



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong

บทความวิชาการ

การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงดีสมบูรณ์ในยุคประเทศไทย 4.0 โดยใช้ PPCT Model

ณัฐปัทมา เพียรธัญญกรรม, วริณญา อาจธรรม, รัชวรรณ แสนคำหมื่น, ธัญญาศิริ โสมคำ

บทบาทพยาบาลในการจัดการความโกรธสำหรับผู้ป่วยจิตเวช

ดรุณี คชพรหม, ชිරนุช ยินดีสุข, เขาวนิจ จรุงศักดิ์, ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: บทบาทพยาบาล

นิตยา เจริญยุค, ทศย์รัตน์ สายมาอินทร์, วัณิสริณ ก้อนศิลา

บทความวิจัย

รูปแบบการสอนเพศศึกษาสำหรับเด็กวัยรุ่นไทยและผลลัพธ์: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ณัฐยา ศรีทะแก้ว, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, วิไลวรรณ ปะธิก, ทรงวุฒิ กักรไชยกร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในสตรีก่อนตั้งครรภ์ใน สปป. ลาว

พรสุดา วงศ์ทอง, พัทธวีไล ศรีแสง

ความมั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการในโรงพยาบาลอุดรธานี

มีกนา พรหมรักษา, สมจิตร เมืองพิล

ผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ต่อความรู้หัวหน้าหอผู้ป่วย

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ และอัตราการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในกลุ่มควบคุม ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

สมสมัย บุญส่อง, ศนิชา ชาติมนตรี, อีสริยาภรณ์ แสงสวย, สุเพียร โภคทิพย์

การพัฒนาแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษสำหรับกลุ่มแม่บ้าน

กรณีศึกษาอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

นวรรณี สิงห์คำ, มนัสนันท์ ลิ้มปัทยาศุข, จุฑามาศ นพรัตน์

การประเมินผลการจัดการเรียนแบบออนไลน์ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ในสถานการณ์

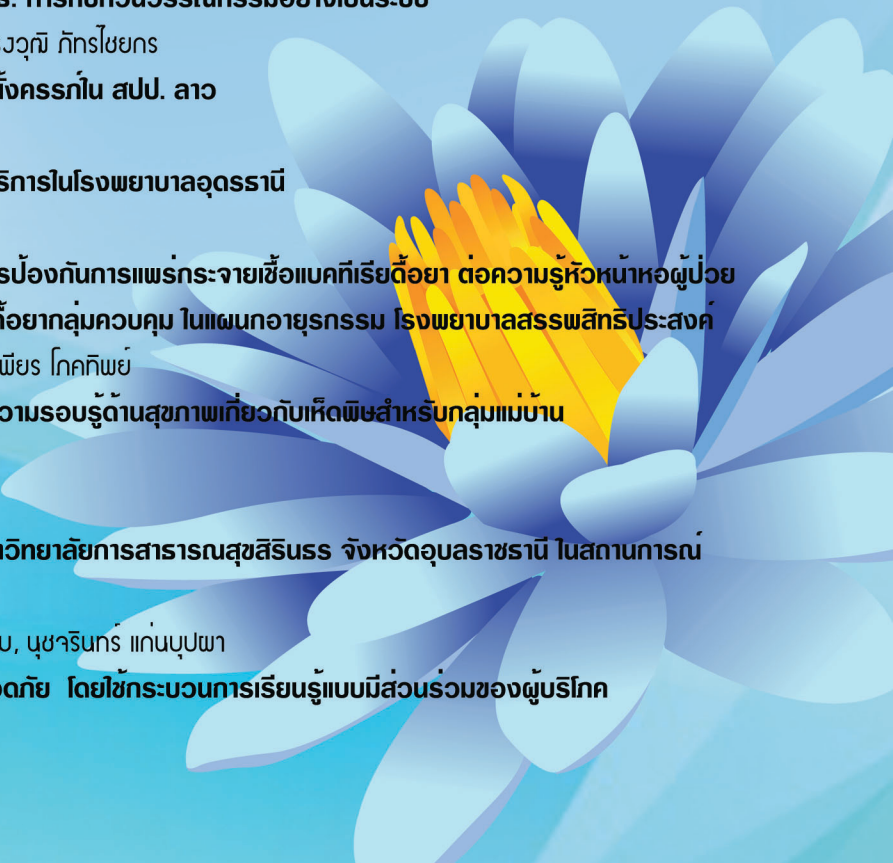
การระบาดของ COVID-19

แก้วใจ มาลัย, กณิน ไชยช่วย, จินดา คำแก้ว, พนาไพร ใจงาม, นุชารินทร์ แก่นบุปผา

ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารปลอดภัย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้บริโภค

ในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

อัญชรีรัตน์ สารการ, สุภาพร ใจการุณ, กุลชญา ลอยหา



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์

ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2564)

ISSN (Print): 2673-0723

ISSN (Online): 2697-5246

เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
หน่วยงานที่จัดพิมพ์ สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานการวิจัย (Research article) บทความทางวิชาการ (Academic article) และบทความปริทัศน์ (Review article) สาขาการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กำหนดการออกวารสาร

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

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ
หัวหน้างานวิจัยและผลผลิตทางวิชาการ

บรรณาธิการ ดร.เพชร ใจการุณ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวสิริขณา ชอบเสียง
นางจงลักษณ์ ทวีแก้ว
นางพนัชญา ชันติจิตร
นายชุนกร แก้วมณี
นางสาวจินวดี จันตรา
นายทศกมล พลไชย

เลขานุการและประชาสัมพันธ์

นางสาวสิริภัทร โจนสติ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล
รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุกธำพิทักษ์พล
รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์

รองศาสตราจารย์ ดร.เนาวนิตย์ สงคราม
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณดี สุทธินากร
รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา ท้าดี
รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร ใจการุณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวรรณ กิตติภรณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา นวดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริยา อ่อนสอาด
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญศิริ ตำรงกคการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินดารัตน์ ชัยอาจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตาภา พุกพันธ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมรภพ บรรหารักษ์

ดร.นพ.สุธีร์ รัตน์มงคล
ดร.วีลวรรณ ปะริก
ดร.สุเพ็ญ โภคทัพบย
ดร.วีโรจน์ เขมรัมย์
ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง
ดร.นิสากร วิชาชัย
ดร.ศุภวดี แก้วเพ็ญ
ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง
ดร.พิทยา ศรีเมือง
ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมณี
ดร.ชลิยา วามะสุน
ดร.อนุชตรา วรรณเสวก
ดร.เกษราภรณ์ เคนบุปผา
ดร.สุภาภรณ์ ศรีรัตนรัตน์
ดร.เอมอร แสงศิริ
ดร.รุ่งรังษี วิชาชัย
ดร.เพชรภรณ์ วิริยะสีบพงศ์
ดร.นภาฯ สิงห์วิธรรม
ดร.ปรางทิพย์ ทาสนา: เอลเทอร์
ดร.สุรศักดิ์ สุนทร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ ม.สุโขทัยธรรมมาธิราช
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
โรงพยาบาลแม่เหล็กอุบลราชธานี
โรงพยาบาลแม่เหล็กอุบลราชธานี
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 อุบลราชธานี
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี



ดร.ตลนกา ไชยสมบัติ
ดร.ณัฐยา ศรีทะแก้ว
ดร.พายุ นาวาคูระ

ดร.บุญสือ ฉิมบันไร้
ดร.สุภากรณ์ อุดมลักษณ์
ดร.บุษยสิทธิ์ พงษ์ไพจิตร
ดร.ศรีจันทร์ พลับจั่น
ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธ์ุ์
ดร.กุลธิดา กุลประทีปัญญา
ดร.นุสรุา ประเสริฐศรี
ดร.พัชรี ใจกาธุณ
Mr. Kent Dale Hamilton
อาจารย์ทรงวุฒิ ภัทรไชยกร
ผู้เชี่ยวชาญดาราศาสตร์วิทยุกระจาย นุ่งทอง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล รัตนบุรี
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสุพรรณบุรี จังหวัดชลบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี



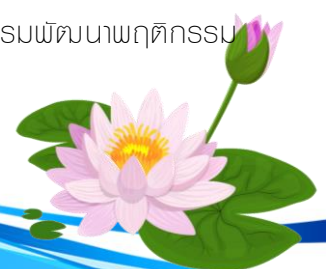
บทบรรณาธิการ

“เต ชะ สุ เน มะ ฎ จะ นา วิ เว”

ที่มา: สวดมนต์สามัญประจำบ้าน (ฉบับกระเป๋)

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ขออันเชิญบทสวดคาถาทวิจิตกษัตริ หรือ หัวใจพระเจ้าสิบชาติ เป็นบทสวดที่เกี่ยวกับเชื้อย่องของพระพุทธรเจ้า 10 พระชาติที่บำเพ็ญบารมีในฐานพระโพธิสัตว์ โดยบำเพ็ญบารมีทั้ง 10 ประการ ใน 10 ชาติ คือ 1) **เต** ย่องมาจาก พระเตมีย์ บำเพ็ญในด้านเนกขัมมบารมี 2) **ชะ** ย่องมาจาก พระมหากษัตริย์ บำเพ็ญด้านวิริยบารมี 3) **สุ** ย่องมาจาก พระสุวรรณสาม บำเพ็ญด้านเมตตาบารมี 4) **เน** ย่องมาจาก พระเนมิราชย์ บำเพ็ญด้านอธิษฐานบารมี 5) **มะ** ย่องมาจาก พระมหากษัตริย์ บำเพ็ญด้านปัญญาบารมี 6) **ฎ** ย่องมาจาก พระภุมรินทร์ บำเพ็ญด้านศีลบารมี 7) **จะ** ย่องมาจาก พระจันทกุมาร บำเพ็ญด้านขันติบารมี 8) **นา** ย่องมาจาก พระนารถพรม บำเพ็ญด้านอุเบกขาบารมี 9) **วิ** ย่องมาจาก พระวิฑูรย์บัณฑิต บำเพ็ญด้านสัจจะบารมี และ 10) **เว** ย่องมาจาก พระเวสสันดร บำเพ็ญด้านทานบารมี โดยมีความเชื่อว่าเป็นอภิศักดิ์สิทธิ์อานุภาพสูง ช่วยคุ้มครองปกป้องความเจ็บป่วยและภัยอันตรายต่าง ๆ เป็นบทสวดที่สร้างขวัญกำลังใจให้ทุก ๆ ท่าน ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ และรู้ทันการเปลี่ยนแปลง

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เป็นวารสารที่เผยแพร่ผลงานวิชาการทางสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิชาการทางสุขภาพของนักวิชาการพยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษารวมถึงนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อความก้าวหน้าและพัฒนาทางวิชาการด้านสุขภาพ ในประเทศไทย สำหรับกองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ได้คัดเลือกบทความวิจัยที่น่าสนใจด้านต่าง ๆ รวม 10 เรื่อง เสนอในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2564) ดังนี้ 1) การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดในยุคประเทศไทย 4.0 โดยใช้ PPCT Model 2) บทบาทพยาบาลในการจัดการความโกรธสำหรับผู้ป่วยจิตเวช 3) การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: บทบาทพยาบาล 4) รูปแบบการสอนเพศศึกษาสำหรับเด็กวัยรุ่นไทยและผลลัพธ์: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในสตรีก่อนตั้งครรภ์ใน สปป. ลาว 6) ความมั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการในโรงพยาบาลอุดรธานี 7) ผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียต่อความรู้หัวหน้าหอผู้ป่วย สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ และอัตราการติดเชื้อแบคทีเรียต่อยาคลุ่มควบคุมในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 8) การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเกิดพิษสำหรับกลุ่มแม่บ้าน กรณีศึกษาอำเภอภูผาเหล็ก จังหวัดอุดรธานี 9) การประเมินผลการจัดการเรียนแบบออนไลน์ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุดรธานี ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 และ 10) ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรม



การบริโภคอาหารปลอดภัย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้บริโภคในเขตเทศบาลเมืองพินุลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นประโยชน์ต่อกันผู้อ่าน เพื่อเปิดมุมมอง แนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่าน รวมทั้งช่วยส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูภาวะสุขภาพของประชาชนต่อไปในอนาคต นอกจากนี้ ตามที่กองบรรณาธิการเรียนให้ท่านผู้อ่านได้ทราบว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงบรรณาธิการในปี 2565 นั้น ขณะนี้กองบรรณาธิการได้เรียนเชิญ ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา เป็นบรรณาธิการ ซึ่งจะดำเนินการตั้งแต่ ปี 2565 เป็นต้นไป เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพวารสารให้เป็นแหล่งอ้างอิงทางวิชาการ ผลิตผลงานเพื่อแก้ไขปัญหา และตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพของชุมชน สังคมต่อไป

กองบรรณาธิการ





ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2564)

สารบัญ

- บทความวิชาการ**
- การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงตีสัดส่วนในยุคประเทศไทย 4.0 โดยใช้ PPCT Model 1
The Health Promotion of Early Childhood for a Healthy Weight-to-height Ratio in Era of Thailand 4.0 by Using PPCT Model
ณัฐปัทมา เพียรธัญญกรรม, วริณญา อาจธรรม, รัชสวรรค์ แสนคำคมื่น,
ธัญญาศิริ โสมคำ
Natthapan Phianthanyakam, Warinya Attham, Rassawan Saenkammeun,
Thunyasiri Somkome
 - บทบาทพยาบาลในการจัดการความโกรธสำหรับผู้ป่วยจิตเวช 12
Nurse's Role in Applying Anger Management Principles for Psychiatric Patients in the Community
ดร.ณิ คชพรหม, ธิรนุช ยินดีสุข, เยาวณี จรุงยศศักดิ์, ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์
Darunee Kochaphrom, Teranut Yindesuk, Yauwanee Charoonsak, Sirirat Kosalwat
 - การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: บทบาทพยาบาล 23
Empowerment in Chronic Schizophrenia Patients: Nursing Roles
นิตยา เจริญยุทธ, หทัยรัตน์ สายมาอินทร์, วนัสริน ก้อนศิลา
Nittaya Chareonyooth, Hathairat Saima-in, Wenusrin Konsila
- บทความวิจัย**
- รูปแบบการสอนเพศศึกษาสำหรับเด็กวัยรุ่นไทยและผลลัพธ์: การทบทวนวรรณกรรม 36
อย่างเป็นระบบ
Sexuality Education Delivery and Its Outcome in Thailand: A Systematic Review
ณัฐยา ศรีทะแก้ว, เกษราภรณ์ เคนบุบผา, วิลาวรรณ ประธิก,
ทรงวุฒิ ภัทรไชยกร
Nuttaya Sritakaew, Kedsaraporn Kenbubpha, Wilaiwan Pathike,
Songwut Bhattarachaiyakorn
 - ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในสตรีก่อนตั้งครรภ์ใน สปป. ลาว 54
Factors Related to the Nutritional Status of Preconception Women in Lao PDR
พรสุดา วงศ์ทอง, พักตร์วิไล ศรีแสง
Phonesouda Vongthong, Pakvilai Srisaeng





ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2564)

สารบัญ

บทความวิจัย

- ความมั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลอุดรธานี 68
Food Security During Pregnancy among Pregnant Adolescents at Udon Thani Hospital
มัทนา พรมรักษา, สมจิตร เมืองพิล
Matana Promruksa, Somjit Muangpin
- ผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 81
แบคทีเรียดื้อยา ต่อความรู้หัวหน้าหอผู้ป่วย สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ และอัตราการติดเชื้อ
แบคทีเรียดื้อยาในกลุ่มควบคุม ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
Effectiveness of Implementing Proctor Clinical Supervision Model on
Knowledge of Head Nurse, Competency of Registered Nurse and Rates of
Controlled-Group Antimicrobial Resistance Infection in Department of Medicine,
Sunpasitthiprasong Hospital
สมสมัย บุญส่อง, ศนิชา ชาตมณตรี, อัสริยากรณ์ แสงสวย, สุเพียร โภคพิทย์
Somsamai Boonsong, Sanicha Chatmontri, Itsariyaporn Saengsuai, Supian Pokathip
- การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษ 93
สำหรับกลุ่มแม่บ้าน กรณีศึกษาอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี
Development of a Risk Communication Model for Health Literacy on Poisonous
Mushrooms for Housewives Case Study Buntharik District, Ubon Ratchathani Province
นวรรตน์ สิงห์คำ, มณีสนันท์ ลิมปวิทยากุล, จุฑามาศ นพรัตน์
Navarat Singkham, Manasanun Limpavithayakul, Chuthamat Nopparat
- การประเมินผลการจัดการเรียนแบบออนไลน์ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 106
จังหวัดอุบลราชธานี ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19
An Evaluation of Online Learning During the COVID-19 Outbreak among
Students of Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani
แก้วใจ มาลัย, ภคิน ไชยช่วย, จินดา คำแก้ว, พนาไพร โดมงาม,
บุษจรินทร์ แก่นบุปผา
Kaewjai Maleelai, Phakin Chaichuy, Jinda Khamkaew, Panaprai Chomngam
Nutcharin Kanbupha



ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2564)

สารบัญ

- บทความวิจัย**
- ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภคอาหารปลอดภัย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้บริโภคในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี
Effect of Food Safety Behavior Development Program Using Participatory Learning Process of Consumers in the Municipality Phibun Mangsahan, Ubon Ratchathani Province
อัญชรีรัตน์ สารการ, สุภาพร ใจการุณ, กุลชญา ลอยหา
Aunchareerat Sarakan, Supaporn Chaigarun, Kulchaya Loiha
 - คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วนในยุคนประเทศไทย 4.0 โดยใช้ PPCT Model

ณัฐปัทม์ เพียรธัญญกรรม พย.ม.^{1*}
วรินญา อัจฉรม พย.ม.¹
รัศวรรณ แสนคำหมื่น พย.ม.²
ธัญญาศิริ โสมคำ Ph.D. (Nursing)¹

บทคัดย่อ

เด็กเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าและเปรียบเสมือนพลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ อนาคตของประเทศชาติจึงขึ้นอยู่กับคุณภาพของเด็ก โดยเฉพาะเด็กปฐมวัยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา ทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคมและจริยธรรม เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาการที่สำคัญ ในหลาย ๆ ด้าน พยาบาลจะมีส่วนในการส่งเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยให้มีการเจริญเติบโตที่สมส่วน พัฒนาการ ตามวัย แต่จากการสำรวจยังพบว่า เด็กปฐมวัยทั้งประเทศ มีเพียงร้อยละ 49.5 เท่านั้นที่ส่วนสูงดีสมส่วน และ 1 ใน 10 ของเด็กไทย เป็นเด็กที่มีภาวะเตี้ยและภาวะอ้วน แสดงให้เห็นถึง ปัญหาภาวะโภชนาการเป็นปัญหา ที่สำคัญที่สุดสำหรับเด็กวัยนี้จนถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดของการพัฒนาและสร้างศักยภาพเด็กปฐมวัยภายใต้รูปแบบการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ของประเทศไทย 4.0 โดยมีวิธีการที่ทุกหน่วยของสังคมที่เด็กอยู่อาศัยได้เข้ามาร่วมมือกันเพื่อปรับปรุง แก้ไขปัญหา มีความสอดคล้องกับ PPCT Model ซึ่งเป็นโมเดลที่ถูกพัฒนามาเพื่อใช้ในการพัฒนาศักยภาพของบุคคล ให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการหรือพฤติกรรมในทางบวก เกิดการแก้ไขปัญหাসุภาพและก่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ประเทศไทย 4.0 PPCT model

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* Corresponding author e-mail: phianthanyakam@gmail.com

วันที่รับ (received) 30 มิ.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 20 ต.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 พ.ย. 2564

The Health Promotion of Early Childhood for a Healthy Weight-to-height Ratio in Era of Thailand 4.0 by Using PPCT Model

Natthapan Phianthanyakam M.N.S. ^{1*}

Warinya Attham M.N.S. ¹

Rassawan Saenkammeun M.N.S. ²

Thunyasiri Somkome Ph.D. (Nursing)¹

Abstract

Children are valuable human resources-as the significant mechanism for the national development. Hence, the future of a nation tends to depend on the quality of its children, especially the early-childhood children who need to be well-developed concerning their physical, intellectual, emotional, social, and ethical dimensions. Furthermore, early childhood is considered the most critical period for developing significantly multidimensional growth. Therefore, nurses seem to play a crucial role in promoting the health of early childhood children leading to a healthy weight-to-height ratio and suitable age-based development. Nevertheless, the survey has revealed that only 49.5% of early childhood children in Thailand maintained a healthy weight-to-height ratio, and one out of ten suffered from stunting and obesity. This reflected that nutritional problems became one of the problems for children of this age range. Furthermore, to solve this problem, the Ministry of Health included the issue in the national strategic plan. The key indicators on potential development and capacity building for early childhood children were formulated within the human resources development model; known as Thailand 4.0. To further elaborate, this model was designed to establish mutual collaboration among all social units interacting with children to reach the solutions. The concept of Thailand 4.0 was also consistent with the PPCT Model, which was developed to enhance individual potentials towards creating desired outcomes or adopting positive behaviors that could alleviate health problems and establish sustainable health promotion.

Keywords: early childhood health promotion, Thailand 4.0, PPCT model

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author e-mail: phianthanyakam@gmail.com

บทนำ

จากการสำรวจปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของเด็กปฐมวัย พบว่าจากแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัยซึ่งมีการกำหนดตัวชี้วัดของเด็กไทยอายุ 0-5 ปี ที่สูงที่สุดส่วนในปี พ.ศ. 2562 จะต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 57 และในปี พ.ศ. 2564 จะต้องมียุทธศาสตร์ส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 64 แต่จากสถิติเด็กปฐมวัยอายุ 0-5 ปี ในปี พ.ศ. 2560 มีเด็กไทยที่มีส่วนสูงที่สุดส่วนเพียงร้อยละ 49.5 ซึ่งน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของเด็กปฐมวัยทั้งประเทศ และ 1 ใน 10 ของเด็กไทย เป็นเด็กที่มีภาวะเตี้ยและภาวะอ้วน (ร้อยละ 10.6 และร้อยละ 9.1 ตามลำดับ)¹ จากสถิติดังกล่าว แสดงให้เห็นว่านอกจากปัญหาด้านการเจริญเติบโตของเด็ก จะไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดแล้ว ยังสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาภาวะโภชนาการของเด็กไทยมีแนวโน้มในทางที่ไม่ดีนัก และเป็นสถานการณ์สำคัญที่ถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ซึ่งได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข หนึ่งใน 4 ด้านนั้น คือ ความเป็นเลิศด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดของการพัฒนาและสร้างศักยภาพเด็กปฐมวัยเป็นส่วนสูงเมื่ออายุ 5 ปี และร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ที่มีรูปร่างสูงที่สุดส่วน¹ ทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องยังต้องมียุทธศาสตร์ที่สำคัญในการประยุกต์แนวทางในการเสริมสร้างให้เด็กสูงที่สุดส่วน ไม่อ้วน ผอม เตี้ย ภายใต้รูปแบบการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของประเทศไทย 4.0

ประเทศไทย 4.0 เป็นการปรับเปลี่ยนสังคมไทยตามทิศทางการพัฒนาประเทศตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อให้ประเทศสามารถรับมือกับโอกาสและภัยคุกคามแบบใหม่ ๆ ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรงในศตวรรษที่ 21 และเพื่อให้คนในชาติสามารถพัฒนาตนเองได้และดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน ทุกหน่วยย่อยในสังคมจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือเพื่อลดปัญหาดังกล่าว ภายใต้วิถีชีวิตที่ตอบรับกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่เกิดขึ้น เด็กไทยในยุคประเทศไทย 3.0 จะมุ่งเน้นให้ได้รับการดูแลให้มีสุขภาพดีเติบโตตามวัย ใฝ่รู้ใฝ่เรียน เป็นคนดีมีศีลธรรม ร่าเริง เป็นมิตร เคารพสิทธิและหน้าที่ของตนเอง และเห็นคุณค่าของศิลปวัฒนธรรมของชาติ แต่ในประเทศไทย 4.0 การเลี้ยงดูเด็กจะเน้นที่การส่งเสริมให้เด็กเป็นคนที่มีความกระตือรือร้นและมีความมุ่งมั่นที่จะอยู่รอด (Purposeful people) มีความคิดสร้างสรรค์ (Innovative people) มีจิตสำนึก (Mindful people) และเป็นคนที่มุ่งการทำงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ (Action-based people)² สถาบันครอบครัว ที่เป็นสถาบันที่เป็นรากฐานสำคัญในการเลี้ยงดูเด็กโดยเฉพาะเด็กปฐมวัยที่ใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านมากกว่าอยู่โรงเรียน ส่วนสังคมโดยรอบ ได้แก่ โรงเรียน ชุมชน แหล่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิต ระบบสาธารณสุข ตลอดจนแผนและนโยบายของประเทศชาติ ล้วนแล้วแต่มีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนแนวทางการส่งเสริมและดูแลเด็ก เพื่อให้เด็กได้รับการเจริญเติบโตของร่างกายในด้านต่างๆ และบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีหน้าที่ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพประชาชน ย่อมเป็นหนึ่งในผู้ที่มีส่วนสำคัญที่จะช่วยปรับปรุงแนวทางการพัฒนาสุขภาพเด็กปฐมวัยให้เหมาะสมและสอดคล้องตามแนวทางการพัฒนาบุคคลของประเทศชาติ

การที่ทุกหน่วยของสังคมที่เด็กอยู่อาศัยได้เข้ามามีส่วนร่วมกันเพื่อปรับปรุง แก้ไขปัญหา มีความสอดคล้องกับโมเดล กระบวนการ-บุคคล-บริบท-เวลา (Process-Person- Context-Time: PPCT Model)³ ซึ่งเป็นโมเดลที่ถูกพัฒนามาเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพของบุคคลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการหรือ

พฤติกรรมในทางบวก มักถูกนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาเรื้อรัง เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาสุขภาพและทำให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน บทความนี้จึงได้นำเสนอแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงดีสมส่วนในยุคนประเทศไทย 4.0 โดยใช้ PPCT Model

สถานการณ์ภาวะเด็กอ้วน ผอม เตี้ยในประเทศไทยในปัจจุบันและผลกระทบ

เด็กปฐมวัย เป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการหลาย ๆ ด้านอย่างรวดเร็ว จึงมีความต้องการอาหารและพลังงานเพื่อส่งเสริมให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเป็นไปตามวัย เด็กวัยนี้ควรได้รับอาหารหลัก 3 มื้อ แต่แต่ละมื้อจะต้องมีสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีความหลากหลาย การดื่มนมควรให้เด็กดื่มเป็นอาหารเสริมที่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ⁴ แต่บางคนอาจจะยังติดการดื่มนม หยานมช้ำ และติดขวดนม ทำให้สามารถรับประทานอาหารหลักได้น้อยลง ทำให้เด็กวัยนี้มักเกิดปัญหาสุขภาพเนื่องมาจากสารอาหารและพลังงานที่เด็กได้รับไม่เพียงพอต่อความต้องการที่มีมากขึ้น⁵ และเนื่องจากเด็กวัยนี้เป็นวัยที่ต้องการอิสระในการตัดสินใจเลือกสิ่งต่าง ๆ ด้วยตัวเอง สามารถถูกเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งแวดล้อมได้ง่าย และมีการเรียนรู้ผ่านการเลียนแบบพฤติกรรมของผู้ใหญ่ จึงทำให้พบปัญหาสุขภาพทางโภชนาการที่พบมาก ได้แก่ เด็กอ้วนเกินไป มีรูปร่างเตี้ย และผอมน้ำหนักตัวน้อยเนื่องจากขาดสารอาหาร⁶

“เด็กสูงดีสมส่วน” เป็นคำจำกัดความของเด็กที่มีการเจริญเติบโตอย่างเหมาะสม ไม่มากและไม่น้อยจนเกินไป เนื่องมาจากได้รับสารอาหารครบถ้วน มีความเหมาะสมทั้งปริมาณ และคุณค่าทางสารอาหารที่ได้รับ สามารถประเมินได้จากการชั่งน้ำหนักและการวัดส่วนสูง และนำมาเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน⁵ สำหรับเด็กไทย พบว่าเด็กไทยอายุ 0 - 5 ปี ที่มีรูปร่างสูงดีสมส่วนมีไม่ถึงครึ่งหนึ่งของจำนวนเด็กทั้งประเทศ ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข¹ ซึ่งสะท้อนถึงการเจริญเติบโตทางด้านกายภาพของเด็กที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ และจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ดังนั้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของเด็กวัยก่อนเรียนจึงเป็นประเด็นที่ควรถูกหยิบยกขึ้นมาแก้ไข

การที่เด็กได้รับสารอาหารมากเกินความต้องการของร่างกาย จะทำให้เด็กเกิดปัญหาน้ำหนักเกิน (Overweight) ไปจนถึงมีภาวะอ้วน (Obesity) ซึ่งในปัจจุบัน ภาวะอ้วนในเด็กเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 และส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีที่มีน้ำหนักเกินมีจำนวนมากกว่า 41 ล้านคนทั่วโลก และเกือบครึ่งหนึ่งของจำนวนเด็กดังกล่าว เป็นเด็กที่อาศัยอยู่ในทวีปเอเชีย ซึ่งการที่เด็กมีภาวะอ้วนจะทำให้เด็กมีโอกาสที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอื่น ๆ ตามมา เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจและสมอง เบาหวาน และมีผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ⁷

ภาวะเตี้ยในเด็ก (Child Stunting) หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงน้อยกว่ามาตรฐานของเด็กไทยตามเกณฑ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เด็กไม่สูงตามวัย มักเกิดจากปัจจัยด้านพันธุกรรม ฮอร์โมน อาหารการกิน การออกกำลังกาย การเจ็บป่วยเรื้อรัง และการใช้ยาหรือฮอร์โมน⁸ องค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงเหตุผลที่สำคัญที่สุดของการเกิดภาวะเตี้ย คือเป็นผลจากการขาดสารอาหารอย่างเรื้อรัง กล่าวคือ เด็กอาจได้รับสารอาหารไม่เพียงพอตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนก้าวเข้าสู่วัยเด็ก จากสถิติเด็กทั่วโลกในปี 2019 พบว่า มีเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีทั่วโลกที่มีภาวะเตี้ยประมาณร้อยละ 21.3 หรือประมาณ 144 ล้านคน

สถิติดังกล่าวได้แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ของภาวะโภชนาการของเด็กไทยที่มีแนวโน้มว่าจะรุนแรงและเรื้อรัง อาจส่งผลกระทบต่อประเทศชาติในอนาคต เนื่องจากเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นวัยที่ระบบประสาทและสมองมีการพัฒนาและการเจริญเติบโตสูงสุด เกิดภาวะทางโภชนาการไม่เหมาะสมและไม่ได้รับการแก้ไขเป็นเวลานาน จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของระบบประสาทและสมอง สามารถเรียนรู้ได้ช้ากว่าเด็กทั่วไปและมีอุปสรรคในการเข้าสังคม มีโรคประจำตัวที่กระทบต่อชีวิตประจำวัน⁹ ปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อสังคมในระยะยาว เนื่องจากหากปล่อยให้เด็กมีพัฒนาการของระบบประสาทและสมองไม่ดีตั้งแต่ช่วงวัยแรกของชีวิต การเรียนรู้และสติปัญญาของคนที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ได้รับการพัฒนาไม่เหมาะสม นั้นแสดงให้เห็นว่า ปัญหาโภชนาการในเด็กไม่ได้เป็นเพียงประเด็นสำคัญของประเทศเท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาที่สำคัญระดับโลกที่มีความจำเป็นที่ผู้เกี่ยวข้องจะต้องยื่นมือเข้ามาช่วยกันปรับปรุงและแก้ไข เพื่อสร้างประชากรที่มีคุณภาพในการพัฒนาสังคมไทยและสังคมโลกต่อไป

การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กในยุคประเทศไทย 4.0

สถาบันครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย จะใช้เวลาส่วนใหญ่ของชีวิตอยู่กับครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรง ปลอดภัยจากโรคและอุบัติเหตุ มีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย และได้มีโอกาสเรียนรู้ตามวัยได้อย่างมีคุณภาพและเต็มศักยภาพ⁶ การสนับสนุนให้ครอบครัวได้เปลี่ยนแปลงแนวทางในการดูแลเด็กให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ทำได้อย่างยั่งยืน โดยครอบครัวเป็นหนึ่งในปัจจัยหลักที่จะผลักดันให้เด็กได้มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น¹⁰

การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในยุคประเทศไทย 4.0 นั้น มุ่งส่งเสริมให้ครอบครัวปลูกฝังคุณลักษณะให้เด็กเป็นคนที่มีความมั่นใจ มีความคิดสร้างสรรค์ มีจิตสาธารณะ และมุ่งให้เกิดผลในงานที่กระทำ ซึ่งคุณลักษณะดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ครอบครัวและผู้ดูแลเด็กต้องมีบทบาทในการเลี้ยงดู โดยเริ่มจากการปรับกระบวนการทัศน ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กให้เหมาะสมเสียก่อน² จึงจะสามารถสร้างเสริมคุณลักษณะที่เหมาะสมให้แก่เด็กได้ การปรับเปลี่ยนการดูแลเด็กปฐมวัยของครอบครัวเพื่อให้เด็กสูงดีสมส่วน มีหลักสำคัญคือ ส่งเสริมด้านโภชนาการให้เด็กได้รับอาหารที่เหมาะสม ส่งเสริมสมรรถภาพด้านร่างกายโดยให้เด็กได้มีกิจกรรมการเล่นและออกกำลังกาย และการส่งเสริมให้ฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตได้ทำงานอย่างเต็มที่โดยการให้เด็กนอนหลับให้สนิทอย่างน้อย 8-10 ชั่วโมงต่อวัน¹¹

การรับประทานอาหารให้เหมาะสมของเด็กคือ ได้รับอาหารครบ 3 มื้อ และสารอาหารครบ 5 หมู่ ตีมนมให้ได้วันละ 2 แก้ว รับประทานอาหารรสจืดมากกว่าอาหารรสจัด และรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม ไม่รับประทานของหวานหรือน้ำอัดลมมากเกินไป ในการส่งเสริมให้เด็กได้รับประทานอาหาร ไม่ควรใช้วิธีการบังคับ เพราะเด็กปฐมวัยจะเรียนรู้ได้ดีจากการมีตัวแบบที่ดี ดังนั้น หากผู้ปกครองต้องการให้ลูกมีพฤติกรรมที่ดี ควรประพฤติปฏิบัติตนให้ดีและเหมาะสมกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และเด็กจะเป็นกระจกที่สะท้อนตัวตนของผู้ปกครองออกมาได้ดีที่สุด¹² ดังนั้น บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็ก ควรทำพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสมให้เด็กดูเป็นตัวอย่าง และกล่าวชื่นชมเมื่อเด็กสามารถเรียนรู้ที่จะรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสมได้¹³

กิจกรรมการเล่นและการออกกำลังกายในเด็กที่มีน้ำหนักเกินจนถึงเด็กอ้วน ควรเริ่มต้นจากการออกกำลังกายระดับเบา แล้วค่อย ๆ เพิ่มเป็นหนักขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อให้ปอดและหัวใจได้มีการปรับสมรรถภาพ

ไม่ทำงานหนักจนเกินไป นอกจากนี้ ในเด็กที่อ้วนมาก ๆ ควรหลีกเลี่ยงการกระแทกของข้อเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดข้อเสื่อมก่อนวัย และไม่ควรรอกำล้างกายหนักจนเกินไป เนื่องจากเด็กอาจเกิดอันตรายจากการที่หัวใจทำงานหนักขึ้นได้¹⁴ สำหรับเด็กอ้วนทั่วไปควรรอกำล้างกายในระดับปานกลางประมาณวันละ 60 นาทีให้อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ 130 - 160 ครั้งต่อนาที เช่น การออกกำลังกายในช่วงเวลาเรียน การทำกิจกรรมยามว่างกับเพื่อน หรือทำกิจกรรมกับครอบครัว เช่น การเล่นซ่อนแอบ วาดน้ำ เป็นต้น ส่วนการออกกำลังกายในระดับหนักควรใช้เวลาวันละ 30 นาที จะเกิดเหงื่อออก อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที¹⁵ ส่วนในเด็กเตี้ย ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าไม่ได้มีภาวะเตี้ยเนื่องจากพันธุกรรม สามารถใช้การออกกำลังกายช่วยเพิ่มส่วนสูงได้ โดยกระบวนการส่งเสริมให้เด็กสูงสมส่วนและมีร่างกายแข็งแรงจะต้องให้เด็กได้มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ โดยอาศัยการกระโดดโลดเต้นเล่นสนุกจนรู้สึกเหนื่อยหรือหอบ อย่างน้อยวันละ 60 นาทีทุกวัน ร่วมกับการฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อวันเว้นวัน ฝึกความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อเอ็นและข้อต่อทุกวัน ร่วมกับการได้รับโภชนาการที่ครบถ้วน ส่วนผู้ปกครอง ครู บุคลากรสาธารณสุข มีความสำคัญในการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เด็กออกกำลังกายอย่างปลอดภัย¹⁶ นอกจากนี้ควรลดเวลาในการทำกิจกรรมอื่นที่ทำให้เด็กเคลื่อนไหวน้อยลง เช่น การดูทีวี การเล่นเกมส์ การเล่นเกมคอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่อาจพบได้ทั่วไปในเด็กไทย ยุคประเทศไทย 4.0 ครอบครัวควรมีส่วนช่วยในการดูแล และทำให้เด็กดูเป็นแบบอย่าง โดยเด็กควรดูทีวีวันละไม่เกิน 2 ชั่วโมง¹⁵ เพื่อให้เด็กได้มีเวลาในการทำกิจกรรมออกกำลังกายมากขึ้น การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับเด็กที่ต้องการเพิ่มส่วนสูง

เด็กปฐมวัย เป็นวัยที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการในทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกายที่มีการเจริญเติบโตของกระดูก กล้ามเนื้อมัดใหญ่ และกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม เด็กจะรู้จักเล่นกับเพื่อน รู้จักการให้ความร่วมมือ และการรอคอย ด้านสติปัญญา สมองจะมีการเพิ่มจำนวนของเซลล์ประสาทและมีการทำงานเชื่อมประสานกันอย่างมีประสิทธิภาพ และสุดท้ายคือด้านภาษา เด็กจะพูดและเข้าใจความหมายของคำได้มากขึ้น¹⁷ ครอบครัวเป็นผู้มีความใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดจึงมีบทบาทสำคัญที่สุดในการส่งเสริมให้เด็กมีร่างกายที่แข็งแรงและพัฒนาการตามวัย เพื่อให้ร่างกายของเด็กมีการเจริญเติบโตในด้านต่าง ๆ ตามวัยนั้น เด็กวัยนี้ต้องการการนอนหลับที่มีคุณภาพและต่อเนื่องกันประมาณ 11.5 - 12 ชั่วโมงต่อวัน โดยการนอนหลับ 1 รอบของวงจรจะใช้เวลาประมาณ 90-110 นาที ดังนั้นควรจะมีการนอนหลับสนิทต่อเนื่องโดยไม่ถูกรบกวน ประมาณ 6 - 8 รอบต่อคืน¹⁸ หากมีปัจจัยใดก็ตามที่มารบกวนการนอนหลับในเวลากลางคืนของเด็ก ทำให้ไม่สามารถนอนหลับสนิทติดต่อกันได้ ก็จะส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถหลั่ง Growth Hormone ได้มากพอ ซึ่งจะส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก บุคคลในครอบครัวจึงต้องหาวิธีที่ทำให้เด็กเข้านอนให้ตรงเวลา และนอนหลับสนิทได้ต่อเนื่องตลอดคืน ไม่ตื่นกลางดึก เพื่อให้ร่างกายมีกระบวนการในการสร้างฮอร์โมนเพื่อการเจริญเติบโต และปรับสมดุลของร่างกายให้เหมาะสม

การใช้ PPCT Model เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยในยุคประเทศไทย 4.0

กระบวนการ-บุคคล-บริบท-เวลา (Process-Person- Context-Time: PPCT Model)³ เป็นโมเดลที่ถูกพัฒนามาเพื่อใช้ในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการหรือพฤติกรรมในทางบวก ซึ่งมีการศึกษาพบว่าการใช้ PPCT Model จะสามารถเป็นแนวทางในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อองค์ประกอบของเหตุการณ์นั้นมีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน¹⁹ และเข้ามาทำให้เด็กเกิดแรงบันดาลใจ

เกิดความคิดสร้างสรรค์ เกิดการส่งเสริมให้เด็กมีจิตสาธารณะ และมุ่งให้เกิดผลเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน จากการศึกษาที่ผ่านมามีการใช้กรอบแนวคิด PPCT model ในการศึกษาพฤติกรรมเด็กอายุ 1 - 4 ปี เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้แท็บเล็ตพบว่า การปรับพฤติกรรมของเด็กจึงต้องเริ่มจากการปรับสัมพันธภาพระหว่างครอบครัว ตลอดจนผู้กำหนดนโยบายที่จะต้องมีการปรับปรุงข้อเสนอแนะในการใช้สื่อต่าง ๆ ให้ผู้ปกครองเข้าใจ ให้ชัดเจนและเห็นถึงข้อเสียของการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในเด็กวัยนี้ให้มากขึ้น²⁰ มีการศึกษาในวัยรุ่นที่ถูกทารุณกรรมทางเพศ โดยใช้กรอบแนวคิดของ PPCT model เช่นกัน พบว่า การมีส่วนร่วมของโรงเรียน การสนับสนุนทางสังคม ความคาดหวัง และระดับการศึกษาของผู้ดูแล สามารถทำนายความแข็งแกร่งของวัยรุ่นที่ถูกทารุณกรรมทางเพศได้ นอกจากนี้ การให้ความสำคัญกับบริบทสิ่งแวดล้อมจะช่วยสนับสนุนความแข็งแกร่งของวัยรุ่นได้²¹ จะเห็นได้ว่าการประยุกต์ใช้ PPCT Model เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ

1) กระบวนการ (Process) เป็นการเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับบุคคลใกล้ชิด ซึ่งปฏิสัมพันธ์นี้จะเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา การเลี้ยงดูของครอบครัวมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผลของเด็กที่จะเลือกสิ่งที่เหมาะสมให้กับตนเอง²² ซึ่งการสร้างปฏิสัมพันธ์ของคนใกล้ชิดจะทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ผ่านการเลียนแบบพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม เช่น หากผู้ปกครอง เพื่อน พี่น้องของเด็กมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน ไม่เลือกรับประทาน รับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน เด็กก็จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีและเหมาะสมด้วย²³ การส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็กโดยอาศัยการเลียนแบบตามพัฒนาการร่วมกับปฏิสัมพันธ์ของบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว น่าจะเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เด็กสามารถรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม และมีการเจริญเติบโตที่สมวัยได้ แต่อย่างไรก็ตาม บุคคลใกล้ชิดผู้ที่จะเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ก็จำเป็นต้องมีพฤติกรรมการเลือกและคัดสรรอาหารที่มีความเหมาะสมให้แก่เด็ก ทั้งด้านปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการ

2) บุคคล (Person) คือลักษณะเฉพาะของเด็ก แบ่งออกเป็น 1) ลักษณะที่สามารถสังเกตได้ เช่น อายุ สีมิว สัดส่วนร่างกาย (อ้วน ผอม เตี้ย) ทำให้ผู้ปกครองหรือบุคคลใกล้ชิดสามารถตัดสินใจได้อย่างตรงไปตรงมา 2) ลักษณะที่เป็นทรัพยากร คือคุณสมบัติที่เด็กมี แต่ไม่แสดงออกมาให้เห็น เช่น ความอยากรู้อยากเห็น ความฉลาด ทักษะ พัฒนาการ เป็นต้น และ 3) ลักษณะที่เกิดจากแรงผลักดัน ทั้งจากตัวเด็กเองและจากคนใกล้ชิดที่ส่งเสริมหรือผลักดันให้เด็กได้มีการเรียนรู้ ดังนั้นครอบครัวเด็กซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดเด็ก การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้ปกครอง เช่น การชักชวนเด็กเล่นกิจกรรมที่ส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย ชักชวนเด็กเข้านอนตรงตามเวลา จัดเมนูอาหารที่เหมาะสมกับเด็ก ไม่ซื้อขนมหวานหรือน้ำอัดลมเก็บไว้ที่บ้าน สนับสนุนให้ลูกรับประทานอาหาร ผลไม้ให้มากขึ้น ทำให้เด็กเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ ดังนั้นผู้ปกครองและผู้รับผิดชอบด้านการจัดอาหารของเด็กควรเอาใจใส่ดูแลการจัดอาหารให้เหมาะสมกับวัยโดยพิจารณาถึงกลุ่มอาหารที่จัดให้เด็กด้วย โดยในกลุ่มเด็กอ้วนควรระวังเรื่องการได้รับอาหารในปริมาณที่มากเกินไปโดยเฉพาะอาหารกลุ่มแป้ง ไขมัน รวมถึงขนมขบเคี้ยวและน้ำหวานต่าง ๆ จะทำให้เกิดภาวะอ้วน ส่วนเด็กผอมและเด็กเตี้ยควรส่งเสริมให้ดื่มนมวันละ 2 - 3 แก้ว เป็นประจำทุกวันจนเป็นบริโภคนิสัย เนื่องจากนมเป็นแหล่งอาหารสำคัญของโปรตีนและแคลเซียมที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโต และควรมีการออกแบบกระบวนการเพื่อส่งเสริมลักษณะที่ดีให้เด็กได้เรียนรู้ผ่านประสบการณ์ จัดกิจกรรมการเล่นเพื่อเสริมแรงและผลักดันให้เด็กได้มีกิจกรรมทางกาย

และเป็นการส่งเสริมให้เด็กพยายามทำสิ่งที่เป่าหมายให้สำเร็จ และเพิ่มเป่าหมายที่ท้าทายขึ้นในกระบวนการต่อ ๆ ไป²⁴

3) บริบท (Context) คือสิ่งแวดล้อมและการสร้างปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ชิดตัวเด็ก มีระบบที่มีความสัมพันธ์กัน 4 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบจุลภาค (Microsystem) เป็นระบบที่อยู่ใกล้ตัวเด็กที่สุด ทำให้เด็กสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์หรือมีกิจกรรมร่วมกันได้อย่างใกล้ชิด อาจหมายถึง พ่อแม่ ครอบครัว พี่น้อง หรือผู้ดูแลหลักของเด็ก ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความเชื่อของเด็กผ่านการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว²³ 2) ระบบระหว่างกลาง (Mesosystem) เป็นความสัมพันธ์หรือปฏิสัมพันธ์ของระบบจุลภาคต่อระบบจุลภาค ที่เกิดขึ้นขณะที่เด็กอยู่ด้วย เช่น พ่อแม่สอนพี่น้องของเด็ก เด็กก็จะซึมซับและเกิดอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางอ้อม 3) ระบบภายนอก (Exo-system) เป็นสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสังคมของเด็ก โดยที่เด็กอาจไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์กับระบบนี้โดยตรง เช่น การศึกษา การสนับสนุนด้านสุขภาพงานและรายได้ของบุคคลในครอบครัว และ 4) ระบบมหภาค (Macrosystem) คือระบบที่ใหญ่ที่สุดในสังคมที่เด็กอาศัยอยู่ เช่น การจัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ซึ่งได้มีการกำหนด ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้านของกระทรวงสาธารณสุข หนึ่งในตัวชี้วัดของการพัฒนาและสร้างศักยภาพเด็กปฐมวัยเป็นส่วนสูงเมื่ออายุ 5 ปี และร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ที่มีรูปร่างสูงดีสมส่วน¹ ทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องยิ่งต้องมึบทบาทที่สำคัญในการประยุกต์แนวทางในการเสริมสร้างให้เด็กสูงดีสมส่วน เป็นระบบที่มีอิทธิพลต่อทั้งระบบจุลภาค ระบบระหว่างกลาง และระบบภายนอก ทำให้ระบบต่างๆดำเนินไป และในขณะเดียวกัน หากระบบต่าง ๆ ได้รับผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปก็จะส่งผลกระทบต่อระบบมหภาคเช่นกัน การมีปฏิสัมพันธ์กันของแต่ละระบบทำให้เด็กแต่ละคนมีบริบทที่แตกต่างกัน²⁵ จะเห็นได้ว่า ตัวชี้วัดเป็นเกณฑ์ที่คอยกำกับติดตามให้มีการพัฒนาภาวะโภชนาการของเด็กให้ดีขึ้นในทุก ๆ ปี แต่ผลการดำเนินงานยังไม่เป็นไปตามเป่าหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพเด็กในภาคส่วนต่าง ๆ จึงควรต้องมีการปรับกลยุทธ์ในการส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตที่สมวัย โดยการร่วมมือกับโรงเรียน ชุมชน และครอบครัวผู้ใกล้ชิดเด็ก เพื่อชี้ให้เห็นถึงผลกระทบของการที่เด็กวัยก่อนเรียนมีภาวะสูงดีสมส่วนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ และร่วมกันกำหนดเป่าหมายแนวทางที่เป็นไปได้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็ก เช่น ผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบาย กำหนดมาตรการในการควบคุมพฤติกรรมมารับประทานขนมหวานที่มากเกินไปในเด็กเล็ก บุคลากรทางด้านสาธารณสุขมีการจัดโครงการอนามัยโรงเรียน และให้ความรู้และส่งเสริมความตระหนักให้แก่คนในโรงเรียนและชุมชน โรงเรียนตอบสนองนโยบายโดยการไม่นำขนมหวานที่คุณค่าทางโภชนาการไม่เหมาะสมเข้ามาในโรงเรียน และมีการให้ความรู้แก่เด็กเกี่ยวกับโทษของการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ครอบครัวมีการเลือกซื้อวัตถุดิบที่ส่งเสริมคุณค่าทางโภชนาการในการนำมาประกอบอาหารให้เด็กรับประทาน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่เด็กได้ โดยการร่วมมือกันระหว่างทุกระบบในสังคม จะสามารถก่อให้เกิดผลที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมได้ จำเป็นต้องอาศัยเวลาเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง

4) เวลา (Time) เป็นช่วงเวลาที่เกิดกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในแต่ละบริบท ทำให้เกิดผลกระทบต่อการเรียนรู้และพฤติกรรม ซึ่งผลที่จะเกิดขึ้นอยู่กับช่วงเวลา โดยองค์ประกอบของเวลาที่จะสามารถสร้างพฤติกรรมและทำให้เกิดการเรียนรู้ ได้แก่ ความต่อเนื่องของปฏิสัมพันธ์ ความสม่ำเสมอของกระบวนการ ดังนั้น ทุกระบบที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตของเด็กด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทาน

อาหารและการส่งเสริมภาวะโภชนาการ จะต้องมีความเข้าใจว่า กระบวนการดังกล่าวไม่สามารถทำได้ภายในระยะเวลาอันสั้น แต่จะต้องอาศัยความต่อเนื่องและสม่ำเสมอของทุกฝ่าย หากสามารถทำได้จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กได้อย่างยั่งยืน

PPCT Model มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการส่งเสริมให้เด็กมีภาวะสูงดีสมส่วน เนื่องจากการประยุกต์ใช้ Model จำเป็นต้องมีการร่วมมือกันระหว่าง ตัวเด็กเอง ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน ตลอดจนนโยบายของประเทศที่จะเป็นสิ่งที่คอยกำกับให้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลเด็กให้ไปสู่เป้าหมายตามเกณฑ์ตัวชี้วัด มีขอบเขตกว้าง มีองค์ประกอบหรือตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับ PPCT Model จำนวนมากทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความยากลำบาก เป็นข้อจำกัดของการนำไปใช้ แต่ความกว้างนี้มีประโยชน์ที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติหรือนักวิจัยได้เข้าใจในสถานการณ์ที่ซับซ้อน ทั้งยังช่วยในการคิดออกแบบการปฏิบัติที่ครอบคลุม³

สรุป

การส่งเสริมสุขภาพของเด็กไทยในยุคประเทศไทย 4.0 ให้มีสุขภาพดี มีโภชนาการสมวัย ร่างกายแข็งแรง ซึ่งแสดงออกผ่านการมีรูปร่างสมส่วน ไม่อ้วน ไม่ผอม และไม่เตี้ยจนเกินไป สิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้เด็กมีคุณลักษณะดังกล่าวคือ การที่ผู้ดูแลเด็กในครอบครัวยอมรับและเข้าใจปัญหาว่าเด็กมีรูปร่างไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ซึ่งอาจเกิดจากโภชนาการไม่สมวัย สมรรถภาพทางกายไม่สมบูรณ์ หรือการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ เมื่อครอบครัวยอมรับปัญหาได้และพร้อมที่จะลงมือเพื่อสุขภาพที่ดีของบุตรหลาน ครอบครัวจะต้องเข้าใจว่าเด็กทุกคนนับเป็นบุคคล ซึ่งสามารถที่จะเรียนรู้และถูกผลักดันได้ให้มีพฤติกรรมที่ดีหรือไม่ดีได้ ซึ่งผู้ที่มีส่วนในการผลักดันให้เกิดพฤติกรรมของเด็กมีตั้งแต่พ่อแม่ บุคคลในครอบครัว โรงเรียน คนในสังคม ไปจนถึงผู้นำประเทศ โดยเข้ามาสร้างคุณลักษณะของเด็กผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางใดทางหนึ่ง ในระยะเวลาที่เพียงพอที่จะสามารถทำให้เด็กเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ดังนั้น หากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดร่วมมือกับโรงเรียน ในการทำตามนโยบายประเทศ คือให้โภชนาการที่เหมาะสม ออกกำลังกายเป็นประจำ และให้เด็กได้นอนหลับอย่างเพียงพอ โดยร่วมทำกิจกรรมพร้อมกันกับเด็กอย่างสม่ำเสมอ มีการสั่งสอนและแนะนำเด็กที่สิ่งที่ถูกต้อง และทำให้เด็กดูเป็นแบบอย่าง เมื่อมีองค์ประกอบครบถ้วนทั้ง 4 องค์ประกอบของ กระบวนการ-บุคคล-บริบท-เวลา (Process-Person- Context-Time: PPCT Model) ก็มีโอกาสที่เด็กจะได้รับการพัฒนาให้มีคุณลักษณะของเด็กไทยในยุคประเทศไทย 4.0 คือ มีแรงบันดาลใจ มีความคิดสร้างสรรค์ มีจิตสาธารณะ และมุ่งมั่นทำงานให้เกิดผลในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. มานิตา ลีโทขวลิต อรรถนุพรรณ. การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยตามวิถีชีวิตไทยในยุคประเทศไทย 4.0. วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2561;46:283-99.
3. Bronfenbrenner U, Gary WE. Developmental Science in the 21st Century: Emerging Questions, Theoretical Models, Research Designs and Empirical Findings. Social development 2000;9:115-25.

