-12
- Tachasuksri, T., Siriarunrat, S., Suppasri, P., Suppaseemanont, W., Boonnate, N., & Kwannate, C. (2017). Causal model for quality of life among pregnant women. *Burapha University Journal of Nursing*, 4(1), 28-46.
- Tinker, S. C., Gilboa, S. M., Moore, C. A., Waller, D. K., Simeone, R. M., Kim, S. Y., et al. (2020). Specific birth defects in pregnancies of women with diabetes: National birth defects prevention study, 1997-2011. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(2), 176.e1-176.e11.
- Wang, H., Long, X., Luo, H., Wen, N., Peng, Z., & Ouyang, Y. (2020). Contraceptive and reproductive health education and service needs of unmarried adolescents in Chongqing, China: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1-10.
- Willcox, J. C., van der Pligt, P., Ball, K., Wilkinson, S. A., Lappas, M., McCarthy, E. A., et al. (2019). eHealth interventions for pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 126(9), 1097-1106.
- World Health Organization. (2020). *Adolescent Pregnancy*. Retrieved December 8, 2024, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>



คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารการพยาบาลและการศึกษา

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการศึกษา ขอเชิญสมาชิก และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ อันจะเกิดประโยชน์ต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนางานวิจัยและงานวิชาการต่อไป

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิจัยและบทความวิชาการด้านการพยาบาลสาขาต่าง ๆ ด้านการผดุงครรภ์ และด้านการศึกษายพยาบาล
2. บทความวิชาการและบทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14 หรือ 12 กรณีมีจำนวนหลายคอลัมน์) โดยพิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง, ซ้าย - ขวา 2.54 cm. โดยรวมเนื้อหาและรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า

2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 17 (หนา) ไว้หน้าแรกตรงกลาง
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกอยู่ท้ายชื่อ และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกอยู่หน้า ให้ตรงกับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลัก เพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด

4. มีบทคัดย่อภาษาไทย จำนวนคำไม่เกิน 400 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 400 คำ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)
8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น



1.

1.1

1.1.1

1)

1.1)

-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาได้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework



- Methods
 - Population and Sample
 - Research Instrument
 - Validity and Reliability of the Research Instrument
 - Data Collection
 - Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

12. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ
- Abstract
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- References

บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Content
- Conclusion
- Suggestion
- References

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition และเป็นไปตามรูปแบบที่วารสารกำหนด ทั้งนี้ทางวารสารใช้การอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษโดยแปลอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้เป็นภาษาอังกฤษ โดยสามารถศึกษาเพิ่มเติมจาก <https://dekgenius.com/> ดังนี้



ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม - ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, & Singsri, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, Singsri, Singhasem, Suwannaraj, Janpes, et al., 2015)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม - ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.” สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing*, Songkhla. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N., & Hyun, H. H. (2012). *How to Design and Evaluate Research in Education*. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013). *Collection of Academic Performance in Humanized Service Mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). *Information and Documentation*. In Potter, A. P., Perry, G. A., Stockert, A. P. & Hall, A. ” Basic Nursing Challenge. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). *The New Face of Nursing: Expanding Patient Advocacy with Leadership, Creativity, and Vision*. Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved November 3, 2013 from <https://magazine.nursing.jhu.edu/>.



5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *British Dental Journal*, 201(10), 625-626.

กรณีบทความวิจัยที่มีเลขรหัสบทความ (e) หรือเลข DOI ให้อ้างอิง ดังนี้

Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of nurse practitioners in advance care planning (acp) for patients with renal replacement therapy and related factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepaksorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung nursing journal*, 9(5), 505–511. doi.org/10.33546/bnj.2735

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators Development of Nursing Students's Identities in Nursing Colleges, Ministry of Public Health*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Doctor of Education Degree in Educational Administration Faculty of Education and Liberal Arts, Hatyai University. (in Thai)

การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่วารสารการพยาบาลและการศึกษาผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/submissions> และแนบแบบฟอร์มตามที่วารสารฯ กำหนด

วารสารการพยาบาลและการศึกษามีกำหนดออก 4 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – มีนาคม) ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน) ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม – กันยายน) และ ฉบับที่ 4 (ตุลาคม – ธันวาคม)



รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่ จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อน จึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารที่มีผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) ตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาลและการศึกษาโดยบุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้พิจารณาบทความ 2 ใน 3 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารการพยาบาลและการศึกษาด้วยระบบออนไลน์
5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน
6. วารสารฯ จะดำเนินการเก็บค่าตีพิมพ์หลังจากกองบรรณาธิการวารสารตอบรับการตีพิมพ์ (Accepted) ในระบบ ซึ่งจะมี e-mail แจ้งรายละเอียดชำระค่าตีพิมพ์
7. ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ
 - 7.1 บุคคลทั่วไป อาจารย์ในสถาบัน

บทความภาษาไทย	จำนวน 5,000 บาท
บทความภาษาอังกฤษ	จำนวน 6,000 บาท
 - 7.2 สำหรับนักศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

บทความภาษาไทย	จำนวน 2,500 บาท
บทความภาษาอังกฤษ	จำนวน 3,000 บาท

บทความใช้รูปแบบ font TH SarabunPSK ทั้งบทความ

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หน้า)

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นา บกคดีย่อยไม่เกิน 1 หน้า.....

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 นนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่นนา แต่ละคำไม่ต้องใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น

→ การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข บุคลากร

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:.....) (ขนาด 12 ไม่หนา)

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น
Happiness Organization Development, Personnel

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า)

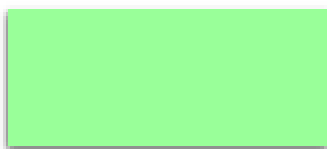
(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพ 1 (หน้า)(ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 15

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1ชื่อตาราง.....

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

(อธิบายใต้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

(enter ขนาด 15)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

ตาราง 2ชื่อตาราง.....

(หัวข้อ)สมรรถนะการพยาบาล	หัวข้อ	หัวข้อ
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

(อธิบายใต้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า) ไม่ต้องกั้นหลัง

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน References และบทความ (ขนาดอักษร 15 ไม่หนา) การจัดหน้าไม่ต้องกั้นหลัง เช่น

Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of Nurse Practitioners in Advance Care Planning (ACP) for Patients with Renal Replacement Therapy and Related Factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)

2.54 ဗ.မ.

2.54 မ်.

2.54 ឆ្នាំ.

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17
ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17
(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ เช่น ¹Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromaraichanok Institute ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 นน)

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

ป้อนค่า 1.75 ลงในช่อง (Enter ชนดตัวอักษร 14)

คำสำคัญ: หัวข้อสำคัญ (ขนาด 15 นหา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ไม่ต้องใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น

→ การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข, บุคลากร

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:.....) (ขนาด 12 ไม่หนา)

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น
Happiness Organization Development, Personnel

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ การอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ (ขนาดอักษร 15 ไม่หนา) การจัดหน้าไม่ต้องกั้นหลัง เช่น
Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of nurse practitioners in advance care planning (acp) for patients with renal replacement therapy and related factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)