4. Singhasame P, Suwanwaha S, Sarakshetrin A. Nutritional promotion in pre-school children. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017;4:226-35.
5. Bureau of Nutrition. Growth of 0-5 years children. In: Guidelines for health promotion in nutrition at good children's health clinics manual for health professional. National Office of Buddhism; 2015.
6. Pengpan K. The Roles of Parents in Preventing Health Problems of Pre-School-Children. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2019;6:131-42.
7. World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [Internet]. 2019 [cited 2020 June 2] Available from: <https://www.who.int/dietphysicalactivity /childhood/en/>
8. พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา. ภาวะเตี้ย การป้องกันและแก้ไข Rama Channel ขับเคลื่อนสังคมไทยให้สุขภาพดี [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/ ramachannel /old/index.php/knowforhealth-20140915-7-2/>
9. UNICEF. WHO and the World Bank Group. levels and trends in child malnutrition: key findings of the 2020 edition. UNICEF: WHO and the World Bank Group; 2020.
10. Xia M, Li X, Tudge JRH. Operationalizing Urie Bronfenbrenner's Process-Person-Context-Time Model. Human Development 2020;1-11. doi:10.1159/000507958
11. อนุรักษ์ วงษ์ศุทธิภากร. ทำอย่างไร ให้เด็กไทยสูงสมส่วน การส่งเสริมเด็กไทยยุคใหม่เติบโตสมวัย สูงดีสมส่วน ไม่อ้วน ผอม เตี้ย. กรุงเทพมหานคร: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย; 2560.
12. วรธนา นันทาเขียน, กุลภัสสรณ์ ตั้งศิริวัฒนากุล, สุภัลยา สุณเภา. ทักษะชีวิตของเด็กปฐมวัย ในยุคประเทศไทย 4.0. วารสารการศึกษาและการพัฒนาสังคม 2560;13:7-18.
13. พรวิภา ดาวดวง. สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการส่งเสริมเด็กไทยยุคใหม่เติบโตสมวัย สูงดีสมส่วน ไม่อ้วน ผอม เตี้ย. การส่งเสริมเด็กไทยยุคใหม่เติบโตสมวัย สูงดีสมส่วน ไม่อ้วน ผอม เตี้ย. กรุงเทพมหานคร; 2560.
14. กัญชรีย์ พัฒนา, ปราลีนา ทองศรี. โรคอ้วนในเด็กวัยเรียนและบทบาทพยาบาลอนามัยชุมชน. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2562;(เพิ่มเติม):134-140.
15. เบญจพร สุขประเสริฐ. การจัดการภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กวัยเรียน. ใน: สภาการพยาบาล, พยาบาลนำการจัดการภาวะน้ำหนักเกิน. นนทบุรี: วัฒนาการพิมพ์; 2559. หน้า 99-158.
16. กรมอนามัย. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเด็กไทยสูงสมส่วน แข็งแรง IQ EQ ดี [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.wold.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=11210&filename=index\(2560\)](https://www.wold.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=11210&filename=index(2560)).
17. ฉันทิกา จันท์เปี้ย, ยุวดี พงษ์สาระนันท์กุล. ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.

18. Judith AO, Judith AO. A clinical guide to pediatric sleep: diagnosis and management of sleep problems. Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
19. Eriksson M, Ghazinour M, Hammarström A. Different uses of Bronfenbrenner's ecological theory in public mental health research: what is their value for guiding public mental health policy and practice? *Social Theory & Health* 2018;16:414-33.
doi: <https://doi.org/10.1057/s41285-018-0065-6>.
20. Pempek TA, McDaniel BT. Young Children's Tablet Use and Associations with Maternal Well-Being. *J Child Fam Stud* 2016;25:2636-4. doi: <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0413-x>.
21. Williams J, Nelson-Gardell D. Predicting resilience in sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect* 2012;36:53-63. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.07.004>.
22. สุทธิพรรณ ธีรพงศ์, ขวัญใจ จริยาทัศน์กร, เยาวพา เดชะคุปต์, เทื่อน ทองแก้ว. การอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงที่เกี่ยวข้อง กับความคิดเชิงเหตุผลของเด็กปฐมวัย. *มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต. สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ*; 2556.
23. สุขุม พันธุ์รงค์, พิมลพรรณ บุญยะเสนา. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของเด็กวัยเรียน. *วารสารศรีนครินทร์วิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)* 2554;3:159-71.
24. ลินดา เยห์, ฐิติกาญจน์ อัครกุล. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงบนฐานการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของหลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต (สาขาวิชาวิทยาการการเรียนรู้) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. *วารสารพัฒนศาสตร์* 2562;2:102-39.
25. Suwanwaha S, Ampansirirat A, Suwanwaiphaththana W. Factor related to nutritional status among preschool aged children: A systematic review. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima* 2019;25:8-24.

บทบาทยุทธศาสตร์ในการประยุกต์ใช้หลักการจัดการความโกรธ สำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ดร.ณิ คชพรหม พย.ม.^{1*}
ธีรณัฐ ยินดีสุข พย.ม.²
นันทริยา โลหะไพบุลย์กุล พย.ม.³
เยาวณี จรุงศักดิ์ สส.ม.¹
ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์ วท.ม.²

บทคัดย่อ

โรคทางจิตเวชเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ แม้ผู้ป่วยจิตเวชจะได้รับการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลเรียบร้อยแล้ว แต่ภายหลังผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับอนุญาตให้กลับไปรักษาต่อเนื่องในชุมชน ยังมีรายงานผู้ป่วยจิตเวชกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ความโกรธเป็นอาการหนึ่งที่มีพบบ่อยในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจะแสดงออกทางพฤติกรรมก้าวร้าว หรือพฤติกรรมรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ ดังนั้นพยาบาลในชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญการดูแลและเชื่อมโยงการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บทความนี้ได้นำเสนอแนวคิดการจัดการความโกรธของโนวาโค (Novaco) และบทบาทยุทธศาสตร์ในการประยุกต์แนวคิดดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสำหรับพยาบาลในชุมชน ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชลดความโกรธ พร้อมสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ ซึ่งอาจช่วยลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: บทบาทยุทธศาสตร์ในชุมชน, การจัดการความโกรธ, ผู้ป่วยจิตเวช

¹ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

² สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

³ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

*Corresponding e-mail: Daruneekcp@gmail.com

วันที่รับ (received) 3 ก.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 15 ต.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 ธ.ค. 2564

Nurse's Role in Applying Anger Management Principles for Psychiatric Patients in the Community

Darunee Kochaphrom M.N.S.^{1*}

Teranut Yindesuk M.N.S.²

Nuntareeya Lohapaiboonkul M.S.C.³

Yauwanee Charoonsak M.S.W.¹

Sirirat Kosalwat M.S.²

Abstract

Psychiatric disabilities are some of the most important problems encountered in the mental health field. Although psychiatric patients have received treatment from hospitals, after the discharged patients were treated at community, they have readmitted. Anger is one of symptoms that has been presented with aggression or violence. This has brought them to be abandon from family and community. Therefore, registered nurses at community are staff of important roles to continuously transfer care and treatment among psychiatric patients after discharged. This paper will present Novaco's anger management concepts and registered nurses' roles at community applying the concepts. This may be alternative method to continuously transfer care and treatment among psychiatric patients at the community and reduce their anger. Moreover, it may bring the patients living with their lovely family and community and reduce repeated treatment.

Keywords: community nurse's role, anger management, psychiatric patient

¹Department of Psychiatry, Faculty of Nursing, Ratchathani University

² Department of Adult and Gerontological, Faculty of Nursing, Ratchathani University

³ Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Ratchathani University

*Corresponding e-mail: Daruneehcp@gmail.com

บทนำ

โรคทางจิตเวชเป็นความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากคนทั่วไป ทำให้คนๆ นั้นไม่อาจใช้ชีวิต ทำงาน เรียน หรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างราบรื่นอย่างที่เคย ความผิดปกติต่างๆ เหล่านี้ อาจแบ่งออกได้เป็น โรคจิตกังวล โรคซึมเศร้า ตีตสารเสพติดอื่น ๆ โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจิตเภท ปัญหาด้านการกิน ย้ำคิดย้ำทำ ภาวะป่วยทางจิตจากเหตุการณ์รุนแรง³ และหนึ่งในพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากภาวะผิดปกติเหล่านี้ นั่นก็คือ ความโกรธ (Anger) ซึ่งเป็นอารมณ์ตามธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อมีความโกรธเกิดขึ้น สิ่งก็ตามมาก็มักจะมี ความเกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่ไม่สามารถปรับตัวและแก้ไขได้จนนำไปสู่การขาดศักยภาพในการควบคุมตนเอง ความโกรธที่ควบคุมไม่ได้ของผู้ป่วยจะส่งผลถึงความสามารถในการปรับตัว ซึ่งมักจะมีสาเหตุมาจากความคับข้องใจ ปัญหาด้านการเงิน การประกอบอาชีพ และการถูกแบ่งแยกจากสังคม¹⁻² พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เกิดขึ้นมาจากความโกรธที่ ควบคุมไม่ได้ ความโกรธเป็นสภาวะอารมณ์ตั้งแต่รู้สึกหงุดหงิดระคายเคืองใจเล็กน้อย พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นอาการสำคัญถึงร้อยละ 81.97 ที่ญาตินำผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการ คลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายคนอื่น และทำลายสิ่งของ³⁻⁴ จากการสำรวจในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเวช 352,102 ราย และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2562 พ.ศ. 2563 จำนวน 37,062 และ 48,609 รายตามลำดับ⁵ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศชาติ โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เช่นเดียวกับในต่างประเทศพบว่ามีการถึง 970 ล้านคนมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด ทำให้อัตราการรักษาผู้ป่วยเข้าในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 ปีมีถึงร้อยละ 30 โดยปัจจัยที่สำคัญคือ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยชุมชน ทำให้เกิดการกำเริบของโรคได้⁶⁻⁸

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชหรือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน เนื่องจากเป็นบุคลากรหลักสำคัญในการทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่ให้บริการ ตามขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบและสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องใช้ทักษะพิเศษในการให้การพยาบาลเฉพาะด้านทางคลินิก ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตในชุมชน⁹ แต่มีการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพในระดับปฐมภูมิ ยังขาดการเตรียมความพร้อมในด้าน ทักษะความรู้ ความสามารถและเจตคติในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะงานด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช¹⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพ ในการปฏิบัติงานด้านจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากต้องรับภาระงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่หลากหลาย ไม่สามารถเน้นการปฏิบัติเฉพาะด้านใด ด้านหนึ่งได้ อีกทั้งยังขาดทักษะความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติที่เหมาะสม¹¹ การอบรมเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชเป็นแนวทางที่ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพในระดับปฐมภูมิ ได้มีองค์ความรู้ ทักษะ และความสามารถด้านการให้บริการสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชได้อย่างเหมาะสม จะทำให้มีความสามารถที่จะประเมินจัดการกับการแก้ปัญหาทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยที่มีปัญหา และสามารถปฏิบัติกรพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น¹²⁻¹³ รวมถึงมีทักษะการจัดการความโกรธของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการแสดงความโกรธด้วยพฤติกรรมที่รุนแรง

แนวความคิดจัดการความโกรธของโนวาโค (Novaco) เป็นแนวคิดหนึ่งที่ได้พัฒนาแนวความคิดจัดการกับความโกรธ โดยบุคคลจะตอบสนองต่อความโกรธมี 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรม ด้านร่างกาย ด้านคำพูดที่ไม่เป็นมิตร และการแยกตัวออกจากสถานการณ์ การจัดการกับความโกรธประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ขั้นเตรียมความคิด (Cognitive preparation) 2) ขั้นการฝึกซ้อมทักษะ (Skill acquisition) 3) ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น (Application training)¹⁴ แนวคิดนี้ได้นำไปประยุกต์ใช้ในการควบคุมความโกรธในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่พื้นภาวะวิกฤต^{4,15-16} เพื่อให้มีการจัดการความโกรธได้เหมาะสม จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับไปสู่ชุมชน ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการนำเสนอบทความในครั้งนี้ เพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับความโกรธสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดความโกรธแล้วส่งผลให้เกิดการลดพฤติกรรมก้าวร้าวหรือความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างยั่งยืน ไม่กลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผู้เขียนจึงประยุกต์ใช้แนวความคิดจัดการความโกรธของ Novaco ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความโกรธในชุมชน สำหรับขั้นเตรียมความคิดโดยการใช้กระบวนการพยาบาลในการจัดการความโกรธตามขั้นตอนดังต่อไปนี้¹⁷⁻¹⁹

1. การประเมินสภาพ (Assessment) พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต และจิตเวชชุมชน ต้องมีการประเมินผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความโกรธดังนี้

1.1 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความโกรธ ได้แก่

- 1) ผู้ที่มีพฤติกรรมรุนแรงมาก่อน ในอนาคตอาจเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้อีก
- 2) ผู้ป่วยที่เคยมีอาการหลงผิด ไม่อยู่นิ่ง
- 3) ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง
- 4) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวบ่อย ๆ
- 5) ผู้ป่วยที่มีประวัติไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ รวมถึงพวกที่ขาดความมั่นใจ ไม่กล้า

แสดงออก

- 6) ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ที่เลวร้าย
- 7) ผู้ป่วยที่ขาดความอดทนต่อสถานการณ์ความขัดแย้ง ต้องการความช่วยเหลือ

1.2 เครื่องมือในการประเมินความโกรธของโนวาโค ซึ่งมี 25 ข้อ ประกอบด้วย ความไม่เป็นธรรม ความคับข้องใจ ความน่ารำคาญ การถูกรบกวนทางด้านจิตใจ การถูกดูหมิ่นเหยียดหยาม แบ่งการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ²⁰

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis)

เป็นการนำเอาข้อมูลของผู้ป่วยมาวิเคราะห์ เพื่อระบุสภาพปัญหาของผู้ป่วย และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุม โดยแบ่งตามอาการและอาการแสดงในแต่ละด้านดังนี้

2.1 อาการและอาการแสดงด้านร่างกาย (อยู่ท่าใดท่าหนึ่งและไม่มีการเคลื่อนไหว กำมือแน่น มีการกัดกรามแน่น มีการเคลื่อนไหวมาก เดินไปเดินมา) มีการประวัติการใช้ความรุนแรงของตนเองและครอบครัว การใช้สารเสพติด มีความคิดเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ตัวอย่างการวินิจฉัยทางการพยาบาล เช่น

- เสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น เนื่องจาก บกพร่องในการควบคุมตนเอง และกระวนกระวาย

2.2 อาการและอาการแสดงด้านอารมณ์ มีความคิดจะฆ่าตัวตาย (มีการวางแผน และมีความพยายามที่จะกระทำ) หรือการใช้คำพูดที่เป็นสัญญาณเตือน รู้สึกไร้คุณค่า สิ้นหวัง ขาดคนช่วยเหลือ ตัวอย่างการวินิจฉัยทางการพยาบาล เช่น

- เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมรุนแรงในการทำร้ายตนเอง
- เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.3 อาการและอาการแสดงด้านการทำงาน ขาดความสามารถในการทำงานที่ง่าย ๆ เช่น การใช้ชีวิตประจำวัน การแก้ไขปัญหา การดำเนินชีวิต

ตัวอย่างการวินิจฉัยทางการพยาบาล เช่น

- ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ เนื่องจากขาดทักษะในการแก้ไขปัญหา

2.4 อาการและอาการแสดงด้านการจัดการกับความโกรธ ขาดความอดทนอดกลั้น

ตัวอย่างการวินิจฉัยทางการพยาบาล เช่น

- มีภาวะเครียดเนื่องจากไม่สามารถแสดงความโกรธที่เหมาะสมได้

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning)

การวางแผนการพยาบาลในด้านต่างๆ ดังนี้

3.1 ด้านผู้ป่วย ต้องดูประวัติการเจ็บป่วย การแสดงออกเมื่อมีพฤติกรรมรุนแรง ไรคร่วม วิธีการแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน พบว่าโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื่องร่วมกับการควบคุมความโกรธ ส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทลดลง¹⁹ ดังนี้

3.1.1 เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique) เป้าหมายทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ เทคนิคที่นำมาใช้ คือ ให้ผู้ป่วย ผ่อนคลายกล้ามเนื้อช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบ สบายขึ้น และมีปัญหาในการแก้ไขปัญหาได้ แบ่งได้เป็น 5 เทคนิค²¹⁻²²

1) การฝึกควบคุมจิต (Autogenic training) เกี่ยวข้องกับการฝึกควบคุมการหายใจ ความรู้สึกทางด้านร่างกาย การนับในใจจะทำให้ผู้ป่วยอยู่กับปัจจุบัน ไม่หวนไหว ไม่ออกแวก

2) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Biofeedback-assisted relaxation) การลดความตึงเครียดของร่างกาย ความวิตกกังวล เช่น การรับรู้เกี่ยวกับประสาทสัมผัสในร่างกาย เช่น อุณหภูมิผิวหนัง ความตึงตัวกล้ามเนื้อ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นประสิทธิผลของการใช้การบำบัดที่หลากหลายวิธีช่วยในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช และการฝึกทักษะนี้ เสียค่าใช้จ่ายน้อยมาก มีความยืดหยุ่นสูง ผลข้างเคียงหรือความเสี่ยงไม่มี และสามารถใช้อำนาจผู้ติดยาเสพติดได้ การฝึกชนิดนี้มีผลดีกับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ วิธีการนี้พยาบาลเวชปฏิบัติเลือกนำมาใช้ได้

3) การฝึกลมหายใจเข้าออกลึกๆ (Deep breathing exercises) ช่วยเพิ่มการทำงานของหัวใจ ซึ่งมี 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 หายใจเข้าทางจมูกแล้วนับ 2 - 4 วินาที ขั้นตอนที่ 2 กลั้นหายใจแล้วนับ 2 - 4 วินาที ขั้นตอนที่ 3 หายใจออกแล้วนับ 2 - 4 วินาที ขั้นตอนที่ 4 กลั้นหายใจแล้วเริ่มนับ 2 - 4 วินาทีทำไปเรื่อย ๆ ตามความจำเป็น

4) การฝึกจินตนาการ (Guided imagery) จะช่วยลดความรู้สึกกดดันเชิงลบออกไปโดยการจินตนาการและจะมีความสงบและความสุข เช่น การจินตนาการไปเที่ยวชายหาด การได้ยินเสียงนกร้อง เกลียวคลื่นซัดฝั่ง เสียงใบไม้ กิ่งไม้โอนอ่อนไปตามแรงลม เสียงนกร้อง ปลายเท้าสัมผัสเม็ดทราย

ที่ละเอียดอ่อนและชุ่มเย็น จมูกสัมผัสอากาศที่บริสุทธิ์ หายใจสดชื่นเป็นการผ่อนคลายความเครียด ลดพฤติกรรมก้าวร้าว การจินตนาการประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 นิ่งหรือนอนลงในท่าที่สบาย เลือกจินตนาการถึงสถานที่ที่ชอบ

ขั้นตอนที่ 2 ให้ระลึกถึงสิ่งที่ดีๆในความทรงจำ ใช้จินตนาการไปถึงช่วงเวลานั้น ๆ คิดถึงสิ่งแวดล้อมที่สวยงาม และให้ใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5

ขั้นตอนที่ 3 ให้รักษาความสุขที่ได้รับจากจินตนาการให้นานที่สุดตามที่ปรารถนา สุดลมหายใจช้า ๆ มุ่งมุ่งไปที่ความรู้สึกผ่อนคลาย

5) การเกร็งคลายกล้ามเนื้อทั่วตัว (Progressive muscle relaxation) เมื่อมีสิ่งรบกวนกระทบกล้ามเนื้อจะมีการเกร็งตัว หลังจากนั้นจะมีการผ่อนคลาย ทำให้เกิดความสุข การเกร็งคลายกล้ามเนื้อทั่วตัว ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 เลือกห้องที่มืดสนิท เงียบสงบ แล้วนั่งหรือนอนในท่าที่สบาย

ขั้นตอนที่ 2 เริ่มเกร็งกล้ามเนื้อที่เท้าประมาณ 5 วินาที หลังจากนั้นคลายออก 10 วินาที จากนั้นให้เปรียบเทียบความรู้สึกระหว่างการเกร็งและการคลาย หลีกเลียงไม่ให้ขาเป็นตะคริว ให้อึดเท้ากระดกขึ้นลง

ขั้นตอนที่ 3 เกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณขาช่วงล่าง

ขั้นตอนที่ 4 ทำเหมือนขั้นตอนที่ 3 แต่ให้เกร็งและคลายกล้ามเนื้อบริเวณสะโพก และก้น

ขั้นตอนที่ 5 เกร็งที่กล้ามเนื้อบริเวณที่ท้องและหน้าอก

ขั้นตอนที่ 6 ให้ออกกำลังกายทั่วตัวและให้เกร็งและคลายที่ไหล่

ขั้นตอนที่ 7 ให้เกร็งกล้ามเนื้อใบหน้า รอบ ๆ ตา ประมาณ 5 วินาที และผ่อนคลาย ประมาณ 10 วินาที

ขั้นตอนที่ 8 ผ่อนคลายมือให้กำมือแน่นๆ 5 วินาที และคลายออกช้าๆ 10 วินาที

3.1.2 เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy: CBT) เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมต่างๆ เช่น โกรธ กลัว วิดกกังวล ซึมเศร้า ความผิดปกติด้านการกิน การใช้สารเสพติด โดยเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้การตอบสนอง ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งทางปัญญา ทางด้านร่างกาย และพฤติกรรม ด้วยการตระหนักที่มากขึ้น เรียนรู้ทางเลือกที่เป็นไปได้กับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต เน้นที่พฤติกรรมปัจจุบันมากกว่าในวัยเด็ก โดยจะใช้เทคนิคของ CBT ในกลุ่มผู้ป่วยดังนี้²³

- 1) กลุ่มที่มีปัญหาทางด้านจิตใจในส่วนของวิธีคิดที่ผิดพลาด
- 2) กลุ่มที่มีปัญหาทางด้านจิตใจเกี่ยวกับรูปแบบการเรียนรู้ของพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง

ไม่ถูกต้อง

- 3) กลุ่มบุคคลที่ได้รับความเจ็บปวดจากปัญหาทางด้านจิตใจ

ตัวอย่างการใช้การบำบัดความโกรธโดยใช้เทคนิคแบบ CBT ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจและใช้สารเสพติด โดยใช้วิธีแบบกลุ่มและรายบุคคล ใช้เวลาในการบำบัด 90 นาที ในช่วง 12 สัปดาห์ โดยการใช้สมุดจดบันทึกเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน แล้วนำมาสนทนาแลกเปลี่ยนกัน²⁴

3.1.3 เทคนิคการแสดงบทบาทสมมติ (Role playing) เป็นเทคนิคที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาและสถานการณ์ของตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ หลักการพื้นฐานในการแสดงบทบาทสมมติให้ประสบความสำเร็จมี 9 ขั้นตอนดังนี้²⁵ ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาปัญหา ขั้นตอนที่ 2 มีการเตรียม

ความพร้อมในหัวข้อที่จะแสดงบทบาทสมมติ ขั้นตอนที่ 3 กำหนดสถานการณ์ ขั้นตอนที่ 4 คัดเลือกบุคคลที่จะแสดงบทบาทสมมติตามคุณลักษณะ ขั้นตอนที่ 5 เตรียมการและเริ่มซักซ้อม ขั้นตอนที่ 6 ปฏิบัติการแสดง ขั้นตอนที่ 7 สิ้นสุดการแสดง ขั้นตอนที่ 8 วิเคราะห์แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ขั้นตอนที่ 9 ประเมินผล การแสดงบทบาทสมมติช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุม ความโกรธและไม่เกิดพฤติกรรมที่รุนแรงได้

3.1.4 เทคนิคการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในด้านการแพทย์ผ่านระบบโทรคมนาคม โดยเฉพาะการนำเทคโนโลยีดิจิทัลและเครือข่ายอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลหรือสถานรักษาพยาบาลต่างๆ โดย Telehealth จะทำให้เกิดการดูแลสุขภาพร่างกายอย่างทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึง (Telehealth) เป็นเทคนิคที่ใช้ในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น เรื่องการฟัง การดูวิดีโอ สื่ออินเทอร์เน็ต โดยการใช้ Smartphones ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการนี้ได้โดยตรงในสถานการณ์จริง โดยผู้บำบัดและผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กัน²⁶

3.2 ด้านสถานการณ์ สอนสุขภาพจิตศึกษาให้กับผู้ป่วย เพื่อได้เรียนรู้ทักษะในการควบคุมความโกรธ เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม กลุ่มบำบัด การแสดงบทบาทสมมติ การจินตนาการ การให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรง คือ การผูกมัด การใช้ห้องแยก และการให้ยา

3.3 ด้านสิ่งแวดล้อม สภาพที่อยู่ สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยมีที่อยู่เป็นสัดส่วน มีความปลอดภัย

3.4 ด้านการดูแลของทีม มีการใช้ทักษะการพูดที่นุ่มนวล อ่อนโยน การให้การปรึกษาด้วยความจริงใจ ไม่คุกคามผู้ป่วย

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing implementation)

พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน จะให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความโกรธ ครอบคลุมทุกมิติทางการพยาบาล ได้แก่

การจัดการความโกรธของพยาบาลในระดับปฐมภูมิ

1. มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโดยการให้การปรึกษาเบื้องต้น

2. มีการติดตามเยี่ยมบ้าน

3. มีระบบเฝ้าติดตามดูแลทางสังคมจิตใจในพื้นที่

การจัดการความโกรธของพยาบาลในระดับทุติยภูมิ หรือโรงพยาบาลชุมชน

1. มีการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตเมื่อประเมินแล้วพบปัญหา เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา

2. มีระบบการส่งต่อกรณีมีความเสี่ยงในด้านปัญหาสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย

3. มีการส่งต่อข้อมูลที่จำเป็น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลร่วมกัน

4. มีการบริการงานสุขภาพจิตในตำบลจัดการสุขภาพ หมอประจำครอบครัว (Family care team)

5. การประเมินผล (Nursing evaluation)

ประเมินผลจากพฤติกรรมผู้ป่วยไม่มีความโกรธ มีความสงบทางด้านจิตใจทั้งภายในและภายนอก มีท่าทีที่ผ่อนคลาย ควบคุมตนเองได้ รู้จักหลบหนีจากประสบการณ์ที่ผ่านมาแล้วนำมาควบคุมอารมณ์ตนเองได้ สำหรับชั้นฝึกซ้อมทักษะและขั้นนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น ผู้เขียนได้นำเสนอผ่านกรณีศึกษา ดังต่อไปนี้

กรณีศึกษา

ชายไทยวัย 18 ปี อาชีพ นักศึกษาเรียนมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งชั้นปีที่ 2 รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียวง่ายเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ แสดงออกทางด้านพฤติกรรม โดยการกำมือแน่น สายตาลูกวาว กัดฟันแน่น ใจสั่น เหงื่อออกมาก พูดเสียงดัง ขวนทะเลาะ ทำท่าย

ตารางที่ 1 การประเมินผลพฤติกรรมผู้ป่วย

ปัญหา	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง เนื่องจากภาวะอารมณ์แปรปรวน	<ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลรับฟังด้วยท่าทีที่สงบ ไม่ได้ตอบด้วยคำพูดที่รุนแรงหรือแสดงความความรู้สึกต่อต้าน 2. มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตโดยการสอนทักษะการผ่อนคลายความเครียด เช่น การสูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 3. สอนผู้ดูแลให้รู้จักสังเกตอาการที่ผิดปกติหรือสัญญาณเตือน เช่น สายตาก้าวร้าว กำมือแน่น มีการกัดกรามแน่น มีการเคลื่อนไหวมาก เดินไปเดินมา 4. มีการติดตามเยี่ยมบ้าน 	- ผู้ป่วยไม่ทำร้ายตนเองและผู้อื่น
2. เสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"> 1. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ 2. มีการประเมิน โดยประเมิน ความคิด ความเชื่อทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาตามความคิดและมุมมองของผู้ป่วย 3. การบำบัด โดยการชี้แนะเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักในความสำคัญของการรับประทานยา และความมั่นใจที่จะรับประทาน ประโยชน์ที่เห็นได้น้อยของการกินยา อภิปรายเกี่ยวกับความเชื่อและปัญหาเกี่ยวกับการกินยา สิ่งต่างๆที่ควรจะไปอย่างไรถ้าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 4. ระยะเวลาประเมินผลเป็นการประเมินการตระหนักในความสำคัญของการรับประทานยาและความมั่นใจที่จะรับประทานยา 	- ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำ - ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

บทสรุป

ความโกรธเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในชุมชน และเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ที่มีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง การจัดการความโกรธโดยใช้แนวคิดของ Novaco จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเวช เมื่อกลับไปสู่ชุมชน เนื่องจากแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco เป็นการควบคุมความโกรธในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่พ้นภาวะวิกฤต แต่ส่วนใหญ่จากการทบทวนวรรณกรรมมีการใช้แนวคิดดังกล่าว เฉพาะโรงพยาบาล^{4,15-16} จึงน่าจะเป็นความท้าทายของบทบาทพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการจัดการความโกรธของ Novaco ทั้งด้านปฏิบัติการและการวิจัย รวมถึงการเพิ่มศักยภาพหรือสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน ด้วยการผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ให้มีความรู้ ทักษะในการจัดการความโกรธ ให้มีการบริการทางจิตเวชและสุขภาพจิตแก่ประชาชนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความโกรธ และลดพฤติกรรมก้าวร้าวหรือความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างยั่งยืน ไม่กลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Farahani M, Zare SE. Effectiveness of cognitive-behavioral anger management training on aggression and job satisfaction on nurses working in psychiatric hospital. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 2018;2: e.55348. doi: 10.5812/zjrms.55348.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. 4th ed. Text revision. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
3. Martha LC. *Understanding and treating violence psychiatric patients*. Washington DC: American Psychiatric; 2000.
4. พญศักดิ์ ผางแก้ว, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2562;33:53-69.
5. กรมสุขภาพจิต. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิ.ย 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>
6. Single Care Administrators. *Mental health statistics* [Internet]. 2021 [cited 2021 May 15]. Available from: <https://www.singlecare.com/blog/news/mental-health-statistics/>
7. พิชญนันท์ นามวงษ์, วิญญู ชะนะกุล. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ในผู้ป่วยโรคจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา* 2561;12:1-11.
8. ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกสรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, อติทยา พรชัยเกตุ โยว ยอง. *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ Psychiatric Nursing*. กรุงเทพฯ: สแกนอาร์ต; 2561

9. วิจิตร ศรีสุพรรณ, กาญจนา จันทร์ไทย. คู่มือปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง; 2556.
10. อติญาณ ศรีเกษตรริน, อรวรรณ สัมภาวะมานะ, กาญจนา สุวรรณรัตน์. การปฏิบัติตาม บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ. วารสารกองการพยาบาล 2553;37; 52-63.
11. สิริานีย์ ประเสริฐยศ, วันดี สุทธิรังษี, ถนอมศรี อินทนนท์. ความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2558;35:101-17.
12. บุญวดี เพชรรัตน์, พิเชษฐ์ สุวรรณจินดา, วันดี สุทธิรังษี. ปัจจัยทำนายความสามารถทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. สงขลานครินทร์เวชสาร 2550;25:481-9.
13. ชัยวัฒน์ อินໄ໊ยา, ชินภรณ์ แตนกาໄ໊ย, เบญจยามาศ พิลายนต์. ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิตกับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครพนม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2562;39:73-84.
14. Novaco RW. Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment. Lexington, MA: D.C. Heath; 1975.
15. วรณวิภา ชำนาญ, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, สมบัติ สกกุลพรรณ. ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับความโกรธสำหรับผู้ป่วยจิตเภท: กรณีศึกษาโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. พยาบาลสาร 2560; 44:125-33.
16. อำพัน จารุทัสนางกูร, โสรยา ศุภโรจน์. ผลของโปรแกรมควบคุมความโกรธต่อการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา 2558;9:24-35.
17. McGill University General Information. MOODJUICE - Anger Problems - Self-help Guide [Internet]. [cited 2021 May 15]. Available from: https://www.mcgill.ca/counselling/files/counselling/anger_moodjuice_self-help_guide.pdf
18. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: วิกทอเรียอิมเมจ; 2560.
19. ทศฯ ชัยวรรณวรรต. พยาบาลกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2562;33:1-12.
20. Mental Health America of Northern Kentucky & Southwest Ohio. Novaco Anger Scale [Internet]. 2013 [cited 2021 Nov 5]. Available from: https://www.mhankyswoh.org/Uploads/files/pdfs/Anger-NovacoAngerScale_20130812.pdf
21. กัญญาวรรณ ระเบียบ, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, รัตน์ศิริ ทาโต. ผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื่องร่วมกับการควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท 2556;27: 69-84.
22. Caporusio J. 5 Relaxation Techniques to Try. Medical News Today [Internet]. 2020 [cited 2021 May 20]. Available from: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/5-relaxation-techniques-to-try>

23. Reilly PM, Shopshire MS. Anger Management for Substance Use Disorder and Mental Health Clients [Internet]. 2019 [cited 2021 jun 10]. Available from: https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/anger_management_manual_508_compliant.pdf
24. Stuart WG. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 10th ed. London: Elsevier Health Sciences; 2014.
25. Pew Research Center. Internet/Broadband Fact Sheet [Internet]. 2021 [cited 2021 June 17]. Available from: <https://www.pewresearch.org/internet/fact-sheet/internet-broadband/>.
26. Halter MJ. Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: a Clinical Approach. 7th ed. Elsevier Saunders St. Louis: Missouri; 2014.

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง : บทบาทพยาบาล

นิตยา เจริญยุทธ ส.ม.¹

หทัยรัตน์ สายมาอินทร์ Ph.D.(c)^{2*}

วินัสริน ก้อนศิลา พย.ม.³

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความบกพร่องทางความคิด การรับรู้ อารมณ์ การตัดสินใจ และพฤติกรรม ซึ่งการเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และสังคม ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่มักแสดงออกในลักษณะแยกตัว ไม่สนใจสังคมรอบข้าง หลบนอน มีความรู้สึกอ่อนแอ ท้อแท้ หมดหวัง คิดว่าไม่มีอำนาจ ขาดความมั่นใจ ขาดอิสระในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง และตกอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจ ผู้ป่วยมักไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานและคนอื่น การเจ็บป่วยเรื้อรังรักษาไม่หาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงอย่างมาก ปัญหาเหล่านี้สามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้ด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นบทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและผลกระทบของการเจ็บป่วยจิตเภทเรื้อรัง การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ องค์ประกอบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และบทบาทของพยาบาลจิตเวช ในการเสริมพลังอำนาจด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง บทบาทพยาบาลจิตเวช

¹ อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จ.อุบลราชธานี

² อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จ.นครปฐม

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี

*Corresponding e-mail: kaicake@gmail.com

วันที่รับ (received) 24 ต.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 17 ธ.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 20 ธ.ค. 2564

Empowerment in Chronic Schizophrenia Patients: Nursing Roles

Nittaya Chareonyooth M.P.H¹

Hathairat Saima-in Ph.D.(c)^{2*}

Wenusrin Konsila M.N.S.³

Abstract

Patients with schizophrenia have impaired thinking, perception, emotion, decision-making and behavior, which affects the patient, his family and society. Most chronic schizophrenia manifests themselves in an isolated manner, lack of interest in the surrounding society, sleepless, weak, discouraged, hopeless, powerless, lack of freedom to do things on their own and in a state of loss of power which patients are often not accepted by colleagues and others. Due to the incurable chronic illnesses, patients experience a significant loss of power and self-esteem, the problem can be solved by helping and empowering the patient by the psychiatric nurse, who is the key personnel for patient care. The purpose of this article is to present the empowerment for chronic schizophrenia patients. The content of the article presents information on chronic schizophrenia patients, the effects of chronic schizophrenia, mental empowerment, components of mental empowerment in chronic schizophrenia patients and the role of psychiatric nurses in enhancing the mental empowerment of patients with chronic schizophrenia.

Keywords: empowerment, chronic schizophrenia patients, psychiatric nursing roles

¹ Nurse instructor, Faculty of Nursing Ratchathani University, Ubon Ratchathani

² Nurse instructor, Faculty of Nursing Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom

³ Registered nurse, professional Level, Prasimahabodi Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani

*Corresponding e-mail: kaicake@gmail.com

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญในทางจิตเวชและทางสาธารณสุข โดยมีความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5 - 1.0 ของประชากรทั่วไป โดยในประเทศไทยมีการสำรวจระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชากรทุกภาค พบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภท ร้อยละ 0.172 ซึ่งโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดภาวะโรค จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่าโรคจิตเภทอยู่ในอันดับที่ 16 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิต และอันดับที่ 3 ของโรคจิตและโรคทางระบบประสาท ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคทางกาย พบว่า เทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (Quadriplegia) ความสูญเสียมีค่าประมาณ 0.7 - 1 เท่าของการสูญเสียความสามารถอันมีค่า 1 ปี¹⁻²

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท มีระยะการดำเนินโรคมามากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี หรือเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนาน 6 เดือน 1 ครั้งในรอบ 5 ปี หรือ เข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง ในรอบ 1 ปี หรือมีข้อจำกัดหรือขาดความสามารถ (Disability) ในบทบาทพื้นฐานชีวิตประจำวันอย่างน้อย 3 ใน 6 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพตนเอง การเรียนรู้สร้างสรรค์ การคิดเอง ทำเองอย่างเหมาะสม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การติดต่อสังคม การมีรายได้เลี้ยงตนเอง เป็นต้น¹⁻⁴ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิดร่วมกับความผิดปกติของการรับรู้ อารมณ์ การตัดสินใจ และพฤติกรรม ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และสังคม ซึ่งผลกระทบต่อตนเองเริ่มต้นจากการที่ผู้ป่วยเกิดพยาธิสภาพ (Pathology) มีรอยโรคหรือมีความผิดปกติในระบบประสาทส่วนกลางนำไปสู่การเกิดอาการทางจิต ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเสื่อมสภาพ (Impairment) หรือมีความผิดปกติทางสภาพจิตใจ โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกาย รวมทั้งพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป อาการที่ปรากฏ อาทิเช่น แยกตัว หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน ความผิดปกติด้านความคิด เป็นต้น การเจ็บป่วยนี้ถ้าไม่ได้รับการจัดการตั้งแต่ต้น จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าสู่ระยะไร้ความสามารถ (Disability) ที่มีข้อจำกัดหรือขาดความสามารถในการทำหน้าที่อย่างคนปกติ ความสามารถในการเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาลดลง ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ทำให้ไม่สามารถดูแลสุขอนามัยของตนเองได้ ส่งผลให้ทักษะทางสังคมบกพร่อง ซึ่งเมื่อเจ็บป่วยทางจิตเป็นเวลานาน ๆ และไม่ได้รับการแก้ไขในระยะเสื่อมสภาพและระยะไร้ความสามารถ จะทำให้ผู้ป่วยมีความพิการ (Handicap) สูญเสีย หรือมีข้อเสียเปรียบของการดำรงชีวิตในสังคม ทำให้มีขีดจำกัดหรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือบทบาทตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับครอบครัว สังคม และชุมชนได้²⁻⁴ นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีอาการทางจิตรุนแรงและเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานและคนอื่น ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่ มักแสดงออกในลักษณะ แยกตัว ไม่สนใจสังคมรอบข้าง หลบนอน มีความรู้สึกอ่อนแอ ท้อแท้ หมดหวัง คิดว่า ไม่มีอำนาจ ขาดอิสระ ในการกระทำการต่าง ๆ ด้วยตนเอง^{2-3,5} และตกอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจ คือ อยู่ในภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดกับตนเองได้ การทำกิจกรรมต่าง ๆ ผู้ป่วยจะไม่สามารถทำให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ ผู้ป่วยจะตกอยู่ในสภาพที่คล้อยตามหรือปฏิบัติตามแนวทางของผู้อื่น ตัดสินใจเองไม่ได้⁵⁻⁶ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นข้อจำกัดและขัดขวางความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมและอาชีพ มีข้อจำกัดหรือสูญเสียความสามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ เช่น การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเรียน การทำงานเสื่อมถอย ในที่สุดผู้ป่วยจะตกอยู่ในสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรัง รักษาไม่หาย อาการกำเริบบ่อยและรุนแรงมากขึ้น ต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และอาจไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เนื่องจากญาติเบื่อหน่าย ไม่ยอมรับผู้ป่วย ทอดทิ้งผู้ป่วยไว้

ในโรงพยาบาลจิตเวช²⁻³ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดลงอย่างมาก^{2-3,5-7}

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ทางจิตใจเป็นการสร้างพลังอำนาจในตนเอง เพื่อให้มองเห็นถึงสมรรถนะตนเองในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ นำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน ความรู้สึกมีประโยชน์ มีพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก มุ่งเน้นที่การนำเอาศักยภาพทางสติปัญญา และพลังในตัวผู้ป่วยมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น^{2-3,5-6,14-15} ทั้งนี้ การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นกิจกรรมการดูแลด้านจิตใจที่ต้องใช้เทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างเป็นขั้นตอน เช่น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การติดต่อสื่อสารเพื่อบำบัด การให้คำปรึกษา เป็นต้น ซึ่งปฏิบัติการพยาบาลโดยพยาบาลจิตเวช^{2-3,5-6}

ดังนั้น ปัญหาเหล่านี้สามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้ด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญในการเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง^{2-3,5-6} โดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดหรือการทำจิตบำบัดประคับประคอง หรือจิตบำบัดอื่น มักมีการเสริมสร้างพลังอำนาจ เสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยร่วมด้วย²⁻³ บทความวิชาการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ปฏิบัติโดยพยาบาลจิตเวช ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และผลกระทบของการเจ็บป่วย จิตเภทเรื้อรัง การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ องค์ประกอบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและผลกระทบของการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เป็นผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีระยะการดำเนินโรคมานานกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี หรือผู้ป่วยที่รักษาอยู่โรงพยาบาลนาน 6 เดือน 1 ครั้งในรอบ 5 ปี หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง ในรอบ 1 ปี เป็นต้น⁹ หรือมีข้อจำกัดหรือขาดความสามารถในบทบาท (Disability) พื้นฐานชีวิตประจำวัน อย่างน้อย 3 ใน 6 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพตนเอง การเรียนรู้สร้างสรรค์ การคิดเอง ทำเองอย่างเหมาะสม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การติดต่อสังคม การมีรายได้เลี้ยงตนเอง เป็นต้น จะทำให้เป็นจิตเภทเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการปฏิบัติกิจกรรม ด้านสังคมและหน้าที่ การงาน ต้องได้รับการพึ่งพาจากผู้อื่นระยะยาว¹⁻²

ผลกระทบของการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง

โรคจิตเภทเรื้อรังมีความผิดปกติของความคิดร่วมกับความผิดปกติของ การรับรู้อารมณ์ การตัดสินใจ และพฤติกรรม เป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และสังคม รายละเอียดดังนี้

1. ผลกระทบต่อตนเอง จะเริ่มต้นจากการที่ผู้ป่วยเกิดพยาธิสภาพ (Pathology) ที่เป็นระยะที่มีรอยโรค หรือมีความผิดปกติในระบบประสาทส่วนกลางและนำไปสู่การเกิดอาการทางจิต ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเสื่อมสภาพ (Impairment) หรือมีความผิดปกติทางสภาพจิตใจ โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกาย พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป อาการที่ปรากฏ เช่น แยกตัว หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน ความผิดปกติด้านความคิด เป็นต้น ซึ่งการเจ็บป่วยนี้ถ้าไม่ได้รับการจัดการตั้งแต่ต้น จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าสู่ระยะไร้ความสามารถ (Disability) คือ ระยะที่มีข้อจำกัด หรือขาดความสามารถในการทำหน้าที่อย่างคนปกติ ความสามารถในการเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาลดลง ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ทำให้ไม่สามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้ ส่งผลให้ทักษะทางสังคมบกพร่อง ซึ่งเมื่อเจ็บป่วยทางจิต

เป็นเวลานาน ๆ และไม่ได้รับการแก้ไขในระยะเสื่อมสภาพและระยะไร้ความสามารถ จะทำให้ผู้ป่วยมีความพิการ (Handicap) คือสูญเสียหรือมีข้อเสียเปรียบของการดำรงชีวิตในสังคมทำให้มีขีดจำกัดหรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือบทบาทตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับครอบครัว สังคม และชุมชนได้ เช่น ผู้ป่วยจิตเวชถูกปฏิเสธจากสังคม และการประกอบอาชีพ ส่งผลต่อการไร้ที่อยู่ การตกงาน เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทจะมีความเสื่อมของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย โดยจะเสื่อมลงเล็กน้อยในช่วง 5 ปีแรกของการเจ็บป่วย หลังจากนั้นจะพบความเสื่อมลงเรื่อย ๆ จนถึงปีที่ 10 ของการเจ็บป่วย และเสื่อมลงมากกว่านั้นหรือตามจำนวนครั้งของการมีอาการกำเริบ^{2-4,9} นอกจากนี้ อาการทางจิตเชิงบวก เช่น เห็นภาพหลอนและอาการหลงผิดของโรคจิตเภทเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยคิดลบต่อตนเอง มองเห็นคุณค่าตนเองลดลง โดยเฉพาะอาการประสาทหลอนทางหู ทำให้การยอมรับและมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ รวมทั้งความรู้สึกถูกตีตราเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความอับอายที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้นี้ก็เพิ่มขึ้นไปด้วย ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ทำลายประสิทธิภาพและการเสริมสร้างพลังอำนาจของตนเอง^{5,10}

ทั้งนี้ การเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน หลาย ๆ ด้าน^{9-10,12} ได้แก่

ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living) ลดลง เช่น การดูแลภายในบ้าน การซื้อของใช้ในชีวิตประจำวัน การเตรียมอาหาร การจัดการเรื่องเงิน การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) ผู้ป่วยมักจะไร้อารมณ์แยกตนเองจากสังคมและสิ่งแวดล้อม

ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Low self-esteem) ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีข้อจำกัด การเกิดอุปสรรคหรือข้อเสียเปรียบในการดำเนินชีวิตอาจเนื่องมาจากทัศนคติในเชิงลบที่มีต่อผู้ป่วยทำให้ถูกปฏิเสธจากสังคมเนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้ไม่สามารถประสบผลสำเร็จในชีวิต

ด้านการประกอบอาชีพ หรือการเข้าสังคมได้ดี เท่าบุคคลทั่วไปในสังคมเดียวกัน ผู้ป่วยมักจะไม่มีงานทำ และถูกมองว่าเป็นคนไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยตำหนิตนเองและคิดว่าการเจ็บป่วยเป็นสาเหตุจากการเสื่อมสมรรถภาพ (Impairment) หรือความบกพร่อง (Disability) ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดไม่สามารถบรรลุบทบาทที่คนปกติปฏิบัติได้

ด้านแรงจูงใจ (Motivation) ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่ขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่มั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติบรรลุวัตถุประสงค์ได้ เกิดความกลัวต่อความล้มเหลว ทำให้ไม่กล้าที่จะลองทำหรือมีประสบการณ์การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ การไม่มีแรงจูงใจอาจทำให้อ่อนล้า แยกตนเอง และมีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมน้อยได้

ด้านความเข้มแข็งของผู้ป่วย (Strengths) ระยะเวลาการดำเนินโรคส่งผลต่อความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการที่จะเสริมสร้างทักษะการดำเนินชีวิตประจำวันจะต้องสอดคล้องกับความสามารถของผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้ความสำคัญต่อความเข้มแข็งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวังว่าเขาสามารถที่จะมีการพัฒนาศักยภาพได้

ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Adherence to treatment) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา อาจเนื่องจากการปฏิเสธการเจ็บป่วย มีปัญหาในการเดินทางมารับยา ไม่มีคนช่วยเหลือในการรับประทานยา หรืออาจเนื่องจากไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยา ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงเหลือมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้

2. ผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ครอบครัวรับภาระในการดูแลผู้ป่วยอย่างไม่มีที่สิ้นสุด เบียดบังเวลาในการประกอบอาชีพ ขณะเดียวกันก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่งผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว เช่น เดือดร้อนทางการเงิน มีภาระหนี้สิน นอกจากนี้ครอบครัวยังสูญเสียความคาดหวังในอนาคตต่อผู้ป่วย ก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัวสูง อาการและพฤติกรรมที่ผิดปกติทางจิตเวชสร้างความเครียดถาวรให้กับผู้ป่วยจิตเวชและญาติที่อาศัยร่วมกัน เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ เพราะไม่แน่ใจว่าอาการของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นอีกเมื่อไร ทำให้ไม่กล้าให้ผู้ป่วยอยู่โดยลำพัง ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเป็นกลุ่มที่เผชิญกับภาวะเครียดอย่างเรื้อรังและต่อเนื่องจากการต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยทางจิตมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ขาดอิสรภาพเนื่องจากความผูกพันห่วงใยสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยทางจิตทั้งในด้านความไม่แน่นอนของอาการเจ็บป่วย ความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและการถูกคุกคามทางอารมณ์

3. ผลกระทบต่อสังคม เมื่อเศรษฐกิจของครอบครัวถูกกระทบอันเนื่องมาจากรายได้ลดลงย่อมทำให้เกิดความสูญเสียเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่รัฐรับภาระในการดูแลซึ่งโรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมากและเสียกำลังคนในการพัฒนาประเทศ

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ผลกระทบของการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองที่ส่งผลทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living) ลดลง มีผลต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และทำให้ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Low self-esteem) ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ขาดความเข้มแข็งในตนเองของผู้ป่วย ส่งผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยอย่างไม่มีที่สิ้นสุด และผลกระทบต่อสังคมที่ทำให้เกิดความสูญเสียเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ทำลายประสิทธิภาพและการเสริมสร้างพลังอำนาจของตนเอง

การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ มาจากคำว่า Empowerment ในอดีตได้มีการใช้คำนี้ในแวดวงการบริหารงานค่อนข้างมาก เพราะเข้าใจมาจากคำที่มีลักษณะใกล้เคียงกันคือ Power ซึ่งแปลว่า อำนาจ ในอดีตผู้บริหารมักเป็นผู้มีอำนาจในการดำเนินการกิจต่าง ๆ ขององค์กร ต่อมาได้มีการแปลความของคำว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในลักษณะของการใช้อำนาจในเชิงอำนาจเพื่อให้เกิดความสำเร็จและประสิทธิภาพของงานจนมีการค้นพบและเสนอแนะว่า การทำงานให้ประสบความสำเร็จจะต้องมีการกระจายอำนาจและมอบอำนาจ ซึ่งเรียกว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ หรือ Empowerment^{2,4,8} ซึ่งมีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้หลายทัศนะ อาทิเช่น กริสเลย์ และคิง^{2,3,4} กล่าวถึงความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่ามีความสัมพันธ์กับแนวคิดของอำนาจ (Concept of power) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเน้นถึง การควบคุม (Control) การปกครอง (Hierarchy) และการควบคุมอย่างเคร่งครัด (Rigidity) แต่ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจในด้านองค์กรและการจัดการ จะหมายถึง การให้อำนาจและความรับผิดชอบแก่ผู้ปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของและการควบคุมงานได้ด้วยตนเอง

นักวิชาการหลายท่านกล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ อาทิเช่น คอนเจอร์ และคานูโก^{2,11} กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจว่าเป็นการจัดความรู้สึกไร้อำนาจของบุคคลให้มีความรู้สึกมั่นใจในการทำงาน ส่วนกิบบสัน^{2,8,12} กล่าวเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจทางจิตใจว่า เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคม การแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกกว่าตนเองมีอำนาจสามารถ

ควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้ ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ กิบสัน¹³ มีการนำไปใช้ในทางสุขภาพจิตอย่างกว้างขวาง โดยกิบสันอธิบายความหมายไว้ 10 ประการ ดังนี้ 1) เป็นกระบวนการที่บุคคล องค์กรหรือชุมชน ใช้ในการให้ได้มาซึ่งความสามารถในการควบคุมกำกับการดำรงชีวิตของตนเอง 2) เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และมีลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน 3) การเพิ่มพูนความรู้สำนึกในคุณค่าของตน และการสร้างประสิทธิภาพของตนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคลตลอดจนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมด้วย 4) การที่บุคคลเรียนรู้การใช้ทรัพยากรร่วมกัน การทำงานร่วมกันซึ่งเป็นการเชื่อมโยงทรัพยากรที่มีอยู่ภายในบุคคล ภายนอกบุคคลและที่มีอยู่ในชุมชน 5) กระบวนการที่มีลักษณะสำคัญที่มีการปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างประโยชน์ร่วมกันที่มุ่งเพิ่มความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้นในโครงสร้างและสภาพการที่เป็นอยู่ในหน่วยเล็กและหน่วยใหญ่ คือ ชุมชน 6) กระบวนการที่เป็นการหาทางออกทางแก้ปัญหา มากกว่าที่ตัวปัญหา เน้นที่ความแข็งแกร่ง สิทธิและความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัดหรือจุดด้อยของบุคคล 7) กระบวนการที่กลไกเกี่ยวกับอำนาจของบุคคล มีทั้งการให้และการรับอำนาจหรือการใช้อำนาจร่วมกัน มิใช่เพียงแต่ผู้ใช้อำนาจพยายามสร้างอำนาจแต่รวมถึงผู้มีอำนาจการใช้และถ่ายโอนอำนาจ 8) กระบวนการที่เป็นการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก หรือกระทำกิจกรรมร่วมเพื่อให้มี การเจริญเติบโต และการพัฒนาการของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน เพื่อให้เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะที่ตั้งใจ 9) กระบวนการของการช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมสิ่งแวดล้อมและควบคุมหรือกำหนดทิศทางชีวิตของตนเองได้ 10) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับและชื่นชม (Recognizing) การส่งเสริม (Promoting) การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคล (Enhancing peoples abilities) ในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเองและความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น (Mobilize the necessary resources) ในการดำรงชีวิตเพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าคุณเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่ หรือชีวิตของตนเองได้ นอกจากนี้ พบว่ามีการนำแนวคิดมิลเลอร์¹⁴ ไปใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง²⁻⁶ ซึ่งแนวคิดนี้กล่าวเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจทางจิตใจว่าเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล โดยได้กล่าวถึงพลังอำนาจว่า “พลังอำนาจ คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน” มิลเลอร์ให้คำจำกัดความของอำนาจว่า คือ การอบรมเลี้ยงดู ให้การดูแล (Nurturative) ซึ่งก็คือการช่วยเหลือและดูแลตนเอง การทำให้ผู้อื่นดูแลตนเอง และการตัดสินใจในการดูแลตนเอง ด้วยอำนาจเป็นความสามารถที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงหรือป้องกัน

องค์ประกอบเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

สำหรับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังโดยบทบาทพยาบาลจิตเวช พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของมิลเลอร์¹⁴ ที่กล่าวถึงแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง จึงเป็นเหตุผลในการเลือกแนวคิดของมิลเลอร์¹⁴ มาศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง

ดังนั้น องค์ประกอบและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ ผู้เขียนได้สรุปจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของมิลเลอร์¹⁴ ที่มีการนำไปศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง²⁻⁴ โดยมีองค์ประกอบ 7 แหล่ง ดังนี้

1. ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength and reserve) เป็นความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มตามศักยภาพทางกายและเต็มตามพลังสะสมทางกายภาพ (Physical reserve) เมื่อระบบของร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังในการกระทำการใดๆของบุคคลก็จะลดลง สภาวะความเข้มแข็งทางกายภาพขณะนั้นจะมีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วยทั้งในขณะที่ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาของการเจ็บป่วย

2. ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) ความเข้มแข็งทางจิต เป็นความยืดหยุ่นที่ปรากฏในบุคคลอันเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าจะเผชิญกับวิกฤตการณ์การเจ็บป่วยและความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ผู้ป่วยบางคนก็สามารถที่จะดำรงความสมดุลทางจิตได้ซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังก็เป็นสาเหตุของความไม่สมดุลทางจิต ความวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาจต้องการการช่วยเหลือในการดำรงไว้ซึ่งความคิดทางด้านบวก การป้องกันความวิตกกังวลภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกหมดหวังที่อาจเกิดขึ้น สำหรับการสนับสนุนทางสังคม เป็นสัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ การบูรณาการทางสังคม โอกาสสำหรับการดูแล ความเชื่อมั่นในคุณค่าบุคคลที่ให้การดูแล นอกจากนี้ยังรวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคมอีกด้วย

3. อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept) อัตมโนทัศน์ (Self – concept) คือ ความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ในตนประกอบด้วยภาพลักษณ์ (Physical self or body image) การทำหน้าที่ของตน (Functional self or role performance) ความเป็นตัวตนของบุคคล (Personal self) การเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ในตน การสร้างอัตมโนทัศน์ในตนขึ้นมาใหม่เป็นการปรับตัวในระยะเจ็บป่วย เป้าหมายของการสร้างอัตมโนทัศน์ในตนขึ้นมาใหม่ คือการบูรณาการการรับรู้รับที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายไปสู่อัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนในทางบวกโดยการทำความเข้าใจว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเองและพยายามที่จะกำจัดอิทธิพลของการเจ็บป่วยที่มีต่อตน

4. พลังงาน (Energy) เป็นความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ศักยภาพของพลังงาน คือ พลังงานที่เก็บสะสมไว้ ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป แหล่งของพลังงาน ได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อน และแรงจูงใจ พลังงานที่ใช้ในการสะสมหรือฟื้นฟูสุขภาพทางกาย หรือใช้ในการจัดการกับความต้องการประจำวัน รวมถึงการจัดการกับความเครียด นอกจากนี้พลังงานยังใช้ในการเติบโต การเรียนรู้ การทำงานและทำกิจกรรมต่าง ๆ การขาดพลังงานสำหรับการใช้ในระดับพื้นฐานจะมีผลต่อการใช้พลังงานสำหรับสนองความต้องการในระดับสูง เช่น การเติบโต และการเรียนรู้ การกระทำใดๆ จะเป็นไปได้ถ้ามีความเข้มแข็งและมีพลังงาน ซึ่งรวมถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยปกป้องและหรือพัฒนาสุขภาพของตน

5. ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight) ความรู้ช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจ การขาดความเข้าใจนำไปสู่ความท้อแท้และนิ่งเฉยซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ ส่วนการตระหนักรู้ภายในตน (Internal awareness) ใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจของความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา การตระหนักรู้ภายในตน คือความสามารถที่จะค้นหาและประเมินภาวะทางกายและจิตเพื่อนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการและดำรงไว้ซึ่งความสมดุลทางจิตอันเป็นการพัฒนาความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนและการรับรู้อย่างถูกต้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ รับรู้ถึงผลลัพธ์ของการรักษาที่พึงปรารถนาและการประเมินตนเอง

6. แรงจูงใจ (Motivation) มีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพ ส่งเสริมบทบาททางสังคม และการทำงาน และพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองที่จะกล้าเสี่ยง แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

7. ระบบความเชื่อ (Belief) ระบบความเชื่อของบุคคล เป็นความเชื่อในแผนการรักษา ความเชื่อในเจ้าหน้าที่สุขภาพและความเชื่อในตนเองหรือความเชื่อมั่นในความสามารถในตนเองรวมถึงความเชื่อในพระเจ้า ศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการจัดการกับความเครียดและเอาชนะต่อปัญหาสุขภาพ ต้องการที่จะหลุดพ้นความทุกข์ทรมานและแสวงหาที่ยึดเหนี่ยวจิตใจจากศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ บางคนอาจค้นพบความหมายของการเจ็บป่วยโดยอาศัยความเชื่อทางศาสนาและโชคชะตา ความเชื่อในโชคชะตาและความหวังจะช่วยส่งเสริมพลังอำนาจในบุคคลที่จะรับรู้ถึงการควบคุมและอาจส่งผลต่อการรักษา

บทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง การยึดหลักการดูแลผู้ป่วย เป็นศูนย์กลางยังเป็นหลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วย การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเป็นการบำบัดด้านจิตใจตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจใช้สำหรับสร้างเสริมแรงจูงใจในการทำงานของบุคคลรวมถึงการสร้างพลังอำนาจในตนเองเป็นกระบวนการเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมองเห็นถึงสมรรถนะตนเองในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารความคิด ความรู้สึก และมีลักษณะที่พยาบาลและผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามร่วมกัน เป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตนเองและการเสริมสร้างประสิทธิภาพ ของตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย เน้นการหาทางออก ทางแก้ปัญหา เสริมสร้างความแข็งแกร่ง สิทธิ และความสามารถของผู้ป่วยให้สูงกว่าข้อจำกัดหรือจุดด้อยของผู้ป่วย และเป็นกระบวนการระยะยาวของการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยเพื่อให้กลายเป็นผู้ป่วยที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน⁸

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พยาบาลจะต้องคำนึงถึงการเสริมสร้างอำนาจควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมและการส่งเสริมความรู้ใหม่ โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนในการดูแลตนเอง ได้รับสิทธิอย่างเต็มที่ในการเลือกและตัดสินใจ การรับความรู้ในเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับตนเอง อาจเกี่ยวกับอาการของโรคและการรักษา การทำงาน สิทธิที่ตนเองพึงได้รับ เป็นต้น ซึ่งเป็นหลักการพยาบาลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ให้ความสำคัญทั้งตัวผู้ป่วย ปัญหาและความต้องการโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีแหล่งพลังอำนาจ มีความสามารถในการดูแลตนเอง มีสมรรถนะในการทำงานสามารถเผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลต่อการมีคุณค่าแห่งตน ส่งเสริมคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมการพัฒนาคุณลักษณะแห่งตน^{2,5,11} โดยความมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นทั้งในขณะอาการคงที่และอยู่ในระยะเรื้อรัง⁹ ผู้เขียนได้สรุปเพื่อให้เหมาะสมกับบทบาทของพยาบาล ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง^{2,3,6} มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพบำบัดและความร่วมมือ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจโดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะให้คำชี้แนะ และให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการรักษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเกิดขึ้นภายใต้บรรยากาศความสัมพันธ์ที่ดี สนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Support self – efficacy)

ซึ่งปัจจัยที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในขั้นตอนนี้ คือ การตระหนักรู้ในตนเอง (Awareness) และทัศนคติ (Attitude) ยอมรับในความคิดเห็นช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดพลังอำนาจ

ขั้นตอนที่ 2 การค้นหาสถานการณ์จริงในผู้ป่วย (Discovering reality) เป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพเป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง โดยการรวบรวมแหล่งพลังอำนาจและประเมินแหล่งพลังอำนาจ จากการสร้างความร่วมมือสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการร่วมมือ ไม่ได้เกิดขึ้นแต่เพียงฝ่ายเดียว ลักษณะการดำเนินการเป็นไปในลักษณะการมีผลประโยชน์ร่วมกัน ขั้นตอนนี้ผลลัพธ์คาดว่า จะเกิดขึ้นโดยค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย ค้นหาความรู้สึกต่อตนเองด้านต่าง ๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ การจัดการกับปัญหาเหล่านั้น การแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรมความคิด ภาวะการณ์สูญเสียพลังอำนาจ ประเมินวิเคราะห์ สถานการณ์จริง เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการสะท้อนความคิดอย่างมีวิจักษณ์ญาณกับผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง เป็นการสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาในการดูแลตนเอง ด้วยการสะท้อนคิด และส่งเสริมพลังอำนาจเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยสร้างแรงจูงใจว่าผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และพยาบาลต้องยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วย ในการเลือกแนวทางแก้ไขจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ซึ่งบทบาทของพยาบาล คือ เสนอแนวทางที่เหมาะสมเป็นได้ แต่ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกไปปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากรที่เกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการสนับสนุน เอื้ออำนวยความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร โดยการให้ความรู้ตามความสนใจและศักยภาพ ซึ่งประเมินจากความสนใจและพื้นฐานอาชีพเดิมของผู้ป่วย หากผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาลนาน ไม่สามารถประกอบอาชีพเช่นเดิมได้ อาจทำให้ผู้ป่วยคิดฟุ้งซ่านและรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ดังนั้น จึงควรเตรียมผู้ป่วยให้มีความรู้ ทักษะ และทรัพยากรที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนการทำงานเพื่อที่จะสามารถทำให้นำไปประกอบอาชีพได้ทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองแก่ผู้ป่วยส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเสริมสร้างพลังด้วยตนเอง เป็นการให้ผู้ป่วยใช้ความรู้และทักษะต่าง ๆ จากการร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นไปแก้ไขปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุดนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ การที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินการในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมแก่ตนเองเลือกที่จะปฏิบัติเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์ได้จริง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางบวกมากขึ้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติตามแผน จะเป็นการเสริมสร้างพลังด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 6 การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เป็นการวางแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและคงไว้ซึ่งการเห็นคุณค่าของตนเองในความสามารถจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกของตนจากนั้นพยาบาลเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย

ผู้เขียนได้สรุปตัวอย่างการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในบทบาทของพยาบาลจิตเวช ดังนี้

ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พยาบาลจิตเวชควรให้ความสำคัญตั้งแต่ขั้นตอนแรก เนื่องจากการสร้างสัมพันธภาพความร่วมมือเป็นประเด็นสำคัญอย่างยิ่งของการพยาบาลสุขภาพจิต การที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องเริ่มต้นจากการมีสัมพันธภาพที่ดีตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและคงความต่อเนื่องตลอดโปรแกรม เทคนิคที่สำคัญคือ การแสดงความเข้าใจ เห็นใจผู้ป่วยโดยฟังอย่างเข้าใจ ไม่ตัดสินใจได้แย้ง ไม่รีบให้ข้อมูลจนสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยไว้วางใจและมีความพร้อมจึงให้ข้อมูลค้นหาเป้าหมายและความสนใจของผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมเพื่อสร้างแรงจูงใจ โดยเฉพาะการใช้คำถามปลายเปิดอย่างระมัดระวังและกระชับ ชัดเจน เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิด บอกความรู้สึกหรือแสดงความคิดเห็น และเชื่อมโยงให้ตรงประเด็น เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง (Awareness) มองเห็นเป้าหมายในชีวิต เกิดพลังอำนาจขึ้นในตัวเอง จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือ ไว้วางใจระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย เข้าใจวัตถุประสงค์ของกิจกรรมจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการบำบัด การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะเป็นแรงจูงใจซึ่งเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งในการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีความสำคัญต่อการรักษา ส่วนขั้นการค้นหาสภาพจริงของผู้ป่วย เป็นขั้นตอนที่พยาบาลจะต้องทำการประเมินข้อมูลแหล่งพลังอำนาจ และนำผู้ป่วยหาสาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ก่อนที่จะสรุปปัญหา ขั้นตอนต่อไปคือ การสร้างพลังในการแก้ปัญหาโดยการสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการใช้ทักษะสะท้อนคิดในการพยาบาลผู้ป่วยโดยเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และผลกระทบ และนำไปสู่ขั้นตอนการเสริมแหล่งพลังอำนาจ ส่งเสริมสนับสนุน สร้างแรงจูงใจ ให้ข้อมูลความรู้ตามกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจและความสามารถตามศักยภาพ เป็นการเสริมสร้างความรู้ให้กับผู้ป่วย โดยการประเมินระดับความสามารถของกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจก่อนและหลังการให้ความรู้ และต้องให้ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังด้วยตัวเอง สนับสนุน และเอื้ออำนวยทรัพยากรต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมหลังจากที่พยาบาลได้เสริมสร้างพลังความรู้และแหล่งทรัพยากรต่างๆให้กับผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยจะต้องมีการฝึกทักษะในการคิดพิจารณาเพื่อแก้ไขสถานการณ์ด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลคอยเพิ่มเติมแหล่งทรัพยากรให้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังความสามารถในการจัดการกับปัญหา ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย โดยที่พยาบาลจะต้องสร้างเสริมความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้

ดังนั้น บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการเป็นผู้ดูแลผู้รับบริการโดยตรง (Direct care) โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พยาบาลจิตเวชต้องมีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการนำความรู้ความสามารถในเชิงทฤษฎีและมีทักษะความชำนาญมาประยุกต์เพื่อนำมาปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมีแบบแผน สามารถประเมินวิเคราะห์ในส่วนที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และนำมาวางแผนในการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ด้วยการจัดกิจกรรมที่มีเนื้อหาเหมาะสมกับความสนใจและศักยภาพของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมความมีพลังอำนาจและมีความร่วมมือในกิจกรรมที่ทำส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดีขึ้น สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้เพื่อการใช้ชีวิตในชุมชนต่อไป

สรุป

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังโดยบทบาทพยาบาลจะเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารความคิด ความรู้สึก และมีลักษณะที่สองฝ่ายต้องให้ความพยายามร่วมกัน เป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน และการเสริมสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม เน้นที่การหาทางออกทางแก้ปัญหา มากกว่าตัวปัญหา เน้นที่ความแข็งแกร่ง สิทธิ และความสามารถมากกว่าข้อจำกัดหรือจุดด้อยของผู้ป่วย และเป็นกระบวนการระยะยาวของการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยเพื่อให้กลายเป็นผู้ป่วยที่มีพลังอำนาจในตนเองได้

เอกสารอ้างอิง

1. เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโศรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุริภรณ์ เสี่ยงล้ำ, วีร์ เมฆวิไลย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: วิกทอเรียอิมเมจ; 2560.
2. หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี. การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทหญิงเรื้อรังที่มีคุณค่าในตัวเองต่ำ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
3. ภาวิณี สถาพรธีระ, กฤตยา แสวงเจริญ. การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทชายที่มีคุณค่าในตนเองต่ำ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ 2561;24:145-54.
4. Liberman RP. Recovery from schizophrenia: form follows functioning. World Psychiatry 2012;11:161-2. doi: 10.1002/j.2051-5545.2012.tb00118.x
5. นิตยา เจริญยุทธ, กชพงศ์ สารการ, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อแหล่งพลังอำนาจ ความมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหญิง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2555;26:41-56.
6. ราตรี พิมพ์านิช, สุภัคกาญจน์ ประกอบแสง, อรศรี แก้วอ่อน, อุดม สาริมูล, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์: การวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต; 2562.
7. คณะกรรมการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมโรงพยาบาลศรีธัญญา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสู่สุขภาพ: การจ้างงาน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. นนทบุรี: พรอสเพอริสพลัส; 2559.
8. Staponteer P. Empowerment for male schizophrenia with low self-esteem. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima 2018;24:145-54.
9. Kumar S, Mohanty S. Factors associated with self-esteem in patients with chronic schizophrenia. SIS Journal of Projective Psychology and Mental Health 2016;23:56-60.
10. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
11. Vauth R, Kleim B, Wirtz M, Corrigan PW. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. Psychiatry Research 2007;150:71-80.

12. Conger JA, Kanungo RN. The empowerment process: Integrating theory and practice. *Academy Management Review* 1988;13:471-82.
13. Gibson GH. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 1991;16:354-61.
14. Miller JF. *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness* . 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis; 1992.

รูปแบบการสอนเพศศึกษาสำหรับเด็กวัยรุ่นไทยและผลลัพธ์:

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ณัฐยา ศรีทะแก้ว ปร.ด.^{1*}, เกษราภรณ์ เคนบุพผา ปร.ด.²,
วิไลวรรณ ปะธิเก ปร.ด.³, ทรงวุฒิ ภัทรไชยกร ศศ.ม.⁴

บทคัดย่อ

การสอนเพศศึกษาอย่างถูกต้องจะช่วยแก้ปัญหาเรื่องเพศที่ไม่พึงประสงค์ ประเทศไทยมีวัฒนธรรมการสื่อสารเรื่องเพศจำกัดทำให้การสอนเพศศึกษาถูกละเลย หรือหลีกเลี่ยงการพูดถึงประเด็นเรื่องเพศ ส่งผลให้เด็กวัยรุ่นได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการสอนเพศศึกษาและผลการสอนเพศศึกษา โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามขั้นตอนของสถาบัน Joanna Briggs ปี พ.ศ. 2563 สืบค้นวรรณกรรมผ่านฐานข้อมูล CINAHL ProQuest Scopus ThaiJo Google Scholar และ Google โดยคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัย ได้แก่ เพศศึกษา วัยรุ่น เยาวชน และประเทศไทย ทั้งบทความภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตีพิมพ์ระหว่างเดือน มกราคม 2559 ถึง มีนาคม 2564 มีเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดขึ้นตามรูปแบบ PICO บทความผ่านการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน และนำข้อมูลมาสังเคราะห์โดยการหาแก่นสาระ (Thematic analysis) ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการสอนเพศศึกษาในประเทศไทย มี 4 รูปแบบ ได้แก่ การพัฒนาทักษะชีวิต การเพิ่มคุณค่าในตนเอง การสร้างความตระหนักทางวัฒนธรรม และการสอนเพศศึกษาโดยประยุกต์ใช้คอมพิวเตอร์ ทุกรูปแบบการสอนเพศศึกษามุ่งผลไปที่การเพิ่มความรู้เป็นหลัก ทั้งนี้พบว่าเพศศึกษาช่วยเพิ่มความรู้ให้กับวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่าการสอนเพศศึกษามีผลต่อทักษะชีวิต คุณค่าในตนเองเรื่องเพศ ทักษะการสื่อสารเรื่องเพศ และพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาเชิงประจักษ์ที่เพียงพอ การสอนเพศศึกษาในประเทศไทยควรมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ประกอบการสอน และควรมีการวัดผลการสอนเพศศึกษาในระยะยาวและต่อเนื่อง นอกจากนี้การสอนเพศศึกษาควรนำหัวข้อเรื่องความเท่าเทียมทางเพศมาบรรจุไว้ในการสอน เพื่อช่วยเสริมสร้างศักยภาพในตนเองเรื่องเพศให้กับวัยรุ่น

คำสำคัญ: เพศศึกษา วัยรุ่น ประเทศไทย

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

² ศูนย์วิจัยและฝึกอบรม โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

³ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จังหวัดนครนายก

⁴ ภาควิชาภาษาและวรรณคดีตะวันตก คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

* Corresponding email: master_nok@hotmail.com

วันที่รับ (received) 30 มิ.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 20 ต.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 พ.ย. 2564

Sexuality Education Delivery and Its Outcome in Thailand: A Systematic Review

Nuttaya Sritakaew Ph.D.^{1*}, Kedsaraporn Kenbubpha Ph.D.²,
Wilaiwan Pathike Ph.D.³, Songwut Bhattarachaiyakorn MA⁴

Abstract

Sexuality education is considered as the solution for many undesirable sexual issues. Because of the cultural perspectives in Thailand, sexuality is viewed as a sensitive topic that should be avoided and not mentioned in Thai educational contexts. Adolescents lack information regarding sexual health, which results in the risk of sexually abusive behaviour. This study aimed to investigate the delivery methods and outcomes of sex education programs in Thailand through a systematic review in tandem with the methods of the Joanna Briggs Institute, 2020 processes. The researchers collected data from six databases, including CINAHL, ProQuest, Scopus, ThaiJo, Google Scholar, and google. Keywords were used to search for articles; sex education, Adolescence, Youth, and Thailand. The databases searched the related articles dated from January 2016 to March 2021, which had been published in Thai and English. The articles selected for inclusion in the study were chosen using the PICO framework and assessed by two experts. The thematic analysis was used as the primary method to analyse the data in this research. There were four significant trends in sex education in Thailand, including 'life-skill improvement', 'self-value encouragement', 'the establishment of cultural awareness', and 'technology-based learning'. All the teaching methods were aimed at increasing students' sexual knowledge. Moreover, it revealed that sex education had significantly increased adolescents' knowledge. However, it could not conclude that sex education affected life skills concerning sexuality, self-value about sexuality, communication skills about sexuality, and sexual behaviour since there was an insufficient number of robust, empirical studies. There should be technology-assisted sexuality learning in Thai education and the continuation of the long-term learning assessment of sex education. Furthermore, a gender equality topic should be added to the instructional design to boost self-potential among learners and adolescents.

Keywords: sex education, teenager, Thailand

¹ Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi, Pathum Thani

² Research and training centre, Prasrimahabhodi Psychiatric hospital, Ubon Ratchathani

³ Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University, Nakhonnayok

⁴ Department of Western Languages and Literature, Faculty of Liberal Arts, Ubon Ratchathani University

* Corresponding email: master_nok@hotmail.com

บทนำ

เพศศึกษา หรือในปัจจุบันได้ปรับเปลี่ยนและใช้คำว่า ‘เพศวิถีศึกษา’ เป็นการจัดการเรียนรู้เกี่ยวกับเพศ ซึ่งหมายถึง “กระบวนการเรียนรู้ในเรื่องเพศที่ครอบคลุมถึงพัฒนาการในแต่ละช่วงวัย การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล พฤติกรรมทางเพศ สุขภาวะทางเพศ ตลอดจนมิติทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลกระทบต่อเรื่องเพศ รวมทั้งสิทธิการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ให้ความสำคัญกับความหลากหลายและความเสมอภาคทางเพศ”¹ มีวัตถุประสงค์สำคัญในการพัฒนาความรู้ ความคิด ทักษะ ค่านิยม พฤติกรรม และทักษะที่จำเป็น เพื่อให้บุคคลมีความรับผิดชอบและเลือกการดำเนินชีวิตทางเพศได้อย่างสมดุล มีความสุข เหมาะสม และปลอดภัย อีกทั้งยังคาดหวังให้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาทางสังคม เช่น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การติดเชื้อจากพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย รวมไปถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวของวัยรุ่น ครอบครัว เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และพฤติกรรมทางสังคม¹

เพศศึกษา หรือ Sex education เป็นรายวิชาที่ถูกบรรจุไว้ในหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการสำหรับนักเรียนทั้งในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา มาตั้งแต่ พ.ศ. 2521 แล้วจึงมีการบรรจุเพศศึกษาเข้าเป็นเนื้อหาของสาระวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา เมื่อ พ.ศ. 2544 จากนั้นได้มีการบรรจุเพศศึกษาเป็นหลักสูตรแกนกลางของการศึกษาขั้นพื้นฐาน เมื่อปี พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา²

การสอนเพศศึกษาในประเทศไทย ยังไม่สามารถพัฒนาทักษะแก่ผู้เรียนและแก้ไขปัญหาสุขภาพทางเพศที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากทัศนคติของสังคมไทยที่เชื่อว่า “เพศ” เป็นเรื่องที่ควรหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึง และเป็นเรื่องที่ยอมรับไม่ได้ที่จะถูกสอนอย่างเปิดเผย ทำให้คนไทยบางส่วนขาดทักษะการสื่อสารเรื่องเพศ³ มีความเข้าใจผิดของผู้ปกครองและสังคมต่อเพศศึกษา รู้สึกอับอาย ไม่ยอมรับ³⁻⁴ รวมถึงจุดอ่อนด้านกลยุทธ์การสอนที่ยังขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารและทักษะของครูในการให้ความรู้แก่นักเรียน⁵ ซึ่งแม้ว่าหัวข้อการสอนเพศศึกษาที่ทุกโรงเรียนจะต้องสอนเหมือนกัน ได้แก่ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ กลับพบว่าจำนวนวัยรุ่นเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ติดเชื้อเอชไอวี และตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นที่ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพอันเป็นผลมาจากพฤติกรรมทางเพศ⁶⁻⁷

จากสถิติพบว่า แม้จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมของประเทศจะลดลง แต่ผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เป็นกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15 - 24 ปี มีถึงเกือบร้อยละ 70⁷⁻⁸ และยิ่งพบอีกว่ากลุ่มของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีสัดส่วนของการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ เนื่องจากพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกันใด ๆ⁹ นอกจากนี้ การตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจในกลุ่มวัยรุ่นพบว่า มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2562 พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี มีอัตราการคลอดบุตร จำนวน 1.1 คนต่อหญิงสาว 1,000 คน⁸ และยิ่งพบอีกว่าวัยรุ่นหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี มีการทำแท้งถึงร้อยละ 1.4 เนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายและไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้¹⁰ ซึ่งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ถือเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ นำไปสู่การประกาศพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 อีกด้วย¹

การจัดการเรียนการสอนของเพศศึกษาที่ผ่านมาในอดีต จึงถือเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพทางเพศในปัจจุบัน ที่ยังคงมีผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและผลของการสอนเพศศึกษาในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2559 ถึง 2564 เพื่อเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับบริบทเพศศึกษาของไทย อันจะนำไปสู่การพัฒนาและ

ปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศที่เหมาะสม ทั้งในแง่ของวิธีการสอน รูปแบบการสอน และเทคนิคการสอน ที่สอดคล้องและตอบสนองอย่างเท่าทันต่อสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษารูปแบบการสอนเพศศึกษาสำหรับเด็กวัยรุ่นไทย
2. ศึกษาผลของการสอนเพศศึกษาสำหรับเด็กวัยรุ่นไทย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสอนเพศศึกษาสำหรับเด็กวัยรุ่นไทย ที่ได้รับการตีพิมพ์ในฐานข้อมูลที่ผ่านการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ระหว่างเดือน มกราคม 2559 ถึง มีนาคม 2564 ทั้งบทความภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ดำเนินการตามขั้นตอนของสถาบัน Joanna Briggs ในปี พ.ศ 2563¹¹ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างคำถาม 2) กำหนดเกณฑ์ 3) การรวบรวมการศึกษาจากการสืบค้น 4) การเลือกบทความและเกณฑ์การคัดออก 5) การประเมินคุณภาพของบทความ 6) การวิเคราะห์และสังเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้อง 7) การนำเสนอและตีความผล

วิธีดำเนินการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากรายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสอนเพศศึกษาสำหรับเด็กวัยรุ่นไทย ที่ได้รับการตีพิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ 2559 ถึง 2564 โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. คำถามการวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีคำถามวิจัยดังนี้

- 1) การสอนเพศศึกษาในวัยรุ่นไทยเป็นอย่างไร
- 2) การสอนเพศศึกษาในวัยรุ่นไทยมีผลเป็นอย่างไร

2. การกำหนดเกณฑ์เพื่อคัดเลือกบทความวิจัย มีการสร้างเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ตามรูปแบบ PICO เพื่อใช้สืบค้นและประเมินบทความเบื้องต้นจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และบทความเต็มฉบับ¹²⁻¹³ ดังนี้

P (Population or problem): เด็กวัยรุ่นไทยอายุ 11-19 ปี

I (Intervention or exposure): รูปแบบการสอนเพศศึกษา

C (Comparison or control): ไม่มี

O (Outcome): ผลการสอนเพศศึกษา

ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ บทความที่เกี่ยวข้องกับการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ วิทยานิพนธ์ หนังสือบทความในนิตยสาร บทความแสดงความคิดเห็น กรณีศึกษาและการศึกษาเชิงคุณภาพ งานวิจัยภาษาอื่นๆที่ไม่ใช่ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3. การสืบค้นข้อมูล (Search strategies) ทำการสืบค้นหางานวิจัยที่ตีพิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากฐานข้อมูล จำนวน 6 ฐานข้อมูล ได้แก่ CINAHL, ProQuest, Scopus, ThaiJo, Google Scholar และการสืบค้นผ่าน Google โดยกำหนดคำสำคัญ (Key words) เพื่อสืบค้น ประกอบด้วย เพศศึกษา (sex education) วัยรุ่น (Adolescence) เยาวชน (Youth) และประเทศไทย (Thailand)

4. การคัดเลือกบทความ หลังจากสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลออนไลน์ตามขั้นตอนเสร็จสิ้น ผู้วิจัยอ่านบทความย่อและบทความฉบับเต็ม คัดเลือกบทความที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า บทความใดไม่เป็นไปตามเกณฑ์คัดออก ขั้นตอนการสืบค้นและคัดเลือกบทความได้รวบรวมและนำเสนอตามแผนภาพของ PRISMA ซึ่งช่วยสรุปกระบวนการในการเลือกบทความ¹³ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

5. การประเมินคุณภาพบทความวิจัย เมื่อได้บทความวิจัยที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า ขั้นต่อไปผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 คนที่เป็นอิสระต่อกัน ประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกรวมแล้ว โดยใช้เครื่องมือตรวจสอบคุณภาพบทความเชิงปริมาณของสถาบัน Joanna Briggs ปี พ.ศ. 2563 (Critical appraisal tool for quantitative research)¹⁴ ถ้าผลการประเมินมีความเห็นไม่ตรงกัน 2 คน จะแก้ปัญหาด้วยการสอบถามความคิดเห็นของบุคคลที่สาม พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นแบบ Inter-Rater เท่ากับ 0.62 ซึ่งถืออยู่ในเกณฑ์ดี (0.61 - 0.80)¹⁵

โดยแบบประเมินบทความวิจัยแบบกึ่งทดลองมีข้อคำถามเพื่อประเมินจำนวน 9 ข้อคำถาม¹⁴ และแบบประเมินบทความวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมมีข้อคำถามเพื่อประเมินจำนวน 11 ข้อคำถาม¹⁴ ในแต่ละข้อจะประเมินคุณภาพงานวิจัย ดังนี้ 1 คะแนน = ใช่, 0.5 คะแนน = ไม่แน่ใจ, 0 คะแนน = ไม่ใช่ โดยงานวิจัยที่มีคุณภาพสูงจะต้องมีคะแนนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80¹⁵ ส่วนงานวิจัยที่มีคะแนนไม่ถึงเกณฑ์ร้อยละ 80 งานวิจัยนั้นจะถูกคัดออกจากการศึกษา

6. การสังเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างแบบสกัดข้อมูล (Data extraction form) (ตารางที่ 1) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่านตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสกัดข้อมูล กลยุทธ์การสกัดข้อมูลใช้หลักการตามขั้นตอนโดยใช้วิธีของ Kable, Pich and Maslin-Prothero¹⁶ ข้อมูลที่สกัดได้ประกอบด้วย 1) ข้อมูลพื้นฐานของการวิจัย ได้แก่ ชื่องานวิจัย ชื่อผู้วิจัย ปีที่พิมพ์ 2) รายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ได้แก่ ประเภทของการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มเป้าหมาย ปัญหาการวิจัย ประเภทของเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และ 3) รายละเอียดเกี่ยวกับผลการวิจัย ได้แก่ ผลการวิจัย ตารางค่าสถิติ เป็นต้น

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสกัดข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้ โดยละเอียดดังนี้ 1) ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย 2) สรุปผลโดยการนำมาหาแก่นสาระ (Thematic analysis) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการโค้ด (Coding) และทำซ้ำ (Recoding) โดยใช้โปรแกรม NVIO10 ช่วยในการจัดการข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 คน ทำการสังเคราะห์ข้อมูลอย่างอิสระด้วยวิธีการเดียวกัน เพื่อหาประเด็นหลักและประเด็นย่อย หลังจากนั้นนำผลการวิเคราะห์มาเปรียบเทียบกัน หากมีประเด็นที่แตกต่างกันให้หาข้อสรุปร่วมกัน การนำผลการสังเคราะห์ข้อมูลของผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 คน มาเปรียบเทียบข้อค้นพบเพื่อให้ผลการสังเคราะห์ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือเป็นการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)¹⁷

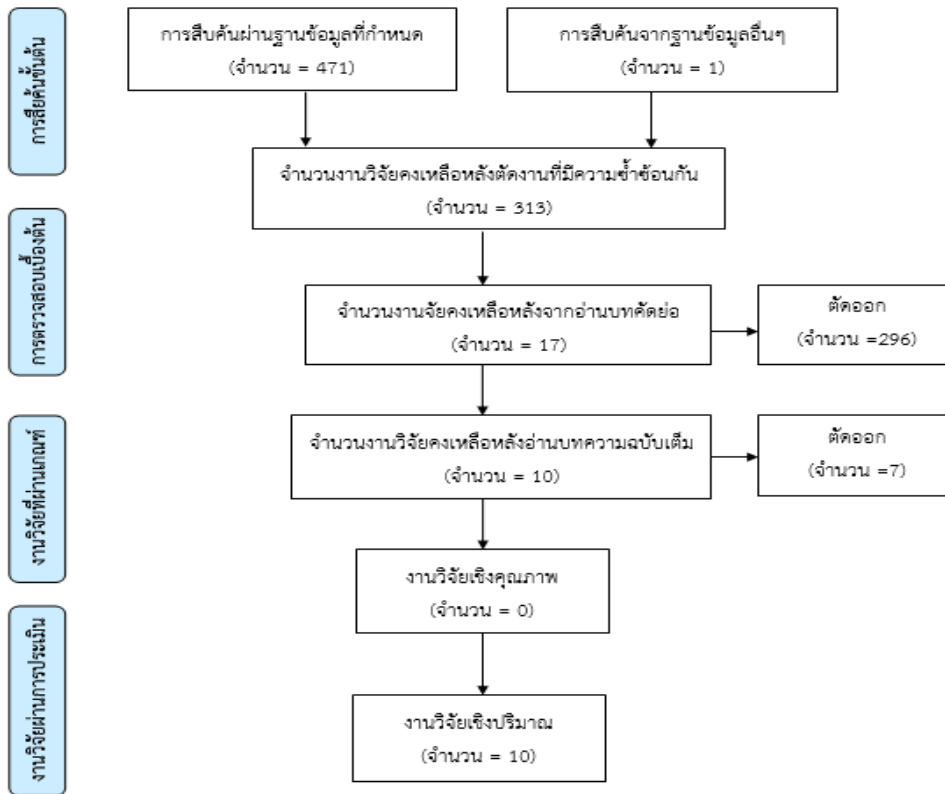
ตารางที่ 1 สรุปเนื้อหาจากบทความวิจัย

ชื่อผู้แต่ง/ปี	รูปแบบวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง/สถิติ	การทดลอง	ผล	ข้อจำกัด
เบญจมาศ และ วีรยา, 2560	- การวิจัยกึ่งทดลอง - นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น 65 คน - Independent t-test	- ระยะเวลา 3 กิจกรรม - กลุ่มทดลอง โปรแกรมเพศศึกษารอบด้าน (การให้ข้อมูล ฝึกทักษะ สร้างแรงจูงใจ)	ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการสวมถุงยางอนามัยกับ	ครูต้องเข้าใจการสอนเพศศึกษาและประเด็นที่เกี่ยวข้องเรื่องเพศ

ชื่อผู้แต่ง/ปี	รูปแบบวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง/สถิติ	การทดลอง	ผล	ข้อจำกัด
นวัรัตน์, 2561	- การวิจัยกึ่งทดลอง - นักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้น 60 คน - Dependent t-test	- กลุ่มควบคุม เรียนแบบ ปกติ - ระยะเวลา 14 คาบเรียน - กลุ่มทดลอง เพศศึกษา โดยใช้เลิฟโมเดล - กลุ่มควบคุม เรียนแบบ ปกติ	โมเดลหลังการทดลองสูง กว่ากลุ่มควบคุม ระดับคะแนนการเป็น มนุษย์ที่สมบูรณ์เพิ่มขึ้น ความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ เพศศึกษาสูงขึ้นกว่าก่อน เรียน และสูงกว่ากลุ่ม ควบคุม	กิจกรรมหลากหลาย กระทบแผนการเรียน
ปราโมทย์, ปิ่น หทัย, ปัญญา กรินทร์, 2562	- การวิจัยกึ่งทดลอง - ผู้ปกครองเด็กวัยรุ่น ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 90 คน - Wilcoxon Signed Rang test - Mann-Whitney u test	- ระยะเวลา 4 กิจกรรม - กลุ่มทดลอง โปรแกรม การเรียนรู้เพื่อสร้างทักษะ การสื่อสารเรื่องเพศ กลุ่มควบคุม รับการสอน เพศศึกษาตามปกติจาก ศูนย์บริการสุขภาพ	กลุ่มทดลองมีเจตคติที่ดี เกี่ยวกับการสื่อสารเรื่อง เพศศึกษา การรับรู้ ความสามารถตนเองใน การสื่อสารเรื่องเพศศึกษา การรับรู้ผลของการ สื่อสารเรื่องเพศศึกษา และทักษะในการสื่อสาร เรื่องเพศศึกษากับบุตร วัยรุ่นคะแนนสูงกว่าก่อน การจัดโปรแกรมและสูง กว่ากลุ่มควบคุม	ไม่พบ
Monrudee, Rutja, Renee Evangeline, Srisamorn, 2563	- การวิจัยแบบสุ่มและมี กลุ่มควบคุม - วัยรุ่นอายุ 7-13 ปี จำนวน 79 คน - ผู้ปกครองเด็กอายุ 7-13 ปี จำนวน 76 คน - Independent t-tests - Generalized Estimating Equations (GEE) models	- ระยะเวลา 8 คาบเรียน - กลุ่มทดลอง การสอน เพศศึกษาโดยใช้ เทคโนโลยีเป็นฐานและ การสอบแบบมีส่วนร่วม - กลุ่มควบคุม การสอน เพศศึกษาโดยใช้ เทคโนโลยีช่วยสอนแบบ ปกติ	เด็กนักเรียนมีทักษะการ สื่อสารเรื่องเพศศึกษากับ ผู้ปกครองสูงกว่ากลุ่ม ควบคุม ผู้ปกครองมีทัศนคติ การ รับรู้ตนเอง และ พฤติกรรมสื่อสาร เรื่องเพศสูงกว่ากลุ่ม ควบคุม	- ศึกษาในโรงเรียน สังกัดกระทรวงศึกษา ในกรุงเทพมหานคร - ไม่มีกลุ่มควบคุมที่ เรียนแบบปกติ
จินตนา, 2559	- การวิจัยกึ่งทดลอง - นักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้น 75 คน - Dependent t-Test - Independent t-Test	- ระยะเวลา 8 คาบเรียน - กลุ่มทดลอง เรียนเพศ โดยใช้ข้อมูล สร้าง แรงจูงใจและทักษะเชิง พฤติกรรม - กลุ่มควบคุม เรียนแบบ ปกติ	กลุ่มทดลองมีทักษะชีวิต เรื่อง การตัดสินใจ การ แก้ปัญหา และทักษะการ ปฏิเสธในเรื่องที่เกี่ยวข้อง ประเด็นทางเพศสูงขึ้น และสูงกว่ากลุ่มควบคุม	ไม่พบ
บุษกร, ดวงกมล, ฉิมพร, 2564	- การวิจัยกึ่งทดลอง - นักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้น 50 คน - Dependent t-Test - Independent t-Test	- ระยะเวลา 6 สัปดาห์ - กลุ่มทดลอง โปรแกรม ส่งเสริมทักษะชีวิตแบบมี ส่วนร่วมในการป้องกัน การตั้งครรภ์ไม่พร้อม พัฒนาขึ้นตามแนวคิด ทักษะชีวิตของ	กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่อง เพศ ทักษะชีวิตโดยรวม และการป้องกันการ ตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมสูงขึ้น และสูงกว่ากลุ่มควบคุม	ศึกษาในโรงเรียน สังกัดกระทรวงศึกษา เฉพาะในจังหวัด นครศรีธรรมราช

ชื่อผู้แต่ง/ปี	รูปแบบวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง/สถิติ	การทดลอง	ผล	ข้อจำกัด
เบญจมาภรณ์, ภาวิณี, อัญชลี, 2559	- การวิจัยกึ่งทดลอง - นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น 112 คน - Dependent t-test	กรมสุขภาพจิต ร่วมกับ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม - กลุ่มควบคุม เรียนแบบปกติ - ระยะเวลา 2 คาบเรียน และ 3 กิจกรรม - กลุ่มทดลอง เพศศึกษาตามแผนการสอนที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากองค์การแพธ 2550 - กลุ่มควบคุม ไม่มี	นักเรียนมีความรู้เรื่องเพศศึกษาเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามนักเรียน 93% ไม่มั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และ 88.4% ไม่มั่นใจในการสื่อสารกับผู้ปกครองเรื่อง การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	ไม่พบ
สุชาดา และ สมสมร, 2560	- การวิจัยกึ่งทดลอง - นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย 87 คน - Dependent t-test	- ระยะเวลา 5 ฐานความรู้ - กลุ่มทดลอง โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาที่ประยุกต์ตามทฤษฎีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน - กลุ่มควบคุม ไม่มี	นักเรียนมีความความรู้เรื่องเพศศึกษา และมีความพึงพอใจในการเรียนเพิ่มขึ้น	ไม่พบ
อนุชา และ นคร, 2562	- การวิจัยกึ่งทดลอง - นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น 30 คน - Dependent t-test	- ระยะเวลา 1 ภาคการศึกษา - กลุ่มทดลอง คอมพิวเตอร์ช่วยสอนตามขั้นตอนของกาเย่ - กลุ่มควบคุม ไม่มี	การใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนทำให้การเรียนเพศศึกษามีประสิทธิภาพเพิ่มความรู้ และความพึงพอใจในการเรียน	ระยะเวลาเตรียมงาน ต้องมีความสามารถทางคอมพิวเตอร์
ชัชวราภรณ์ และ จินตนา, 2562	- การวิจัยกึ่งทดลอง - นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น 60 คน - Dependent t-Test - Independent t-Test	- ระยะเวลา 8 สัปดาห์ - กลุ่มทดลอง เพศศึกษาโดยใช้โปรแกรมที่พัฒนา มาจากแนวคิดด้านจิตพิสัย - กลุ่มควบคุม เรียนแบบปกติ	เด็กวัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมกับสังคม และวัฒนธรรมไทยสูงขึ้น และสูงกว่ากลุ่มควบคุม	ใช้อุปกรณ์หลากหลาย ครูต้องเข้าใจขั้นตอนที่ชัดเจน

ผลการศึกษา



แผนภาพที่ 1 ผลการสืบค้นตาม PRISMA diagram

จากแผนภาพที่ 1 การสืบค้นข้อมูลผ่านฐานข้อมูลออนไลน์ พบงานวิจัยจำนวน 472 เรื่อง หลังจากคัดงานวิจัยที่ซ้ำซ้อนกันเหลืองานวิจัยจำนวน 313 เรื่อง ผู้วิจัยได้อ่านบทคัดย่อของบทความพบว่า มีงานคงเหลือทั้งสิ้น 17 เรื่อง ที่เป็นตามข้อกำหนดของเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) หลังจากอ่านบทความวิจัยฉบับเต็มพบงานวิจัย 7 เรื่องที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าเนื่องจากเป็นงานวิจัยที่มีกลุ่มประชากรที่มีความจำเพาะที่เกี่ยวกับความพิการด้านร่างกาย คงเหลืองานวิจัยทั้งสิ้น 10 เรื่องที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า

บทความวิจัยจำนวน 10 เรื่องได้ผ่านเกณฑ์การประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไปทุกเรื่อง ประกอบไปด้วยงานวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวจำนวน 3 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มจำนวน 6 เรื่อง และงานวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial: RCT) จำนวน 1 เรื่อง โดยมีงานวิจัย 8 เรื่องที่ทำการศึกษาในเด็กนักเรียนในโรงเรียนอายุระหว่าง 7 - 18 ปี และมีงานวิจัย 2 เรื่องกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กของเด็กวัยรุ่นอายุ 7 - 18 ปี สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลของงานวิจัย 9 เรื่อง เป็นสถิติพารามิเตอร์ มีจำนวน 1 งานวิจัยที่ใช้สถิตินอนพารามิเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล บทความวิจัยที่พบเป็นภาษาไทย 9 เรื่อง และ 1 เรื่องเป็นภาษาอังกฤษ

ตารางที่ 2 สรุปผลการศึกษา

รูปแบบการสอนเพศศึกษา	ตัวแปรที่ศึกษา						ผู้รับประโยชน์
	ความรู้	ทักษะชีวิต	ทักษะการสื่อสาร	ความพึงพอใจ	ค่านิยมที่ดี		
1. การพัฒนาทักษะชีวิต							
1.1 แนวคิดข้อมูล แรงจูงใจ และพฤติกรรม		/					
1.2 แนวคิดทักษะชีวิตแบบมีส่วนร่วม	/	/					เด็กวัยรุ่น
1.3 เพศศึกษาแบบรอบด้าน	/	/					โรงเรียน
1.4 โครงการรอกอย่างปลอดภัย	/						
1.5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการเรียนรู้ร่วมกัน	/		/				
2. การส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง							เด็กวัยรุ่น
2.1 แนวคิดการเสริมสร้างสมรรถนะตนเอง	/			/			ผู้ปกครอง
2.2 การสอนโดยใช้เลิฟโมเดลตามแนวคิดจิตปัญญาและศาสนา	/			/			โรงเรียน
3. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี							เด็กวัยรุ่น
3.1 การสอนโดยใช้เทคโนโลยีและการเรียนแบบมีส่วนร่วม			/				ผู้ปกครอง
3.2 การสอนโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนตามแนวคิดกาเย่	/			/			โรงเรียน
4. การสร้างค่านิยมที่ดีงาม					/		เด็กวัยรุ่น

จากตารางที่ 2 พบว่า รูปแบบการสอนเพศศึกษามุ่งเน้นไปที่การพัฒนาทักษะชีวิตจำนวน 5 เรื่อง รองลงมาได้แก่ การสอนเพศศึกษาเพื่อส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง การใช้เทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการสอน และการสร้างค่านิยมที่เหมาะสมกับสังคมและวัฒนธรรมไทย ทั้งนี้การสอนเพศศึกษาของไทยมีการศึกษาตัวแปรเรื่องความรู้มากที่สุด โดยพบงานวิจัยจำนวน 7 เรื่องที่ได้วัดผลสัมฤทธิ์ในการเรียน รองลงมาเป็นการศึกษาตัวแปรเกี่ยวกับความพึงพอใจในการสอนเพศศึกษา การพัฒนาทักษะชีวิต ทักษะการสื่อสาร เรื่องเพศศึกษา และค่านิยมที่ดีงาม ตามลำดับ

เทคนิคและหัวข้อการสอนเพศศึกษาในประเทศไทย

ผลการศึกษาพบว่า การสอนเพศศึกษาในประเทศไทยใช้เทคนิคการสอนที่หลากหลาย ในหนึ่งโปรแกรมการสอน เช่น การสอนแบบบรรยายในชั้นเรียน การสอนผ่านวิทยากร การเล่าผ่านประสบการณ์ การแสดงบทบาทสมมติ การจัดทำโครงการกลุ่ม การสนทนากลุ่ม กิจกรรมทางพุทธศาสนา กิจกรรมโดยเพื่อน การเรียนผ่านสื่อวิดีโอ การเล่านิทาน และการประยุกต์ใช้คอมพิวเตอร์ในการสอนเพศศึกษา และพบมี 1 การศึกษาวิจัยที่ใช้เทคนิคการบรรยายเป็นหลักในการสอนเพศศึกษา¹⁸

หัวข้อการสอนเพศศึกษา ได้แก่ ร่างกายมนุษย์ พัฒนาการของวัยรุ่น สังคมไทยและทัศนคติต่อเรื่องเพศ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทักษะการเจรจาต่อรอง ทักษะการปฏิเสธและการใช้ถุงยางอนามัย พบงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง ที่นำประเด็นความไม่เท่าเทียมทางเพศเข้ามาอยู่ในหัวข้อสอนเพศศึกษา¹⁹ และพบ 2 งานวิจัยทำการศึกษาการพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเพศศึกษาให้กับผู้ปกครองของเด็กวัยรุ่น เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้²⁰⁻²¹

รูปแบบการสอนเพศศึกษาในประเทศไทย

ผลการศึกษาพบ 4 รูปแบบหลักในการสอนเพศศึกษาของไทย โดยวิธีการหลักที่พบมากที่สุด คือ การสอนเพศศึกษาโดยเน้นการเสริมสร้างทักษะชีวิต รูปแบบการสอนเพศศึกษาสามารถจำแนกได้ดังนี้

1. การพัฒนาทักษะชีวิต

การพัฒนาทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับเรื่องเพศจะช่วยให้เด็กวัยรุ่นมีความสามารถในการจัดการปัญหา ตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ที่พยายามพัฒนาทักษะชีวิตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศแก่เด็กวัยรุ่น ได้แก่ 1) การสอนเพศศึกษา โดยใช้แนวคิดแนวคิดด้านข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะเชิงพฤติกรรม²² 2) การประยุกต์ใช้แนวคิดทักษะชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มทักษะการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นตอนต้น²³ 3) เพศศึกษา แบบรอบด้านผ่านการให้ความรู้เชิงทฤษฎีและการฝึกทักษะการใส่ถุงยางอนามัย¹⁸ 4) โครงการรักษาอย่าง ปลอดภัยในวัยเรียนต่อความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ให้มีศักยภาพในการสร้าง ภูมิคุ้มกันต่อพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม²⁴ และ 5) งานวิจัยโดย ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, ปิ่นฤทธิ์ ศุภเมธาพร และปัญญากรินทร์ หอยรัตน์²⁰ ศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเพศ โดยใช้แนวคิดทักษะการสื่อสารจากการเรียนรู้ร่วมกัน การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแนวคิด การสื่อสาร

2. การส่งเสริมคุณค่าในตนเอง

การส่งเสริมให้เด็กวัยรุ่นตระหนักถึงคุณค่าในตนเองจะช่วยลดปัญหาทางเพศได้ พบการศึกษา ที่ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการสอนเพศศึกษาผ่านกิจกรรมเรียนรู้ มุ่งเน้นให้ความรู้ และสร้างความพึงพอใจของนักเรียนมัธยมปลาย เพื่อเพิ่มความตระหนักถึงความสามารถในตนเอง²⁵ นอกจากนี้พบการศึกษาเรื่องเพศศึกษาโดยใช้รูปแบบ “โมเดลเลิฟ” (LOVE MODEL) ในนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้น ที่พัฒนามาจากแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาและแนวคิดทางพุทธศาสนา ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ในด้านความคิด ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทำให้เป็นมนุษยธรรมอย่างละเอียด ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจตนเอง ธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลง และความหมาย ของชีวิต¹⁹

3. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสำหรับเพศศึกษา

เทคโนโลยีเป็นสิ่งจำเป็นในชีวิตประจำวันของคนในยุคปัจจุบัน มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการจัดการเรียนรู้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ที่นำเทคโนโลยีมาสอนเพศศึกษา ประกอบด้วย 1) การพัฒนาโปรแกรมการสอนด้วยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีมีส่วนร่วมสำหรับผู้ปกครอง และเด็กนักเรียน เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเพศศึกษา (Parent participatory technology-based learning)²¹ และ 2) การพัฒนาบทเรียนโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนเพศศึกษา ตามขั้นตอนที่พัฒนามาจาก แนวคิดของกาเย่ (Gagne & Briggs) เพื่อดึงดูดความสนใจของผู้เรียน ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจในบทเรียน ได้ง่าย²⁶

4. วัฒนธรรมและค่านิยมทางเพศ

การเข้าใจค่านิยมและวัฒนธรรมจะช่วยให้เด็กวัยรุ่นแสดงออกถึงพฤติกรรมทางเพศได้อย่างเหมาะสม มีการศึกษาวิจัย 1 เรื่อง ที่ศึกษาผลการใช้กิจกรรมการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้แนวคิดการพัฒนาจิตพิสัย ที่มีต่อค่านิยมทางเพศที่เหมาะสมกับสังคมไทย โดยต้องการสร้างค่านิยมทางเพศที่เหมาะสมกับสังคมและ วัฒนธรรมไทยให้กับเด็กวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นกิจกรรมที่สร้างพฤติกรรมที่ตรงสอดคล้องกับ วัฒนธรรมไทย เช่น การวางตัว ความเป็นสุภาพบุรุษ และสุภาพสตรี เป็นต้น²⁷

ผลการสอนเพศศึกษาในประเทศไทย

ความรู้เป็นผลลัพธ์หลักที่งานวิจัยหลายเรื่องให้ความสำคัญในการประเมิน ในส่วนของผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ยังมีความหลากหลาย โดยผลการสอนเพศศึกษา แบ่งออกได้เป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ทักษะชีวิต ทักษะการสื่อสาร ทศนคติและค่านิยมทางเพศ และความพึงพอใจต่อการสอนเพศศึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านความรู้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยจำนวน 7 เรื่อง ที่ประเมินผลด้านความรู้เรื่องเพศศึกษาของเด็กวัยรุ่นและผู้ปกครอง การสอนเพศศึกษาด้วยการใช้โมเดลเลฟ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ที่มุ่งเน้นให้นักเรียนมีความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ ประกอบด้วยด้านความดี ความจริง และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเพศศึกษา พัฒนาจากแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาและแนวคิดทางพุทธศาสนา ใช้ระยะเวลาในการทดลองจำนวน 14 คาบเรียน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนเพศศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁹ ในขณะเดียวกันการศึกษาวิจัยการสอนเพศศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยว โดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Computer assisted instruction หรือ CAI) ตามแนวคิดของกาย่ ประกอบด้วย การเร้าความสนใจ บอกวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ทบทวนความรู้เดิม เพิ่มความรู้ใหม่ สร้างความสัมพันธ์ของเนื้อหา กระตุ้นการตอบสนอง การให้ข้อมูลย้อนกลับ ทดสอบผลการเรียนและการนำความรู้ไปใช้ โดยใช้คอมพิวเตอร์เป็นสื่อกลางการสอนเป็นเวลา 1 ภาคการศึกษา พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่มตัวอย่างสูงชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)²⁶

การศึกษากลุ่มเดี่ยวโดยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการสอนเพศศึกษา โดยให้นักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมตามกำหนด จำนวน 5 กิจกรรม ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องเพศ วิถีชีวิตของวัยรุ่น การป้องกันตัวเองและรู้เท่าทัน การรู้เท่าทันสื่อและคน และการสร้าง Club วัยเรียนให้ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน หลังเข้าร่วมโปรแกรมนักเรียนมีความรู้เรื่องเพศศึกษาสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$)²⁵ นอกจากนี้พบการศึกษารูปแบบของโครงการรื้ออย่างปลอดภัยในวัยเรียนต่อความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาที่พัฒนาจากองค์การแพธ ปี พ.ศ. 2550 ประกอบด้วย การให้ความรู้ การปรึกษาร่วมกับเพื่อน การสอดแทรกแนวคิดทางพระพุทธศาสนา และภาวะผู้นำ ซึ่งถึงแม้จะช่วยให้เด็กมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) แต่ยังไม่สามารถเพิ่มความมั่นใจในตนเองเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยได้ โดยนักเรียนร้อยละ 93.8 ไม่มั่นใจที่จะมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และร้อยละ 88.4 รู้สึกไม่มั่นใจที่จะพูดคุยกับคูรักรักของตนเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และการตั้งครมโดยไม่ตั้งใจ²⁴

การศึกษาของ บุษกร กนแกม, ดวงมกล ปิ่นเฉลียว และทิพย์ฉิมพร เกษโกมล²³ ใช้โปรแกรมการสอนเพศศึกษาเพื่อเสริมทักษะชีวิต เนื้อหาสาระครอบคลุมประเด็นการตระหนักในคุณค่าตนเอง การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสื่อสาร การตัดสินใจแก้ปัญหา และการเรียนแบบมีส่วนร่วม เป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่านักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องเพศศึกษาสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่เรียนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)²³ นอกจากนี้ยังพบ 1 งานวิจัย ที่ศึกษาผลการสอนเพศศึกษาเพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสารแก่ผู้ปกครองเด็กวัยรุ่น โดยมีการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและจิตวิทยาวัยรุ่น รวมถึงการฝึกทักษะการสื่อสารกับบุตร พบว่าผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องเพศศึกษาสูงขึ้น และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)²⁰

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้พบงานวิจัย 1 เรื่อง ศึกษาผลการสอนเพศศึกษาแบบรอบด้านผ่านการให้ความรู้เชิงทฤษฎีและการฝึกทักษะการใส่ถุงยางอนามัย ประกอบไปด้วยการสอน 110 นาที โดยมีเนื้อหาหลากหลาย ได้แก่ การบรรยายแบบมีส่วนร่วม การฝึกทักษะการปฏิเสธ และการสร้างแรงจูงใจ

ในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย พบว่าโปรแกรมเพศศึกษานี้ไม่สามารถเพิ่มความรู้ให้กับเด็กนักเรียนได้ โดยคะแนนด้านความรู้ไม่มีความแตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม¹⁸

2. ทักษะชีวิต

การศึกษาครั้งนี้พบการวิจัย 3 เรื่อง ที่รายงานถึงทักษะชีวิตทางเพศของเด็กวัยรุ่น ได้แก่ การสอนเพศศึกษาที่ใช้แนวคิดด้านข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะเชิงพฤติกรรม (Information-Motivation-Behavioural Skills Mode: IMB) เพื่อช่วยเพิ่มทักษะการตัดสินใจ การแก้ปัญหา และการปฏิเสธ ใช้เวลาทดลองจำนวน 8 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มควบคุมเรียนเพศศึกษาตามปกติ ผลพบว่าคะแนนทักษะชีวิตเรื่องเพศโดยรวม การตัดสินใจ การแก้ปัญหา และทักษะการปฏิเสธของกลุ่มทดลองสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)²²

การศึกษาโดยใช้แนวคิดทักษะชีวิตของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2543 ที่ได้พัฒนามาจากองค์การอนามัยโลก (WHO) มีเป้าหมายในการเพิ่มทักษะการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ใช้เวลาทดลองจำนวน 6 สัปดาห์ พบว่าคะแนนทักษะชีวิต พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนของวัยรุ่นตอนต้นสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)²³ และการสอนเพศศึกษาแบบรอบด้าน ฝึกให้นักเรียนมีทักษะการสวมถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนด้านทักษะการใส่ถุงยางอนามัยกับหุ่นตัวอย่างของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่าควบคุมที่เรียนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)¹⁸

3. ทักษะการสื่อสาร

งานวิจัย 2 เรื่อง ศึกษาการพัฒนาทักษะการสื่อสารเกี่ยวเรื่องเพศในกลุ่มผู้ปกครองของเด็กวัยรุ่น การพัฒนาทักษะการสื่อสารโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐานในการเรียนเพศศึกษา ร่วมกับการเรียนแบบมีส่วนร่วมระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มควบคุมเรียนเพศศึกษาโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ตามหัวข้อที่กำหนด และกลุ่มทดลองผู้ปกครองใช้ Line application ผ่านโทรศัพท์มือถือเพื่อสื่อสาร และปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งให้ผู้ปกครองใช้โปรแกรมที่สร้างขึ้น (Talk to teen) เพื่อเข้าไปศึกษาข้อมูลที่เตรียมไว้ให้ เช่น การ์ตูนและวิดีโอต่างๆ หลังการทดลองผู้ปกครองมีพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศศึกษากับบุตรสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$) ในขณะเดียวกันเด็กวัยรุ่นกลุ่มทดลองเรียนเพศศึกษาโดยใช้โปรแกรมเกมคอมพิวเตอร์ที่สร้างขึ้น เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ร่วมกับการพูดคุยผ่านห้องเรียนออนไลน์กับผู้เชี่ยวชาญ พบว่าเด็กกลุ่มทดลองสามารถสื่อสารกับพ่อแม่เกี่ยวกับหัวข้อทางเพศได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)²¹ เช่นเดียวกับโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเพศ โดยใช้แนวคิดทักษะการสื่อสารจากการเรียนรู้ร่วมกัน การรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยให้ผู้ปกครองเข้าร่วม 4 กิจกรรมเพื่อฝึกทักษะการสื่อสารกับบุตรเรื่องเพศศึกษา พบว่ากลุ่มควบคุมมีทัศนคติในการสื่อสารเรื่องเพศ ($p < 0.05$) การรับรู้ความสามารถในตนเองของการสื่อสารเรื่องเพศ ($p < 0.01$) การรับรู้ผลสัมฤทธิ์ทางการสื่อสารทางเพศ ($p < 0.05$) และทักษะการสื่อสารทางเพศสูงขึ้น และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติจากศูนย์บริการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)²⁰

4. ทัศนคติและค่านิยมทางเพศ

การศึกษาครั้งนี้พบ 1 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับค่านิยมเรื่องเพศ โดยศึกษาผลการใช้กิจกรรม “ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้” เรื่องเพศศึกษา ใช้แนวคิดการพัฒนาจิตพิสัย สำหรับเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 8 กิจกรรม มุ่งเน้นการส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม ค่านิยมที่พึงประสงค์ ผลการศึกษาพบนักเรียนมีคะแนนค่านิยมเรื่องเพศที่เหมาะสมตามสังคมไทยเพิ่มขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่เรียนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)²⁷

5. ความพึงพอใจต่อการสอนเพศศึกษา

จากการศึกษาพบว่า การสอนเพศศึกษาโดยการเสริมสร้างสมรรถนะตนเอง ($\bar{X} = 4.19$)²⁵ และการสอนโดยใช้เลิฟโมเดลตามแนวคิดจิตตปัญญาและศาสนา ($\bar{X} = 2.85$)¹⁹ ทำให้นักเรียนมีความพึงพอใจในการสอนเพศศึกษาในระดับมาก และการสอนโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนตามแนวคิดกาเย่ พบว่าเด็กนักเรียนมีความพึงพอใจต่อการสอนเพศศึกษาในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.58$)²⁶

อภิปรายผลการวิจัย

1. การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้พบบทความวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม จำนวน 6 เรื่อง การออกแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียว จำนวน 3 เรื่อง และอีก 1 เรื่องเป็นงานวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial: RCT) การศึกษาวิจัยเรื่องเพศศึกษายังขาดรูปแบบการวิจัยที่มีความเข้มแข็งเพื่อให้ได้ผลที่น่าเชื่อถือและเพียงพอ โดยเฉพาะการวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCT) ซึ่งใช้ประเมินประสิทธิภาพของการทดลองทางการแพทย์อย่างหลากหลาย และถูกนำมาใช้ในสถานศึกษามานาน²⁸ การศึกษาวิจัยเรื่องเพศศึกษาที่ดำเนินการในโรงเรียนมักมีข้อจำกัดเรื่องเวลา² มีผลต่อการออกแบบวิจัยที่ต้องใช้ระยะเวลาทดลองนาน ทำให้รูปแบบงานวิจัยต้องปรับให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมของโรงเรียน และการเรียนของวัยรุ่น

บทความวิจัยทั้ง 10 เรื่อง ดำเนินการในโรงเรียน มีกลุ่มเป้าหมายเป็นนักเรียนอายุ 7 - 18 ปี และผู้ปกครองเด็กวัยรุ่น ไม่พบงานวิจัยที่ดำเนินการโดยบุคลากรทางสุขภาพ สถานบริการสุขภาพ หรือชุมชน สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเรื่องเพศวิถีศึกษาสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ระบุว่าการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการสอนเพศศึกษาพบในโรงเรียนมากที่สุด²⁹ ผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศศึกษาในสถานศึกษาไทย รายงานว่าเหตุผลที่การสอนเพศศึกษามักเกิดขึ้นในโรงเรียน เนื่องจากคาดหวังในผลของการสอนเพศศึกษา ที่จะนำไปสู่การป้องกันปัญหาอันเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ดังนั้นกลุ่มเป้าหมายจึงเป็นนักเรียน และครูถูกคาดหวังว่าจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการสอนเพศศึกษา² การสอนเพศศึกษาไม่ควรจำกัดให้มีเฉพาะในโรงเรียนเท่านั้น ควรมีการสอนเพศศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ ด้วย เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ซึ่งเด็กวัยรุ่นไม่ได้ใช้เวลาในโรงเรียนแต่เพียงอย่างเดียว เด็กวัยรุ่นยังใช้เวลาอยู่กับครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มีวัฒนธรรม ความเชื่อที่แตกต่างกัน อันจะมีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของเด็ก³⁰

2. การสอนเพศศึกษาในประเทศไทยมีหลายรูปแบบ โดยในหนึ่งโปรแกรมจะใช้เทคนิคที่ผสมผสานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ เบ็ญจมาศ โอฬารรัตน์มณี²⁹ แสดงให้เห็นว่าเพศศึกษาในประเทศไทยเกิดขึ้นจากกิจกรรมต่างๆ เช่น การบรรยาย การอภิปราย การแสดงบทบาทสมมติ เกมสัปดาห์ และอุปกรณ์สาธิตการคุมกำเนิด การใช้เทคนิคที่หลากหลายทำให้การสอนมีประสิทธิภาพสูง และทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้หลายแง่มุมจากการโต้ตอบ แลกเปลี่ยนจากกิจกรรมต่าง ๆ³¹

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า หัวข้อการสอนเพศศึกษายังคงสอนในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับร่างกายมนุษย์ พัฒนาการของวัยรุ่น สังคมไทย ทศนคติต่อเรื่องเพศ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และการตั้งครมไม่พึงประสงค์ พบงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง ที่สอนเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศ และกล่าวถึงความเท่าเทียมทางเพศ (Gender equality) การสอนเพศศึกษาของไทยที่ครอบคลุมประเด็นความเท่าเทียมทางเพศ ยังมีไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ความเสมอภาคทางเพศให้กับวัยรุ่น³²

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ พบการสอนเพศศึกษาที่เกี่ยวข้องกับค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม ที่มีผลต่อมุมมองเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นไทย แต่การสอนเกี่ยวกับค่านิยมทางเพศ ความเชื่อเรื่องเพศ ที่หลากหลาย ยังเป็นสิ่งที่เข้าใจได้ยากสำหรับเด็กวัยรุ่น ดังนั้นผู้ปกครอง สมาชิกในครอบครัว และชุมชน ควรตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม และค่านิยมทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ก่อนที่จะนำไปสอน หรือให้คำแนะนำแก่เด็ก เพื่อให้เด็กเกิดความเข้าใจและปรับตัวเข้ากับวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยมในสังคม ปัจจุบันได้ โดยวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยมเป็นตัวทำนายทัศนคติทางเพศและพฤติกรรมทางเพศ ได้เป็นอย่างดี³³

การศึกษาวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ทำการศึกษาการสอนเพศศึกษาโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการสอน การศึกษาของ อุนซา กนกถาวรธรรม และมนคร ละลอกน้ำ²⁶ ระบุว่าการสอนโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอน มีข้อจำกัด เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการเตรียมสอนนาน รวมทั้งผู้สอนต้องมีความสามารถทางคอมพิวเตอร์ สอดคล้องกับ วัลยา ธรรมพินชัชวณ และเบญจมาศ โอฬารรัตน์มณี³⁴ ทำการศึกษาการสอนเพศศึกษา ในกรุงเทพมหานคร พบว่าครูและผู้บริหารโรงเรียนมีความเห็นว่าการสอนเพศศึกษาเป็นการป้องกันความเสี่ยงทางเพศที่ดีแก่วัยรุ่น แต่ยังมีข้อจำกัดหลายประการ ทั้งด้านความรู้ ทักษะของครูผู้สอน เวลาสอนไม่เพียงพอ และขาดสื่อการสอน ถึงแม้จะมีข้อจำกัดแต่การพัฒนาเทคโนโลยีช่วยสอนเพศศึกษายังเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อตอบสนองความต้องการเรียนรู้ของวัยรุ่น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยยูนิเซฟประเทศไทย ระบุว่า สื่อดิจิทัลและเทคโนโลยีช่วยให้การสอนมีประสิทธิภาพสูง และมีผลต่อประสิทธิภาพการสอนเพศศึกษา ของไทย²

3. ผลการสอนเพศศึกษาจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสอนเพศศึกษาช่วยให้เด็กวัยรุ่นมีความรู้ เพิ่มขึ้น ดังนั้น เพศศึกษาจึงจำเป็นและเป็นประโยชน์สำหรับวัยรุ่น³⁵ ถึงแม้การสอนเพศศึกษาในประเทศไทย เป็นการสอนในรูปแบบที่หลากหลาย แต่การประเมินผลยังขาดการประเมินทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องเพศ เช่น การตัดสินใจ การแก้ปัญหา เช่นเดียวกับ Montgomery and Kner²⁸ พบว่าความรู้และทัศนคติ เรื่องเพศมักเป็นประเด็นหลักในการประเมินผลของการสอนเพศศึกษา แม้ว่าจะมีหัวข้อต่าง ๆ ในหลักสูตร การสอนเพศศึกษาในโรงเรียนที่ครอบคลุม แต่ไม่ได้ประเมินผลอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะผลการสอน เพศศึกษาด้านบวก เช่น การส่งเสริมทักษะด้านการคิดวิเคราะห์ การคิดเชิงวิพากษ์ของนักเรียนที่เกี่ยวข้องกับ ประเด็นทางเพศ³³

นอกจากนี้ การติดตามผลของงานวิจัยทั้งหมดที่พบเป็นการติดตามก่อนและหลังทดลอง ไม่พบงานวิจัยที่ติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถประเมินผลในระยะยาวได้ Monrudee and Rutja³⁰ ได้ทบทวนวรรณกรรมเรื่องกิจกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพทางเพศ ในเด็กวัยรุ่นตอนต้น พบว่า มีงานวิจัยร้อยละ 66 ที่ทำการติดตามผล 2 ครั้งหรือมากกว่า ซึ่งการติดตามระยะยาวจะช่วยให้นักวิจัย สามารถประเมินผลในแต่ละระยะได้ เนื่องจากเด็กวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ อยู่ตลอดเวลา การติดตามระยะยาวจะช่วยทำนายพฤติกรรมที่คงอยู่ได้

สรุป

การสอนเพศศึกษาของไทยมีการใช้เทคนิคการสอนอย่างหลากหลาย เช่น การบรรยาย การเล่าประสบการณ์ตรง การใช้เทคโนโลยีประกอบการสอน รูปแบบการสอนเพศศึกษามุ่งการสอนเพื่อพัฒนา ทักษะชีวิตการส่งเสริมคุณค่าในตนเอง และการนำเทคโนโลยีมามีส่วนร่วมในการสอน การสอนเพศศึกษา ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะเรื่องเพศศึกษาให้กับเด็กวัยรุ่น วัยรุ่นมีค่านิยมทางเพศที่เหมาะสมกับสังคมไทย ผู้ดูแลเด็กมีทักษะในการสื่อสารเรื่องเพศศึกษาดีขึ้น อย่างไรก็ตามการสอนเพศศึกษาของไทยยังมีข้อจำกัด

ที่สำคัญทั้งในด้านกระบวนการจัดการเรียนการสอน ผู้สอน สื่อการสอน การสื่อสาร ทักษะคิดเรื่องเพศ และไม่สามารถติดตามหรือประเมินผู้เรียนในการเลือกตัดสินใจเพื่อนำไปสู่การประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงได้ ซึ่งต้องมีการพัฒนาการสอนเพศศึกษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้รวบรวมเฉพาะการศึกษาวิจัยสำหรับวัยรุ่นในประเทศไทย และสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์ 6 ฐานข้อมูล ที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษเท่านั้น ซึ่งเป็นบริบทข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเป็นผลให้การศึกษานี้ไม่สามารถครอบคลุมไปถึงประชากรอื่น ๆ ในประเทศที่ต่างออกไป รวมถึงกลุ่มประชากรอื่น ๆ นอกเหนือจากที่ระบุไว้ข้างต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. โปรแกรมการสอนเพศศึกษาควรเปลี่ยนจากการให้ความรู้ไปสู่ทักษะปฏิบัติหรือทักษะที่จำเป็นเพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้
2. ควรมีการพัฒนาเทคนิคการสอนเพศศึกษาโดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยีเข้ามาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสังคมยุคปัจจุบัน
3. ขอบเขตเนื้อหาควรครอบคลุมไปถึงเรื่องความเสมอภาคทางเพศ เพื่อส่งเสริมให้เด็กไทยเข้าใจถึงบทบาททางเพศ ความเท่าเทียมทางเพศ ส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง
4. ควรมีการสอนเพศศึกษาในพื้นที่อื่นๆ นอกเหนือจากโรงเรียน เพื่อช่วยให้วัยรุ่นเข้าถึงข้อมูลที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในครอบครัว ชุมชน และสถานบริการสุขภาพ
5. การศึกษาวิจัยเรื่องการสอนเพศศึกษาควรพัฒนารูปแบบการวิจัยที่มีความเข้มข้นเพื่อให้ได้ผลที่น่าเชื่อถือ และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 14 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20161207115138.pdf>
2. UNICEF Thailand. Review of Comprehensive Sexuality Education in Thailand [Internet]. 2016 [cited 2021 Feb 14]. Available from: <https://www.unicef.org/thailand/reports/review-comprehensive-sexuality-education-thailand>.
3. Sritakaew N. Developing a theoretical perspective about Thai pregnant teenagers and their families - a grounded theory nursing study [Dissertation]. Newcastle: The University of Newcastle, Australia; 2017.
4. Ruanjan S. The situation of sexual risk behaviours of adolescents in pilot area for teenage pregnancy prevention and solving in Uttaradit province. KJU Journal for Public Health Research 2013;6:101-110.

5. กรรรัก ศรีเมือง, อนันต์ มาลารัตน์, พรสุข หุ่นนิรันดร์. สภาพ ปัญหาและแนวทางการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อปลูกฝังพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศแบบพุทธวิธี สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. ธรรมศาสตร์เวชสาร 2559;16:253-62.
6. UNESCO Thailand. International academic practice: Using a scientifically backed approach [Internet]. 2019 [cited 2020 Dec 10]. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/368655tha.pdf>.
7. UNICEF Thailand. Adolescent development and adolescent participation: All adolescents should grow up strong and well informed, and their voices must be heard [internet]. 2016 [cited 2021 Jan 6]. Available from: <https://www.unicef.org/thailand/what-we-do/adolescent-development-and-adolescent-participation>
8. The Bureau of Reproductive Health. Reproductive health situation [Internet]. 2019 [cited 2020 Dec 12]. Available from: http://rh.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=86
9. Thai health promotion foundation. Adolescence and risk of HIV infection [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 4]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/Content/34201->
10. สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 14 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก : https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/rh/n330_d1a80b22d8a4daa876f459095915af6d_Ebook_Abortion_62.pdf
11. Aromataris E, Munn Z. "JBI Manual for Evidence Synthesis" [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 5]. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>
12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Medicine 2009;6:1-6. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
13. Liberati A, Altman DG, Jennifer T, Cynthia M, Pete CG, John PA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ* 2009; 339:1-27. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2700>.
14. The Joanna Briggs Institute. CRITICAL APPRAISAL TOOLS [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 18]. Available from: <https://joannabriggs.org/critical-appraisal-tools>
15. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33:159-74. <https://doi.org/10.2307/2529310>
16. Kable AK, Pich J, Maslin-Prothero SE. A structured approach to documenting a search strategy for publication: a 12-step guideline for authors. *Nurse Education Today* 2012;32: 878-886.
17. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. 3 editions. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc; 2002.

18. เบ็ญจมาศ โอบารรัตน์มณี, วีรยา จึงสมเจตไพศาล. ผลของการสอนเพศศึกษารอบด้านต่อความรู้และทักษะการสวมถุงยางอนามัยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ชั้นปีที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2560;35:48-60.
19. นวรัตน์ ธัญญศิริ. ผลการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้โมเดลเลิฟเพื่อสร้างเสริมความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์ 2561;19:67-81.
20. ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, ปิ่นฤทธิ์ ศุภเมธาพร, ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อสร้างทักษะของผู้ปกครองในการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรหลานวัยรุ่นเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและการตั้งครรภ์ไม่พร้อม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 2562;35:86-98.
21. Chokprajakchad M, Phuphaibul R, Sieving RE, Phumonsakul S. Effectiveness of parent participation in a technology-based adolescent sexuality education program: A randomized control trial. Pac Rim Int J Nurs Res Thail 2020; 24:219-33.
22. จินตนา บรรลือศักดิ์. การจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้รูปแบบข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะเชิงพฤติกรรม เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหาเรื่องเพศของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฝ่ายประถม. วารสารครุศาสตร์ 2559;44:33-56.
23. บุษกร กนแกม, ดวงมล ปิ่นเฉลียว, ทิพย์ฉัตร เกษโกมล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตแบบมีส่วนร่วม ต่อความรู้เรื่องเพศศึกษา ทักษะชีวิตและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นตอนต้น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2564;8:196-210.
24. เบญจมาภรณ์ นาคามดี, ภาวิณี จิตตเสถียร, อัญชลี รุ่งฉาย. ผลของโครงการรณรงค์อย่างปลอดภัยในวัยรุ่นต่อความรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารวิชาการ สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย 2559;22:7-16.
25. สุชาดา ปราบมิชัย, สมสมร เรืองวรบูรณ์. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาต่อความรู้เรื่องเพศและความพึงพอใจต่อโปรแกรมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. ศรีนครินทร์เวชสาร 2560;32:263-8.
26. อนุชา กนกถาวรธรรม, นคร ละลอกน้ำ. การพัฒนาบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนโดยใช้ขั้นตอนการสอนของกาเย่ เรื่อง เพศศึกษา สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2562; 21:329-41.
27. ชัชววรรณ จุงกลาง, จินตนา สรายุทธพิทักษ์. ผลการใช้กิจกรรม “ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้” เรื่อง เพศศึกษา โดยใช้แนวความคิดพัฒนาด้านจิตพิสัยที่มีต่อค่านิยมทางเพศที่เหมาะสมกับสังคมไทย. วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2562;47:175-95.
28. Montgomery P, Knerr W. Review of the Evidence in Sexuality Education: Report to inform the update of the UNESCO International Technical on Sexuality Education [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 10]. Available from: <https://www.gcedclearinghouse.org/sites/default/files/resources/180165eng.pdf>
29. เบ็ญจมาศ โอบารรัตน์มณี. เพศวิถีศึกษาสำหรับวัยรุ่นตอนต้น: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารสภาการพยาบาล 2561;33:67-81.

30. Monrudee C, Rutja P. Sexual health interventions among early adolescents: an integrative review. *Journal of Health Research* 2018;32:467-77
31. Lopez LM, Bernholc A, Chen M, Tolley E. School-based interventions for improving contraceptive use in adolescents. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2016;6:1-66. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012249>
32. Haberland N, Rogow D. Sexuality Education: Emerging Trends in Evidence and Practice. *Journal of Adolescent Health* 2015;56:515-21.
33. Villar ME, Concha M. Sexuality education and cultural values: experiences and attitudes of Latina immigrant women. *Sex education* 2012;12:545-54.
34. วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, เบ็ญจมาศ โอฟารรัตน์มณี. เพศศึกษาสำหรับวัยรุ่นในโรงเรียน: กรณีศึกษาในกรุงเทพมหานคร. *วารสารสภาการพยาบาล* 2561;33:82-98.
35. García-Vázquez J, Quintó L, Agulló-Tomás E. Impact of a sexuality education programme in terms of knowledge, attitudes, and sexual behaviour among adolescents in Asturias (Spain). *Global Health Promotion* 2019;27:122-30.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของสตรีก่อนตั้งครรภ์ในสาธารณรัฐ ประชาธิปไตยประชาชนลาว

พรสุดา วงศ์ทอง พย.บ.^{1*}

พัทตร์วิไล ศรีแสง ปร.ด. (การพยาบาล)²

บทคัดย่อ

ภาวะโภชนาการก่อนตั้งครรภ์สตรีวัยเจริญพันธุ์มีผลต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการ ความรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของสตรีก่อนตั้งครรภ์ในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุครรภ์ไม่เกิน 10 สัปดาห์ มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลแม่และเด็กเกิดใหม่ นครหลวงเวียงจันทน์ สปป.ลาว จำนวน 194 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ด้านโภชนาการ (CVI = 0.81, KR-21 = 0.77) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (CVI = 0.82, α = 0.80) และการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและครอบครัว (CVI = 0.80, α = 0.80) วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ (ร้อยละ 73.71) มีภาวะทุพโภชนาการ (ร้อยละ 26.29) เป็นภาวะโภชนาการต่ำ (ร้อยละ 12.37) และภาวะโภชนาการเกิน (ร้อยละ 13.92) สำหรับความรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 93.81) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 86.08) และมีกาสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก (ร้อยละ 95.36) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ ($r = 0.363, p = 0.000$) จำนวนการตั้งครรภ์ ($r = 0.227, p = 0.002$) และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r = 0.203, p = 0.005$) ดังนั้นสตรีทุกราย ควรได้รับการประเมินภาวะโภชนาการก่อนตั้งครรภ์ ผดุงครรภ์ ควรวางแผนการดูแลภาวะโภชนาการกับสตรีที่มีอายุน้อย อายุมาก และสตรีที่ตั้งครรภ์หลายครั้งอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมสตรีให้บริโภคอาหารที่เหมาะสม

คำสำคัญ : สตรีก่อนตั้งครรภ์ ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะโภชนาการต่ำ ภาวะโภชนาการเกิน

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Corresponding E mail: phonsouda123@gmail.com

วันที่รับ (received) 14 พ.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 11 พ.ย. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 พ.ย. 2564

Factors Related to the Nutritional Status of Preconception Women in Lao PDR

Phonesouda Vongthong B.N.S.^{1*}
Pakvilai Srisaeng Ph.D. (Nursing)²

Abstract

Nutritional status of preconception women has effects on maternal and fetal health. This descriptive cross-sectional study aimed to study the nutritional status, knowledge of nutrient intake, behaviors of nutrient intake, social support and factors related to the nutritional status of preconception women in Lao People's Democratic Republic. The 194 women with gestational age ≤ 10 weeks at their 1st prenatal visit at Mother and Newborn Hospital in Vientiane Capital, Lao PDR were included in the study. The demographic data, the nutritional status of pre-conception women, knowledge of nutrient intake in pre-conception women (CVI = 0.81, KR-21 = 0.77), behaviors related to nutrient intake in pre-conception women (CVI = 0.82, α = 0.80), and family and husband support (CVI = 0.80, α = 0.80) were obtained by self-report questionnaires. The data were computed by descriptive statistics: percentage, mean, standard deviation, Pearson's product-moment, and Spearman's rank. The findings showed that most of the women as samples had normal nutritional status (73.71%), malnutrition (26.29%), undernutrition (12.37%), and over nutrition (13.92%). Moreover, the women had a high level of knowledge of nutrient intake (93.81%), good behaviors of nutrient intake (86.08%), and social support at a high level (95.36%). In addition, factors were significantly related to the nutritional status of pre-conception women in Lao PDR, including maternal age ($r = 0.363$, $p = 0.000$), gestational gravida ($r = 0.227$, $p = 0.002$), and behavior of nutrient intake ($r = 0.203$, $p = 0.005$). The midwife should assess the nutritional status of the pre-conception women and promote the optimal nutrition intake for women aged under 20 or over 35 years old and women with multigravida.

Keywords: preconception women, malnutrition, undernutrition, overnutrition

¹ Master Student in Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

² Assistant Professor, Dean, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

* Corresponding E mail: phonesouda123@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะโภชนาการที่ดีของสตรีในช่วงเวลาก่อนการตั้งครรภ์ จะส่งผลดีถึงระยะตั้งครรภ์ หากมีภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ในช่วงก่อนการตั้งครรภ์ก็จะส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ซึ่งภาวะทุพโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์ เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขระดับโลกที่ครอบคลุมทั้งภาวะโภชนาการต่ำ หรือภาวะขาดสารอาหาร (Undernutrition) และภาวะโภชนาการเกิน (Overnutrition) จากรายงานของกองทุนยูนิเซฟ (United Nations Children's Fund [UNICEF]) พบความชุกของภาวะทุพโภชนาการในสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 20 ปีขึ้นไป ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางหรือต่ำ (Countdown countries) คือภาวะโภชนาการต่ำ (BMI < 18.5 kg/m²) ร้อยละ 8.25 และภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 kg/m²) ร้อยละ 14¹ จากรายงานการสำรวจสุขภาพของคนไทยครั้งที่ 5 พบสตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.7 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 41.8 ในปี พ.ศ. 2557 การที่พบสตรีวัยเจริญพันธุ์มีภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นมาก จึงทำให้คาดได้ว่าอุบัติการณ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนก่อนการตั้งครรภ์น่าจะเพิ่มขึ้นด้วย² และจากการศึกษาสตรีตั้งครรภ์จำนวน 2,989 ราย ในประเทศเวียดนาม พบภาวะโภชนาการต่ำถึงร้อยละ 26.1 และภาวะโภชนาการเกิน (BMI ≥ 23.0 kg/m²) ร้อยละ 8.5³ สำหรับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป. ลาว) เป็นประเทศในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีอัตราการขาดสารอาหารในระดับสูง จากรายงานของยูนิเซฟ ในปี พ.ศ. 2559 พบอุบัติการณ์ของภาวะทุพโภชนาการในสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 20 ปีขึ้นไปมีภาวะโภชนาการต่ำร้อยละ 11 และภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 22⁴

ภาวะโภชนาการต่ำในสตรีก่อนตั้งครรภ์ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ โดยพบว่า เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดรกหลุดตัวก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าอายุครรภ์ ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักตัวน้อย⁵⁻⁶ ทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น ความผิดปกติของท่อประสาท (Neural tube defect [NTD]) เนื่องจากได้รับกรดโฟลิกไม่เพียงพอ⁷ มีผลต่อพัฒนาการของสมอง สติปัญญา⁸ สำหรับภาวะโภชนาการเกินก่อนตั้งครรภ์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ทั้งมารดาและทารก⁹ เช่น มารดาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะพิษแห่งครรภ์ มีผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ การผ่าตัดคลอด และเพิ่มอัตราการตายของมารดา ทารกแรกคลอดมี APGAR score ต่ำ ต้องเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก ทารกแรกเกิด (Neonatal Intensive Care Unit [NICU]) ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกพิการแต่กำเนิด มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ มีผลต่อพัฒนาการของสมอง สติปัญญา และเสียชีวิต^{5,10-14}

ภาวะทุพโภชนาการในสตรีก่อนตั้งครรภ์เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการต่ำ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว¹⁵⁻¹⁸ จากการศึกษาของ Belete และคณะ¹⁹ ในสาธารณรัฐเอธิโอเปีย พบว่า สตรีที่แต่งงานก่อนอายุ 15 ปี มีภาวะโภชนาการต่ำมากกว่า 16 เท่าของสตรีแต่งงานเมื่ออายุ 18 - 19 ปี ส่วนระดับการศึกษา พบว่า สตรีแต่งงานแล้วชาวบังคลาเทศที่ไม่ได้รับการศึกษามีโอกาสเกิดภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ถึง 7 เท่าเมื่อเทียบกับสตรีที่เรียนจบมัธยมศึกษาตอนปลาย¹⁷ ส่วนรายได้ของครอบครัวพบว่า สตรีที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเกิดภาวะโภชนาการต่ำถึง 5.2 เท่าเมื่อเทียบกับสตรีที่มีฐานะร่ำรวย¹⁷ สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการเกิน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จากการศึกษาของ Gouda และ Prusty²⁰ ในประเทศอินเดีย พบว่าสตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกิน 5 เท่า และเป็นโรคอ้วนถึง 12 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีอายุ 15 - 24 ปี Manjunath และคณะ²¹ ศึกษาในประเทศอินเดีย พบว่า อายุและระดับการศึกษาเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกินในสตรีวัยเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญ สำหรับจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอด

Gardiner และคณะ²² ศึกษาพบว่า การคลอดแต่ละครั้งจะทำให้มีน้ำหนักคงค้างหลังคลอด หากสตรีมีการคลอดบุตรหลายครั้งอาจจะมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดสะสมเพิ่มขึ้น ดังนั้นจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้สตรีวัยเจริญพันธุ์มีน้ำหนักเกินเกณฑ์

นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้ทางโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและคนในครอบครัว มีผลต่อภาวะโภชนาการของสตรี Acharya และคณะ¹⁶ ศึกษาพบว่า ความรู้ทางโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของสตรี ซึ่งร้อยละ 18.3 ของสตรีที่มีภาวะโภชนาการต่ำไม่ทราบวิธีในการที่จะได้รับโภชนาการที่ดี ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับภาวะโภชนาการนั้น Stuebe และคณะ²³ พบว่า การบริโภคอาหารเป็นปัจจัยทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ถ้าบริโภคอาหารทอดเป็นประจำจะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์เป็น 4.24 เท่า สำหรับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและคนในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลกับภาวะโภชนาการทั้งต่ำและเกินของสตรีเช่นกัน ในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากครอบครัว สามารถเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายได้²⁴ และการสนับสนุนการรับรู้เกี่ยวกับอาหารจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามที่ต้องการ¹⁸ และยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปีได้ร้อยละ 47²⁵ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁶

รัฐบาลของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป. ลาว) เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาโภชนาการ จึงได้ประกาศใช้นโยบายแห่งชาติว่าด้วยโภชนาการฉบับแรกในปี พ.ศ. 2551 มีระยะเวลาในการขับเคลื่อนแผน 18 ปี คือ จาก ปี พ.ศ. 2551 - 2568 รวมทั้งบรรจุงานโภชนาการในแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ 5 ปี ครั้งที่ 7 (ปี พ.ศ. 2553 - 2558) และครั้งที่ 8 (ปี พ.ศ. 2559 - 2563)²⁷ โดยแผนงานแห่งชาตินี้ เป็นความร่วมมือของภาครัฐและเอกชน ในระยะแรกได้มุ่งเน้นด้านภาวะโภชนาการต่ำ แต่ปัจจุบันพบว่าภาวะโภชนาการเกินเริ่มเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น⁴ ผู้วิจัยได้ศึกษาภาวะทุพโภชนาการ ณ โรงพยาบาลแม่และเด็กเกิดใหม่ นครหลวงเวียงจันทน์ ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ในสตรีที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 10 สัปดาห์ จำนวน 40 ราย พบสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายผิดปกติ จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 32.5) โดยเป็นดัชนีมวลกายต่ำจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 17.5) และดัชนีมวลกายเกิน จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 15) และด้วยบริบทของ สปป.ลาว ประกอบด้วยชนเผ่ามากถึง 49 ชนเผ่า แต่ละชนเผ่าจะมีวัฒนธรรม วิธีการดำรงชีวิต ความเชื่อที่แตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารของคนที่อยู่ภาคเหนือชอบรับประทานอาหารประเภทผักต่างๆ ส่วนคนที่อาศัยอยู่ภาคใต้ชอบรับประทานอาหารพวกปลาเป็นส่วนใหญ่²⁸ และจากการสรุปสาเหตุของการขาดสารอาหารใน สปป.ลาว มาจากการบริโภคอาหารไม่เพียงพอด้านปริมาณและคุณภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเน้นข้าวเป็นหลัก ส่วนอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ต่างๆ ทานเพียงเล็กน้อย²⁷ ในนครหลวงเวียงจันทน์ มีประชาชนจากทุกภาคของประเทศมาอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ดังนั้น วัฒนธรรมด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารจึงมีความหลากหลาย ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะโภชนาการโดยเฉพาะสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เตรียมตัวตั้งครรภ์ควรได้รับโภชนาการที่ดี เพียงพอทั้งด้านปริมาณและคุณภาพเพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อการตั้งครรภ์

ดังนั้น ภาวะทุพโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งต่อตัวมารดาเอง และต่อสุขภาพของทารกที่จะเกิดมา แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในกลุ่มสตรีก่อนตั้งครรภ์ใน สปป.ลาว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ

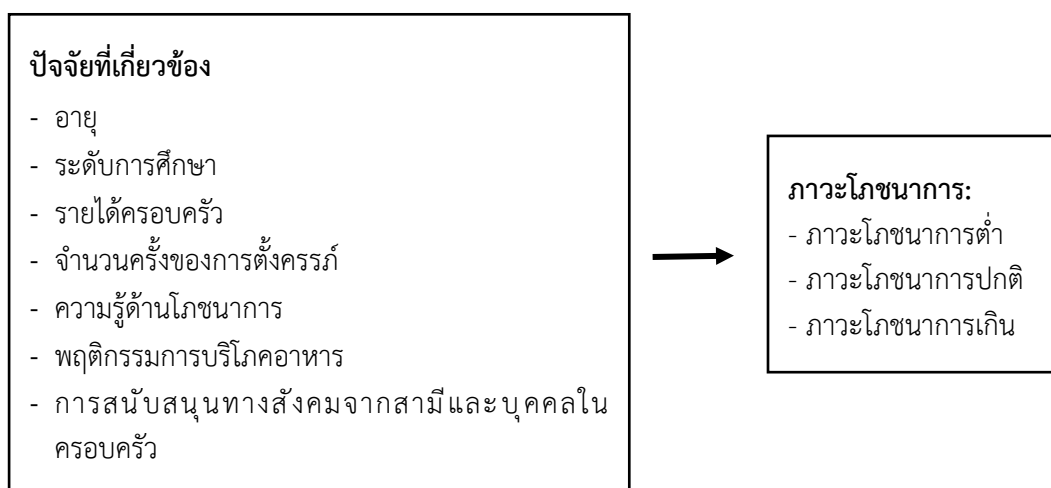
ในสตรีก่อนตั้งครรภ์ โดยใช้ดัชนีมวลกายของสตรีที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 10 สัปดาห์ในการประเมินภาวะโภชนาการ และเลือกปัจจัยที่มีความสำคัญและเหมาะสมกับบริบทของสตรีตั้งครรภ์ชาวลาวที่ได้จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลที่ได้จากการศึกษานี้ สามารถเป็นข้อมูลให้ผดุงครรภ์ใช้ในการคัดกรอง เฝ้าระวัง และวางแผนการดูแลภาวะโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์ให้เหมาะสมได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการ ความรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของสตรีก่อนตั้งครรภ์ ใน สปป.ลาว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในสังคมทั่วไปและให้เข้ากับบริบทของสังคมลาว ร่วมกับข้อกำหนดของสถาบันการแพทย์แห่งอเมริกา²⁹ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในสตรีก่อนและขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสังคมประชากร (Socio-demographic factors) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ปัจจัยด้านร่างกาย (Physiological factors) ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและครอบครัว และปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behaviors factors) ได้แก่ ความรู้ด้านโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดังแผนภาพ



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลแม่และเด็กเกิดใหม่ นครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า คือ มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์ไม่เกิน 10 สัปดาห์ ไม่มีอาการแพ้ท้องอย่างรุนแรง (Hyperemesis gravidarum) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีโรคประจำตัว หรือภาวะผิดปกติก่อนและระยะตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่ออาหารและน้ำหนักร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคเลือด ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ หรือโรคจิตประสาท สามารถอ่านเขียนและเข้าใจภาษาลาว หากอาสาสมัครมี

อายุ 15-17 ปี ต้องเป็นสตรีที่สมรสถูกต้องตามกฎหมายหรือตามสังคัมวัฒนธรรมของ สปป. ลาว และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเปิดตารางสำเร็จรูปประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างของพอลิทและเบค³⁰ โดยกำหนดค่าระดับความเชื่อมั่น ($\alpha = 0.05$) ค่าอำนาจการทดสอบ ($1 - \beta = 0.80$) และค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก (Effect size = 0.20) เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาวิจัยที่ใกล้เคียงในประเทศไทยพบว่า ปัจจัยที่ศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.23$ และ 0.28)³¹⁻³² และยังไม่มีการศึกษา ใน สปป.ลาว เมื่อเปิดตารางพบว่าได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 194 ราย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 23 พฤศจิกายน 2562 (เลขที่ HE 622029) และผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ สปป.ลาว ในวันที่ 21 ธันวาคม 2562 รหัสโครงการ No 026/NECHR ผู้วิจัยได้แจ้งโครงการวิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย สตรีตั้งครรภ์สามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้โดยไม่เสียสิทธิประโยชน์ใดๆ ในการตอบแบบสอบถามจะดำเนินการเมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้รับบริการดูแลจากโรงพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ การสรุปและเผยแพร่งานวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยนี้ แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมมีจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ปัจจุบัน น้ำหนักตัวก่อนอายุครรภ์ 10 สัปดาห์ ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย การแปลผลระดับของดัชนีมวลกาย และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ด้านโภชนาการในการเตรียมตัวก่อนตั้งครรภ์ ดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในขณะตั้งครรภ์ของ โสมรต์มี กล่ากลุ่มอมจิตร³³ ฉบับเดิมมีคำถามจำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยตัดข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องออก 3 ข้อ และเพิ่มข้อคำถามที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุม 4 ข้อ รวมเป็น 21 ข้อ เป็นคำถามแบบตัวเลือก ถูก/ผิด ตอบถูกได้ 1 ตอบผิดให้ 0 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์การประเมินความรู้ของ Bloom³⁴ ดังนี้ มีความรู้ระดับต่ำ (0 - 12 คะแนน) มีความรู้ระดับปานกลาง (13 - 16 คะแนน) และมีความรู้ระดับสูง (17 - 21 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารในการเตรียมตัวก่อนตั้งครรภ์ ดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในขณะตั้งครรภ์ของ โสมรต์มี กล่ากลุ่มอมจิตร³³ ฉบับเดิมมีคำถามจำนวน 20 ข้อ ซึ่งมีเนื้อหาบางส่วนเกี่ยวข้องกับระยะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยจึงตัดข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องออก 9 ข้อ และเพิ่มข้อคำถามเพื่อให้ครอบคลุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามบริบทของ สปป.ลาว 11 ข้อ รวม 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลคะแนนพฤติกรรมการบริโภคของสตรีก่อนตั้งครรภ์ตามแนวคิดของ Best³⁵ เป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับต่ำ (22.00 - 52.00 คะแนน) มีพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับปานกลาง (52.01 - 82.00 คะแนน) มีพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับดี (82.01 - 110.00 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและคนในครอบครัวในการเตรียมตัวก่อนตั้งครรภ์ ดัดแปลงจากแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์ ของ สุวรรณิ โลนุช²⁵ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์

การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านด้านทรัพยากร แบบฉบับเดิมมีคำถามจำนวน 16 ข้อ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเนื้อหาในข้อคำถามให้สอดคล้องกับโภชนาการในสตรีก่อนตั้งครรภ์ ได้ข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลคะแนนได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Best³⁵ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย (15.00 - 35.00 คะแนน) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง (35.01 - 55.00 คะแนน) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก (55.01 - 75.00 คะแนน)

แบบสอบถามได้รับการแปลจากภาษาไทยเป็นภาษาลาว โดยใช้แนวทางการแปลของ นันทกา สวัสดิพานิช และสุจิตรา เทียนสวัสดิ์ เพื่อให้เกิดความทัดเทียมของภาษาตามบริบทของสังคมใน สปป.ลาว 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) แปลจากภาษาไทยเป็นลาวโดยผู้เชี่ยวชาญจาก สปป.ลาว ที่เคยศึกษาพยาบาลในระดับบัณฑิตศึกษาที่ประเทศไทย 1 ท่าน 2) ตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษาจากผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติเหมือนคนแรกอีกครั้ง 3) แล้วย้อนกลับจากภาษาลาวเป็นภาษาไทยโดยนักวิชาการของ สปป.ลาว ที่เข้าใจทั้ง 2 ภาษา 2 ท่านโดยเป็นอิสระแก่กัน 4) เปรียบเทียบเครื่องมือชุดแปลและต้นฉบับภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญจากไทย 1 ท่าน คำถามที่ไม่ชัดเจนจะตรวจสอบกับผู้แปลคนแรกและผู้แปลย้อนกลับ ปรับแก้ให้มีความหมายเหมือนกัน 5) นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้คล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ปรับแก้จนสมบูรณ์ แล้วนำไปผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่า CVI (Content Validity Index) ความรู้ด้านโภชนาการ เท่ากับ 0.81 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เท่ากับ 0.82 และการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและครอบครัว เท่ากับ 0.80 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย หาค่าความเที่ยงแบบสอบถามส่วนที่ 3 โดยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 21 ได้ 0.77 สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 4 และ 5 หาค่าความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาร์ค ได้ 0.80 เท่ากัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล เพื่อชี้แจงโครงการและขออนุมัติในการใช้ข้อมูล จากนั้นเข้าพบหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ เพื่อชี้แจงและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจากแฟ้มประวัติ แล้วเข้าพบสตรีตั้งครรภ์เพื่อชี้แจงและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยตามหลักจริยธรรม หากยินดีย่อมโครงการให้ลงนามในใบยินยอม (ถ้าสตรีมีอายุระหว่าง 15 - 17 ปี ต้องเป็นผู้ที่สมรสถูกต้องตามกฎหมายหรือตามสังคมวัฒนธรรมของ สปป.ลาว จึงสามารถลงนามยินยอม) ภายหลังเสร็จจากรับบริการฝากครรภ์แล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามในห้องสอนสุขศึกษาที่ไม่มีการรบกวน ใช้เวลา 50 - 60 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เปิดโอกาสให้ซักถาม และมอบของที่ระลึกเมื่อเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นที่เป็นตัวแปรอันดับหรือมาตราส่วน (Interval or ratio scale) กับภาวะโภชนาการ Pearson's moment correlation coefficient และตัวแปรต้นที่เป็นมาตราอันดับ (Ordinal scale) กับภาวะโภชนาการด้วย Spearman rank correlation

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 29.3 ปี ส่วนใหญ่อายุ 20 - 34 ปี ร้อยละ 73.71 อายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 23.71 จบปริญญาตรีร้อยละ 46.91 รายได้เฉลี่ย 3,310,309.28 Kip/เดือน (300 Kip เท่ากับ 1 บาท) ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไปร้อยละ 58.76 และอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 53.09

ภาวะโภชนาการ ของสตรีก่อนตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 73.71 และมีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 26.29 โดยแบ่งเป็นภาวะโภชนาการต่ำ ร้อยละ 12.37 และภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 13.92 (ตารางที่ 1)

ความรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการสนับสนุนทางสังคม ของสตรีก่อนตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มภาวะโภชนาการต่ำ ปกติ และสูง ล้วนมีความรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 93.81 อยู่ในระดับปานกลางเพียงร้อยละ 6.19 ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้งสามกลุ่มโภชนาการก็พบว่า มีพฤติกรรมการบริโภคโดยรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 86.08 และอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 13.29 สำหรับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและครอบครัวพบว่า ทั้งสามกลุ่มมีการสนับสนุนในระดับมาก โดยรวมอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 95.36 มีการสนับสนุนในระดับกลางและระดับน้อยเพียงร้อยละ 2.06 และ 2.58 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับ ความรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะโภชนาการ

ตัวแปร	ภาวะโภชนาการต่ำ		ภาวะโภชนาการปกติ		ภาวะโภชนาการเกิน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะโภชนาการ	24	12.37	143	73.71	27	13.92	194	100
ความรู้ด้านโภชนาการ								
- ระดับต่ำ	0	0	0	0	0	0	0	0
- ระดับปานกลาง	1	4.17	9	6.29	2	7.41	12	6.19
- ระดับสูง	23	95.83	134	93.71	25	92.59	182	93.81
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร								
- ระดับต่ำ	0	0	0	0	0	0	0	0
- ระดับปานกลาง	5	20.83	20	13.99	2	7.41	27	13.92
- ระดับดี	19	79.17	123	86.01	25	92.59	167	86.08
การสนับสนุนทางสังคม								
- ระดับน้อย	0	0	5	3.50	0	0	5	2.58
- ระดับปานกลาง	1	4.17	3	2.98	0	0	4	2.06
- ระดับมาก	23	95.83	135	94.41	27	100	185	95.36

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของสตรีก่อนตั้งครรภ์

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรกับภาวะโภชนาการ พบว่า อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.363, 0.227$ และ 0.203 ; $p\text{-value} = 0.000, 0.002$ และ 0.005 ตามลำดับ) ส่วนระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว

ความรู้ด้านโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ (BMI)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ความสัมพันธ์กับ BMI (r , r_s)	p -value
อายุ (ปี)	29.30	6.23	$r=0.36^{***}$	0.00
ระดับการศึกษา	-	-	$r_s=0.04$	0.50
รายได้ครอบครัว(กบ/เดือน)	3,310,309.28	3,571,123.67	$r=0.01$	0.80
จำนวนการตั้งครรภ์	1.97 (1-6)	1.08	$r_s0.22^{**}$	0.00
ความรู้ด้านโภชนาการ	17.34	1.94	$r=-0.12$	0.09
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	4.21	0.45	$r=0.20^{**}$	0.00
การสนับสนุนทางสังคม	4.60	0.62	$r=0.10$	0.13

r = Pearson correlation; r_s = Spearman rank correlation; ** $p < 0.01$ (2-tailed); *** $p < 0.001$ (2-tailed)

อภิปรายผล

1. ภาวะโภชนาการของสตรีก่อนตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 26.29 แบ่งเป็นภาวะโภชนาการต่ำ ร้อยละ 12.37 และภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 13.92 ซึ่งภาวะโภชนาการต่ำพบใกล้เคียงกับการรายงานขององค์การยูนิเซฟ ปี ค.ศ. 2016 ที่พบภาวะโภชนาการต่ำในสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 20 ปีขึ้นไป ใน สปป.ลาว ร้อยละ 11 แต่ภาวะโภชนาการเกินจากการรายงานพบสูงกว่า คือร้อยละ 22⁴ และภาวะโภชนาการต่ำยังพบว่ามีมากกว่าในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางหรือต่ำ ที่พบว่ามีภาวะโภชนาการต่ำเพียง ร้อยละ 8.25 ส่วนภาวะโภชนาการเกินมีใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 14¹ การที่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการต่ำ อาจเนื่องจากการบริโภคอาหาร ซึ่งจากการสรุปสาเหตุโดยตรงของการขาดสารอาหาร ของคณะกรรมการแห่งชาติด้านโภชนาการ สปป.ลาว พ.ศ. 2558²⁷ เกิดจากการบริโภคอาหารไม่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ เน้นข้าวเป็นหลัก ส่วนอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ต่าง ๆ รับประทานเพียงเล็กน้อย สอดคล้องกับการสอบถามสตรีตั้งครรภ์ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการรับประทานแต่ที่ตนเองชอบ เช่น อาหารสำเร็จรูป อาหารที่ไม่มีเนื้อสัตว์ และยังมีความเชื่อเกี่ยวกับอาหารแสลงขณะตั้งครรภ์ เช่น ไม่รับประทานผลไม้เพราะจะทำให้เกิดส่วนเกินต่างๆ กับทารกในครรภ์ ชอบอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล อาหารทอด ก็จะทำให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากเกินไป และยังพบว่ามีอาการท้องอืดท้องเฟ้อเพราะเชื่อว่าช่วยให้ทารกในครรภ์ไม่มีไขมันติดผิวหนังมากจะได้คลอดง่ายขึ้น ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิด

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของสตรีก่อนตั้งครรภ์

2.1 อายุ พบว่า อายุกับภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์ในระดับน้อยและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ($r = 0.36$, $p = 0.00$) อธิบายได้ว่าอายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับค่า BMI ที่สูงขึ้น เนื่องจากผู้ที่มีอายุน้อยจะใช้พลังงานมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก และยังมีระบบการเผาผลาญที่ดี น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายจึงค่อยข้างต่ำ ในขณะที่เมื่ออายุมากขึ้น ระบบการเผาผลาญจะช้าลงทำให้ปริมาณไขมันเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับมักมีกิจกรรมสังสรรค์และบริโภคมากขึ้น มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง จึงส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน²⁹

ตั้งการศึกษาสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในสาธารณรัฐเอธิโอเปีย พบว่าสตรีที่แต่งงานก่อนอายุ 15 ปี มีภาวะโภชนาการต่ำมากกว่า 16 เท่าของสตรีที่แต่งงานอายุ 18-19 ปี [AOR=0.3, 95% CI (0.2-0.8)]¹⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาของ²⁰ ที่พบว่าสตรีที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกิน 5 เท่า และเป็นโรคอ้วนถึง 12 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีอายุ 12-5 ปี ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ก็พบว่าสตรีที่มีภาวะโภชนาการเกินมีอายุ 35 ปีขึ้นไปทั้งหมด

2.2 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ พบว่า จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์กับภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์ในระดับน้อยและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ($r = 0.27, p = 0.00$) อธิบายได้ว่า ยิ่งตั้งครรภ์หลายครั้งยิ่งมีภาวะโภชนาการที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากทุกครั้งที่ตั้งครรภ์สตรีจะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น เมื่อคลอดแล้วจะมีน้ำหนักเหลือค้างอยู่ประมาณ 2-3 กิโลกรัมโดยเฉพาะในรายที่คลอดบุตรหลายๆ ครั้ง ทำให้มารดาครรภ์หลังมีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์มากกว่าครรภ์แรก²² สอดคล้องกับการศึกษาของ Walker และคณะ³⁶ ที่พบว่าผู้คลอดครรภ์หลังมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์มากกว่าผู้คลอดครรภ์แรกประมาณ 1.5 เท่า ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป (โภชนาการต่ำร้อยละ 91.64 และภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 100) ในขณะที่ผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.55) ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก

2.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารกับภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์ในระดับน้อยและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ($r = 0.20, p = 0.00$) อธิบายได้ว่า ยิ่งมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดียิ่งมีภาวะโภชนาการสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Olsen และ Strawderman³⁷ ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่บริโภคอาหารมากขึ้นก่อนการตั้งครรภ์จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์เป็น 2.35 เท่า (95% CI, 1.2 - 4.5) ส่วนสตรีที่บริโภคลดลงจากก่อนตั้งครรภ์จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยกว่าเกณฑ์เป็น 2.39 เท่า (95% CI, 1.2 - 4.8) เมื่อเทียบกับสตรีที่บริโภคเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีผู้ที่มีพฤติกรรมการบริโภคในระดับต่ำเลย โดยกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการต่ำ มีพฤติกรรมการบริโภคในระดับปานกลางร้อยละ 20.83 ในขณะที่กลุ่มปกติมีพฤติกรรมการบริโภคในระดับปานกลางร้อยละ 13.99 และกลุ่มโภชนาการเกินมีเพียงร้อยละ 7.41 นอกนั้นมีพฤติกรรมการบริโภคในระดับดี อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายชื่อยังพบพฤติกรรมการบริโภคในการเตรียมตัวก่อนตั้งครรภ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ บ่อยถึงบ่อยมาก ร้อยละ 82.48 ไม่ได้ลดของหวานถึงร้อยละ 37.14 ดื่มนมและอาหารแคลเซียมสูงเพียงบางครั้งถึงร้อยละ 36.08 รับประทานเนื้อสัตว์และตับเพียงบางครั้ง ร้อยละ 29.38 ดื่มเบียร์ สุรา และเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 17.01 เป็นต้น

ส่วนระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Wells และคณะ³⁸ ที่พบว่า สตรีที่มีการศึกษาต่ำกว่า 12 ปี มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยกว่าเกณฑ์เป็น 1.64 เท่า ของสตรีที่มีการศึกษาสูงกว่า 12 ปี และการศึกษาของ Walker และคณะ³⁶ ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกัน คือส่วนใหญ่จบปริญญาตรี มีรายได้เฉลี่ยใกล้เคียงกัน และตัวแปรทั้งสองอาจไม่ได้มีอิทธิพลโดยตรงต่อการบริโภคอาหาร น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย ยังขึ้นอยู่กับเรื่องความเชื่อ ค่านิยม และความชอบของแต่ละบุคคล จะเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้ด้านโภชนาการในระดับสูง แต่ก็พบว่ามีการบริโภคที่ไม่เหมาะสมหลายอย่างดังที่กล่าวไปแล้ว

นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้ด้านโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่ เช่นของ Acharya, Bhatta, & Timilsina¹⁶ ที่พบว่า ความรู้ทางโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

ของสตรี และการศึกษาของ วารุณี สันป่าแก้ว และคณะ³⁹ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ($r = 0.66, p < 0.01$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มปกติและกลุ่มทุพโภชนาการ ต่างก็มีความรู้ด้านโภชนาการ ในระดับสูงมาก (กลุ่มโภชนาการต่ำ ร้อยละ 95.83 กลุ่มโภชนาการเกิน ร้อยละ 92.59 และกลุ่มโภชนาการปกติ ร้อยละ 93.71) สำหรับการสนับสนุนทางสังคมก็พบว่าทั้งสามกลุ่มมีการสนับสนุนในระดับมากเหมือนกัน (กลุ่มโภชนาการต่ำ ร้อยละ 95.83 กลุ่มโภชนาการเกิน ร้อยละ 100 และกลุ่มโภชนาการปกติ ร้อยละ 94.41) จึงทำให้ไม่เกิดความแตกต่างและไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ

ในการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.81) มีความรู้ด้านโภชนาการในระดับสูง อาจเนื่องจากการเก็บข้อมูลในขณะที่ตั้งครรภ์แล้ว ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจศึกษาหาความรู้ต่าง ๆ เพิ่มเติมรวมถึงความรู้ด้านโภชนาการ ตลอดจนอาจได้รับข้อความรู้จากการฝากครรภ์เพิ่มเติม ส่วนการสนับสนุนทางสังคมที่พบว่าส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 95.36 ได้รับการสนับสนุนในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากสังคมใน สปบ.ลาวส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่กับครอบครัวที่อยู่บริเวณใกล้เคียงกันแม่ในสังคมเมืองหลวง หรือแม้แต่มีการแยกครอบครัวแล้วก็ยังมีการติดต่อกับครอบครัวเดิมและคอยให้การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด²⁸

ข้อเสนอแนะ

ด้านการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรประชาสัมพันธ์ในวงกว้างผ่านสื่อต่างๆ ให้สตรีเห็นความสำคัญของการชั่งน้ำหนักและภาวะโภชนาการก่อนตั้งครรภ์อันจะส่งผลต่อตนเองและทารกในอนาคต
2. พยาบาลผดุงครรภ์ที่ให้การดูแลสตรีที่เตรียมตัวตั้งครรภ์และสตรีตั้งครรภ์ ควรมีการประเมินดูแล และติดตามกลุ่มสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี อายุ 35 ปีขึ้นไป และผู้ที่ตั้งครรภ์ 2 ครั้งขึ้นไป เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เพราะพบว่าอายุและจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ
3. พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินและหาแนวทางในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมสำหรับสตรีในการเตรียมตัวก่อนตั้งครรภ์ เนื่องจากพบว่า สตรีก่อนตั้งครรภ์ยังมีการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมหลายอย่าง เช่น รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ รับประทานอาหารหวาน รสจัด ไม่ค่อยดื่มนม รับประทานอาหารเนื้อสัตว์น้อย และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ แยกให้เห็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการต่ำ กับภาวะโภชนาการเกินอย่างชัดเจน อันจะนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสมกับทั้ง 2 กลุ่มซึ่งมีความแตกต่างกัน
2. ควรพัฒนาและศึกษาโปรแกรมทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสม สะดวก และสามารถปฏิบัติได้จริง เพื่อให้สตรีที่เตรียมตัวตั้งครรภ์มีภาวะโภชนาการที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกรมร่วมมือระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ ประเทศไทย (TICA) ที่ให้ทุนสนับสนุนตลอดการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. UNICEF and WHO. Countdown to 2030: Tracking progress towards universal coverage for women's, children's and adolescents' health: The 2017 Report [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov. 15]. Available from: <https://data.unicef.org/wpcontent/uploads/2018/01/Countdown-2030.pdf>
2. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ ก.ย. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaitgri.org/?p=37869>.
3. Ota E, Haruna M, Haruna M, Anh DD, Tho LH, Tam NTT, Ariyoshi K, et al. Maternal body mass index and gestational weight gain and their association with perinatal outcomes in Viet Nam. *Bull World Health Organ* 2011;89:127-36. doi: <https://doi.org/10.2471/blt.10.077982>.
4. Countdown to 2030. women's, children's and adolescents' health [Internet]. 2018 [cited 2018 May 15]. Available from: <http://countdown2030.org/country-and-regional-networks/country-profiles>.
5. Hung TH, Hsieh TT. Pregestational body mass index, gestational weight gain, and risks for adverse pregnancy outcomes among Taiwanese women: A retrospective cohort study. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2016;55:575-81.
6. Liu P, Xu L, Wang Y, Zhang Y, Du Y, Sun Y, et al. Association between perinatal outcomes and maternal pre-pregnancy body mass index. *Obesity Reviews* 2016;17:1091-102.
7. Gernand AD, Schulze KJ, Stewart CP, West KP, Christian P. Micronutrient deficiencies in pregnancy worldwide: health effects and prevention. *Nat Rev Endocrinol* 2016;12:274-89. doi: 10.1038/nrendo.2016.37.
8. Surén P, Roth C, Bresnahan M, Haugen M, Hornig M, et al. Association between maternal use of folic acid supplements and risk of autism spectrum disorders in children. *Jama* 2013;309:570-7. doi: 10.1001/jama.2012.155925.
9. Shin D, Lee KW, Song WO. Pre-pregnancy weight status is associated with diet quality and nutritional biomarkers during pregnancy. *Nutrients* 2016;8:162.
10. Papachatzi E, Dimitriou G, Dimitropoulos K, Vantarakis A. Pre-pregnancy obesity: maternal, neonatal and childhood outcomes. *J Neonatal Perinatal Med* 2013;6:203-16.
11. Hemond J, Robbins RB, Young PC. The effects of maternal obesity on neonates, infants, children, adolescents, and adults. *Clin Obstet Gynecol* 2016;59:216-27. doi: 10.1097/GRF.000000000000179.
12. Ramakrishnan U, Grant F, Goldenberg T, Zongrone A, Martorell R. Effect of women's nutrition before and during early pregnancy on maternal and infant outcomes: a systematic review. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2012;26:285-301.

13. Thanoon O, Gharaibeh A, Mahmood T. The implications of obesity on pregnancy outcome. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* 2015;25:102-5.
14. Yu Z, Han S, Zhu J, Sun X, Ji C, Guo X. Pre-pregnancy body mass index in relation to infant birth weight and offspring overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis. *PloS one* 2013;8:e61627. doi: 10.1371/journal.pone.0061627.
15. Mihretie Y. Review on factors affecting the nutritional status of women in Ethiopia. *Interv Obes Diabetes* 2018;2:IOD-000526. doi: 10.31031/IOD.2018.02.000526.
16. Acharya SR, Bhatta J, Timilsina DP. Factors associated with nutritional status of women of reproductive age group in rural, Nepal. *Asian Pac J Health Sci* 2017;4:19-24.
17. Kamal SM, Islam A. Socio-economic Correlates of Malnutrition among Married Women in Bangladesh. *Malays J Nutr* 2010;16:349-59.
18. Karami Z, Nekuei N, Kazemi A, Paknahad Z. Psychosocial factors related to dietary habits in women undergoing preconception care. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2018;23:311-5.
19. Belete Y, Negga B, Firehiwot M. Under nutrition and associated factors among adolescent pregnant women in Shashemenne District, West Arsi Zone, Ethiopia: a community-based. *Journal of Nutrition & Food Sciences* 2016;6:1-7.
20. Gouda J, Prusty RK. Overweight and obesity among women by economic stratum in urban India. *J Health Popul Nutr* 2014;32:79-88.
21. Manjunath TL, Zachariah SM, Venkatesha M, Muninarayana C, Lakshmi A. Nutritional assessment of women in the reproductive age group (15-49 years) from a rural area, Kolar, Kerala, India. *Int J Community Med Public Health* 2017;4:542-6.
22. Gardiner PM, Nelson L, Shellhaas CS, Dunlop AL, Long R, Andrist S, et al. The clinical content of preconception care: nutrition and dietary supplements. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199:S345-56.
23. Stuebe AM, Oken E, Gillman MW. Associations of diet and physical activity during pregnancy with risk for excessive gestational weight gain. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:58-e1.
24. พิมพ์ศิริ พรหมใจษา, กรรณิการ์ กันธรักษา, จันทรรัตน์ เจริญสันติ. ผลของการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมต่อบทบาทการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. *พยาบาลสาร* 2557;41:97-106.
25. สุวรรณิ โนนุช. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.
26. สินี กะราลัย, จารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 2561;26:1-10.
27. Lao People's Democratic Republic. National Strategy on Nutrition to the Year 2025 and action plan 2016-2020. Vientiane capital: n.p; 2015.

28. ศูนย์กลางแนวลาสร้างชาติ. บรรดาชนเผ่าใน สปป ลาว. นครหลวงเวียงจันทน์: กรมชนเผ่า; 2008.
29. Institute of Medicine. Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines: Report brief MAY 2009 [Internet]. 2009 [cited 2017 Nov 10]. Available from: <https://www.nap.edu/resource/12584/Report-Brief---Weight-Gain-During-Pregnancy.pdf>
30. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed. Philadelphia: Lippincott; 2012.
31. อมรรัตน์ นระสนธิ์, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ, ไพลิน พิณทอง. ความรู้ทางโภชนาการทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการในกึ่งชนบทจังหวัดอุบลราชธานี. รามาธิบดี พยาบาลสาร 2017;23:344-57.
32. รัตนาภรณ์ ตามเที่ยงตรง, ศิริวรรณ แสงอินทร์, วรณี เดียววิเศษ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2560;25:49-60.
33. โสมรัตน์ กล้ากล่อมจิตร. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเพิ่มน้ำหนักร่างกายของหญิงตั้งครรภ์แรก กรณีศึกษาโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต]. เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร; 2554.
34. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. NewYork: McGraw-Hill; 1971.
35. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1977.
36. Walker LO, Hoke MM, Brown A. Risk factors for excessive or inadequate gestational weight gain among Hispanic women in a US-Mexico border state. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2009;38:418-29.
37. Olson CM, Strawderman MS. Modifiable behavioral factors in a biopsychosocial model predict inadequate and excessive gestational weight gain. J Am Diet Assoc 2003;103:48-54.
38. Wells CS, Schwalberg R, Noonan G, Gabor V. Factors influencing inadequate and excessive weight gain in pregnancy: Colorado, 2000–2002. Matern Child Health J 2006;10:55-62.
39. วารุณี สันป่าแก้ว, สุภาวดี ลิขิตมาศกุล, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, วนิตา เสนะสุทธิพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยบางประการ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน. วารสารเกื้อการุณย์ 2557;21:186-204.

ความมั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการในโรงพยาบาลอุดรธานี

มัทนา พรหมรักษา พย.บ.^{1*}

สมจิตร เมืองพิล ปร.ด. (การพยาบาล)²

บทคัดย่อ

ปัญหาด้านโภชนาการในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นปัญหาที่พบบ่อยกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยอื่น ๆ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระยะตั้งครรภ์ และความต้องการสารอาหารที่มีคุณภาพและปริมาณสูงเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของมารดาและทารกในครรภ์ ขณะที่พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ข้อยกจำกัดในการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพและปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จะนำไปสู่ความไม่มั่นคงทางอาหารหรือเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความมั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มารับบริการในโรงพยาบาลอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี นับจนถึงวันกำหนดคลอด ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี จำนวน 143 ราย เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความมั่นคงทางอาหาร ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามความมั่นคงทางอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 33 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและ Fisher's exact Test ผลการวิจัยพบว่า ระดับความมั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 79.70 มีความมั่นคงทางอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 49.55 ± 7.22) และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า ช่วงอายุของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ระดับความมั่นคงทางอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พยาบาลผดุงครรภ์ ควรมีการประเมินติดตาม ปัญหาความมั่นคงทางอาหารและสนับสนุนช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น ควรมีการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับความมั่นคงทางอาหาร และปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หรือหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น, ความมั่นคงทางอาหาร, การเข้าถึงอาหาร, ความปลอดภัยของอาหาร

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการผดุงครรภ์) คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Corresponding author e-mail: Promruksa1@gmail.com

วันที่รับ (received) 14 พ.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 พ.ย. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 พ.ย. 2564

Food Security During Pregnancy among Pregnant Adolescents at Udon Thani Hospital

Matana Promruksa B.N.S.^{1*}

Somjit Muangpin Ph.D. (Nursing)²

Abstract

Malnutrition is common among adolescent pregnancy comparing to those other age groups due to physiological changes during pregnancy and the need for high-quality and high-volume nutrients to promote maternal and fetal growth. Whereas, inappropriate eating behavior and limiting access to quality and safe food for adolescent pregnant women can lead to food insecurity or malnutrition. The cross-sectional study aimed to study food security during pregnancy among adolescent pregnancy and factors related to food security at Udon Thani Hospital. The 143 pregnant adolescents who aged under 20 years, visited the antenatal care unit at Udon Thani Hospital were included to the study by purposive sampling technique. The data were gathered by self-report questionnaires including pregnant adolescent information and food security among pregnant adolescents of 33 items. The Cronbach's alpha reliability of the food security questionnaire was reported as 0.86. The data were analyzed by descriptive statistics and Fisher's exact test. The results showed that the pregnant adolescents perceived their food security status as good level (mean score 49.55 ± 7.22). The age of adolescents pregnant was significantly associated with food security ($p = 0.01$). The nurses and midwives should assess, monitor, and support younger adolescents pregnant on food security issue. Further study on food insecurity relating factors to food security among pregnant adolescents and other high-risk groups should be conducted.

Keywords: adolescent pregnancy, food security, food accessibility, food safety

¹ Master student in Master of Nursing Science Program (Midwifery). Faculty of Nursing Khon Kaen University

² Assistant Professor, Midwifery Division Faculty of Nursing Khon Kaen University

* Corresponding author e-mail: Promruksa1@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาทางสาธารณสุขและสังคมทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยโดยในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกพบอุบัติการณ์คลอดในสตรีอายุ 15 - 19 ปี ประมาณ 12 ล้านคน¹ ขณะที่ประเทศไทยพบอัตราการคลอด เท่ากับ 25.58 และ 0.93 ต่อประชากรหญิง 1,000 คนในกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี และกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี² ตามลำดับ ทำนองเดียวกันจังหวัดอุดรธานี พบอัตราการคลอดเท่ากับ 25.58 และ 0.49 ต่อประชากรหญิง 1,000 คน ในกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี และ กลุ่มอายุ 10 - 14 ปี ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ของสหประชาชาติ โดยระบุว่า การตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี ไม่ควรเกิน 25 ต่อประชากรหญิง 1,000 คนในกลุ่มวัยเดียวกัน²

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์วัยรุ่นที่พบบ่อย ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์³⁻⁶ ขณะที่ทารกแรกเกิดมักมีภาวะน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม⁶ ความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ส่งผลต่อจิตใจของวัยรุ่น ทำให้เกิดความรู้สึกหดหู่ รู้สึกผิด และไม่มีคุณค่าในตนเอง⁷ เกิดภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า และป่วยทางจิต⁸ และยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแนวโน้มจะหยุดเรียนกลางคันหรือเรียนจบต่ำกว่าระดับมัธยมปลายหรือระดับประกาศนียบัตรชั้นสูง ไม่มีงานทำหรือทำงานที่ได้รับค่าจ้างต่ำ⁹ นอกจากนี้ ปัญหาด้านโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ยังพบได้บ่อยกว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอื่น ๆ ด้วยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความต้องการสารอาหารเพื่อการเจริญเติบโตทั้งของตนเองและทารกในครรภ์ ขณะที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ไม่ได้เตรียมพร้อมในการตั้งครรภ์ เลือกรับประทานอาหารตามความชอบและคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการน้อย ต้มเครื่องต้มที่มีแอลกอฮอล์ หรือสูบบุหรี่⁷ บริโภคน้ำอัดลม ขนมหวาน ขนมขบเคี้ยว อาหารสำเร็จรูป อาหารหมักดอง เป็นต้น แม้บางส่วนจะเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ เช่น ผัก ไข่ เนื้อสัตว์ แต่จะบริโภคในปริมาณน้อย หรือปรับลดจำนวนมื้ออาหารลง เลือกบริโภคเฉพาะอาหารหลักในมื้อเช้าเท่านั้น¹⁰ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านการศึกษาและรายได้ ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากครอบครัวและผู้ปกครอง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงถือว่าเป็นภาวะที่พึงพิงครอบครัว¹¹ ทำให้ความสามารถในการเลือกซื้ออาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการมารับประทานได้น้อยกว่าผู้ที่มีรายได้เป็นของตนเอง¹² หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่พึ่งพิงครอบครัวและผู้ดูแลในการจัดซื้ออาหาร จึงเข้าถึงอาหารที่เพียงพอได้ยาก ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านภาวะโภชนาการ รวมทั้งกระทบต่อความสามารถในการเข้าถึงอาหารที่เพียงพอของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หรือส่งผลต่อความไม่มั่นคงทางอาหาร

ความไม่มั่นคงทางอาหาร (Food insecurity) หมายถึง ภาวะที่บุคคลไม่สามารถเข้าถึงอาหารอย่างเพียงพอ บริโภคอาหารที่มีสารอาหารไม่ครบถ้วน ไม่เน้นความปลอดภัย และมีความกังวลเรื่องความขาดแคลนของอาหาร¹³ ซึ่งผลต่อการมีสุขภาวะที่ดีของบุคคล หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความไม่มั่นคงทางอาหารในขณะตั้งครรภ์ การศึกษาที่ผ่านมาในสหรัฐอเมริกา พบว่า 2 ใน 4 ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จะเผชิญกับภาวะความไม่มั่นคงทางอาหาร ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งของการตั้งครรภ์ ซึ่งความไม่มั่นคงทางอาหาร ส่งผลให้เกิดความเครียดในระดับสูง และมีปัญหาภาวะโภชนาการ¹⁴ ขณะที่การศึกษาหญิงตั้งครรภ์ในเขตกรุงเทพมหานคร เกี่ยวกับความไม่มั่นคงทางอาหารในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเลือกรับประทานอาหารที่หลากหลาย บริโภคอาหารโดยไม่เน้นคุณภาพของอาหาร เช่น บริโภคขนมหวาน น้ำอัดลม อาหารรสจัด หรืออาหารหมักดอง สัดส่วนในการบริโภคอาหารไม่สมดุล เช่น บริโภคอาหารประเภท เนื้อนม ไข่ ปริมาณน้อย ไม่รับประทานผัก บริโภคนมเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า หญิงตั้งครรภ์รับประทานน้อยกว่าความต้องการ

ของตนเอง เพราะต้องแบ่งอาหารกับสามี เลือกรับประทานอาหารซ้ำ ๆ กัน รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายส่วนตัว รวมทั้งลดค่าอาหารในแต่ละวัน¹⁰ ซึ่งความไม่มั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทารกในครรภ์และสตรีตั้งครรภ์ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ความไม่มั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและภาวะภาวะซึมเศร้าของ รวมถึงสุขภาพด้านร่างกายและสุขภาพจิตของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น¹³

ความมั่นคงทางอาหารในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความมั่นคงทางอาหารมีแนวโน้มที่จะมีรายได้เป็นของตนเองและเพียงพอต่อการใช้จ่ายมีบ้านเป็นของตนเอง และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่¹⁴ นอกจากนี้กลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความมั่นคงทางอาหาร มักเป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพและอาหารสำหรับตนเอง ขณะที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ต้องพึ่งพิงสามี ทั้งรายได้ ที่อยู่อาศัย การจัดการเกี่ยวกับอาหารรับรู้ ว่าตนเองไม่มีความมั่นคงทางอาหาร¹⁵ อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทย การศึกษาส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นศึกษาภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ความเข้าใจเกี่ยวกับความมั่นคงทางอาหารและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นยังมีค่อนข้างจำกัด ซึ่งความเข้าใจเกี่ยวกับความมั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ จะช่วยให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพมีข้อมูลพื้นฐานในการช่วยเหลือหรือส่งเสริมสุขภาวะของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้เหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความมั่นคงทางอาหารหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกับความมั่นคงทางอาหาร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความมั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความมั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการในโรงพยาบาลอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งศึกษาความมั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตามมิติความมั่นคงทางอาหารจากแนวคิดของ United State Department of Agriculture (USDA)¹⁶ และจากการศึกษาของนพวรรณเปียเชื้อ และคณะ¹⁷ โดยทุกคนมีความสามารถในการเข้าถึงอาหารที่เพียงพอ ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการได้ตลอดเวลา มิติความมั่นคงทางอาหารแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านปริมาณ (Quantity) คือการเข้าถึงอาหารได้โดยมีปริมาณอาหารที่บริโภคอย่างเพียงพอตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 2) ด้านคุณภาพ (Quality) คือ ความสามารถในการเข้าถึงอาหารที่หลากหลาย ได้รับสารอาหารครบถ้วนตามหลักโภชนาการที่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 3) ด้านความปลอดภัย (Safety) คือ การบริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัย ไม่มีการปนเปื้อนของสารเคมีหรือจุลินทรีย์ที่จะส่งผลต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและ 4) ด้านความวิตกกังวล (Anxiety) คือ ความรู้สึกกังวลว่าจะมีอาหารบริโภคไม่เพียงพอหรือไม่มีคุณภาพดีพอสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารก โดยการศึกษานี้ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกับความมั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Description) ซึ่งสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี นับจนถึงวันคลอด ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จำนวน 394 คน จากสูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 143 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป 2) สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทย 3) สามารถอ่านและเขียนได้ ไม่มีปัญหาทางการได้ยินและการมองเห็น 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และ 5) ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงร่างวิทยานิพนธ์ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นโครงการเลขที่ HE632197 เมื่อวันที่ 6 มกราคม 2564 และการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี โครงการเลขที่ 33/2564 เมื่อวันที่ 7 เมษายน 2564 ผู้วิจัยได้แจ้งข้อมูลโครงการวิจัย สิทธิประโยชน์ และความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นให้แก่ผู้ร่วมวิจัยทราบ ตลอดจนแจ้งแนวทางในการปกป้องผู้เข้าร่วมวิจัยและข้อมูลวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จะไม่เปิดเผยถึงตัวตนของผู้ให้ข้อมูล และการนำเสนอผลงานวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมในเชิงวิชาการเท่านั้น

เครื่องมือการวิจัย

เป็นแบบสอบถามนำมาจากแบบสอบถามความไม่มั่นคงทางอาหาร ของ นพวรรณ เปียชื่อและคณะ¹⁷ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามมาปรับข้อความ แต่ความหมายเช่นเดิม และปรับชื่อเป็นแบบสอบถามความไม่มั่นคงทางอาหารในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเพื่อให้สอดคล้องกับการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วยข้อมูล อายุ อายุครรภ์ ลำดับการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์หรือน้ำหนักก่อนอายุครรภ์ 10 สัปดาห์ ส่วนสูง ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในการตรวจเลือดครั้งที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนที่พบขณะตั้งครรภ์ ผู้ที่สนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับอาหารขณะตั้งครรภ์ เช่น ให้เงินหรือจัดหาอาหารให้รับประทาน และแบบสอบถามความมั่นคงทางอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 33 ข้อ แบ่งออกเป็น 1) ด้านปริมาณอาหาร จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านคุณภาพอาหาร จำนวน 12 ข้อ 3) ด้านความปลอดภัยของอาหาร จำนวน 9 ข้อ และ 4) ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาหาร จำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคยเกิดขึ้น การแปลผลคือ ความไม่มั่นคงทางอาหารอยู่ในระดับไม่ตี (0 - 22 คะแนน) ระดับปานกลาง (23 - 44 คะแนน) และระดับตี (45 - 66 คะแนน) โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.86

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นและโรงพยาบาลอุดรธานีแล้ว ผู้วิจัยติดต่อขอพบหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ดังนั้น ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินการวิจัยในมนุษย์ ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) (ประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 913/2563) และปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานการป้องกันโรคของโรงพยาบาลอุดรธานีอย่างเคร่งครัด

4. เตรียมสถานที่สำหรับการเก็บข้อมูล โดยใช้ห้องสำหรับตรวจประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ ที่อยู่ในแผนกฝากครรภ์ ของโรงพยาบาลอุดรธานี เมื่อผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครเพื่อแนะนำตัว และชี้แจงเกี่ยวกับกักการวิจัยเบื้องต้น เชิญชวนเข้าร่วมวิจัย

5. ผู้วิจัยวางซองพลาสติกที่ผ่านการฆ่าเชื้อด้วยแอลกอฮอล์ 70 % บนตะกร้าพร้อมกับเจลแอลกอฮอล์ แจกให้กลุ่มตัวอย่างหยิบซองพลาสติกเอง ซึ่งในซองพลาสติกบรรจุค่าชี้แจงโครงการ แบบขอความยินยอม แบบสอบถามเป็นกระดาษและปากกาลูกลื่น และบนซองพลาสติกจะมี QR code เป็นแบบสอบถามที่อยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งมีข้อมูลเช่นเดียวกับเอกสารในซองพลาสติกอาสาสมัครสามารถใช้โทรศัพท์ของตนเอง แสกน QR code เพื่อตอบแบบสอบถามได้ กรณีที่ไม่สะดวกตอบแบบสอบถามออนไลน์ สามารถเปิดซองเพื่อหยิบกระดาษแบบสอบถามและปากกา แล้วตอบแบบสอบถามลงในกระดาษได้ เมื่อตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วจะบรรจุแบบสอบถามลงในซองพลาสติกวางในตะกร้า โดยก่อนเปิดซองและหลังบรรจุแบบสอบถามลงในซองควรทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้

6. การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ มีอาสาสมัครจำนวน 30 คนที่ตอบแบบสอบถามโดยใช้ QR code และอีกจำนวน 113 คน ตอบแบบสอบถามบนกระดาษ เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน ถ้าไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามเพิ่มเติม หลังจากนั้น ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณอาสาสมัครและผู้ปกครองที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แจกแจงความถี่และร้อยละ ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ ลำดับการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์หรือน้ำหนักก่อนอายุครรภ์ 10 สัปดาห์ ส่วนสูง ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในการตรวจเลือดครั้งที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนที่พบขณะตั้งครรภ์นี้ ผู้ที่สนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับอาหารขณะตั้งครรภ์ เช่น สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารหรือจัดหาอาหารให้รับประทาน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ อายุ อายุครรภ์

2. ความมั่นคงทางอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายด้าน แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลกับความมั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 2 โดยใช้สถิติ Fisher's exact test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 143 คน อายุเฉลี่ย 18.46 ปี ($S.D. = 0.93$) อยู่ในช่วงอายุ 14 - 17 ปี ร้อยละ 11.89 และ ในช่วงอายุ 18 - 19 ปี ร้อยละ 88.11 มีอายุครรภ์เฉลี่ย 34.95 สัปดาห์ ($S.D. = 2.34$) เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 74.10 ไม่เคยผ่านการคลอดร้อยละ 89.51 มีสถานะภาพสมรส ร้อยละ 68.53 จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 53.80 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 39.86 และไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ร้อยละ 43.36 และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไปร้อยละ 40.56 นอกจากนี้ พบว่า ผู้สนับสนุนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับอาหารของตนเองขณะตั้งครรภ์ คือสามีร้อยละ 53.85 รองลงมาคือพ่อแม่ ร้อยละ 37.06 โดยรูปแบบของการสนับสนุน ได้แก่ การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหาร และจัดหาอาหาร สำหรับหญิงตั้งครรภ์

สำหรับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ อยู่ในเกณฑ์ปกติ เกินเกณฑ์ปกติ (อ้วนระดับ 1) และ เกินเกณฑ์ปกติ (อ้วนระดับ 1) ร้อยละ 30.07 48.25 18.18 และ 3.50 ตามลำดับ มีระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 59.44 และมีภาวะซีดร้อยละ 40.56

นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความมั่นคงทางอาหาร ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า ช่วงอายุของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ระดับความมั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F = 8.57, df = 2, p\text{-value} = 0.01$) อย่างไรก็ตาม อายุครรภ์ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหรือการมีงานทำ และค่าระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 2 พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ระดับความมั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความมั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ($N = 143$)

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ระดับความมั่นคงทางอาหารโดยรวม				Fisher's Exact Test	p-value
	ระดับ	ระดับ	ระดับ	จำนวนรวม		
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	(ร้อยละ)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1.อายุ (ปี)					8.579	0.010*
- อายุ 14-17 ปี	0	8 (5.59)	9 (6.29)	17 (11.89)		
- 18-19 ปี	1 (0.70)	20 (13.99)	105 (73.43)	126 (88.11)		
2.อายุครรภ์					1.937	0.450
- GA<37	1 (0.70)	23 (16.08)	80 (55.94)	104 (72.73)		
- GA37 ขึ้นไป	0	5 (3.50)	34 (23.78)	39 (27.27)		
3. สถานภาพสมรส					8.620	0.063
โสด	1 (0.70)	6 (4.20)	33 (23.08)	40 (27.97)		
สมรส	0	19 (13.29)	79 (55.24)	98 (68.53)		

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ระดับความมันทางอาหารโดยรวม				Fisher's Exact Test	p-value
	ระดับ ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	ระดับ ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับ ดี จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนรวม (ร้อยละ)		
หย่าหรือแยกกันอยู่	0	3 (2.10)	2 (1.40)	5 (3.50)		
4. ระดับการศึกษาสูงสุด					6.215	0.450
ประถมศึกษา (ป.6)	0	3 (2.10)	9 (6.29)	12 (8.39)		
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	1 (0.70)	12 (8.39)	64 (44.76)	77 (53.85)		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	0	2 (1.40)	15 (10.49)	17 (11.89)		
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ เทียบเท่า (ม.6)	0	11 (7.69)	26 (18.18)	37 (25.87)		
5. อาชีพ/การมีงานทำ					8.834	0.391
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0	15 (10.49)	42 (29.37)	57 (39.86)		
นักเรียน/นักศึกษา	1	2 (1.40)	11 (7.69)	14 (9.79)		
รับจ้าง	0	6 (4.20)	35 (24.48)	41 (28.67)		
ค้าขาย	0	4 (2.80)	18 (12.59)	22 (15.38)		
ทำนา ทำสวน กรีดยาง	0	1 (0.70)	8 (5.59)	9 (6.29)		
6. ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (กิโลกรัม/ตารางเมตร²)					3.257	0.950
< 18.5 kg/m ² (ผอม/ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์)	1 (0.70)	8 (5.59)	34 (23.78)	43 (30.07)		
18.5-24.9 kg/m ² (ร่างกาย สมส่วน/น้ำหนักปกติ)	0	12 (8.39)	46 (32.17)	58 (40.56)		
25-29.9 kg/m ² (น้ำหนัก เกินเกณฑ์/อ้วนระดับ 1)	0	2 (1.40)	9 (6.29)	11 (7.69)		
ตั้งแต่ 30 kg/m ² ขึ้นไป (โรคอ้วน/อ้วนระดับ 2)	0	6 (4.20)	25 (17.48)	31 (21.68)		
7. ระดับความเข้มข้นของเม็ด เลือดแดงจากผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการครั้งที่ 2					1.418	0.638
Hct < 33% (มีภาวะซีด)	1 (0.70)	11 (7.69)	46 (32.17)	58 (40.56)		
Hct = 33% ขึ้นไป (ปกติ)	0	17 (11.89)	68 (47.55)	85 (59.44)		

* p-value < 0.05

การรับรู้ระดับความมั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นรับรู้ระดับความมั่นคงทางอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 49.55 ± 7.22 จากคะแนนเต็ม 66 คะแนน) โดยร้อยละ 79.70 ของกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความมั่นคงทางอาหารอยู่ในระดับดี (คะแนน 45 - 66) รองลงมาร้อยละ 19.60 ของกลุ่มตัวอย่างรับรู้ระดับความมั่นคงทางอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน 23 - 44) และ ร้อยละ 0.70 ของกลุ่มตัวอย่างรับรู้ระดับความมั่นคงทางอาหารอยู่ในระดับไม่ดี (คะแนน 0 - 22) (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณาความมั่นคงทางอาหารเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพอาหารด้านปริมาณและด้านคุณภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็น ร้อยละ 88.16 และ ร้อยละ 83.92 ขณะเดียวกัน ร้อยละ 74.13 ของกลุ่มตัวอย่าง รับรู้ว่าคุณภาพด้านความปลอดภัยของอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 70.63 ของกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาหารอยู่ในระดับน้อย อย่างไรก็ตาม มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนหรือร้อยละ 29.47 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาหารอยู่ในระดับปานกลางหรือมาก มีรายละเอียดดังนี้

1. **ความมั่นคงทางอาหารด้านปริมาณอาหาร** อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.83 ± 2.28 คะแนน จากคะแนนเต็ม 14 คะแนน และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพด้านปริมาณที่กระตุ้นบ่อยครั้ง คือ ตนเองซื้ออาหารมารับประทานได้ไม่ครบทุกชนิดตามที่ร่างกายต้องการ ร้อยละ 6.30 และเหตุการณ์ที่ไม่เคยเกิดขึ้นเลย คือ ตนเองไม่ได้รับประทานอาหารทั้งวันทั้งคืน เพราะไม่สามารถซื้อหามาได้ ร้อยละ 91.60 รองลงมาคือตนเองดองอาหารบางมื้อเพราะไม่สามารถซื้อหามาได้ และเคยหิวแต่ไม่ได้กินอาหาร เพราะไม่สามารถซื้อหามาได้ คิดเป็นร้อยละ 87.40 และ 72.70 ตามลำดับ

2. **ความมั่นคงทางอาหารด้านคุณภาพอาหาร** อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.97 ± 3.43 คะแนน จากคะแนนเต็ม 24 คะแนน และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพด้านคุณภาพที่กระตุ้นบ่อยครั้งคือ ตนเองมีอาหารรับประทานในครอบครัวเพียงพอไม่เคยขาด ร้อยละ 25.17 และเหตุการณ์ที่ไม่เคยเกิดขึ้นเลย คือ ไม่สามารถซื้อข้าวสารมาเก็บไว้ติดบ้าน ร้อยละ 90.21 รองลงมาคือ ต้มเหล้าเปียร์หรือเครื่องต้มชูกำลัง ร้อยละ 85.31 กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่ง ยังรับรู้ว่าคุณภาพด้านคุณภาพที่กระตุ้นบ่อยครั้งคือ ตนเองต้องรับประทานอาหารชนิดเดิมซ้ำๆ ซื้ออาหารราคาถูกไม่มีคุณค่าทางโภชนาการมารับประทาน หรืออาจจะไม่สามารถที่จะหาซื้ออาหารที่จำเป็นได้ หรือต้องรับประทานอาหารที่เหลือค้างจากวันก่อน คิดเป็นร้อยละ 55.24 41.96 37.06 และ 31.47 ตามลำดับ

3. **ความมั่นคงทางอาหารด้านความปลอดภัยของอาหาร** อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.62 ± 2.21 คะแนน จากคะแนนเต็ม 18 คะแนน และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพด้านความปลอดภัยที่กระตุ้นบ่อยครั้งคือ รับประทานหรือปรุงอาหารใส่ผงชูรส ร้อยละ 41.96 รองลงมาคือ รับประทานอาหารถุงที่ปรุงสำเร็จ และรับประทานขนมขบเคี้ยว ร้อยละ 28.67 และ 25.87 ตามลำดับ ส่วนเหตุการณ์ที่ไม่เคยเกิดขึ้นเลย คือ ไม่มีเวลารับประทานอาหาร ร้อยละ 74.83 รองลงมาคือรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ และล้างผักผลไม้ก่อนรับประทาน ร้อยละ 55.24 และ 53.85 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งยังรับรู้ว่าคุณภาพด้านความปลอดภัยที่กระตุ้นบ่อยครั้งคือ รับประทานบะหมี่สำเร็จรูป ร้อยละ 83.92

4. **ความมั่นคงทางอาหารด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาหาร** อยู่ในระดับดี หรือมีความกังวลเกี่ยวกับความมั่นคงทางอาหารอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.49 ± 2.23 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพด้านความวิตกกังวลที่กระตุ้นบ่อยครั้ง คือ วิตกกังวลว่าอาหารที่รับประทานในครอบครัวจะไม่สะอาด ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 6.99 รองลงมาคือ วิตกกังวลว่าจะซื้ออาหารมารับประทานในครอบครัวได้ไม่เพียงพอ และวิตกกังวลว่าอาหารที่รับประทานในครอบครัว

จะหมดลง ร้อยละ 5.59 และ 4.90 ตามลำดับ ส่วนเหตุการณ์ที่ไม่วิตกกังวลเลยคือ อาหารที่รับประทานในครอบครัวจะหมดลง ร้อยละ 65.73 รองลงมาคือ อาหารที่รับประทานในครอบครัวจะมีปริมาณไม่เพียงพอ ร้อยละ 61.54 กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งยังรับรู้บ้างครั้งตนเองวิตกกังวลว่าอาหารที่รับประทานในครอบครัวจะไม่มีคุณภาพ ร้อยละ 52.45 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นคงทางอาหารและสัดส่วนระดับความมั่นคงทางอาหารในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (N = 143)

ความมั่นคงทางอาหาร	ค่าเฉลี่ยคะแนน ±SD	ระดับความมั่นคงทางอาหาร		
		ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)
1. ความมั่นคงทางอาหารโดยรวม	49.55 ± 7.22	114 (79.70)	28 (19.60)	1 (0.70)
2. ความมั่นคงทางอาหารรายด้าน				
2.1 ด้านปริมาณอาหาร (คะแนนเต็ม 14 คะแนน)	11.86 ± 2.23	126 (88.11)	16 (17.19)	1 (0.70)
2.2 ด้านคุณภาพอาหาร (คะแนนเต็ม 24 คะแนน)	19.97 ± 3.43	120 (83.92)	23 (16.08)	0 (0.00)
2.3 ด้านความปลอดภัยของอาหาร (คะแนนเต็ม 18 คะแนน)	10.62 ± 2.21	32 (22.38)	106 (74.13)	5 (3.50)
2.4 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาหาร (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	7.49 ± 2.23	กังวลระดับน้อย 101 (70.63)	กังวลระดับ ปานกลาง 34 (23.78)	กังวลระดับมาก 8 (5.69)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า ระดับความมั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 79.70 มีความมั่นคงทางอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 49.55 ± 7.22) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถเข้าถึงอาหารได้ทุกเวลาอย่างเพียงพอ ปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการที่ดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ มีค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ และมีค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และขณะตั้งครรภ์มีผู้สนับสนุนจัดหาอาหารให้รับประทาน สอดคล้องกับการศึกษาของสมบุญ บุษยเกียรติ และผกากรอง จันทร์แยม¹⁸ เรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี พบว่าอายุครรภ์ที่มากขึ้น โดยเฉพาะในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ จะได้รับคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่มากขึ้นด้วย ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่ชัดเจน มีการตื่นของทารกที่แรงขึ้น จึงเกิดความภาคภูมิใจ และมีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและทารกมากขึ้น เพื่อให้ตนเองและทารกมีสุขภาพแข็งแรง จึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์ได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา พรหมมี และคณะ¹⁰ ได้ศึกษาการจัดการความมั่นคงทางอาหารภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

มีการบริโภคอาหารที่มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้นในขณะตั้งครรภ์ เช่น การบริโภคนมเพิ่มมากขึ้น และจะไม่บริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น อาหารรสเผ็ด ขนมหวาน น้ำอัดลม และขนมกึ่งสำเร็จรูป เพราะเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น คือ อายุของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ($F = 8.57, df = 2, p\text{-value} = 0.01$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย อายุ 18 - 19 ปี ซึ่งจากการศึกษาคั้งนี้พบว่าวัยรุ่นตอนปลายเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงและการเติบโตด้านร่างกาย จิตใจโดยสมบูรณ์ พร้อมทั้งจะตัดสินใจทำอะไรต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง¹⁹ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยจะมีแนวโน้มเกิดความมั่นคงทางอาหารไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เนียรนิภา บุญอ้วน²⁰ ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ พบว่ากลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุเฉลี่ย 17.30 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ระหว่าง 17 - 19 ปี มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ ทำให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตระหนักและรับรู้การดูแลตนเองและทารกในครรภ์ ในเรื่องการรับประทานอาหารซึ่งอยู่ในระดับดี

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำผลการศึกษาไปใช้พัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และเฝ้าระวังปัญหาความมั่นคงทางอาหารในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตอนต้น
2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อความมั่นคงทางอาหารในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ และภาวะซีด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและผู้ปกครองทุกท่าน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานราชการทุกแห่งที่มีส่วนสนับสนุนให้การศึกษาคั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO]. Adolescent pregnancy [Internet]. 2020 [cited 2020 Feb 26] Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
2. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 1 ปีงบประมาณ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 26 ก.พ. 2564] เข้าถึงได้จาก: http://www.rh12.moph.go.th/news/2021-03-17_inspec64/
3. จิตตระกูล ศุภรัตน์, ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของสตรีตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2559;1:1-7.
4. กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ สุจริตน์, ประกายดาว พรหมประพัฒน์, บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม; 2558. หน้า 1-15.

5. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Driscoll AK, Drake P. Births final data for 2016. National Vital Statistics Reports 2016;1:1-55.
6. สุวิมล ตั้งกิตติถาวร, สุธาดา พุทธิรักษ์. ผลลัพธ์จากการตั้งในวัยรุ่น กรณีศึกษาในโรงพยาบาลชลประทาน. ศรีนครินทร์เวชสาร 2557;6:552-8.
7. ศรุตยา รongเลื่อน. การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น: การสำรวจปัญหาและความต้องการ การสนับสนุนในการรักษาพยาบาล. วารสารพยาบาลศิริราช 2555;1:14-28.
8. กาญจนา ศรีสวัสดิ์, ชุตติมา ปัญญาพินิจนุกร. ความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารพยาบาลทหารบก 2559;2:7-11.
9. รักมณี บุตรชน, ทิพวรรณ เลียบสื่อตระกูล, ยศ ตีระวัฒนานนท์. การตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศไทย ความสัมพันธ์ระหว่างและนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561;6:1011-22.
10. ปัทมา พรหมมี, นพวรรณ เปี้ยซ้อ, เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. การจัดการความมั่นคงทางอาหาร ภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย 2559;3:16-30.
11. ยุพเยาว์ วิศพรณ์, สมจิต ยาใจ. ผลกระทบด้านสุขภาพด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจจากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2559;3:1-16.
12. รัตนาภรณ์ ตามเที่ยงตรง, ศิริวรรณ แสงอินทร์, วรณี เดียววิเศษ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2560;1:49-60.
13. Food and Agriculture Organization of the United Nation. The State of Food Insecurity In The World [Internet]. 2006 [cited 2020 Jan 20] Available from: <http://www.fao.org/es/esa/>
14. Grilo SA, Earnshaw VA, Lewis JB, Stasko EC, Magriples U, Tobin J, et al. Food Matters: Food Insecurity among Pregnant Adolescents and Infant Birth Outcomes. Journal of Applied Research on Children [Internet]. 2015 [cited 2020 Jan 20];6:1-14. Available from: <https://digitalcommons.library.tmc.edu/childrenatrisk/vol6/iss2/4>.
15. Nguyen PH, Sanghvi T, Tran LM, Afsana K, Mahmud Z, Aktar B, et al. The nutrition and health risks faced by pregnant adolescents: Insights from a cross-sectional study in Bangladesh. PLoS One [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 10];8: e0178878. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178878>.
16. United States Department of Agriculture. Food security in the United States: Measuring Household Food Security [Internet]. 2000 [cited 2020 Jan 20]. Available from: <https://www.ers.usda.gov/topics/food-nutrition-assistance/food-security-in-the-us/>
17. นพวรรณ เปี้ยซ้อ, สุรัตน์ โคมินทร์, สุกัญญา ตันติประสพลาภ, ณิชฎา สรนนต์ศรี, ศุภร เจริญพานิช. การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความไม่มั่นคงทางอาหาร. จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย 2560;2:231-7.

18. สมบูรณ์ บุญเกียรติ, ผกากรอง จันทร์แยม. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี.
วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์ คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2560;4:270-81.
19. ฉันท์สุดา พงศ์พันธุ์ผู้ภักดี, รสวันต์ อารีมิตร. การเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านร่างกายในช่วงวัยหนุ่มสาว. ใน: รสวันต์ อารีมิตร, สุภิญญา อินอิว, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ศิริไชย หงส์สงวนศรี, สมจิตร จารูรัตนศิริกุล, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์วัยรุ่น. นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2559. หน้า 97-113.
20. เนียรนิภา บุญอ้วน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์.
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2561;2:78-84.

ผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
แบคทีเรียดื้อยา ต่อความรู้หัวหน้าหอผู้ป่วย สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ
และอัตราการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในกลุ่มควบคุม ในแผนกอายุรกรรม
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

สมสมัย บุญส่อง พย.ม.^{1*}
ศนิชา ขาติมนตรี พย.บ.¹
อิสริยาภรณ์ แสงสวย พย.ม.¹
สุเพียร โภคทิพย์ ปร.ค.²

บทคัดย่อ

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเป็นหัวใจสำคัญในการแก้ปัญหาเรื่องเชื้อดื้อยา
พยาบาลวิชาชีพซึ่งมีบทบาทโดยตรง จำเป็นต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการนี้ สมรรถนะจะสัมพันธ์
กับการนิเทศจากหัวหน้าหอผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบ
ความรู้การนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของหัวหน้า
หอผู้ป่วย ก่อนและหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา 2) เปรียบเทียบ
สมรรถนะด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพระหว่าง ก่อนและหลัง
การใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา และ 3) เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อ
ดื้อยาในกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา
กลุ่มตัวอย่าง เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม 19 คน พยาบาลวิชาชีพ 52 คน ที่ปฏิบัติงานในแผนก
อายุรกรรม รพ.สรรพสิทธิประสงค์ ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2564 เครื่องมือวิจัย
ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้ (CVI = 0.88, KR-20 = 0.75) แบบประเมินสมรรถนะ (CVI = 1.00,
 $\alpha = 0.94$); ผ่านผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน และสูตรการเก็บอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกลุ่มควบคุมที่สัมพันธ์กับ
บริการสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิชคอกซ์สัน และสถิติที ผลการวิจัย หลังการใช้รูปแบบการนิเทศ
ทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหัวหน้าหอผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนใช้ ($\bar{X} = 15.16$
และ 12.32) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) พยาบาลวิชาชีพมีค่ามัธยฐานคะแนนสมรรถนะ สูงกว่า
ก่อนใช้ ($Mdn = 96$ และ 77.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกลุ่ม
ควบคุมลดลง (จาก 0.41 เป็น 0.28) จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าควรมีการนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิก
เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาไปใช้เพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ รูปแบบการนิเทศทางคลินิก พรอคเตอร์ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เชื้อแบคทีเรียดื้อยา

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

* Corresponding Author Email: somsamaiboonsong@gmail.com

วันที่รับ (received) 8 มิ.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 20 ก.ย. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 ธ.ค. 2564

Effectiveness of Implementing Proctor Clinical Supervision Model on Knowledge of Head Nurse, Competency of Registered Nurse and Rates of Controlled-Group Antimicrobial Resistance Infection in Department of Medicine, Sunpasitthiprasong Hospital

Somsamai Boonsong M.N.S.^{1*}

Sanicha Chatmontri B.N.S.¹

Itsariyaporn Saengsuai M.N.S.¹

Supian Pokathip Ph.D.²

Abstract

Isolation precaution is important for preventing the infection of antimicrobial resistance. The registered nurses; as their main responsible workers, must be competent to work on this issue, and their competency should be under the head nurses' supervision. The purposes of this quasi-experimental research were: 1) to evaluate the clinical supervision model on head nurses' knowledge; 2) to evaluate nursing competency; and 3) to compare the antimicrobial-resistance-infectious rates of the controlled group-from the pre to the post-implementation periods. For the main participants in this study, the samples included 19 head nurses and 52 registered nurses working at the Medicine Department from 1 October 2020 to 31 March 2021. The research instruments were 1) the clinical supervision knowledge test (CVI = 0.88, KR-20 = 0.75); 2) the competency evaluation form (CVI = 1.00, α = 0.94); and 3) calculation infection rates of antimicrobial resistance among the controlled group. Additionally, the first and second tools were validated by five experts. Data were analyzed through descriptive statistics of Wilcoxon Signed Rank Test, and *t-test*. The results have revealed the three following issues; 1) After implementing the clinical supervision model, the level of head nurses' knowledge was significantly higher than the pre-implementation period-resulting (\bar{X} =15.16, 12.32; $p < 0.001$), and 2) for the registered nurses' competency, it was significantly higher than the post-implementation period of the model (*Mdn* = 77.50, 96; $p < 0.001$). Moreover, the infection rates of antimicrobial resistance among the controlled group decreased (average 0.41 to 0.28). Based on the findings mentioned earlier, there should be the application of the clinical supervision model to prevent the infection of the antimicrobial resistance and to be applied for future medical purposes.

Keywords: clinical supervision model, Proctor's, isolation precaution, antimicrobial resistance, AMR.

¹ Registered Nurse, Professional Level, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Sunpasitthiprasong Hospital

* Corresponding Author Email: somsamaiboonsong@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เชื้อดื้อยา (Antimicrobial Resistance – AMR) เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุข จัดเป็นปัญหาเร่งด่วนที่สำคัญ โดยเชื้อแบคทีเรียดื้อยาปฏิชีวนะเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด จากการศึกษาผลกระทบจากการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในประเทศไทย โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้สำรวจข้อมูลจากโรงพยาบาล 1,023 แห่งทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2553 พบว่า เชื้อแบคทีเรีย 5 ชนิดที่พบบ่อยในโรงพยาบาล และมักดื้อยาปฏิชีวนะมากกว่า 1 ชนิด ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตปีละ 38,481 ราย สูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง 40,000 ล้านบาท¹ ซึ่งอัตราการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพแตกต่างกันตามขนาดของโรงพยาบาล พบมากในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลศูนย์ เนื่องจากมีกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อนมากกว่า¹ รัฐบาลไทยในปัจจุบันได้เล็งเห็นปัญหาดังกล่าว จึงประกาศเป็นกรอบแผนยุทธศาสตร์การจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพใน พ.ศ. 2560 - 2564 เพื่อแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ ประกอบไปด้วย 6 ยุทธศาสตร์หลักที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเฝ้าระวังการดื้อยาด้านจุลชีพภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว ยุทธศาสตร์ที่ 2 การควบคุมการกระจายยาด้านจุลชีพในภาพรวมของประเทศ ยุทธศาสตร์ที่ 3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาด้านจุลชีพอย่างเหมาะสม ยุทธศาสตร์ที่ 4 การป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาด้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในภาคการเกษตรและสัตว์เลี้ยง และยุทธศาสตร์ที่ 5 การส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยาและตระหนักด้านการใช้ยาด้านจุลชีพอย่างเหมาะสมแก่ประชาชน ยุทธศาสตร์ที่ 6 การบริหารและพัฒนากลไกระดับนโยบายเพื่อขับเคลื่อนงานด้านการดื้อยาด้านจุลชีพอย่างยั่งยืน ซึ่งยุทธศาสตร์ที่ 3 และ 5 เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้²

เขตสุขภาพที่ 10 มีอัตราการดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่มสุดท้ายที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียค่อนข้างสูง โดยอัตราการติดเชื้อ Vancomycin resistance Enterococcus spp. (VRE) มากเป็นอันดับ 1 และ Carbapenem resistance Enterobacteriaceae (CRE) สูงเป็นอันดับ 1 - 5 ของประเทศ³ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ ในเขตสุขภาพที่ 10 มีอัตราติดเชื้อในโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2561 2562 และ 2563 เท่ากับ 2.02 1.75 และ 1.26 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ อัตราการติดเชื้อดื้อยากลับควบคุมซึ่งเป็นยากลับสุดท้ายที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรีย ปีงบประมาณ 2561 2562 และปี 2563 เท่ากับ 0.54 0.60 และ 0.37 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ซึ่งมีแนวโน้มไม่คงที่พบมากที่สุดแผนกอายุรกรรม โดยในปีงบประมาณ 2563 พบ 0.31 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนในโรงพยาบาลพยาบาลวิชาวชิพเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา อันจะนำไปสู่การลดการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะ (Competency)³ ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สมรรถนะจะสัมพันธ์กับการนิเทศกำกับจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ในปัจจุบันการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของพรอคเตอร์⁴ เป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยม มีการนำมาใช้ในการนิเทศทางการพยาบาล เพื่อเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ในสหราชอาณาจักรแนวคิดนี้ได้รับความนิยมและมีการนำมาใช้ในการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลสาขาต่าง ๆ เช่น สุขภาพจิต อายุรกรรม และศัลยกรรม เป็นต้น⁵ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จึงนำแนวคิดนี้มาใช้ในการนิเทศการพยาบาล แต่พบว่า การนำแนวคิดนี้สู่การปฏิบัติยังหลากหลายและมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหน่วยงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีหน้าที่กำกับติดตามการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา เห็นความสำคัญในการนิเทศการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา และพัฒนาทักษะการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ปี พ.ศ. 2561 ได้พัฒนารูปแบบ

การนิเทศทางคลินิกเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในแผนกศัลยกรรมประสาท โดยนิเทศงาน 3 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้รับการนิเทศได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพและมาตรฐาน และการสนับสนุนด้านจิตใจ และสิ่งจำเป็นต่าง ๆ เพื่อช่วยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิกเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา สามารถลดการติดเชื้อดื้อยาในกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นการดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่มสุดท้ายที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียลงได้ จาก 1.64 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน เหลือ 0.68 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน ผู้วิจัยจึงสนใจนำรูปแบบดังกล่าวมาใช้ในแผนกอายุรกรรม เพื่อลดอัตราการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นการดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่มสุดท้ายที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียลดอัตราตาย ลดค่าใช้จ่าย และจำนวนวันนอนของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการรักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของหัวหน้าหอผู้ป่วยระหว่างก่อน และหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพระหว่าง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา
3. เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นการดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่มสุดท้ายที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียระหว่างก่อน และหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา

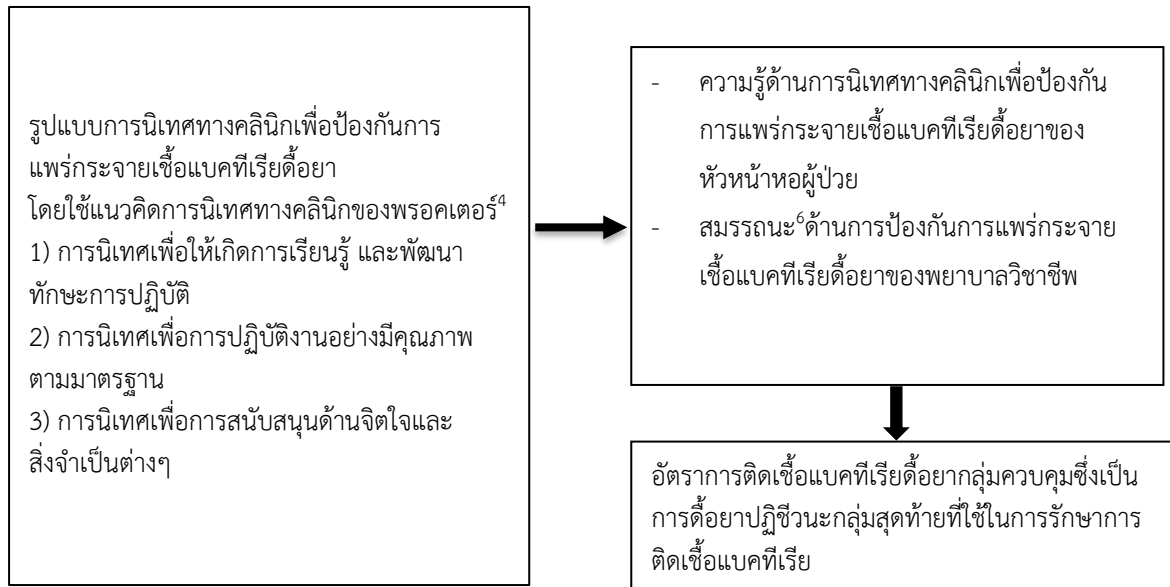
สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา
2. สมรรถนะด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา
3. อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นการดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่มสุดท้ายที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียลดลง หลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้เป็นการนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่พัฒนาขึ้น จากแนวความคิดของพรอคเตอร์ ปี 2011 ประกอบด้วย 1) การนิเทศเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติ

2) การนิเทศเพื่อการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน และ 3) การนิเทศเพื่อการสนับสนุนด้านจิตใจ และสิ่งจำเป็นต่างๆ มาใช้ในการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม จากนั้นวัดความรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย สมรรถนะด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ของพยาบาลวิชาชีพที่รับการนิเทศ และอัตราการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นการดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่มสุดท้ายที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรีย ดังภาพที่ 1



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (One group pretest posttest experimental research) มีวิธีการศึกษาดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม จำนวน 19 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 375 คนที่ปฏิบัติงานในในหอผู้ป่วย 19 หอผู้ป่วย ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 19 คน คัดเลือกมาทั้งหมดตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการนิเทศหรือดูแลผู้ป่วยที่มีเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม ในช่วงระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 ถึงเดือน มีนาคม 2564 2) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 52 คน ได้มาจากการสุ่มแบบง่ายตามสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละหอผู้ป่วย จำนวน 9 หอผู้ป่วย คำนวณหาขนาดตัวอย่างจากการใช้โปรแกรม G*Power⁶ วัดทางเดียว (One tail) โดยกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง⁶ ค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ 0.95 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างที่อาจถอนตัวจากการวิจัยอีกร้อยละ 20 เท่ากับ 9 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น เท่ากับ 52 คน หอผู้ป่วยละ 2 - 3 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 048/2563 ให้การรับรองวันที่ 27 สิงหาคม 2563 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น รูปแบบการนิเทศทางคลินิก

ของพรอคเตอร์ ความรู้เรื่องเชื้อดื้อยา พร้อมมอบคู่มือการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ให้กับทุกหอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจไม่เข้าร่วมในงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการประเมินใดๆ รวมทั้งการรักษาความลับของชื่อและข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาเอง^๑ มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ คู่มือรูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ชุด แบบทดสอบความรู้สำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย แบบประเมินสมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพ และอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นการดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่มสุดท้ายที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ได้เก็บต่อเนื่องทุกเดือน โดยใช้สูตร

อัตราการติดเชื้อกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นการดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่มสุดท้ายที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรีย

$$= \frac{\text{การติดเชื้อ จำนวนครั้ง การติดเชื้อดื้อยาในกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นการดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่มสุดท้ายที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรีย} \times 1000}{\text{วันนอนในโรงพยาบาลในเดือนนั้น}}$$

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเครื่องมือ (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยทั้งหมดเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องของประเด็นคำถาม ความถูกต้องของเนื้อหา และความเหมาะสมในการใช้ภาษาแบบทดสอบความรู้การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.88 แบบประเมินสมรรถนะด้านการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1

1. การค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ซึ่งเป็นคนละกลุ่มกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้นกลุ่มละ 30 คน หาค่าความเที่ยงโดยวิธีการของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR -20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75 ค่าความยากง่ายเท่ากับ 0.40 - 0.90 อำนาจจำแนกเท่ากับ 0.13 - 0.60 สำหรับแบบประเมินสมรรถนะด้านการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอน ดังนี้

1. จัดประชุมแนะนำคู่มือการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น โดยเชิญหัวหน้าหอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมที่เข้าร่วมโครงการวิจัยเข้าร่วมประชุมชี้แจงแนวทางใช้คู่มือรูปแบบการนิเทศทางคลินิก

ของพรอคเตอร์ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา พร้อมทั้งแนวทางการนิเทศงานของพรอคเตอร์ แนวทางการให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการป้องกันเชื้อแบคทีเรียดื้อยา

2. ทดลองใช้ปฏิบัติ เป็นเวลา 3 เดือน

ช่วงเวลา	กิจกรรม	รูปแบบพรอคเตอร์
เดือนที่ 1-2	<ul style="list-style-type: none"> - สอนให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา (ตามเอกสารแนบ) 100 % - สอนให้คำแนะนำ และร่วมปฏิบัติ กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่มีเชื้อแบคทีเรียดื้อยา อย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง เพื่อปรับกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการพัฒนา - Pre-conference ทุกวันที่มีผู้ป่วยที่มีเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ด้วยวิธีการ <ol style="list-style-type: none"> 1) ให้กำลังใจ เสริมพลังอำนาจ ให้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ตามวิธีปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา 2) สนับสนุนอุปกรณ์ ระยะเวลาในการพัฒนานวัตกรรมต่างๆ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติ 	<p>การนิเทศเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติ (Formative supervision)</p> <p>การนิเทศเพื่อการสนับสนุนด้านจิตใจ และสิ่งจำเป็นต่างๆ (Restorative supervision)</p>
เดือนที่ 3	<ul style="list-style-type: none"> - ทำ Case conference - ประเมินสมรรถนะรายบุคคลและสะท้อนผลการปฏิบัติงานในทุกชั้นตอนภายใต้บรรยากาศแห่งความไว้วางใจ - บันทึกผลการนิเทศ 	การนิเทศเพื่อการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน (Normative supervision)

3. ประเมินผลรูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลเอง ได้แก่ คะแนนความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของหัวหน้าหอผู้ป่วย คะแนนสมรรถนะด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพ อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นการดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่มสุดท้ายที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรีย และสรุปผลการทดลองใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบ คะแนนความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของหัวหน้าหอผู้ป่วย คะแนนสมรรถนะด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบทางคลินิกทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ใช้สถิติที่ (Paired t-test) เนื่องจากการแจกแจงของข้อมูลของคะแนนความรู้การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของหัวหน้าหอผู้ป่วยแบบปกติ Shapiro-Wilk test (Pretest และ Post test ค่า $p = 0.077$ และ 0.77) และคะแนนสมรรถนะด้านการพยาบาลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพ แจกแจงแบบไม่ปกติ Kolmogorov-Smirnova (Pretest และ Posttest ค่า $p = 0.001$ และ 0.21 ตามลำดับ) และวิเคราะห์อัตราการติดเชื้อดื้อยาซึ่งเป็นการดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่มสุดท้ายที่ใช้ในการ

รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียกลุ่มควบคุมตามสูตรการคำนวณอัตราการติดเชื้อของ CDC และสมาคมการติดเชื้อแห่งประเทศไทย

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างประกอบไปด้วย 2 กลุ่ม

1. กลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นเพศหญิงทั้งหมด มาจาก 19 หอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม หอผู้ป่วยละ 1 คน อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 41 - 58 ปี เฉลี่ย 52.58 ปี (S.D. = 5.08) มีประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ระหว่าง 1 - 18 ปี เฉลี่ย 8 ปี (S.D. = 6.39) สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาโท 4 คน (ร้อยละ 21.05) และระดับปริญญาตรี จำนวน 15 คน (ร้อยละ 78.95) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเข้ารับการประชุมวิชาการ/อบรมในเรื่องการนิเทศทางคลินิก 18 คน (ร้อยละ 94.74) และส่วนใหญ่ประสบการณ์ เข้ารับการประชุมวิชาการ/อบรมเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา จำนวน 17 คน (ร้อยละ 89.47)

2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 52 คน เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 22 - 57 ปี มีอายุเฉลี่ย 35.44 ปี (S.D. = 8.13) มีประสบการณ์ในการทำงานต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 35 ปี เฉลี่ย 12.15 ปี (S.D. = 8.12) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 46 คน (ร้อยละ 88.46) ระดับปริญญาโท จำนวน 3 คน (ร้อยละ 5.77) และสำเร็จการศึกษาเฉพาะทางด้านพยาบาล จำนวน 3 คน (ร้อยละ 5.77)

ตอนที่ 2 การประเมินผลรูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ในแผนกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ที่พัฒนาขึ้น

1. ความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของหัวหน้าหอผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ใช้สถิติที่ (Paired t-test) (N=19)

กลุ่มตัวอย่าง	ความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ แบคทีเรียดื้อยา		t	p-value
	\bar{X}	S.D.		
ก่อนใช้รูปแบบ	12.32	2.31	5.24	0.000
หลังใช้รูปแบบ	15.16	1.01		

* $p < 0.001$

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยของความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก ($\bar{x} = 15.16$, S.D. = 1.01) สูงกว่าหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ($\bar{x} = 12.32$, S.D. = 2.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

2. สมรรถนะด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสมรรถนะด้านการพยาบาลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา (N = 52)

กลุ่มตัวอย่าง	สมรรถนะ ด้านการพยาบาลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา		Z	p-value
	Mdn	IQR		
ก่อนใช้รูปแบบ	77.5	22.00	5.19	0.000*
หลังใช้รูปแบบ	96	17.00		

* $p < 0.001$

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่ามัธยฐานสมรรถนะโดยรวมหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา (Mdn = 96 และ 77.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

3. อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกลุ่มควบคุมในช่วงเดือนที่ทำการทดลอง (ตุลาคม 2564 - มีนาคม 2564) เฉลี่ยเท่ากับ 0.28 ลดลงจากอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกลุ่มควบคุมในช่วงเดือนเดียวกันในปี พ.ศ. 2563 เฉลี่ยเท่ากับ 0.41

การอภิปรายผลการวิจัย

การนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ซึ่งพัฒนาในแผนกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และนำรูปแบบนี้มาใช้ในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ สามารถอภิปรายผล ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. ด้านความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของหัวหน้าหอผู้ป่วย หลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เนื่องจากก่อนพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกนั้น แนวคิดของพรอคเตอร์ยังไม่ได้นำลงสู่การปฏิบัติในหอผู้ป่วยอย่างแพร่หลาย เมื่อมีการศึกษาครั้งนี้ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์มากขึ้น ประกอบกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในหอผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมอบให้พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้นิเทศ เมื่อมีการศึกษาครั้งนี้ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยามากขึ้น ซึ่งสอดคล้อง

กับผลการศึกษาในหัวหน้าหอผู้ป่วยพบว่า ความรู้ผู้นิเทศเกี่ยวกับการนิเทศการพยาบาลหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05^{7,9}

2. สมรรถนะด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพ เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการทดลอง พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการพยาบาลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อธิบายได้ว่ารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาทำให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านนี้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในการดูแลความปวดหลังการผ่าตัดที่พบว่า ภายหลังจากที่ได้รับการนิเทศทางคลินิกทำให้พยาบาลได้พัฒนาความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น⁷⁻⁸ เนื่องจากการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การนิเทศเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติ 2) การนิเทศเพื่อการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน และ 3) การนิเทศเพื่อการสนับสนุนด้านจิตใจและสิ่งจำเป็นต่าง ๆ ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการนิเทศ มีความรู้ มีทักษะ สามารถปฏิบัติตามแนวทางอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน อีกทั้งได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจและสิ่งจำเป็นต่าง ๆ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการที่จะคิดค้นนวัตกรรมหรือทำวิจัยได้

3. อัตราการติดเชื้อเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นการดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่มสุดท้ายลดลงสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ทำให้อัตราการติดเชื้อดื้อยาซึ่งเป็นการดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่มสุดท้ายที่ใช้ในการรักษา การติดเชื้อแบคทีเรียลดลง⁸ ประกอบกับถ้ามีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ด้านการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาทำให้อัตราการติดเชื้อดื้อยาลดลง^{7,10} จากการศึกษาครั้งนี้ และจากการศึกษาครั้งก่อน⁸ เนื่องจากการติดเชื้อดื้อยาในกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นการดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่มสุดท้ายที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรีย เนื่องจากเป็นยุทธศาสตร์ที่ 3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อดื้อยาเหล่านี้ได้ แม้ว่าลักษณะของผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน เปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา มีผลทำให้ความรู้หัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งด้านการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น และอัตราการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นการดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่มสุดท้ายที่ใช้ในการรักษา การติดเชื้อแบคทีเรียลดลง ดังนั้น ควรนำการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาเป็นงานประจำสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับ เป็นการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านต่าง ๆ จึงควรดำเนินการดังนี้

1. ด้านการบริหารจัดการ ควรมีการนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาอย่างต่อเนื่อง และติดตามอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นการดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่มสุดท้ายควบคู่กันไป

2. ด้านการพยาบาล ควรนำผลการศึกษามาใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อดื้อยาทั้งโรงพยาบาล
3. ด้านการศึกษาวิจัย ควรนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ ไปใช้กับการพยาบาล
ด้านอื่น ๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพทุกหอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ที่ให้ความร่วมมือให้งานวิจัยเสร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณหัวหน้าพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลด้านอายุรกรรม ที่สนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณโรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ ที่ให้ทุนในการทำวิจัยในครั้งนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. ภาณุมาศ ภูมาศ, ตวงรัตน์ โพธิ์, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, อาทร ริวไพบูลย์, ภูษิต ประคองสาย, สุพล ลิมวัฒนานนท์. ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย: การศึกษาเบื้องต้น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2555;6:352-60.
2. คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ แผนยุทธศาสตร์ การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 16 ก.ค. 2563] เข้าถึงได้จาก: <https://www.fda.moph.go.th/sites/drug/Shared%20Documents/AMR/01.pdf>
3. National Antimicrobial Resistance Surveillance Center. 2019 [cited 2019 Sep 9] Available from: <http://narst.dmsc.moph.go.th/>
4. Proctor B. Training for the supervision alliance: Attitude, skills and intension. 2001/2010 from: Routledge Handbook of Clinical Supervision, 2011 Fundamental International Themes Routledge; 2016. p. 23-34
5. Sloan G, Watson H. Clinical supervision models for nursing: structure, research and limitations. Nursing Standard 2002;17:41-6.
6. Lenburg CB. The framework, concepts and methods of the competency outcomes and performance assessment (COPA) model. Online Journal of Issues in Nursing [Internet]. 1999 [cited 2019 Sep 9];4:1-12. Available from: <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume41999/No2Sep1999/COPAModel.html>
7. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods 2009;41:1149-60.
8. สมสมัย บุญส่อง, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, นุสรุา ประเสริฐศรี. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. วารสารพยาบาลทหารบก [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2564];22:458-66. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/226319>

9. นุชจรรย์ ชุมพินิจ, สุทธิพร มูลศาสตร์. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก สำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. วารสารพยาบาลตำรวจ 2558;7:77-89.
10. ผ่องศรี สุวรรณพ่ายพ, พรทิพย์ สุขอดิษฐ์, กรรณิการ์ อำพน. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระปกเกล้า. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2556;6:12-26.
11. ณิชิตชม เกาะเรียนไชย, จินต์จุฑา รอดपाल, ศรีสุรีย์ สุนยานนท์, สมทรง บุตรชิวัน, อุไรวรรณ สุขสาลี. การพัฒนาระบบการพยาบาลป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 14 พ.ย. 2563];9:113-30. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/217543>

การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ เห็ดพิษสำหรับกลุ่มแม่บ้าน ทัศนศึกษาอำเภอบุญทวี จังหวัดอุบลราชธานี

นวรรตน์ สิงห์คำ พย.บ.^{1*}, มนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล ปร.ด.²,
จุฑามาศ นพรัตน์ ส.ค.²

บทคัดย่อ

เห็ดพิษเป็นปัญหาที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพสำหรับผู้รับประทาน และอาจทำให้เสียชีวิตได้ การสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ ความเสี่ยงในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเห็ดพิษอาจช่วยลดปัญหาดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการสื่อสารความเสี่ยงในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเห็ดพิษในกลุ่มแม่บ้าน การวิจัยเชิงพัฒนาประกอบไปด้วย 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาบริบทชุมชน 2) พัฒนาแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านเห็ดพิษ ด้วยกระบวนการ LEAD – Risk และ 3) ประเมินผลการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ในพื้นที่บ้านหัวแซ่ ตำบลบัวงาม อำเภอบุญทวี จังหวัดอุบลราชธานี (จำนวน 30 คน สำหรับ ระยะที่ 1 และ 2 และ จำนวน 72 คน สำหรับ ระยะที่ 3 ตามลำดับ) เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเห็ดพิษ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเชิงเนื้อหาสถิติ บรรยายและสถิติ $t - test$ ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บริโภคเห็ดจากพื้นที่ด้วยการค้นหาจากพื้นที่ใกล้ป่าเขามีทั้งประเภทเห็ดที่รับประทานได้และเห็ดพิษ แล้วนำมาประกอบอาหารด้วยตนเอง 2) รูปแบบในการสื่อสารความเสี่ยงมี 3 รูปแบบ คือ การสื่อสารโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และสื่อศึกษาในชุมชนและ 3) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพัฒนา ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเห็ดพิษและด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเห็ดพิษแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$) จากผลการวิจัยทำให้ทราบว่า การพัฒนาแบบการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับเห็ดพิษที่ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และสื่อศึกษาในชุมชน ช่วยส่งเสริมค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษเพิ่มขึ้น ควรขยายผลรูปแบบดังกล่าวสำหรับพื้นที่อื่นต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบ การสื่อสารความเสี่ยง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เห็ดพิษ LEAD-Risk

¹ โรงพยาบาลบุญทวี จังหวัดอุบลราชธานี

² มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

* Corresponding e-mail: m.nampha@gmail.com

วันที่รับ (received) 21 ก.พ. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 ส.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 27 ส.ค. 2564

Development of a Risk Communication Model for Health Literacy on Poisonous Mushrooms for Housewives Case Study Buntharik District, Ubon Ratchathani Province

Navarat Singkham B.N.S.^{1*}, Manasanun Limpavithayakul Ph.D.²,
Chuthamat Nopparat Dr.P.H.²

Abstract

Poisonous mushrooms are a major health problem for ones who took them. This may lead to lose one's life. Communication with a health literacy to understand risk of poisonous mushrooms may help to decrease this problem. The aim of the was to develop a risk communication model about health literacy of poisonous mushrooms among housewives. Development research was conducted and process of this research included three steps. First step was context study. Second step was development of a risk communication model about health literacy of poisonous mushrooms. Third step was evaluation. Samples were population who were in Ban Hua Khae Bua Ngam, Buntharik, Ubon Ratchathani Province ($N = 30$ for the first and second steps; and $N = 72$ for the third step respectively). Instruments included semi-construction indept-interview and a questionnaire about health literacy of poisonous mushrooms. Data analysis included content analysis, descriptive statistics, and *t-test*. Findings showed three parts. First, most of samples found mushrooms at areas near forest and mountain. Types of mushrooms were poisonous and nonpoisonous mushrooms. Then, they brought the mushrooms to cook food by themselves. Second, a risk communication model about health literacy of poisonous mushrooms was presented through village health volunteers, community leaders, and instructional media. Third, before and after using the model, means of health literacy of poisonous mushrooms among samples significantly increased ($p\text{-value} < 0.05$). Considering each domain of health literacy, only mean of access information about poisonous mushroom and knowledge of poisonous mushroom were significantly ($p\text{-value} < 0.05$) between before and after using the model. These findings recommended that the development of a risk communication model about health literacy of poisonous mushrooms through village health volunteers, community leaders, and instructional media was effective. The model should be brought to use in other areas in the future.

Keywords: model, risk communication, health literacy, poisonous mushrooms, LEAD-Risk

¹ Buntrarik Hospital, Ubon Ratchathani

² The Eastern University of Management and Technology

* Corresponding email : m.nampha@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ช่วงฤดูฝนของทุกปีจะพบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการกินเห็ดพิษที่ขึ้นเองตามธรรมชาติ เนื่องจากมีทั้งเห็ดที่กินได้และเห็ดพิษซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกันทำให้แยกได้ยากกว่าเห็ดชนิดใดเป็นเห็ดพิษโดยเฉพาะช่วงดอกตูม พบว่าหลังกินเห็ดพิษแล้วจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องหรือถ่ายเหลว เห็ดพิษชนิดร้ายแรงจะทำให้คลื่นไส้อาเจียนภายใน 24 ชั่วโมงแรก แต่หลังจากนั้นอาจมีอาการรุนแรงตามมา คือ การทำงานของตับและไตล้มเหลว ทำให้เสียชีวิตได้ จากข้อมูลเฝ้าระวังโรค สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค¹ พบข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีที่ผ่านมา (ปี 2556- 2560) เฉพาะในช่วงหน้าฝนของทุกปีคือเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายนจะพบผู้ป่วยปีละประมาณ 1,000 ราย หรือประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยตลอดทั้งปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานจนถึงผู้สูงอายุ (อายุ 45 ปีขึ้นไป) ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ

สถานการณ์เห็ดพิษในจังหวัดอุบลราชธานีจากรายงาน รง.506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี² พบว่าปี 2561 มีผู้ป่วยจากการรับประทานเห็ดพิษจำนวน 462 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 24.7 ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยเสียชีวิต 4 ราย ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศ ต่อกันมาในช่วง 3 ปี (จาก พ.ศ.2559 - พ.ศ. 2561) โดยพบผู้ป่วยเสียชีวิตที่อำเภอโพธิ์ไทร 3 ราย อำเภอม่วงสามสิบ 1 ราย จากการสอบสวนโรคพบว่าเป็นผู้สูงอายุ รับประทานเห็ดกลุ่มเห็ดระโงกกับเห็ดขี้ไก่เดือน (Amanitin) ซึ่งมีผลทำให้ตับและไตวาย

สำหรับอำเภอบุญศรีประกอบด้วยภูเขาเทือกเขาน้อยใหญ่ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเทือกเขาพนมดงรักตามแนวชายแดนไทย-ลาว มีแหล่งต้นน้ำลำธาร แม่น้ำหลาย ๆ สายหล่อเลี้ยงราษฎรตามแนวเขตป่า อีกทั้งยังมีที่ราบขนาดใหญ่บนภูเขาสูง เป็นป่าเต็งรัง ป่าเบญจพรรณ ป่าดงดิบแล้ง ป่าดงดิบเขา ซึ่งเหมาะกับการเจริญเติบโตของเห็ด ทำให้มีเห็ดออกในพื้นที่เกือบทั้งปีโดยเฉพาะช่วงหลังฝนตก จากการทบทวนข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบุญศรี³ จากการรับประทานเห็ดพิษ ปี พ.ศ. 2559 2560 และ 2561 พบผู้ป่วยจำนวน 195 177 และ 51 ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 203.88 185.41 และ 53.32 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยจะพบผู้ป่วยมากขึ้นในช่วงเดือน พฤษภาคม มิถุนายน ธันวาคม และมกราคมตามลำดับ จากรายงานการสอบสวนโรค² พบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาไม่ได้ปรุงอาหารเองและพบว่าบางส่วนเกิดจากวิธีการปรุงอาหารที่ไม่เหมาะสม คือ การปิ้งย่างเห็ดไม่สุก การนำเห็ดมาทำแหนมโดยไม่ปรุงให้สุกก่อน

สำหรับการดำเนินการเพื่อป้องกันการรับประทานเห็ดพิษในอำเภอบุญศรีโดยคณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบุญศรีได้มีการจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับความรู้เรื่องการคัดเลือกเห็ดเพื่อรับประทานโดยได้ติดประกาศที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งซึ่งไม่ครอบคลุมกลุ่มประชาชนในพื้นที่

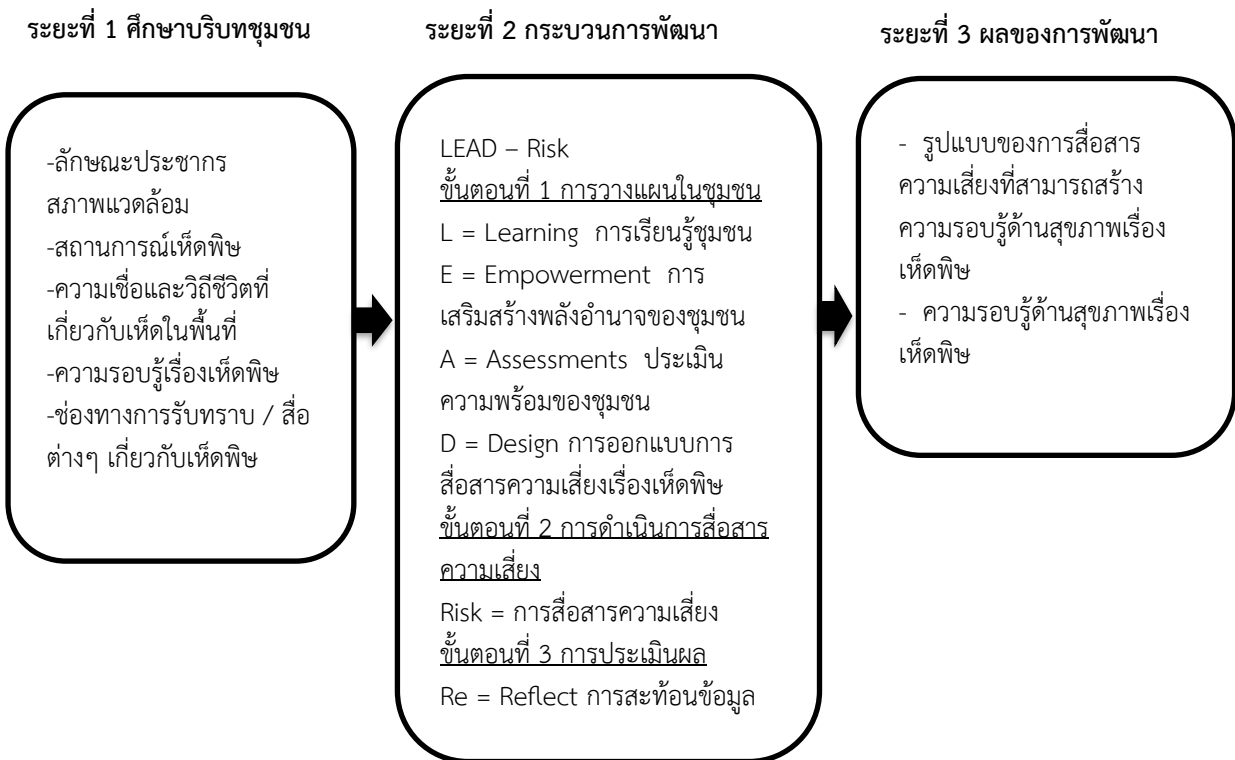
จากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่าผู้ป่วยที่รับประทานเห็ดพิษมีทั้งที่ปรุงอาหารเองและไม่ได้ปรุง³ ผู้ที่มีความสำคัญในการป้องกันเห็ดพิษก็คือผู้ที่ทำหน้าที่ปรุงอาหารให้กับสมาชิกในครัวเรือน และเนื่องจากเห็ดที่เกิดขึ้นในพื้นที่มีทั้งเห็ดที่ไม่เป็นพิษและเห็ดพิษมีลักษณะคล้ายกับเห็ดที่รับประทานได้ การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเห็ดพิษ อาจเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยปัญหาข้างต้นจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการใช้แนวคิดสื่อสารความเสี่ยงเพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ เช่น การควบคุมระดับความดันโลหิต การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างไรก็ตามการใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเห็ดพิษอาจยังไม่นำมาใช้อย่างชัดเจน ดังนั้นถ้าสามารถสร้างความรู้ด้านสุขภาพ³ โดยนำทฤษฎีสื่อสารความเสี่ยงเริ่มสื่อสารตั้งแต่

เริ่มต้นเหตุการณ์ ข้อมูลที่จะสื่อสารต้องถูกต้อง โปร่งใส สามารถสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้รับข่าวสารได้ และเลือกกระบวนการในการสื่อสารได้เหมาะสม สร้างการมีส่วนร่วมของผู้ส่งสารและผู้รับสาร เพื่อให้สารที่ถูกสื่อสารออกไปทำให้ผู้รับสารเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้องเพื่อสังเกตลักษณะของเห็ดที่มีพิษ เพื่อคัดแยกออกเห็ด การปรุงอาหารจากเห็ดที่ถูกวิธี จะทำให้สมาชิกในครัวเรือนปลอดภัยจากการรับประทานเห็ดพิษ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงในการสร้างความรอบรู้ด้านเห็ดพิษในหมู่บ้านพื้นที่อำเภอขุนทรริก จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อความรอบรู้ด้านเห็ดพิษในหมู่บ้านพื้นที่อำเภอขุนทรริก จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



กระบวนการพัฒนา LEAD- Risk โดยบูรณาการจากแนวคิดทฤษฎีการสื่อสารความเสี่ยง การเสริมพลังอำนาจ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง หมายถึง การสร้างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงโดยการเสริมพลังอำนาจให้สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบของการสื่อสารความเสี่ยง

1) L : Learning หมายถึง การนำผลการศึกษาบริบทชุมชนมาวิเคราะห์เพื่อหาข้อมูลของแหล่งที่เก็บเห็ด ชนิดของเห็ดที่มีในชุมชนทั้งชนิดที่รับประทานได้และรับประทานไม่ได้ เขียนเห็ดและภูมิปัญญาชาวบ้านในประเด็นที่เกี่ยวกับเห็ด

2) E : Empowerment หมายถึง การให้สมาชิกชุมชนที่ประกอบด้วยผู้นำชุมชน อสม. ประชาชนที่มีอาชีพเก็บเห็ดขาย เขียนเห็ด และประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบการสื่อสาร

ความเสี่ยงเกี่ยวกับลักษณะของเห็ดพิษ วิธีการปรุงเห็ดที่ปลอดภัย อาการและการปฐมพยาบาลผู้ที่รับประทานเห็ดพิษ

3) A : Assessment หมายถึง การประเมินความร่วมมือของสมาชิกในชุมชนโดยประเมินจากการเข้าร่วมประชุมและการร่วมแสดงความคิดเห็น

4) D : Design หมายถึง การออกแบบและสร้างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับลักษณะของเห็ดพิษ วิธีการปรุงเห็ดที่ปลอดภัย อาการและการปฐมพยาบาลผู้ที่รับประทานเห็ดพิษ

5) Risk : Risk Communication หมายถึง การสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับลักษณะของเห็ดพิษ วิธีการปรุงเห็ดที่ปลอดภัย อาการและการปฐมพยาบาลผู้ที่รับประทานเห็ดพิษให้กับประชาชน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ได้มีการเลือกพื้นที่แบบเจาะจงเนื่องจากปี 2562 พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเห็ดพิษจำนวน 4 ราย โดยใช้พื้นที่บ้านหัวเข้ ตำบลบัวงาม อำเภอขุนทรุก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะให้ข้อมูลในระยาศึกษาบริบทชุมชน และร่วมออกแบบรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับเห็ดพิษ ประกอบไปด้วย ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 3 คน เซียนเห็ด จำนวน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 10 คน แม่บ้านหรือผู้ที่ทำหน้าที่ปรุงอาหาร จำนวน 5 คน และผู้เก็บเห็ดขายจำนวน 7 คน

2. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเพื่อทดสอบรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงโดยตอบแบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษก่อนการพัฒนาในระยาศที่ 2 และหลังกระบวนการพัฒนาในระยาศที่ 3 โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel¹³ จำนวน 72 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยเรื่องนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่รับรอง SSJ.UB2563-049 ผู้วิจัยเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยดำเนินการสอบถาม/หรือสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบคำถามด้วยความสมัครใจ โดยขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยจนเป็นที่เข้าใจ รวมถึงการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคล และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถาม หรือออกจาก การวิจัยในระยาศใดก็ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จำแนกเครื่องมือการวิจัยออกตามระยาศของการวิจัย 3 ระยาศ ดังนี้

ระยาศ	เครื่องมือที่ใช้	ประชากร / ผู้เข้าร่วมวิจัย
ระยาศที่ 1 ศึกษาบริบท ชุมชน	การสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับบริบทชุมชนบ้านหัวเข้ ตำบลบัวงาม อำเภอขุนทรุก จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพภูมิศาสตร์ ลักษณะประชากร สภาพแวดล้อมสถานการณ์เห็ดพิษ ความเชื่อและวิถีชีวิตที่เกี่ยวกับเห็ดในพื้นที่ แหล่งเห็ดตามธรรมชาติที่ประชาชนในพื้นที่เก็บมาปรุงอาหาร	ผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 30 คน
ระยาศที่ 2 กระบวนการพัฒนา รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง	รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษผ่านการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมวิจัยในกระบวนการ LEAD	ผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 30 คน

ระยะ	เครื่องมือที่ใช้	ประชากร / ผู้เข้าร่วมวิจัย
เสี่ยงเพื่อสร้างความรอบรู้ ด้านหัดพิษ	<p>L : Learning หมายถึง การนำผลการศึกษาริบทชุมชนมาวิเคราะห์เพื่อหาข้อมูลของแหล่งที่เก็บหัด ชนิดของหัดที่มีในชุมชนทั้งชนิดที่รับประทานได้และรับประทานได้เขียนหัดและภูมิปัญญาชาวบ้านในประเด็นที่เกี่ยวกับหัด</p> <p>E : Empowerment หมายถึง การให้สมาชิกชุมชนที่ประกอบด้วยผู้นำชุมชน อสม. ประชาชนที่มีอาชีพเก็บหัดขาย เขียนหัด และประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับลักษณะของหัดพิษ วิธีการปรุงหัดที่ปลอดภัย อาการและการปฐมพยาบาลผู้ที่รับประทานหัดพิษ</p> <p>A : Assessment หมายถึง การประเมินความร่วมมือของสมาชิกในชุมชนโดยประเมินจากการเข้าร่วมประชุมและการร่วมแสดงความคิดเห็น</p> <p>D : Design หมายถึง การออกแบบและสร้างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับลักษณะของหัดพิษ วิธีการปรุงหัดที่ปลอดภัย อาการและการปฐมพยาบาลผู้ที่รับประทานหัดพิษ</p> <p>โดยใช้ช่องทางการสื่อสารผ่าน</p> <p>เวทีประชาคมและสนทนากลุ่มโดยใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้ร่วมวิจัยในกระบวนการพัฒนา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้</p> <p>- การเข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>เข้าร่วมกิจกรรม 2 คะแนน</p> <p>ไม่เข้าร่วมกิจกรรม 0 คะแนน</p>	
ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนา	<p>แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับหัดพิษ ประกอบด้วย</p> <p>ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป</p> <p>ตอนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร (Access skill)</p> <p>ตอนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) ตอนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อประเมินทักษะการสื่อสาร (Communication skill)</p> <p>ตอนที่ 5 แบบสอบถามเพื่อประเมินทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill)</p> <p>ตอนที่ 6 แบบสอบถามเพื่อประเมินทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)</p> <p>เพื่อประเมินก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง</p>	กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 72 คน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. นำแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ ไปเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสารความเสี่ยง จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) IOC (Index of item objective congruence) ของเครื่องมือเท่ากับแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับบริบทชุมชนเท่ากับ 1 รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง เท่ากับ 1 และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษ เท่ากับ 0.67 -1

2. นำแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ ไปใช้สอบถาม/สัมภาษณ์แม่บ้านในพื้นที่บ้านศรีสมุทรซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา (Try Out) จำนวน 30 คน การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของข้อมูล (Reliability) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษ Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.87

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล พื้นที่บ้านหัวแซ่ ตำบลบัวงาม อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานีซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดตามขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือเรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุญศรี เพื่อขอความร่วมมือ และขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่
2. ประสานงานกับผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายบ้านหัวแซ่ ตำบลบัวงาม อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานีเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเป็นที่เข้าใจ แล้วกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
4. รวบรวมแบบสอบถาม/หรือแบบสัมภาษณ์ ฯลฯ ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ทุกฉบับก่อนเดินทางออกจากพื้นที่
5. นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์บริบทชุมชนโดยข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์ความรู้ด้านเห็ดพิษโดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติของข้อมูลก่อนและหลังการการใช้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษที่ผ่านกระบวนการพัฒนาด้วยสถิติ $t - test$

ผลการวิจัย

1. บริบทของชุมชนเกี่ยวกับวิธีการรับประทานเห็ดในพื้นที่อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานี

สภาพภูมิศาสตร์ และสภาพแวดล้อม

ชุมชนบ้านหัวแซ่ หมู่ 4 ตำบลบัวงาม อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ห่างจากอำเภอบุญศรีไปตามเส้นทางบุญศรี - นาจะหลวย เป็นระยะทาง 6 กิโลเมตร โดยมีพื้นที่เชื่อมต่อกับบ้านศรีสมุทร หมู่ 9 ตำบลบัวงาม มีประชาชนที่อาศัยในพื้นที่จำนวน 423 หลังคาเรือน มีประชากร 1,164 คน มีวัด 2 แห่ง โรงเรียนประถมศึกษา 1 แห่ง ประชาชนในพื้นที่ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม

คือ ทำนา สวนยางพารา มันสำปะหลัง รายได้เฉลี่ยของประชากร 2,000 - 5,000 บาทต่อครัวเรือน และมีอาชีพเสริมตามฤดูกาลคือ เก็บเห็ดที่ขึ้นตามธรรมชาติมาขาย

คุณลักษณะทางประชากร

ประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72 คน เป็นเพศหญิง 60 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 เพศหญิง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 16.66 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 40 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.72 รองลงมาอายุ 50 - 59 ปี ร้อยละ 25 อายุเฉลี่ย 52.02 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 84.72 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับประถมศึกษาร้อยละ 84.72 รองลงมาคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 9.72 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 4.16 และมีธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 1.38 อาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ เกษตรกร ร้อยละ 91.66 รองลงมาคือ รับจ้างและค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 4.1 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2,000 - 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 59.72 รองลงมาคือ ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 36.11

แหล่งเห็ดตามธรรมชาติ

พื้นที่รอบหมู่บ้านมีแหล่งเก็บเห็ดอยู่ 3 แห่ง นอกจากนี้ยังมีพื้นที่ใกล้กับทิวเขาพนมดงรักซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีเห็ดป่าอุดมสมบูรณ์ออกมากในช่วงปลายเดือนเมษายนจนถึงปลายเดือนพฤษภาคม ซึ่งบ้านหัวเข้ โดยห่างจากภูบ้านบกเป็นระยะทาง 6 กิโลเมตร ห่างจากภูหนองเม็กเป็นระยะทาง 15 กิโลเมตร และประชาชนที่มีอาชีพเสริมในการเก็บเห็ดป่ามาขายทำรายได้เฉลี่ยวันละ 300 - 500 บาท สำหรับประชาชนที่มีอาชีพเก็บเห็ดขายจะทราบแหล่งที่เก็บเห็ดแต่ละชนิดในพื้นที่เป็นอย่างดี โดยมีผู้ที่ชำนาญในการหาเห็ดมาขายในพื้นที่ทิวเขาพนมดงรักบริเวณภูบ้านบกและภูหนองเม็กมากกว่า 20 คน

ข้อมูลเกี่ยวสถานการณ์เห็ดในพื้นที่บ้านหัวเข้ ตำบลบัวงาม อำเภอบุณฑริก

จากกลุ่มตัวอย่าง 72 ราย พบว่า เก็บเห็ดป่ามาบริโภคเอง ร้อยละ 91.66 รองลงมา คือ ซื้อรับประทาน ร้อยละ 20.83 สถานที่ที่เคยไปเก็บเห็ดป่า ส่วนใหญ่ คือ ป่ารอบหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 62.5 รองลงมา คือ ภูเขาบริเวณภูบ้านบกและภูหนองเม็ก ร้อยละ 54.16 ทุ่งนา ร้อยละ 34.72 บริเวณในหมู่บ้าน ร้อยละ 31.94 สวนยางพารา ร้อยละ 12.5 ตามลำดับ

เห็ดป่าในพื้นที่ ได้แก่ เห็ดระโงก ร้อยละ 95.83 เห็ดบดร้อยละ 94.44 เห็ดปลวกร้อยละ 91.66 เห็ดผึ้ง ร้อยละ 91.66 เห็ดไค ร้อยละ 88.88 เห็ดเผาะ ร้อยละ 86.11 เห็ดก่อแดง ร้อยละ 83.33 และเห็ดตีนแฮดร้อยละ 11.11 ตามลำดับ

เห็ดพิษในพื้นที่ ได้แก่ เห็ดระงาก ร้อยละ 52.77 เห็ดระโงกหิน ร้อยละ 40.27 เห็ดขี้ควาย ร้อยละ 36.11 เห็ดยางร้อยละ 16.66 เห็ดหน้าวัว ร้อยละ 4.16 เห็ดครกร้อยละ 4.16 เห็ดแสง ร้อยละ 2.77 เห็ดตาแห ร้อยละ 2.77 และเห็ดเลือด ร้อยละ 1.38 ตามลำดับ

2. ประเมินผลของรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเห็ดพิษในแม่บ้านพื้นที่อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

2.1 ก่อนการพัฒนา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษของประชาชนในพื้นที่ (ก่อนกระบวนการพัฒนา)

ความรอบรู้ในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเห็ดพิษของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ง่าย คิดเป็น ร้อยละ 56.94 โดยพบว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ทำได้ง่ายที่สุด คือ การสอบถามผู้เฒ่าผู้แก่ ในหมู่บ้าน ส่วนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ยาก คือ ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ทันที

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเห็ดพิษของกลุ่มตัวอย่างตอบถูกเฉลี่ย 14.41 จากทั้งหมด 18 ข้อ คะแนนต่ำสุด คือ 8 คะแนน คะแนนสูงสุด คือ 18 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ความเข้าใจสูง ร้อยละ 41.66 ระดับความรู้ความเข้าใจปานกลางร้อยละ 30.55 ระดับความรู้ความเข้าใจต่ำ ร้อยละ 27.77

ความรู้รอบรู้ในการสื่อสารด้านเห็ดพิษของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ยากคิดเป็นร้อยละ 44.44 โดยประเด็นที่ทำได้ยาก ได้แก่ การสื่อสารผ่านเอกสารแผ่นพับเพื่อนำมาตรวจสอบเห็ดพิษได้ทันที การนำตัวอย่างเห็ดมาสอนผู้อื่น และการปฐมพยาบาลผู้ที่รับประทานเห็ดพิษ ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่ทำได้ง่าย ได้แก่ การสอบถามผู้เฒ่าผู้แก่เกี่ยวกับเรื่องเห็ดพิษ สามารถเข้าใจเมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเห็ดพิษ และการอธิบายถึงวิธีการปรุงอาหารที่ปลอดภัยได้ ตามลำดับ

ความรู้รอบรู้การจัดการตัวเองในการป้องกันเห็ดพิษทำได้ง่ายมาก คิดเป็นร้อยละ 47.22 โดยประเด็นที่ทำได้ง่ายมากที่สุด ได้แก่ การรับประทานเห็ดที่ปรุงสุกทุกครั้ง ถ้าไปเก็บเห็ดเองจะไม่เก็บเห็ดที่ไม่รู้จัก และจะตรวจสอบจนแน่ใจทุกครั้งก่อนนำเห็ดมาปรุงอาหาร ตามลำดับ

ความรู้รอบรู้ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันเห็ดพิษส่วนใหญ่ทำได้ง่ายคิดเป็นร้อยละ 58.33 โดยประเด็นที่ทำได้ง่าย ได้แก่ สามารถตัดสินใจได้ว่าถ้าท่านหรือสมาชิกใน ครอบครัวมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง เป็นตะคริว หลังรับประทานเห็ดคืออาการของเห็ดพิษ สามารถตัดสินใจได้ว่าการปฐมพยาบาลผู้ที่ รับประทานเห็ดพิษคือทำให้อาเจียนและรีบนำส่งโรงพยาบาล และสามารถบอกได้ว่าเห็ดระงิงกิน รับประทานไม่ได้ ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่ทำได้ยาก ได้แก่ สามารถตัดสินใจได้ว่าการนั่งต้ม ทอด อย่าง ไม่สามารถทำลายพิษในเห็ดพิษได้ เนื่องจากความร้อนไม่สามารถทำลายสารพิษได้ สามารถตัดสินใจได้ว่าการปรุงอาหารให้สุกแล้วทิ้งน้ำต้มเห็ดสามารถลดอันตรายจากการกินเห็ดได้แต่ไม่สามารถทำลายพิษเห็ดได้ และสามารถตัดสินใจได้ว่าการต้มเห็ดที่เป็นพิษไม่สามารถทำลายพิษของเห็ดได้ ตามลำดับ

2.2 หลังการพัฒนา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเห็ดพิษ	N	\bar{X}	S.D.	t	p-value
ก่อนกระบวนการพัฒนา	72	3.22	0.39	2.24	0.02
หลังกระบวนการพัฒนา	72	3.35	0.28		

จากตารางที่ 1 พบว่าหลังกระบวนการพัฒนาประชากรกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษเพิ่มขึ้นก่อนกระบวนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเห็ดพิษก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา

ความรู้รอบรู้ในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	N	\bar{X}	S.D.	t	p-value
ก่อนกระบวนการพัฒนา	72	3.03	0.59	2.19	0.03
หลังกระบวนการพัฒนา	72	3.22	0.46		

จากตารางที่ 2 พบว่าหลังกระบวนการพัฒนาประชากรกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเห็ดพิษเพิ่มขึ้นก่อนกระบวนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเห็ดพิษก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา

ความรู้ด้านความรู้ความเข้าใจ	N	\bar{X}	S.D.	t	p-value
ก่อนกระบวนการพัฒนา	72	14.14	2.12	4.86	0.00
หลังกระบวนการพัฒนา	72	15.87	1.42		

จากตารางที่ 3 พบว่าหลังกระบวนการพัฒนาประชากรกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเห็ดพิษเพิ่มขึ้นก่อนกระบวนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสื่อสารด้านเห็ดพิษก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา

ความรู้ด้านสุขภาพการสื่อสาร	N	\bar{X}	S.D.	t	p-value
ก่อนกระบวนการพัฒนา	72	3.08	0.57	1.5	1.27
หลังกระบวนการพัฒนา	72	3.22	0.47		

จากตารางที่ 4 พบว่าหลังกระบวนการพัฒนาประชากรกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสื่อสารด้านเห็ดพิษเพิ่มขึ้นก่อนกระบวนการพัฒนาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการตัวเองในการป้องกันเห็ดพิษก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา

ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเห็ดพิษ	N	\bar{X}	S.D.	t	p-value
ก่อนกระบวนการพัฒนา	72	3.65	0.43	0.73	0.46
หลังกระบวนการพัฒนา	72	3.70	0.37		

จากตารางที่ 5 พบว่าหลังกระบวนการพัฒนาประชากรกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการตัวเองในการป้องกันเห็ดพิษเพิ่มขึ้นก่อนกระบวนการพัฒนาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันเห็ดพิษก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา

ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเห็ดพิษ	N	\bar{X}	S.D.	t	p-value
ก่อนกระบวนการพัฒนา	72	3.14	0.51	1.72	0.08
หลังกระบวนการพัฒนา	72	3.28	0.43		

จากตารางที่ 6 พบว่าหลังกระบวนการพัฒนาประชากรกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันเห็ดพิษเพิ่มขึ้นก่อนกระบวนการพัฒนาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

อภิปรายผล

จากลักษณะภูมิศาสตร์ในพื้นที่ที่พบว่ามีพื้นที่ที่เป็นแหล่งเห็ดธรรมชาติจำนวนมาก และมีช่วงที่พบเห็ดเกือบตลอดทั้งปี ทำให้ประชาชนในพื้นที่มีวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเห็ดจำนวนมากทั้ง เก็บเห็ดขาย เก็บเห็ดมารับประทานเอง แต่เนื่องจากในพื้นที่พบเห็ดพิษหลายชนิดและบางชนิดมีลักษณะใกล้เคียงกับเห็ดที่รับประทานได้ซึ่งสอดคล้องผลงานวิจัยของพรพรรณ กุลมา และคณะ¹⁰ ซึ่งได้ทำการศึกษการเปรียบเทียบ

ลักษณะสัญญาณวิทยาของเห็ดระโงกชนิดที่รับประทานได้กับรับประทานไม่ได้ พบว่าเห็ดระโงกชนิดรับประทานได้ในระยะไข่อ่อน มีผิวเปลือกเรียบ กลางหมวกสีขาวนวล ผิวมัน ขอบหมวกเป็นซี่ร้วก้านกลางตลอดครบถี่ไม่มาก ส่วนชนิดรับประทานไม่ได้ลักษณะผิวเปลือกแตกเป็นตา เมื่อผ่าดูลักษณะหมวกด้านในหมวกมีสีขาว ผิวด้าน ขอบหมวกเรียบไม่เป็นซี่ครบถี่มาก ก้านตัน ทำให้ประชาชนในพื้นที่จึงยังมีความเสี่ยงจากการรับประทานเห็ดพิษ ดังนั้น การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับลักษณะของเห็ดที่รับประทานได้ การปรุงอาหารที่ถูกต้อง และการปฐมพยาบาลที่เหมาะสมก็จะทำให้ประชาชนในพื้นที่มีความปลอดภัยยิ่งขึ้น

รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงในการสร้างความรอบรู้ด้านเห็ดพิษในหมู่บ้านพื้นที่อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี จากการใช้กระบวนการสร้างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงโดยการเสริมพลังอำนาจ (LEAD- Risk) เป็นการบูรณาการจากแนวคิดทฤษฎีการสื่อสารความเสี่ยง การเสริมพลังอำนาจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการสร้างความเชื่อมั่นเพื่อการสื่อสารความเสี่ยงของพาทูร์ตัน คงเมือง ทัยสุวรรณ⁹ โดยการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริง ถูกต้อง โปร่งใส ยอมรับและให้ความเคารพผู้ที่เราสื่อสารความเสี่ยงด้วย สนับสนุนความต้องการ และการตอบสนองความจำเป็น โดยได้รูปแบบการสื่อสารมา 3 รูปแบบ ได้แก่ การใช้อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งต้องผ่านกระบวนการในการเสริมสร้างศักยภาพ ซึ่งระดับความรู้ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขมีความแตกต่างกัน ดังนั้นสำหรับรูปแบบนี้ต้องอาศัยสื่อสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางในการสื่อสารความเสี่ยงที่ชัดเจน ส่วนรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงโดยผู้นำชุมชนผ่านเสียงตามสายก็อาจจะมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความพร้อมของเครื่องกระจายเสียง ส่วนรูปแบบของสื่อสุขภาพในรูปแบบของโปสเตอร์นั้นต้องเลือกพื้นที่ในการติดตั้งเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยในการวิจัยครั้งนี้เลือกติดบริเวณเส้นทางที่เป็นเส้นทางไป - กลับพื้นที่เก็บเห็ด ซึ่งจะทำให้ประชาชนที่จะเดินทางไปเก็บเห็ดสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับเห็ดพิษได้มากขึ้น

การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษเพิ่มขึ้นก่อนกระบวนการพัฒนา โดยมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยมีองค์ประกอบที่ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเห็ดพิษ ความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเห็ดพิษ ซึ่งสอดคล้องตามทฤษฎีของ Don Nutbeam¹⁴ โดยเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน เขียนที่จำเป็นต่อการสร้างความเข้าใจได้ด้วยตัวเอง

ส่วนองค์ประกอบที่ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสื่อสารด้านเห็ดพิษ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการตัวเองในการป้องกันเห็ดพิษ และความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันเห็ดพิษ ซึ่งสอดคล้องตามทฤษฎีของ Don Nutbeam¹⁴ โดยเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์¹¹ (Interactive/communicative health literacy) ทักษะพื้นฐานในการสร้างเสริมปัญญา และทักษะทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ¹¹ (Critical health literacy) ทักษะทางปัญญาและสังคม การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ควบคุมจัดการ สถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ และการผลักดันสังคม ซึ่งเป็น Interpersonal และ Integrated out come ต้องใช้ระยะเวลาสำหรับกระบวนการเรียนรู้เพื่อทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพดังกล่าว ดังนั้น การที่จะสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต้องมีการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการปฏิบัติการสำหรับการวิจัยนี้สามารถนำรูปแบบในการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับเห็ดพิษเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษไปใช้กับประชาชนในทุกพื้นที่ได้ทั้ง 3 รูปแบบ ซึ่งถ้าจะให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต้องใช้ควบคู่กันไปทั้ง 3 รูปแบบ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่ายที่สุด และเมื่อมีการดำเนินการสม่ำเสมอ ก็จะส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่มากขึ้น รวมทั้งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพก็จะเพิ่มตามขึ้นไปด้วย
2. ด้านการศึกษา สื่อสุขภาพ “ทำอะไรให้ปลอดภัยจากเห็ดพิษ” สามารถนำไปปรับใช้สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในกระบวนการดูแลรักษาได้เพื่อเป็นสื่อในการสื่อสารถึงชนิดของเห็ดที่ผู้ป่วยรับประทานมา โดยทีมรักษาสามารถทราบถึงชนิดของเห็ดที่ผู้ป่วยรับประทานมาทำให้สามารถวางแผนการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. ด้านการวิจัย ควรประเมินผลของรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษ และควรศึกษาปัจจัยที่มีผลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตัดสินใจรับประทานเห็ด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 29 มิ.ย.2562]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/doe/journal_detail.php?publish=6891
2. กลุ่มงานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. เอกสารประกอบการบรรยาย สถานการณ์เห็ดพิษ. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี; 2562.
3. กลุ่มบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วมโรงพยาบาลนุชนทริก. รายงานการสอบสวนโรคเห็ดพิษ.อุบลราชธานี: โรงพยาบาลนุชนทริก; 2562.
4. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. และลดเสี่ยง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
5. ชินตา เตชะวิจิตรจำรู. ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพ: กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. วารสารพยาบาลทหารบก [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค.2562];19:1-11. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tcithaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/130366/97803>
6. นิตยา พันธุเวทย์, นุชรี อาบสุวรรณ, ชัยศักดิ์ สุรสิทธิ์. การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคลากรกรมควบคุมโรค. วารสารควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค.2562];39:225-32 เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/download/154917/112654/>
7. พรสุดา ไสวรรณ, สิรินาถ เทียนคำ, ณัฐพล ปัญญา. ความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติในการเลือกเห็ดเพื่อปรุงอาหารและปฏิบัติเมื่อกินเห็ดพิษของชาวบ้าน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 2563;6:995-1005.
8. พรวิจิตร ปานนาค, สุทธิพร มูลศาสตร์, เชษฐา แก้วพรม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 29 พ.ย.2562];27:91-106. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/download/111192/86931/>

9. พาหุรัตน์ คงเมืองทัยสุวรรณ. แนวคิดในการสร้างความน่าเชื่อถือในการสื่อสารความเสี่ยง. คู่มือการสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในภาวะวิกฤติ. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค; 2560.
10. พรพรรณ กุลมา, มณูศิลป์ ศิริมาตย์, สายสมร ล้ายอง. การเปรียบเทียบลักษณะสัญญาณวิทยาของเห็ดระโงกชนิดที่รับประทานได้กับรับประทานไม่ได้. การประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 49: สาขาวิทยาศาสตร์;1-4 กุมภาพันธ์ 2554; มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: กรุงเทพฯ; 2554.
11. เมธาวิ ดวงจินดา, นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์, ศศิธร รุจนเวช. ผลลัพธ์ของโปรแกรมความเสี่ยงทางสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารพยาบาลทหารบก [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 13 ส.ค.2562];17:62-7 เข้าถึงได้จาก:
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/66803/54584>
12. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี. ความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมของประชาชนเพื่อป้องกันโรคเห็ดพิษ ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก:
<http://klb.ddc.moph.go.th/dataentry/research/form/60>.
13. Daniel WW. Biostatistic: A foundation for analysis in the health sciences. 8th ed. n.p.: 1995.
14. Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International [Internet]. 2000 [cited 2019 Jun 24]. Available from: <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>

การประเมินผลการจัดการเรียนแบบออนไลน์ของนักศึกษา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19

แก้วใจ มาลีลัย วท.ม.^{1*}, ภคิน ไชยช่วย ปร.ด.¹, จินดา คำแก้ว ส.ม.¹,
พนาไพร โฉมงาม ส.ม.¹, นุชจรินทร์ แก่นบุปผา พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การระบาดของ COVID-19 ส่งผลให้สถาบันการศึกษาจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ เพื่อเว้นระยะห่างและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ในสถานศึกษา ซึ่งการเรียนออนไลน์ เป็นรูปแบบที่สามารถเรียนได้ทุกเวลาทุกสถานที่ที่สะดวก การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินผลการจัดการเรียนแบบออนไลน์ ของนักศึกษาในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 2) ศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการเรียน แบบออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2563 จำนวน 252 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามแบบออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.54 เรียนหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 34.92 และสาขาวิชาทันตสาธารณสุข ร้อยละ 29.76 เรียนหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม ร้อยละ 21.03 และสาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ร้อยละ 14.29 เครื่องมือ สำหรับเรียนออนไลน์ส่วนใหญ่คือสมาร์ทโฟน ร้อยละ 80.95 เรียนออนไลน์ด้วย Google classroom ร้อยละ 97.22 และเรียนออนไลน์ที่บ้านตนเอง ร้อยละ 76.19 ภาพรวมผลการประเมินปัจจัยนำเข้าระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 3.23, S.D. = 1.10$) การประเมินกระบวนการระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.36, S.D. = 0.96$) การประเมินผลลัพธ์ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.33, S.D. = 0.84$) และความพึงพอใจต่อการเรียนแบบออนไลน์ ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.30, S.D. = 0.92$) การเรียนออนไลน์เหมาะกับสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 การส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยนำเข้ารวมทั้งกระบวนการในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ควรดำเนินการ อย่างต่อเนื่อง เพื่อประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ต่อไป

คำสำคัญ: การเรียนออนไลน์ โควิด-19 นักศึกษา

¹ อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Corresponding e-mail: kaewjai@scphub.ac.th

วันที่รับ (received) 3 ก.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 15 ต.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 ธ.ค. 2564

An Evaluation of Online Learning During the COVID-19 Outbreak among Students of Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani

Kaewjai Maleelai M.Sc.^{1*}, Phakin Chaichuy Ph.D.¹, Jinda Khamkaew M.P.H.¹,
Panaprai Chomngam M.P.H.¹, Nutcharin Kanbupha B.N.S.¹

Abstract

The outbreak of COVID-19 has resulted in educational institutions providing online teaching and learning to maintain social distancing and reduce the risk of COVID-19 infections in schools. Online learning is a format that can be studied anytime and anywhere that is convenient. This cross-sectional design study was designed 1) to evaluate online learning during the COVID-19 outbreak, and 2) to study the satisfaction with online learning among students at the Sirindhorn College of Public Health in Ubon Ratchathani. A total of 252 participants were recruited from the students at the Sirindhorn College of Public Health. Data were collected using an online questionnaire. Descriptive statistics were used to analyze the data, including frequencies, percentages, averages, and standard deviations. The results showed that most of the students were female (82.54%), and were studying for their Bachelor of Public Health in the Community Public Health (34.92%) or Dental Public Health (29.76%) programs, or for their Diploma of Pharmacy Technique (21.03%) or Diploma of Emergency Medical Operations (14.29%). The majority of students used Google Classroom (97.22%) on their smartphones (80.95%) to study online and that 76.19% of the students studied online at home. Overall, results for input assessment ($\bar{X} = 3.23$, $S.D. = 1.10$), process assessment ($\bar{X} = 3.36$, $S.D. = 0.96$), output evaluation ($\bar{X} = 3.33$, $S.D. = 0.84$) and satisfaction with online learning ($\bar{X} = 3.30$, $S.D. = 0.92$) were at a moderate level. Online learning is suitable for the situation during the COVID-19 outbreak. The promotion and development of improved inputs and processes for online teaching and learning should be continued to increase their effectiveness and the output quality of online learning during the COVID-19 outbreak.

Keywords: online learning, COVID-19, students

¹ Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding e-mail: kaewjai@scphub.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease) หรือ COVID-19 ที่แพร่ระบาดไปยังหลายประเทศทั่วโลก ส่งผลให้มีผู้ป่วยและเสียชีวิตจำนวนมาก¹ COVID-19 แพร่ผ่านโดยละอองน้ำลายหรือน้ำมูกเป็นหลัก ซึ่งเป็นการติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ อาการของผู้ติดเชื้อมีอาการตั้งแต่เจ็บป่วยทางระบบทางเดินหายใจเล็กน้อยถึงปานกลางและรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต² ผลกระทบของ COVID-19 ส่งผลในวงกว้างทั้งต่อวิถีชีวิต เศรษฐกิจ สังคม การท่องเที่ยว กีฬา การแพทย์ การสาธารณสุข รวมทั้งด้านการศึกษา³ สถาบันทางการศึกษาไม่สามารถจัดการเรียนการสอนแบบปกติได้ จึงจำเป็นต้องใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบออนไลน์เพื่อให้การเรียนรู้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง กระบวนการเรียนการสอนแบบออนไลน์นั้นมีองค์ประกอบต่างๆ ได้แก่ ผู้สอน ผู้เรียน เนื้อหา สื่อการเรียน และแหล่งเรียนรู้ กระบวนการจัดการเรียนรู้ ระบบการติดต่อสื่อสาร ระบบเครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมทั้งการวัดและการประเมินผล⁴ การเรียนการสอนในชั้นเรียนถูกเปลี่ยนเป็นการเรียนการสอนแบบออนไลน์ โดยสามารถสอนและเรียนได้ในที่พักอาศัยของตนเอง ทั้งผู้สอนและผู้เรียนมีการใช้เทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตมากขึ้น เพื่อเว้นระยะห่าง ป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการแพร่เชื้อ COVID-19⁵ การเปลี่ยนวิธีการเรียนการสอนเป็นแบบเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของ COVID-19 นั้นทำให้สภาพจิตใจของนักศึกษาดีขึ้นและลดความเครียดวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ COVID-19⁶ ซึ่งรูปแบบการเรียนการสอนออนไลน์สามารถแก้ไขปัญหาการเรียนที่ยังอยู่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ได้เป็นอย่างดี⁷

สถาบันการศึกษาหลายแห่งได้ปฏิบัติตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อลดการระบาดของโรค COVID-19 โดยการเว้นระยะห่าง ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลดการแพร่กระจายและป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ โดยการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ เช่น จัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์สำหรับนักศึกษาแพทย์⁸ เพื่อเป็นการสนองตอบต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้อาจารย์ผู้สอนปรับวิธีการเรียนการสอนโดยผ่านช่องทางการใช้สื่อดิจิทัลหรือการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ตามความเหมาะสมกับบริบทของรายวิชา โดยไม่ต้องใช้วิธีการเรียนการสอนในห้องเรียน รวมทั้งการวัดและการประเมินผลให้ปรับรูปแบบโดยไม่ต้องสอบในห้องเรียน⁹

ปีการศึกษา 2563 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ได้เปิดการเรียนการสอนตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2563 โดยจัดการเรียนการสอนแบบวิถีชีวิตปกติใหม่ (New normal) และเว้นระยะห่าง (Social distancing) รูปแบบการเรียนการสอนมีทั้งแบบเรียนในชั้นปกติ (Onsite) และเรียนแบบออนไลน์ (Online) ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับบริบทลักษณะของแต่ละวิชาและสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 แต่อย่างไรก็ดี ยังไม่มีการศึกษาวิจัยประเมินผลการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ รวมทั้งศึกษาความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการเรียนการสอนแบบออนไลน์ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 เพราะรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่แตกต่างจากรูปแบบเดิมคือการเรียนในชั้นเรียนปกติ อาจส่งผลกระทบต่อผู้เรียนโดยตรงและอาจส่งผลกระทบต่อระบบคุณภาพมาตรฐานการศึกษา ซึ่งหากไม่มีการศึกษาวิจัยในครั้งนี้อาจไม่ทราบถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้เรียนจากรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ รวมทั้งผลย้อนกลับ (Feedback) ของระบบการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ในปีการศึกษา 2563 ที่ผ่านมา เพื่อต้องการทราบถึงผลลัพธ์ (Output) ของระบบที่เกิดขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีระบบ (System theory) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากทฤษฎีระบบเชื่อว่า

ระบบจะต้องเป็นระบบเปิด (Open system) ที่มีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมโดยได้รับอิทธิพลหรือผลกระทบต่อเวลาจากสภาพแวดล้อม อีกทั้งทฤษฎีระบบคำนึงถึงผลของการปฏิบัติที่เป็นผลลัพธ์ (Output หรือ Product) มากกว่ากระบวนการ (Process) โดยผลจากการศึกษาจะเป็นการป้อนข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เพื่อให้รู้ว่าระบบมีการเบี่ยงเบนอย่างไร โดยผลการวิจัยสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดรูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนรูปแบบออนไลน์ดำเนินไปตามคุณภาพมาตรฐานของระบบการศึกษาที่ไม่แตกต่างจากมาตรฐานการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนปกติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินผลการจัดการเรียนแบบออนไลน์ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการเรียนแบบออนไลน์ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวความคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ นำทฤษฎีเชิงระบบ (System theory) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา เนื่องจากทฤษฎีระบบเชื่อว่าระบบจะต้องเป็นระบบเปิด (Open system) ที่มีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยได้รับอิทธิพลหรือผลกระทบต่อเวลาจากสภาพแวดล้อม อีกทั้งทฤษฎีเชิงระบบคำนึงถึงผลของการปฏิบัติที่เป็น Output มากกว่า Process โดยผลจากการศึกษาจะเป็นการป้อนข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เพื่อให้รู้ว่าระบบมีการเบี่ยงเบนอย่างไร ซึ่งสามารถนำผลที่ได้มาปรับปรุงระบบการทำงาน (Process) ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งการส่งเสริมนำเข้าของปัจจัยนำเข้า (Input) ให้เพียงพอต่อระบบ สามารถส่งผลไปยังผลผลิต (Output) ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อระบบและเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพสรุปดังนี้

ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ ทรัพยากรทางการบริหาร ได้แก่ บุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Materials) การบริหารจัดการ (Management) และแรงจูงใจ (Motivation)

กระบวนการ (Process) ได้แก่ การจัดการเรียนการสอน ซึ่งประกอบด้วย การบริหารจัดการ วิธีการจัดการเรียนการสอน การนิเทศ การติดตามตรวจสอบ และการวัดและการประเมินผล

ผลผลิต (Output) ได้แก่ ผลที่เกิดจากกระบวนการของการนำเอาปัจจัยมาปฏิบัติเพื่อให้เกิดประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา รวมถึงผลกระทบคือความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีการศึกษา 2563 จำนวนทั้งหมด 410 คน ประกอบไปด้วยหลักสูตรต่าง ๆ ดังนี้ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 2-4 (ปีการศึกษา 2563 ไม่มีนักศึกษาชั้นปีที่ 1) หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 1-3 (ปีการศึกษา 2563 ไม่มีนักศึกษาชั้นปีที่ 4)

หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม ชั้นปีที่ 1-2 และหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ชั้นปีที่ 1-2

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power¹⁰ โดย Test family คือ F test สถิติที่ใช้คือ ANOVA: fixed effects, omnibus, one-way ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.25 ค่าความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 252 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามสัดส่วนชั้นปี เกณฑ์การคัดเลือกคือนักศึกษาที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และนักศึกษาที่ผ่านการเรียนการสอนออนไลน์มาแล้ว 1 ภาคการศึกษา เกณฑ์การคัดออกคือนักศึกษาที่ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี SCPHUB I003/2564 อาสาสมัครวิจัยสามารถถอนตัวจากการเป็นอาสาสมัครโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่ออาสาสมัครวิจัย และไม่มีผลกระทบต่อการเรียน การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวม ข้อมูลวิจัยถูกเก็บรักษาเป็นความลับและทำลายภายในระยะเวลา 1 ปี หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือวิจัยขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (จำนวน 7 ข้อ) ประกอบด้วย เพศ อายุ หลักสูตร ชั้นปี เครื่องมือสื่อสารที่ใช้เรียนออนไลน์ สถานที่เรียนออนไลน์ และวิธีการเรียนออนไลน์

ส่วนที่ 2 การประเมินผลการจัดการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ประกอบไปด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

2.1 การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input) ในการจัดการเรียนออนไลน์ (จำนวน 27 ข้อ) ประกอบไปด้วย การประเมิน บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การบริหารจัดการ และแรงจูงใจ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับความคิดเห็น ดังนี้ 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย และ 1 หมายถึง น้อยที่สุด การแปลผลระดับความคิดเห็น ดังนี้ 4.51-5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด 3.51-4.50 คะแนนหมายถึงระดับมาก 2.51-3.50 คะแนนหมายถึง ระดับปานกลาง 1.51-2.50 คะแนนหมายถึงระดับน้อย และ 1.00-1.50 คะแนนหมายถึงน้อยที่สุด¹¹

2.2 การประเมินกระบวนการ (Process) ในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ (จำนวน 16 ข้อ) ประกอบไปด้วย การประเมินการบริหารจัดการเรียนออนไลน์ วิธีการจัดการเรียนการสอน การนิเทศ และการติดตามตรวจสอบ และการวัดและการประเมินผล โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับความคิดเห็น ดังนี้ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด การแปลผลระดับความคิดเห็น ดังนี้ 4.51-5.00 คะแนนหมายถึงระดับมากที่สุด 3.51-4.50 คะแนนหมายถึงระดับมาก 2.51-3.50 คะแนนหมายถึงระดับปานกลาง 1.51-2.50 คะแนนหมายถึง ระดับน้อย และ 1.00-1.50 คะแนนหมายถึงน้อยที่สุด¹¹

2.3 การประเมินผลลัพธ์ (Out put) ในการจัดการเรียนออนไลน์ (จำนวน 10 ข้อ) ประกอบไปด้วย การประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับความคิดเห็น ดังนี้ 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึง น้อยที่สุด การแปลผลระดับความคิดเห็น ดังนี้ 4.51-5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด 3.51-4.50 คะแนน

หมายถึง ระดับมาก 2.51-3.50 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง 1.51-2.50 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00-1.50 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด¹¹

ส่วนที่ 3 การประเมินความพึงพอใจต่อการเรียนแบบออนไลน์ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 (จำนวน 26 ข้อ) ประกอบไปด้วยการประเมินความพึงพอใจด้านผู้สอน ด้านการวัดและประเมินผล ด้านเนื้อหาบทเรียน ด้านวิธีการเรียนออนไลน์ และด้านสิ่งสนับสนุนการเรียน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก 3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง 2 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย และ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด แปลผลความหมายคะแนนระดับความพึงพอใจ ดังนี้ 4.51-5.00 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด 3.51-4.50 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก 2.51-3.50 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง 1.51-2.50 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย 1.00-1.50 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด¹¹

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ (คำถามปลายเปิด)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC: Index of item objective congruence) ส่วนที่ 1 ค่า IOC เท่ากับ 1.00 ส่วนที่ 2 ค่า IOC เท่ากับ 0.82 และส่วนที่ 3 ค่า IOC เท่ากับ 0.90 ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาที่มีบริบทและคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 2 การประเมินผลการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 มีค่า 0.97 และส่วนที่ 3 แบบสอบถามการประเมินความพึงพอใจต่อการเรียนแบบออนไลน์ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงสร้างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยของทางวิทยาลัยฯ และผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัยต่อผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ขอความร่วมมือนักศึกษาเป็นอาสาสมัครวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์ของวิจัย เก็บข้อมูลแบบออนไลน์ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน 2564 เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของ COVID 19

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และส่วนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดเรียงข้อมูล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 82.54 เพศชายร้อยละ 17.46 ส่วนใหญ่อายุ 20 ปี ร้อยละ 32.94 รองลงมาคือ 19 ปีร้อยละ 23.81 อายุเฉลี่ย 23 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี อายุสูงสุด 30 ปี ส่วนใหญ่เรียนหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนร้อยละ 34.92 รองลงมาคือ หลักสูตรสาธารณสุข ศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุขร้อยละ 29.76 หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง

สาขาวิชาเทคนิคเกษตรกรรมร้อยละ 21.03 และหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ร้อยละ 14.29 ส่วนใหญ่เรียนชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 38.49 เรียนชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 28.17 เรียนชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 19.44 และเรียนชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 13.89 ตามลำดับ

เครื่องมือสำหรับเรียนออนไลน์ส่วนใหญ่ นักศึกษาใช้สมาร์ทโฟนในการเรียนออนไลน์มากที่สุด ร้อยละ 80.95 ส่วนใหญ่เรียนออนไลน์ที่บ้านตนเองร้อยละ 76.19 และส่วนใหญ่เรียนออนไลน์ด้วย Google classroom ร้อยละ 97.22

ตารางที่ 1 เครื่องมือ สถานที่ และวิธีการเรียนสำหรับเรียนออนไลน์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ข้อมูลสำหรับเรียนออนไลน์	จำนวน	ร้อยละ	อันดับ
1. เครื่องมือสำหรับเรียนออนไลน์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
สมาร์ทโฟน	204	80.95	1
คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก	197	78.17	2
แท็บเล็ต/ไอแพด	103	40.87	3
คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ	15	5.95	4
2. สถานที่สำหรับเรียนออนไลน์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
บ้านตนเอง	192	76.19	1
หอพักนอกวิทยาลัย	147	58.33	2
หอพักในวิทยาลัย	61	24.21	3
ห้องเรียน	43	17.06	4
คาเฟ่/ร้านอาหาร	40	15.87	5
ห้องสมุด	21	8.33	6
อื่นๆ โปรดระบุ (ทุ่งนา)	3	1.19	7
3. วิธีการเรียนออนไลน์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
เรียนด้วย Google classroom	245	97.22	1
เรียนด้วยคลิปของผู้สอนในเวลาที่สะดวก	131	51.98	2
การไลฟ์สดออนไลน์ตามตารางเรียน	103	40.87	3

ส่วนที่ 2 การประเมินผลการจัดการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19

ภาพรวมคะแนนค่าเฉลี่ยการประเมินปัจจัยนำเข้าในการจัดการเรียนออนไลน์ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.23, S.D. = 1.10$) คะแนนค่าเฉลี่ยการประเมินกระบวนการในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.36, S.D. = 0.96$) และ คะแนนค่าเฉลี่ยการประเมินผลลัพธ์ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.33, S.D. = 0.84$) ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Output) ในการจัดการเรียนออนไลน์ ($N = 252$)

ผลการประเมิน	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. ปัจจัยนำเข้า (Input)	3.23	1.10	ปานกลาง
1.1 แรงจูงใจ	3.36	1.33	ปานกลาง
1.2 บุคลากร	3.35	0.96	ปานกลาง
1.3 วัสดุอุปกรณ์	3.32	0.99	ปานกลาง

ผลการประเมิน	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1.4 การบริหารจัดการ	3.05	0.97	ปานกลาง
1.5 งบประมาณ	2.95	1.13	ปานกลาง
2.กระบวนการ (Process)	3.36	0.96	ปานกลาง
2.1 การบริหารจัดการเรียนออนไลน์	3.46	0.90	ปานกลาง
2.2 การวัดและการประเมินผล	3.44	0.96	ปานกลาง
2.3 การนิเทศและการติดตามตรวจสอบ	3.41	0.94	ปานกลาง
2.4 วิธีการจัดการเรียนการสอน	3.17	1.00	ปานกลาง
3.ผลลัพธ์ (Output)	3.33	0.84	ปานกลาง
3.1 ผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับอุดมศึกษา	3.43	0.85	ปานกลาง
3.2 ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน	3.31	0.87	ปานกลาง
3.3 ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (เกรด)	3.21	0.82	ปานกลาง

สำหรับผลการประเมินการจัดการเรียนออนไลน์แยกรายหลักสูตรและสาขาวิชา หลักสูตรปริญญาตรี ด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ อยู่ระดับปานกลาง หลักสูตรต่ำกว่าปริญญาตรี ด้านปัจจัยนำเข้า ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.50, S.D. = 1.06$) การประเมินกระบวนการระดับมาก ($\bar{X} = 3.63, S.D. = 0.88$) และการประเมินผลลัพธ์ระดับมาก ($\bar{X} = 3.57, S.D. = 0.76$) ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การประเมินผลการจัดการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 แยกรายหลักสูตรและสาขาวิชา (N = 252)

หลักสูตร/ การประเมิน	หลักสูตรปริญญาตรี		หลักสูตรต่ำกว่าปริญญาตรี	
	สาขาวิชา สาธารณสุขชุมชน	สาขาวิชา ทันตสาธารณสุข	สาขาวิชาเทคนิค เภสัชกรรม	สาขาปฏิบัติการ ฉุกเฉินการแพทย์
ปัจจัยนำเข้า (Input)				
\bar{X}	2.93	3.23	3.46	3.53
S.D.	1.03	1.02	1.17	0.94
แปลผล	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	มาก
ค่าเฉลี่ย	ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.08, S.D. = 1.02$)		ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.50, S.D. = 1.06$)	
กระบวนการ (Process)				
\bar{X}	3.11	3.30	3.62	3.63
S.D.	0.92	0.98	0.91	0.84
แปลผล	ปานกลาง	ปานกลาง	มาก	มาก
ค่าเฉลี่ย	ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.21, S.D. = 0.95$)		ระดับมาก ($\bar{X} = 3.63, S.D. = 0.88$)	
ผลลัพธ์ (Output)				
\bar{X}	3.09	3.31	3.54	3.59
S.D.	0.85	0.86	0.72	0.80
แปลผล	ปานกลาง	ปานกลาง	มาก	มาก
ค่าเฉลี่ย	ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.20, S.D. = 0.86$)		ระดับมาก ($\bar{X} = 3.57, S.D. = 0.76$)	

ส่วนที่ 3 การประเมินความพึงพอใจต่อการเรียนแบบออนไลน์ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ภาพรวมความพึงพอใจต่อการเรียนแบบออนไลน์ระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.30$, $S.D.=0.92$) ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจต่อการเรียนแบบออนไลน์ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19
($N=252$)

ลำดับ	หัวข้อ	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1	ด้านผู้สอน	3.53	0.91	มาก
2	ด้านการวัดและประเมินผล	3.29	0.86	ปานกลาง
3	ด้านเนื้อหาบทเรียน	3.28	0.94	ปานกลาง
4	ด้านวิธีการเรียนออนไลน์	3.26	0.96	ปานกลาง
5	ด้านสิ่งสนับสนุนการเรียน	3.20	0.94	ปานกลาง
ภาพรวม		3.30	0.92	ปานกลาง

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่นๆของนักศึกษาในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ (คำถามปลายเปิด)

จุดเด่นของการเรียนออนไลน์ คือในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 อยากรู้ให้จัดการเรียนการสอนออนไลน์ต่อไป เรียนออนไลน์ดีที่สุด มีความสะดวกสบายและปลอดภัย สนับสนุนการเรียนออนไลน์ เนื่องจากสถานการณ์ตอนนี้ยังมียอดผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อาจารย์ผู้สอนสามารถจัดการเรียนการสอนออนไลน์ได้ตามความเหมาะสมและมีความยืดหยุ่น จุดอ่อนของการเรียนออนไลน์ คือเวลาในการทำข้อสอบออนไลน์ค่อนข้างน้อย อยากรู้ให้เพิ่มเวลาในการสอบเพราะข้อสอบบางข้อโจทย์ยาวหรือซับซ้อน อยากรู้ให้ลดการส่งงานเพราะแต่ละวิชาส่งงานตลอดพอรวม ๆ ทุกวิชาที่เรียนแล้วงานค่อนข้างเยอะ เวลาเรียนออนไลน์จะรู้สึกง่วงเพราะส่วนใหญ่ฟังแต่อาจารย์อธิบาย บางครั้งเรียนไม่ค่อยเข้าใจ การเรียนออนไลน์อยากต่อการสอบถามอาจารย์เมื่อไม่เข้าใจ การเรียนออนไลน์ทำให้นักศึกษาไม่ค่อยสนใจเรียนและขาดความกระตือรือร้น

ปัญหาและอุปสรรคในการเรียนออนไลน์ คือปัญหาเกี่ยวกับอินเทอร์เน็ต มีค่าใช้จ่ายเรื่อง การซื้อสัญญาณอินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้น ไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่ดี เจอปัญหาเรื่องเสียงและภาพหลุด สัญญาณอินเทอร์เน็ตขึ้นอยู่กับสภาพอากาศ ไม่มีอุปกรณ์เรียนออนไลน์อื่นๆ มีเพียงสมาร์ตโฟน ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ในการเรียนออนไลน์ ได้แก่ บางรายวิชาสามารถจัดการเรียนการสอนออนไลน์เหมาะกับ สถานการณ์ แต่บางรายวิชาที่ต้องลงปฏิบัติจริงโดยเฉพาะด้านวิชาชีพ อยากรู้ให้ลดค่าเทอมเพราะอุปกรณ์และ อินเทอร์เน็ตที่ใช้ในการเรียนออนไลน์เป็นของส่วนตัวของนักศึกษา อยากรู้ให้สอนเป็นวิดีโอมากกว่า อยากรู้ให้ทางวิทยาลัยฯ สนับสนุนเรื่องสัญญาณอินเทอร์เน็ต อยากรู้ให้เพิ่มจำนวนคอมพิวเตอร์ที่ห้องสมุด เพื่อต่อการสืบค้นข้อมูลในอินเทอร์เน็ตและใช้ในการเรียนออนไลน์ อยากรู้เรียนแบบชั้นเรียนปกติมากกว่า สิ่งที่ได้จากการเรียนออนไลน์จะได้น้อยกว่าเรียนในชั้นเรียน เป็นต้น

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยพบว่า นักศึกษาใช้สมาร์ตโฟนในการเรียนออนไลน์มากที่สุด เนื่องจากสมาร์ตโฟน เป็นเครื่องมือสื่อสารออนไลน์พื้นฐานขนาดเล็กที่สะดวกในการพกพา เมื่อเชื่อมต่อกับสัญญาณอินเทอร์เน็ต ก็สามารถเรียนออนไลน์ได้ทุกสถานที่ทุกเวลาที่สะดวก สอดคล้องกับงานวิจัยของ วัฒนพร จตุรานนท์ และคณะ¹² ที่พบว่าพฤติกรรมการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาส่วนใหญ่ใช้สมาร์ตโฟนในการเรียนออนไลน์ ร้อยละ 100 แตกต่างจากงานวิจัยของ อโรชา ทองลาว และคณะ¹³ ที่พบว่านิสิตส่วนใหญ่ใช้คอมพิวเตอร์

พกพา (Notebook computer) สำหรับการเรียนการสอนออนไลน์มากที่สุดร้อยละ 48 ในช่วงสถานการณ์ระบาดของ COVID-19 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ได้จัดการเรียนการสอนและการสอบแบบออนไลน์ นักศึกษาส่วนใหญ่จึงเรียนออนไลน์ที่บ้านตนเอง และพบว่านักศึกษาเรียนออนไลน์ที่หอพักนอกวิทยาลัย หอพักภายในวิทยาลัย คาเฟ่/ร้านอาหาร ห้องสมุด และมีนักศึกษาบางส่วนเรียนออนไลน์ที่ทุ่งนา แสดงให้เห็นว่าการเรียนออนไลน์นั้นสามารถเรียนได้ทุกที่ทุกเวลาที่สะดวก หากมีการเชื่อมต่อกับสัญญาณอินเทอร์เน็ต วิธีการเรียนออนไลน์ส่วนใหญ่เรียนออนไลน์จาก Google classroom ซึ่งเป็นรูปแบบการเรียนออนไลน์อีกหนึ่งทางเลือกที่เหมาะสมกับสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 สอดคล้องกับงานวิจัยของลักษมี ฉิมวงษ์¹⁴ ที่พบว่าช่องทางการเรียนออนไลน์อันดับแรกของนิสิตสาขาพลศึกษา คือ Google classroom

การจัดการเรียนการสอนออนไลน์ของวิทยาลัย ประจำปีการศึกษา 2563 นั้นดำเนินการจัดการเรียนการสอนทั้งแบบออนไลน์และแบบชั้นเรียนปกติควบคู่ไปกับสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละรายวิชา ถึงแม้ว่าอาจารย์ผู้สอนเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการสอนออนไลน์ มีอาจารย์ประจำในแต่ละหลักสูตรที่คอยให้ความช่วยเหลือเรื่องเรียนออนไลน์กับนักศึกษา มีผู้บริหารที่ให้การสนับสนุนจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ มีเจ้าหน้าที่สารสนเทศที่คอยให้การสนับสนุนการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ แต่ปัญหาและอุปสรรคด้านปัจจัยนำเข้าที่สำคัญคือ ด้านงบประมาณของนักศึกษาที่ต้องจ่ายในการเรียนออนไลน์ นักศึกษาต้องใช้งบประมาณส่วนตัวในการซื้อสัญญาณอินเทอร์เน็ตเพื่อเรียนออนไลน์เพราะนักศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 76.19 เรียนออนไลน์ที่บ้านตนเอง อีกทั้งนักศึกษาบางส่วนขาดแรงจูงใจในการเรียนออนไลน์ เพราะการเรียนออนไลน์ในบางครั้งไม่ได้สร้างความสนุกสนานเหมือนเรียนในชั้นเรียนปกติ ขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้สอนเพราะเป็นการฟังบรรยายอย่างเดียว อีกทั้งเป็นการเรียนการสอนที่อยู่ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่ COVID-19 ซึ่งส่งผลให้ภาพรวมการประเมินปัจจัยนำเข้า (Input) ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.23, S.D. = 1.10$) ภาพรวมการประเมินกระบวนการ (Process) ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.36, S.D. = 0.96$) และภาพรวมการประเมินผลลัพธ์ (Output) ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.33, S.D. = 0.84$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของธนกร กอเสนาะรส และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาการติดตามและประเมินผลการจัดการเรียนการสอนหมวดวิชาศึกษาทั่วไป กลุ่มรายวิชาพลศึกษานามัย ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พบว่าด้านการบริหารจัดการหลักสูตรมีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับโยชิตา หลวงสุรินทร์ และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาการบริหารจัดการการเรียนออนไลน์กรณีศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่าระดับการบริหารจัดการการเรียนออนไลน์โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.08$) ผลการศึกษาแตกต่างจากงานวิจัยของจุฑาภรณ์ ธนวิศิษฐ์ และคณะ¹⁷ ที่ศึกษาแนวทางการบริหารจัดการโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมโดยใช้ทฤษฎีเชิงระบบผลการศึกษาพบว่าด้านการจัดการเรียนการสอนโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และด้านการบริหารจัดการเรียนร่วมภาพรวมอยู่ในระดับมาก

จำแนกการประเมินการจัดการเรียนแบบออนไลน์ของนักศึกษาแยกรายหลักสูตร ระหว่างหลักสูตรปริญญาตรีและหลักสูตรต่ำกว่าปริญญาตรี พบว่าผลการประเมินมีความแตกต่างกัน ผลการประเมินการจัดการเรียนแบบออนไลน์ของนักศึกษาหลักสูตรปริญญาตรี ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์อยู่ระดับปานกลาง ขณะที่หลักสูตรต่ำกว่าปริญญาตรี ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้าระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.50, S.D. = 1.06$) ด้านกระบวนการระดับมาก ($\bar{X} = 3.63, S.D. = 0.88$) และด้านผลลัพธ์ระดับมาก ($\bar{X} = 3.57, S.D. = 0.76$) ซึ่งความแตกต่างของผลการประเมินของนักศึกษาทั้งสองหลักสูตร ทั้งนี้เนื่องมาจากการจัดกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่แตกต่างกัน ได้แก่การจัดการเรียนการสอน

แบบอุดมศึกษาสำหรับหลักสูตรปริญญาตรีซึ่งจัดการเรียนการสอนแบบเรียน 15 สัปดาห์ต่อภาคการศึกษา ขณะที่การจัดการเรียนการสอนแบบอาชีวศึกษาสำหรับหลักสูตรต่ำกว่าปริญญาตรีนั้นเรียน 18 สัปดาห์ต่อภาคการศึกษา ผลลัพธ์ของการประเมินผลการจัดการเรียนแบบออนไลน์ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ในครั้งนี้เป็นผลย้อนกลับของระบบเปิดซึ่งเป็นผลกระทบจากสภาพแวดล้อมตามแนวคิดทฤษฎีระบบ เมื่อผลการประเมินปัจจัยนำเข้า (Input) และ กระบวนการ (Process) อยู่ระดับปานกลาง ย่อมส่งผลให้การประเมินด้านผลลัพธ์ (Output) อยู่ระดับปานกลางเช่นกัน อีกทั้งผลการประเมินจากการศึกษาครั้งนี้มาจากผู้ที่เกี่ยวข้องเพียงฝ่ายเดียวคือนักศึกษา

การปรับตัวของนักศึกษาภายใต้สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 โดยการใช้ชีวิตแบบวิถีชีวิตปกติใหม่ (New normal) และเว้นระยะห่าง (Social distancing) อีกทั้งปรับเปลี่ยนวิธีการเรียนทั้งเรียนแบบชั้นเรียนปกติ (Onsite) และเรียนแบบออนไลน์ (Online) ย่อมส่งผลต่อความพึงพอใจในการเรียนของนักศึกษาเป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ ซึ่งการเรียนรู้รูปแบบการเรียนแบบออนไลน์จะส่งผลให้นักศึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดจากการสร้างความสัมพันธ์หรือเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่เรียนรู้ใหม่คือการเรียนแบบออนไลน์ (Onsite) และรูปแบบการเรียนที่มีอยู่เดิมคือแบบเรียนในชั้นเรียนปกติ (Onsite) เมื่อผู้เรียนสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมการเรียนแบบออนไลน์ได้ มีความพร้อมด้านเครื่องมือสื่อสารออนไลน์รวมทั้งสิ่งสนับสนุนต่างๆ ย่อมส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความสุขและความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนออนไลน์ ความพึงพอใจต่อการเรียนออนไลน์เป็นหนึ่งในผลผลิต (Output) ที่เกิดขึ้นจากระบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ เป็นสิ่งสะท้อนกลับหรือ Feedback ที่เกิดจากระบบของการนำเอาปัจจัยต่างๆ มาปฏิบัติ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (Input) และกระบวนการ (Process) ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าภาพรวมความพึงพอใจต่อการเรียนแบบออนไลน์ของนักศึกษาระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.31, S.D. = 0.87$) ผลการศึกษาแตกต่างจากงานวิจัยของวัฒนพร จตุรานนท์ และคณะ¹² ที่ศึกษาพฤติกรรมการเรียนออนไลน์และความพึงพอใจที่มีต่อการจัดการเรียนรู้ภาษาจีนผ่านระบบออนไลน์ของนิสิตหลักสูตรการศึกษาบัณฑิต สาขาภาษาจีน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ภาคการศึกษาฤดูร้อน ปีการศึกษา 2562 ตามมาตรการและการเฝ้าระวังการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าความพึงพอใจในของนิสิตที่มีต่อการจัดการเรียนรู้แบบออนไลน์ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.86, S.D. = 0.77$) และแตกต่างจากงานวิจัยของพงษ์ศักดิ์ บุญภักดี¹⁸ ที่ศึกษาการประเมินการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์บนฐานวิถีชีวิตใหม่สำหรับนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคสุโขทัยที่พบว่าความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์บนฐานวิถีชีวิตใหม่โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ดังนั้นการส่งเสริมพัฒนาปัจจัยนำเข้า และกระบวนการจัดการเรียนการสอนออนไลน์เพื่อให้เกิดผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่มีระดับความพึงพอใจมากขึ้นหรือสูงขึ้น จึงเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพราะรูปแบบการเรียนออนไลน์ (Online) ยังคงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับการเรียนการสอนในสถานการณ์ปัจจุบันควบคู่ไปกับสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ที่จำนวนผู้ติดเชื้อยังไม่มีแนวโน้มที่จะลดลงเพื่อเป็นการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและลดการแพร่กระจายของเชื้อ COVID-19 ในสถานศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การส่งเสริมและสนับสนุนปัจจัยนำเข้า รวมทั้งกระบวนการในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ ล้วนส่งผลต่อผลลัพธ์ในการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความพึงพอใจต่อการเรียนแบบออนไลน์ ได้แก่ การกระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนออนไลน์ ชี้แนะให้ผู้เรียนตระหนักเข้าใจถึงความสำคัญและความจำเป็นในการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19

เพิ่มจุดสัญญาณอินเทอร์เน็ต เพิ่มจำนวนคอมพิวเตอร์สำหรับเรียนออนไลน์ รวมทั้งลดภาระค่าใช้จ่ายในการซื้อสัญญาณอินเทอร์เน็ตในการเรียนออนไลน์ ใช้รูปแบบการวัดและประเมินผลทางการศึกษาที่สอดคล้องต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการเรียนออนไลน์ เป็นต้น

2. การเรียนแบบออนไลน์เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ซึ่งทำให้ระบบการศึกษาและการเรียนรู้ของนักศึกษาสามารถดำเนินต่อไป เพราะผู้เรียนสามารถเรียนได้ทุกเวลาทุกสถานที่ที่สะดวก หากมีการเชื่อมต่อกับสัญญาณอินเทอร์เน็ต การถ่ายทอดองค์ความรู้จากผู้สอนสู่ผู้เรียนผ่านระบบการเรียนออนไลน์เป็นสิ่งที่ควรพัฒนาส่งเสริมและดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อประสิทธิผลของการจัดการเรียนการสอนออนไลน์

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา หรือปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา และควรศึกษาผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบการประเมินให้ครบทุกส่วน ได้แก่ อาจารย์ผู้สอน เจ้าหน้าที่สารสนเทศ รวมทั้งผู้ปกครอง เพื่อประสิทธิผลในการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ที่ควบคู่ไปกับสถานการณ์การระบาดของ COVID-19

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ทุนอุดหนุนสนับสนุนการทำวิจัยประจำปีงบประมาณ 2564 และขอขอบคุณอาสาสมัครวิจัยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 9 เม.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/ind_world.php.
2. World Health Organization (WHO). Coronavirus [Internet]. 2021 [cited 2021 May 18]. Available from: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1.
3. Son C, Hegde S, Smith A, Wang X and Sasangohar F. Effects of COVID-19 on College Students' Mental Health in The United States: Interview Survey Study. Journal of medical internet research 2020;22:1-14.
4. วิทยา วาโย, อภิรดี เจริญบุญกุล, ฉัตรสุดา กานกายนต์, จรรยา คนใหญ่. การเรียนการสอนแบบออนไลน์ภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัส COVID-19: แนวคิดและการประยุกต์ใช้จัดการเรียนการสอน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2563;14:285-98.
5. วิทัศน์ ผักเจริญผล, กนิษฐา เขาวัววัฒนกุล, พินดา วราสุนันท์, กุลธิดา นุกุลธรรม, กิตติศอาร เหล่าเหมณี, สินีช สุวรรณภักษชาติ, สุมิตร สุวรรณ. ความพร้อมในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ภายใต้สถานการณ์ระบาดไวรัส Covid-19. วารสารศาสตร์การศึกษาและการพัฒนามนุษย์ 2563;4:44-61.
6. Bolatov AK, Seisembekov TZ, Altynay AZh, Baikanova RK, Smailova DS, Fabbro E. Online-Learning due to COVID-19 Improved Mental Health Among Medical Students. International Association of Medical Science Educators. [Internet]. 2020 [cited 2021 June 2]. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40670-020-01165-y>

7. สิริพร อินทสนธิ. โควิด - 19: กักับการเรียนการสอนออนไลน์ กรณีศึกษา รายวิชาการเขียนโปรแกรมเว็บ. วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์ 2563;22:203-14.
8. สุธี ทวีพันธุ์สานต์, ณ์ัฐพงศ์ หงษ์คู. การศึกษาวิเคราะห์และประเมินผลการปรับเปลี่ยนรูปแบบ การเรียนการสอนรายวิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ (กวดศอ 501) และประสบการณ์คลินิกทางศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ (กวดศอ 512) ตามสถานการณ์การระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส หรือ โควิด 19 สำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 ปีการศึกษา 2563 ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2564;65:235-44.
9. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี. ประกาศวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เรื่องมาตรการป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 มิ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://scphub.ac.th/?p=18570>
10. บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. ขนาดอิทธิพล การวิเคราะห์อำนาจการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้โปรแกรม G*Power. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
11. ระพีพันธ์ โพธิ์. การสร้างและคุณภาพเครื่องมือสำหรับการวิจัย. อุตรดิตถ์: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์; 2549.
12. วัฒนพร จตุรานนท์, โสภี ชาญเชิงยุทธชัย, ศศิขญา แก่นสาร, และรัฐพร ปานมณี. การศึกษาพฤติกรรมการเรียนออนไลน์และความพึงพอใจที่มีต่อการจัดการเรียนรู้ภาษาจีนผ่านระบบออนไลน์ของนิสิตหลักสูตรการศึกษาบัณฑิต สาขาภาษาจีน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ภาควิชาการศึกษาศึกษาภาคการศึกษาศึกษา 2562 ตามมาตรการและการเฝ้าระวังการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019. วารสารการภาษาและวัฒนธรรมจีน 2563;7:291-310.
13. อโรชา ทองลาว, พัลลภ สุวรรณฤกษ์, สมเกียรติ ไทยปรีชา, ศศิน เทียนดี. การศึกษาความพึงพอใจของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ต่อการจัดการเรียนการสอนรูปแบบออนไลน์ ประจำปีภาคต้น ปีการศึกษา 2563. วารสารศิลปศาสตร์และอุตสาหกรรมบริการ 2564;4: 617-32.
14. ลักขมี นิมวงษ์. ความวิตกกังวลในการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ของนิสิตสาขาพลศึกษา. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี 2564;10:9-19.
15. ธนกร กอเสนาะรส, มังกร ศรีสะอาด, นุชชานา เหลืองอังกูร. การติดตามและประเมินผลการจัดการเรียนการสอนหมวดวิชาศึกษาทั่วไปกลุ่มรายวิชาพลานามัย ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2558;21:157-63.
16. โยษิตา หลวงสุรินทร์, ธศรัฐษาพัฒน์ ยุกตานนท์. การบริหารจัดการการเรียนออนไลน์ กรณีศึกษา: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี. วารสารร่วมพฤษภูมิ มหาวิทยาลัยเกริก 2564;39:125-40.
17. จุฑาภรณ์ ธนทวีศิลป์, วจี ปัญญาใส, สุมิตา โรจนนิต. แนวทางการบริหารจัดการโรงเรียนแกนนำเรียนร่วม โดยใช้ทฤษฎีเชิงระบบ. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ 2563;7:259-74.
18. พงษ์ศักดิ์ บุญภักดี. การประเมินการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์บนฐานวิถีชีวิตใหม่สำหรับนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคสุโขทัย. วารสารวิชาการ T-VET Journal สถาบันการอาชีวศึกษาภาคเหนือ3 2563;4:47-62.

ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย

โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้บริโภค

ในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

อัญชรีรัตน์ สารการ วท.บ.^{1*},

สุภาพร ใจการุณ ปร.ด.², กุศลญา ลอยหา ปร.ด.²

บทคัดย่อ

สิ่งปนเปื้อนมาในอาหารล้วนเป็นอันตรายต่อสุขภาพ หากร่างกายได้รับสารพิษเหล่านี้จากการปนเปื้อนหรือเจือปนในอาหารที่บริโภค จะทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้บริโภค ในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริโภคในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จำนวน 70 คน (กลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน) โปรแกรมฯ ดำเนิน 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และกระบวนการกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ความรู้การบริโภคอาหารให้ปลอดภัย 2) การรับรู้ถึงอันตรายของสารปนเปื้อนในอาหารและสารเคมีกำจัดแมลง และ 3) พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ เฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Repeated measure analysis of variance ผลการศึกษาพบว่า 1) หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่พบเฉพาะค่าเฉลี่ยการรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 2) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีประสิทธิภาพในการพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของผู้บริโภคได้

คำสำคัญ: อาหารปลอดภัย การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สารปนเปื้อนในอาหาร สารเคมีกำจัดแมลง

¹ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

*Corresponding e-mail: Aunchareerat.pang@gmail.com

วันที่รับ (received) 7 ก.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 20 ธ.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 23 ธ.ค. 2564

Effect of Food Safety Behavior Development Program Using Participatory Learning Process of Consumers in the Municipality Phibun Mangsahan, Ubon Ratchathani Province

Aunchareerat Sarakan B.Sc.^{1*}

Supaporn Chaigarun Ph.D.², Kulchaya Loiha Ph.D.²

Abstract

Food contamination is one of the hazardous factors causing health problems both acute and chronic conditions. Thus, the main objective of this quasi-experimental study was to examine the results of the program to develop safe consumption behaviors using a participatory learning process among consumers in the Phibun Mangsahan municipality area, Ubon Ratchathani Province. The samples were 70 consumers in the Phibun Mangsahan municipality area, Ubon Ratchathani province, Thailand (N = 35 for the experiment group; N = 35 for the control group). The experiment group joined the eight-week session which included a lecture based on the participatory learning process, experiential learning, and group process. The main instrument was questionnaires which consisted of such topics as knowledge concerning food safety; awareness toward hazardous substances in food and chemical insecticides; and food safety behaviors. For the data analysis, it was illustrated through descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation) and comparison tests (Independent t-test and repeated measure analysis of variance). According to the results, it has shown two interesting data. Firstly, for the experimental group, the mean scores of knowledge, awareness, and food safety behaviors after implementing the program were higher than before using it. There were significant differences between pre and post-implementation processes of the program ($p < 0.001$). Secondly, after using the program, the mean scores of knowledge, awareness, and food safety behaviors in the experimental group were higher than those of the control group with significant differences between the two groups ($p < 0.001$). Therefore, the findings revealed that the intervention based on the participatory learning process of consumers is effective to the development of food safety behaviors.

Keywords: food safety, participatory learning, food contaminants, insecticide

¹ Department of Public Health and Environment, Municipality Phibun Mangsahan

² Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

* Corresponding e-mail: Aunchareerat.pang@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาหาร เป็นหนึ่งปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เนื่องจากเป็นแหล่งของพลังงาน สารอาหาร คุณประโยชน์ต่างๆ เพื่อให้ร่างกายสามารถทำงานได้เป็นปกติ ในการบริโภคอาหารจะต้องพิจารณา ความสะอาดของอาหารและความปลอดภัยในการบริโภคอาหารควบคู่ไปกับความอร่อย หากอาหารที่บริโภค เข้าไปมีเชื้อโรค หรือสารเคมีปนเปื้อนอยู่ในอาหารนั้น เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยได้ โดยการปนเปื้อน ของอาหารเกิดจากเชื้อโรค พยาธิ สารเคมีที่เป็นพิษต่างๆ ปนเปื้อนมากับอาหารโดยผ่านสื่อกลางต่าง ๆ ได้แก่ ตัวอาหาร ผู้สัมผัสอาหาร ภาชนะอุปกรณ์ สัตว์และแมลงนำโรคและขั้นตอนการผลิตและการขนส่งต่าง ๆ ได้แก่ การเตรียม การปรุง การเก็บ การจำหน่าย และการเสิร์ฟอาหาร¹ ซึ่งสารเคมีอันตรายที่ปนเปื้อนใน อาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและพบบ่อย ได้แก่ สารบอแรกซ์ สารกันรา หรือสารกันบูด สารฟอกขาว สีผสมอาหาร สารฟอร์มาลีน ยาฆ่าแมลง สารเร่งเนื้อแดง² เมื่อร่างกายได้รับสารพิษเหล่านี้จากการปนเปื้อน หรือเจือปนในอาหาร พิษเหล่านี้จะทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ ทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง หากสะสมสารพิษในร่างกายนาน ๆ ทำให้เสี่ยงต่อโรคมะเร็ง ซึ่งผู้บริโภค อาจได้รับสารพิษจากอาหารสำเร็จรูป อาหารจานด่วนที่มีสารพิษเจือปนในอาหาร โดยเฉพาะสารพิษตกค้างจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร ที่ปนเปื้อนมากับผัก ผลไม้ที่ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า ซึ่งผู้บริโภคจะได้รับสารพิษจากผลผลิตทางการเกษตรที่มีสารตกค้างปนเปื้อนอยู่ แม้ได้รับในปริมาณต่ำ แต่การที่ได้รับเป็นประจำสารพิษอาจสะสม เป็นปัญหาเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ผลต่อระบบประสาท การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี และระดับเซลล์ของร่างกาย ทำให้สุขภาพร่างกาย อ่อนแอ มีอาการคลื่นไส้เวียน อาเจียน ระบบหายใจขัดข้อง และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้³

จากความสำคัญดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จึงดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวเพื่อสร้างความเข้มแข็งในการกำกับดูแลและการคุ้มครองผู้บริโภค เน้นหลักในการดำเนินงานที่หลากหลายเพื่อสร้างความเชื่อมั่นด้านความปลอดภัยของอาหาร ไม่ว่าจะเป็น การเฝ้าระวังสถานการณ์ความปลอดภัยด้านอาหารในอาหารกลุ่มเสี่ยง การให้บริการประชาชน รวมทั้งเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ในการพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหารของประเทศไทย เพื่อตอบสนองนโยบายรัฐบาลในการสร้างสุขภาพแก่ประชาชน เน้นให้ประชาชนตระหนักในการดูแลสุขภาพ เลือกรับประทานอาหารที่สะอาด ปลอดภัย หลีกเลี่ยงจากปัจจัยหรือสาเหตุของการเกิดโรค ทั้งโรคติดต่อและ โรคไม่ติดต่อ⁴ โดยจังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินโครงการอาหารปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็น การรณรงค์ส่งเสริมให้เกษตรกร ลด ละ เลิกใช้สารเคมีในการปลูก และมีศูนย์ข้อมูลข่าวสารอาหารปลอดภัย เป็นองค์กรหลักในการบูรณาการขับเคลื่อนนโยบาย ทิศทาง และผลักดันสู่การปฏิบัติ ควบคุม กำกับ และสื่อสารนโยบายมาตรการด้านอาหารปลอดภัยของจังหวัด สนับสนุนนโยบายรัฐบาลให้ก้าวสู่สังคม การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี ดังนั้น จึงมุ่งเน้นการขับเคลื่อนการดำเนินงานและอาหารปลอดภัย ในทุกพื้นที่ของจังหวัด โดยการสร้างการรับรู้และความตระหนักให้กับประชาชนเพื่อให้มีความรู้ และความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคของประชาชนให้บริโภคอาหารที่สะอาด ปลอดภัย

อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการขับเคลื่อนงานอาหารปลอดภัย โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประกอบด้วยตัวแทนการหน่วยงานปกครอง สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้ประกอบกิจการ เกษตรกร และตัวแทนจากประชาชน ได้กำหนดให้ประเด็นการบริโภคที่ปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดแมลงเป็นหนึ่งในของประเด็นการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของอำเภอพิบูลมังสาหารในปี 2562 เนื่องจากอัตราป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษของประชาชน ในอำเภอพิบูลมังสาหารในปี 2562 จำนวนทั้งสิ้น 1,892 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1,429.13 ต่อประชากร

แสนคนและในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหารปี 2562 มีอัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษต่อประชากรแสนคนสูงสุดคือชุมชนกลาง 2 อัตราป่วยเท่ากับ 4,954.13 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ ชุมชนสระแก้ว 1 ชุมชนภูเขาแก้ว 1 ชุมชนสระแก้ว 2 ชุมชนกลาง 1 อัตราป่วยเท่ากับ 4683.2 2101.58 1125.18 1078.17 ราย ตามลำดับ⁵ ดังนั้น จึงต้องให้ความสำคัญในประเด็นการบริโภคอาหารให้ปลอดภัยของประชาชน

จากผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพด้านการบริโภคที่ปลอดภัยของตำบลพิบูลมังสาหาร โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พบว่า ปัญหาหลักเกิดจากแหล่งผลิตอาหาร สถานที่ประกอบปรุงอาหาร และผู้บริโภค และสาเหตุส่วนใหญ่คือประชาชนขาดความรู้ในการเลือกบริโภค มีค่านิยมในการบริโภคอาหาร สะดวกง่าย ราคาถูก ปริมาณมาก รับประทานอาหารนอกบ้าน เนื่องจากสามารถเข้าถึงอาหารได้ง่าย ไม่ว่าจะเป็นร้านอาหาร แผงลอย ตลาดสด ห้างสรรพสินค้า ซูเปอร์มาเก็ต ร้านสะดวกซื้อและบริการเดลิเวอรี่ ดังนั้น คณะกรรมการจึงได้พิจารณาว่าควรมีกิจกรรมสร้างความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมให้กับประชาชน โดยให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางและมีส่วนร่วมในกิจกรรม เนื่องจากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีข้อดีคือ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นการเรียนรู้ที่ยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ เจตคติ และทักษะ เป็นการเรียนรู้ที่ผู้สอนมุ่งเน้น ให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ทำทลายอย่างต่อเนื่อง เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง เกิดแรงจูงใจให้ผู้เรียนเกิดการทำงานร่วมกัน⁶ ซึ่งจะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความยั่งยืนมากกว่า การได้รับการฟังบรรยายเพียงอย่างเดียว จากผลการศึกษาอื่น ๆ พบว่า ผู้ประกอบการร้านอาหารภายหลังได้รับการฝึกอบรมโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการสุขาภิบาลร้านอาหารอยู่ในระดับดี และผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ร้อยละ 80 ผู้ประกอบการมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ปัญหา และแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ สามารถพัฒนาทั้งความรู้ความคิด และการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี⁷ ผู้วิจัยจึงนำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้บริโภคในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร และปรับเปลี่ยนรูปแบบการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมแบบเดิมที่เคยปฏิบัติมา เช่น การบรรยาย อบรมให้ความรู้จากวิทยากรเพียงอย่างเดียวมาเป็นรูปแบบการอบรมแบบใหม่โดยให้ผู้บริโภคเป็นฐานการเรียนรู้ ได้แก่ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างผู้บริโภค การแสดงความคิดเห็นและการอภิปราย ร่วมคิดร่วมวางแผนและร่วมแก้ไขปัญหา เพื่อพัฒนาความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมผู้บริโภคอาหารให้ปลอดภัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภคอาหารปลอดภัย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้บริโภค ในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภคอาหารปลอดภัย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และกระบวนการกลุ่ม เพื่อวัดผลความรู้ด้านการบริโภคอาหารให้ปลอดภัยของผู้บริโภคหลังเข้าร่วมโปรแกรม การรับรู้ถึงอันตรายของสารปนเปื้อนในอาหารและสารเคมีกำจัดแมลงของผู้บริโภคหลังเข้าร่วมโปรแกรม พฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ปลอดภัยของผู้บริโภคหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

กลุ่มทดลอง : โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และกระบวนการกลุ่ม

1.จัดการฝึกอบรมด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยแบ่ง การจัดโปรแกรมเป็น 5 กิจกรรม (สัปดาห์ที่ 1-4)คือ

กิจกรรมที่ 1 (กลุ่มใหญ่) 1) แจ้งแนวทาง แผนการฝึกอบรม
2) บรรยายให้ความรู้การบริโภคอาหารปลอดภัย และความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากสารพิษตกค้างในผักและ ผลไม้ การบริโภคผักและผลไม้อย่างปลอดภัยจากสารเคมี กำจัดศัตรูพืช 3) แจกเอกสารคู่มือ/แผ่นพับ

กิจกรรมที่ 2 ประสบการณ์ (กลุ่มเล็ก) โดยแบ่งกลุ่มย่อย จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การบริโภคอาหาร

กิจกรรมที่ 3 สะท้อนความคิด/อภิปราย (กลุ่มเล็ก) โดยอภิปรายในประเด็นเกี่ยวกับการเลือกซื้อผักและผลไม้ การบริโภคผักและผลไม้อย่างปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

กิจกรรมที่ 4 ความคิดรวบยอด สรุปความคิดรวบยอดภายหลัง สะท้อนความคิดเห็น/อภิปราย

กิจกรรมที่ 5 ประยุกต์แนวคิด (กลุ่มเล็ก) นำข้อสรุป ความคิดที่ได้ไปปฏิบัติ และบันทึกในสมุดพก

2. ออกเยี่ยม ติดตาม ให้คำแนะนำเพิ่มเติม กระตุ้นเตือน โดยเจ้าหน้าที่ (สัปดาห์ที่ 5-8)

กลุ่มควบคุม : กิจกรรมการให้ความรู้การบริโภคอาหารปลอดภัย
สัปดาห์ที่ 1- 8

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม.ประจำชุมชน ให้ความรู้การบริโภคอาหารปลอดภัย

2. ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ของชุมชน

1.ความรู้ด้านการบริโภคอาหารให้ปลอดภัยของผู้บริโภค

2. การรับรู้ถึงอันตรายของสารปนเปื้อนในอาหารและสารเคมีกำจัดแมลงของผู้บริโภค

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ปลอดภัยของผู้บริโภค (หลังเข้าร่วมโปรแกรม)

สมมติฐานงานวิจัย

1. ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย ของผู้บริโภคของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารปลอดภัย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมากกว่ากลุ่มควบคุม

2. ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย ของผู้บริโภคร่วมทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารปลอดภัยโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมากกว่าก่อนทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. ประชากร คือ ผู้บริโภค อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมิ่งสาหร อําเภอพิบูลมิ่งสาหร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 7,819 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริโภคในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มควบคุม 35 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากประชากรเพศชายหญิง อาศัยอยู่ชุมชนในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหารที่พบอัตราการเกิดโรคที่มีสาเหตุจากอาหารและน้ำในปี พ.ศ. 2562 มากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ ชุมชนกลาง 1 ชุมชนสระแก้ว 1 ชุมชนภูเขาแก้ว 1 ชุมชนสระแก้ว 2 ชุมชนกลาง 1 จากนั้นทำการสุ่มโดยการจับฉลาก (Simple random sampling) โดยสุ่ม 1 ชุมชนเพื่อเป็นกลุ่มทดลอง และสุ่ม 1 ชุมชนเพื่อเป็นกลุ่มควบคุม คำนวณขนาดตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากการแปลผลค่าขนาดอิทธิพลของ Cohen⁸ กำหนดค่า Effect size = 0.8

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ

- 1) อายุตั้งแต่ 18 – 60 ปี
- 2) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การพูดหรือการมองเห็น สามารถโต้ตอบกับผู้วิจัยได้
- 3) ต้องอาศัยอยู่ในพื้นที่ทดลอง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 4) ต้องยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากกรวิจัย คือ

- 1) ผู้เข้าร่วมการวิจัยปฏิเสธที่จะร่วมวิจัยต่อ
- 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่ผู้วิจัยกำหนด

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้หมายเลขรับรอง SSJ.UB 2564-034 และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบดังต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย ในครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะถูกปกปิดเป็นความลับและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดยไม่อ้างอิงถึงตัวบุคคล และนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้บริโภคในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสโรคประจำตัว ปัญหาจากการประกอบอาชีพ การสัมผัสสารเคมีโดยตรง/โดยอ้อม กิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้เรื่องอาหารปลอดภัยจากชุมชน (Community support) รวมจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านอาหารปลอดภัย สารปนเปื้อนในอาหารและสารเคมีกำจัดแมลง เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบใช่/ไม่ใช่ 1 คะแนน ตอบ-ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน จำนวน 25 ข้อ คิดเป็น 25 คะแนน การแปลความหมายคะแนนระดับความรู้ คือ มีความรู้ระดับดี (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือ 21 – 25

คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 79 หรือ 16 -20 คะแนน) และระดับควรปรับปรุง (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หรือ 0 - 15 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ถึงอันตรายของสารปนเปื้อนในอาหารและสารเคมีกำจัดแมลง เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน, เห็นด้วยให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน จำนวน 15 ข้อ การแปลความหมาย คือ การรับรู้อยู่ระดับสูง (คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67) และระดับต่ำ (คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00-2.33)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของผู้บริโภค เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ปฏิบัติประจำให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลยให้ 1 คะแนน จำนวน 20 ข้อ การแปลความหมายพฤติกรรม คือ มีพฤติกรรมระดับดี (ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.00) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67 - 2.33) และระดับควรปรับปรุง (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.66)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารปลอดภัย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการดำเนินการฝึกอบรมโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning: PL) ใช้เวลา 4 สัปดาห์ จำนวน 35 คน ได้แก่ การเรียนรู้ เชิงประสบการณ์ผสมผสานกับกระบวนการกลุ่ม (Group process) รูปแบบกลุ่มย่อย (Subgroup) โดยแบ่งเป็นกิจกรรม ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 แผนการดำเนินงานโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารปลอดภัย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

องค์ประกอบของ PL/ กลุ่ม/เวลา	กิจกรรมการเรียน/การสอน	สื่อ/อุปกรณ์/การสนับสนุน
สัปดาห์ที่ 1 จัดฝึกอบรม (กลุ่มใหญ่)	ผู้จัดการฝึกอบรมชี้แจงวัตถุประสงค์ การฝึกอบรม แผนการจัดกิจกรรม ณ ห้องประชุมเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร	1. Power point 2. เอกสารประกอบการชี้แจงการดำเนินการวิจัย
สัปดาห์ที่ 1 จัดฝึกอบรม (กลุ่มใหญ่ 35 คน)	<u>กิจกรรมที่ 1 : รู้จักอันตรายในอาหาร</u> โดยบรรยายให้ความรู้ เรื่อง - ความสำคัญของอาหารไม่ปลอดภัย - ประเภทของการปนเปื้อนในอาหาร - พิษภัยของอันตรายที่ปนเปื้อนในอาหาร - อันตรายจากสารเคมีกำจัดแมลงตกค้างในผักและผลไม้ - การบริโภคผักและผลไม้อย่างปลอดภัยจากสารเคมี กำจัดแมลง - แบ่งกลุ่ม 5 กลุ่ม โดยการจับฉลาก เพื่อทำกิจกรรมกลุ่มย่อยในสัปดาห์ถัดไป	1. เอกสารความรู้ เรื่อง - ความสำคัญของอาหารไม่ปลอดภัย - ประเภทของการปนเปื้อนในอาหาร - พิษภัยของอันตรายที่ปนเปื้อนในอาหาร - อันตรายจากสารเคมีกำจัดแมลงตกค้างในผักและผลไม้ - การบริโภคผักและผลไม้อย่างปลอดภัยจากสารเคมี กำจัดศัตรูพืช 2. คลิปวิดีโอ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง “3 วิธีง่ายๆ ลดสารตกค้างในผัก ผลไม้สด”

องค์ประกอบของ PL/ กลุ่ม/เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้/การสอน	สื่อ/อุปกรณ์/การสนับสนุน
สัปดาห์ที่ 2-3 (จัดกิจกรรมกลุ่มเล็ก) ประกอบการด้วย กระบวนการเรียนรู้แบบมี กระบวนการเรียนรู้แบบมี ส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ชั้น ชั้น 1 ชั้นประสบการณ์ ชั้น 2 ชั้นสะท้อนความคิด/ อภิปราย แนวคิด	1. ชั้นประสบการณ์ กิจกรรมที่ 2 : อร่อยปาก ลำบากกาย”จัด กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ภายใน กลุ่มย่อย โดยมีใบงานให้ปฏิบัติ ในประเด็น เกี่ยวกับ - พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ปลอดภัยในปัจจุบัน - การเลือกซื้อและบริโภคอาหาร ผักและผลไม้ ให้ปลอดภัยจากสารปนเปื้อนและสารเคมีกำจัด แมลง 2. ชั้นสะท้อนความคิด/ อภิปราย แนวคิด กิจกรรมที่ 3 : เลือกอาหารปลอดภัย ใส่ใจ สุขภาพ ดำเนินกิจกรรมโดยให้สมาชิกในกลุ่มแต่ละคน อภิปรายในประเด็นเกี่ยวกับการเลือกซื้อและ บริโภคอาหาร ผักและผลไม้ ให้ปลอดภัยจาก สารปนเปื้อนและสารเคมีกำจัดแมลงภายในกลุ่ม	1.ใบงาน เรื่อง - แต่ละวัน ฉันกินอะไร บ้าง ? - การบริโภคอาหารให้ปลอดภัยใน ชีวิตประจำวัน 2. แผ่นพับความรู้ เรื่องการเลือกซื้อผักและ ผลไม้ และการบริโภคผักและผลไม้อย่าง ปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
สัปดาห์ที่ 4 (กลุ่มใหญ่ 35 คน) ชั้น 3 ชั้นความคิด รวบ ยอด ชั้น 4 ชั้นประยุกต์	3. ชั้นความคิด รวบยอด กิจกรรมที่ 4 : อาหารปลอดภัย ชีวิตปลอดภัย” - ให้ผู้ร่วมกิจกรรมสรุปความคิดรวบยอดของ ตนเอง เกี่ยวกับการเลือกซื้อผักและผลไม้ การ บริโภคผักและผลไม้อย่างปลอดภัยจากสารเคมี กำจัดศัตรูพืช - นำผลจากการเรียนรู้มาสรุปเป็นแนวทางใน การบริโภคอาหารให้ปลอดภัยจากสารปนเปื้อน และสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในชีวิตประจำวัน 4.ชั้นประยุกต์ - หลังจบกระบวนการกลุ่ม แจกสมุดพก ประจำตัว “ทำวันนี้ ซีวิตมีความสุข” ให้กลุ่มตัวอย่าง ทุกคน เพื่อตรวจสอบการเลือกบริโภคอาหาร ปลอดภัยของตนเองในแต่ละวัน	-กระดาษชาร์ต -ปากกาเคมี - ใบงาน“อาหารปลอดภัย ชีวิตปลอดภัย” สรุปความรู้ และแนวปฏิบัติของตน” - สมุดพกประจำตัว “ทำวันนี้ ซีวิตมีความสุข”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้
และพฤติกรรม ตามข้อเสนอแนะให้ตรงตามวัตถุประสงค์การศึกษา ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา IOC
แต่ละแบบทดสอบและแบบสอบถามได้ค่าเท่ากัน คือ 0.83 การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability)
นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับตัวอย่างที่มี
ลักษณะคล้ายกัน คือ กลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จำนวน 30 คน จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่น

(Reliability) ของแบบสอบถามโดยแบบทดสอบความรู้อาค่า KR-20 สำหรับแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ และพฤติกรรมหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.76 0.72 0.81 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม ดำเนินการดังนี้ 1) เก็บข้อมูลก่อนทดลอง 2) สัปดาห์ที่ 1 ถึง 8 ดำเนินการให้ความรู้ตามปกติโดยหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ 3) สัปดาห์ที่ 9 เก็บข้อมูลหลังการทดลอง 4) สัปดาห์ที่ 10 - 14 ไม่มีการจัดกิจกรรมใด ๆ สัปดาห์ที่ 15 เก็บข้อมูลระยะติดตามผล

กลุ่มทดลอง ดำเนินการ ดังนี้ 1) เก็บข้อมูลก่อนทดลอง 2) สัปดาห์ที่ 1 ถึง 4 ซึ่งมีแผนการดำเนินงานตามโปรแกรมการอบรม 3) สัปดาห์ที่ 5 - 8 ดำเนินกิจกรรมออกเยี่ยม ติดตาม ให้คำแนะนำเพิ่มเติม กระตุ้นเตือน ตรวจสอบติดตามพฤติกรรมจากสมุดพก “ทำวันนี้ ชีวีมีสุข” โดยเจ้าหน้าที่เทศบาล โรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ และให้ความรู้ผ่าน Line official “Pibun Food Safety” 4) สัปดาห์ที่ 9 เก็บข้อมูลหลังใส่โปรแกรม (Intervention) 5) สัปดาห์ที่ 10 - 14 ไม่มีการจัดกิจกรรมใด ๆ 6) สัปดาห์ที่ 15 เก็บข้อมูลระยะติดตามผลหลังทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ Independent t-test และ Repeated Measure Analysis of Variance (RM- ANOVA)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.3 อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 40.0 อาชีพส่วนใหญ่เป็นอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 37.1 รายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 34.3 ระดับการศึกษาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าร้อยละ 42.9 สถานภาพสมรสร้อยละ 62.9 โรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 62.9 ไม่มีปัญหาจากการประกอบอาชีพร้อยละ 91.4 มีการสัมผัสสารเคมีโดยอ้อม ร้อยละ 88.6 ไม่เคยได้รับการส่งเสริมจากชุมชน ร้อยละ 88.6

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 อายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 37.1 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 37.1 รายได้ระหว่าง 10,001 - 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 31.4 ระดับการศึกษาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าร้อยละ 40 สถานภาพสมรสร้อยละ 68.6 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.4 ไม่มีปัญหาจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 94.3 มีการสัมผัสสารเคมีโดยอ้อมร้อยละ 94.3 ไม่เคยได้รับการส่งเสริมจากชุมชน ร้อยละ 65.7

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของผู้บริโภคหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในระยะหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่าในกลุ่มควบคุม และเมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้ ($t = 5.09, p < 0.001$) และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย ($t = 6.13, p < 0.001$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ($t = 0.62, p = 0.62$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของผู้บริโภค ระยะหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 9) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การบริโภคอาหาร ปลอดภัย	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	MD	t	p-value	95%CI
	\bar{X} (S.D)	\bar{X} (S.D)				
ความรู้	20.20 (2.19)	19.74 (5.04)	0.457	0.49	0.62	(-1.398)-2.312
การรับรู้	3.48 (0.44)	3.04 (0.24)	0.440	5.09	< 0.001	0.267-0.612
พฤติกรรม	2.30 (0.18)	2.00 (0.21)	0.297	6.13	< 0.001	0.048 - 0.200

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของผู้บริโภค ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ในกลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลหลังทดลองสัปดาห์ที่ 15 มีค่ามากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในระยะก่อนการทดลอง เมื่อตรวจสอบความสัมพันธ์และความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรม ในการวัดซ้ำทั้งสามระยะ (Compound symmetry) พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าความแปรปรวนของการวัดทั้งสามระยะมีขนาดเท่า ๆ กันของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการรับรู้ ยกเว้นพฤติกรรมที่พบความแปรปรวนของการวัดทั้งสามระยะมีขนาดไม่เท่ากัน (ตารางที่ 3) ดังนั้นเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้และการรับรู้ด้วยสถิติ Sphericity Assumed พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ($F = 116.830, p = 0.000$) และการรับรู้ ($F = 52.166, p = 0.000$) ทั้ง 3 ระยะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมด้วยสถิติ Greenhouse Geisser พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม ($F = 65.355, p = 0.000$) ทั้ง 3 ระยะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลด้วย Mauchly's Test of Sphericity

การบริโภคอาหารปลอดภัย/ระยะ	\bar{X}	S.D.	df	Mauchly's	p-value
1. ความรู้ด้านอาหารปลอดภัย					
ระยะก่อนการทดลอง	12.43	4.03	2	0.888	0.141
ระยะหลังการทดลอง	20.20	2.19			
ระยะติดตามผล	21.86	1.68			
2. การรับรู้ถึงอันตรายของสารปนเปื้อนในอาหารและสารเคมีกำจัดแมลง					
ระยะก่อนการทดลอง	2.79	0.22	2	0.951	0.436
ระยะหลังการทดลอง	3.48	0.44			
ระยะติดตามผล	3.64	0.46			
3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย					
ระยะก่อนการทดลอง	1.99	0.16	2	0.726	.005

การบริโภคอาหารปลอดภัย/ระยะ	\bar{X}	S.D.	df	Mauchly's	p-value
ระยะหลังการทดลอง	2.30	0.18			
ระยะติดตามผล	2.59	0.28			

ตารางที่ 4 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย ของผู้บริโภคในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลหลังทดลองสัปดาห์ที่ 15

การบริโภคอาหารปลอดภัย/ระยะ	SS	df	MS	F	p-value
1.ความรู้ด้านอาหารปลอดภัย ¹					
Time	1773.790	2	886.895	116.830	0.000
Error (Time)	516.210	68	7.591		
2.การรับรู้ถึงอันตรายของสารปนเปื้อนในอาหารและสารเคมีกำจัดแมลง ¹					
Time	14.092	2	7.046	52.166	0.000
Error (Time)	9.185	68	1.35		
3.พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย ²					
Time	6.272	1.570	3.995	65.355	0.000
Error (Time)	3.263	53.384	0.061		

¹Sphericity Assumed ²Greenhouse Geisser

อภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 พบว่า หลังทดลองโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในกลุ่มทดลองมากกว่าในกลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เฉพาะค่าเฉลี่ยการรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานบางส่วน สามารถอธิบายได้ว่า ความรู้ด้านอาหารปลอดภัยอาจสามารถได้รับจากทั้งบุคคล หรือตามสื่อต่าง ๆ จึงอาจไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 20.20$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 19.74$) เห็นได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนที่ค่าใกล้เคียงกันมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรีย์ ปลั่งกมล⁹ ศึกษาการพัฒนาแนวทางการลดใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หลังการทดลองพบว่าความรู้ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง พบว่าความรู้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ก็ยังพบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเนื่องจากโปรแกรมฯ มีกระบวนการที่ส่งเสริมการรับรู้และพฤติกรรมจากแต่ละกิจกรรม โดยแบ่งกลุ่มย่อย ประกอบด้วย 1) กิจกรรม: “อโรยปาก ลำบากกาย”จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ภายในกลุ่มย่อย โดยมีใบงานให้ปฏิบัติ ในประเด็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ปลอดภัยในปัจจุบัน และการเลือกซื้อและบริโภคอาหาร ผักและผลไม้ ให้ปลอดภัยจากสารปนเปื้อนและสารเคมีกำจัดแมลง 2) กิจกรรม: เลือกอาหารปลอดภัย ใส่ใจสุขภาพ เป็นการให้สมาชิกในกลุ่มอภิปรายในประเด็นเกี่ยวกับการเลือกซื้อและบริโภคอาหาร ผักและผลไม้ ให้ปลอดภัยจากสารปนเปื้อนและสารเคมีกำจัดแมลงภายในกลุ่ม ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้มีส่วนร่วมช่วยส่งเสริมให้ผู้บริโภคหรือกลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการ

แสดงความคิดเห็น มีความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเองและได้ฝึกปฏิบัติวางแผนการทำกิจกรรมกลุ่ม เปิดโอกาสให้ผู้เรียนเชื่อมโยงประสบการณ์เดิมกับความรู้ใหม่ มีส่วนร่วมในการอภิปรายประเด็นปัญหาขั้นตอน อย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของอุไรวรรณ บุตรวัง และรุจิรา ดวงสงค์¹⁰ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริม การซื้ออาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อนในผู้ปรุงอาหารประจำครัวเรือน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มทดลองการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการรับประทานอาหาร ปนเปื้อน การรับรู้ความรุนแรงของการรับประทานอาหารปนเปื้อน การรับรู้ในความสามารถของตน ในการเลือกซื้ออาหารปลอดภัยจากการปนเปื้อน ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการเลือกซื้ออาหารปลอดภัย จากการปนเปื้อน และการปฏิบัติในการเลือกซื้ออาหารปลอดภัยจากการปนเปื้อน มีค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่ม ทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.05$)

สมมติฐานข้อที่ 2 พบว่าในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภค อาหารปลอดภัยหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลอง และมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยระหว่างก่อนและหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยโดยใช้กระบวนการ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารปลอดภัยผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ด้วยความรู้ที่ผ่านการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาหารปลอดภัยและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับ อาหารปลอดภัยในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาอย่างมีเป็นขั้นตอนและประสิทธิภาพ ทำให้กลุ่มทดลอง ได้รับความรู้อย่างถูกต้องและชัดเจน บวกกับมีกระบวนการส่งเสริมการรับรู้และพฤติกรรมจากแต่ละกิจกรรม ทั้งกิจกรรม “อ่อยปาก ลำบากกาย” และ กิจกรรม “เลือกอาหารปลอดภัย ใส่ใจสุขภาพ” ทำให้กลุ่มทดลอง มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ รับผิดชอบ ฝึกปฏิบัติวางแผน เชื่อมโยงประสบการณ์เดิมกับความรู้ใหม่ และการอภิปรายประเด็นปัญหาขั้นตอนอย่างต่อเนื่องและชัดเจนมากขึ้น ส่งผลให้ผู้บริโภคหรือกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลอง และมีความแตกต่างอย่างชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดของ Kolb¹¹ ที่อธิบายกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ว่าเป็นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่เริ่มต้นจากประสบการณ์ การสะท้อนความคิด/อภิปรายผล ความคิดรวบยอด และการประยุกต์ความคิด เพื่อเกิดกระบวนการกลุ่มแล้วเรียนรู้ร่วมกัน และสอดคล้องกับ งานวิจัยของ สุทธาทิพย์ สมสนุก, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ และกรัณชรัตน์ บุญช่วยธนาสี¹² ที่ศึกษาประสิทธิผล ของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในท่าอากาศยานดอนเมือง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารสูงกว่า ก่อนการทดลอง และงานวิจัยของสายจิตต์ ประโยชน์ศิริกุล¹³ ที่ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาคุณภาพแฝงลอยจำหน่าย อาหารตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารในเขตเทศบาลตำบลปทุมรัตน์ อำเภอปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การฝึกอบรมโดยประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ประกอบการมีการปฏิบัติหรือพฤติกรรม ที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. **ด้านปฏิบัติการ** โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ควรนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยต่อไป

2. **ด้านนโยบาย** การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยเป็นแนวทางหนึ่งที่น่าสนใจสำหรับผู้บริหารในแต่ละพื้นที่หรือท้องถิ่น อาจนำแนวคิดจากงานวิจัยนี้ไปประยุกต์เพื่อวางนโยบายส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยโดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมได้

3. **ด้านการวิจัย** จากผลการวิจัยยังมีหลายประเด็นที่ควรศึกษาเพิ่มเติมเพื่อการพัฒนาต่อไป อาทิ 1) การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพทั้งด้านความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยภายหลังทดลอง 2) การระยะเวลาของการพฤติกรรมของผู้บริโภคในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง และ 3) การศึกษาความสัมพันธ์ของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยต่อระดับแอนิเมโกลินเอสเตอเรสในซีรัมของผู้บริโภค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่ดีในการทำโครงการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และประชาชนเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหารที่ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนข้อมูลในการทำโครงการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือหลักสูตรการสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้สัมผัสอาหารและผู้ประกอบกิจการด้านอาหาร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2557.
2. จิรพรรณ พรหมลิขิตชัย. สารเคมีปนเปื้อนในอาหาร. รายงานสถานการณ์สารเคมีปนเปื้อนในอาหาร ปี 2550-2554. นนทบุรี: สำนักงานสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
3. Beshwari MM, Bener A, Amer A, Mehdi AM, Onda HZ, Pasha MAH. Pesticide-related health problems and diseases among farmers in the United Arab Emirates. Int J Environ Health Res 1999;9:213-21.
4. สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัด ฉบับปรับปรุง ปี 2563. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2563.
5. งานระบาดวิทยา โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร. สถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษ ปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://phiboon.pbhospital.go.th/>
6. Kurt S. Kolb's Experiential Learning Theory & Learning Styles [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 2]. เข้าถึงได้จาก: <https://educationaltechnology.net/kolbs-experiential-learning-theory-learning-styles/>

7. ชูศิลป์ เสนาวงศ์. ผลของการใช้กระบวนการอบรมแบบมีส่วนร่วมที่มีต่อความรู้ การปฏิบัติของผู้ประกอบการร้านอาหาร คุณภาพอาหารของร้านอาหาร และความพึงพอใจของผู้บริโภคต่อร้านอาหาร อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. สารคราม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.
8. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates: Publishers; 1988.
9. สุนทรี ปลั่งกมล. การพัฒนาแนวทางการลดใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลหนองยาว อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร 2558;10:134-44.
10. อุไรวรรณ บุตรวัง, รุจิรา ดวงสงค์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการซื้ออาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อนในผู้ปรุงอาหารประจำครัวเรือน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2559;9:26-33.
11. Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development [Internet]. 2015 [cited 2020 Dec 23] Available from: https://www.researchgate.net/publication/315793484_Experiential_Learning_Experience_as_the_source_of_Learning_and_Development_Second_Edition.
12. สายจิตต์ ประโยชน์สิริกุล. ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาคุณภาพแผนกจ่ายจำหน่ายอาหารตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารในเขตเทศบาลตำบลปทุมรัตต์ อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. สารคราม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2555.
13. สุทธาทิพย์ สมสนุก, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ, กรัณชรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์. ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในท่าอากาศยานดอนเมือง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2559;10:141-50.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการทางสุขภาพและที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา รวมทั้งนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ประเภทบทความที่ตีพิมพ์

ประเภทบทความที่รับพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร มีรายละเอียดดังนี้

1. บทความวิจัย (Research Article) เป็นผลงานที่ได้มาจากการค้นคว้าและวิจัยด้วยตนเอง
2. บทความวิชาการ (Academic Article) เป็นผลงานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการ มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบ โดยมุ่งเน้นการนำเสนอความรู้ใหม่ในเชิงวิชาการ
3. การทบทวนวรรณกรรม (Literature review) คือ งานเขียนที่ศึกษาค้นคว้า มีการผสมผสานแนวคิด การทบทวนความก้าวหน้าของเรื่องใดเรื่องหนึ่งและสรุปความรู้ในเรื่องนั้น จากหลายๆ การศึกษาเพื่อนำเสนอแนวคิด หรือองค์ความรู้ใหม่ ๆ โดยมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์องค์ความรู้ มีข้อวิจารณ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป
4. บทความรับเชิญ (Invitation Article) เป็นผลงานที่ได้จากความเชี่ยวชาญ หรือองค์ความรู้ที่สะสมอยู่ในตัวบุคคล ประกอบด้วย บทนำ เนื้อหาที่เป็นองค์ความรู้ และบทสรุปที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน

การรับบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์

การรับบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีรายละเอียด ดังนี้

1. บทความจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น
2. บทความวิจัยที่ศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
3. บทความต้องได้รับความยินยอมจากผู้เขียนทุกคน โดยผู้เขียนจะต้องลงนามในหนังสือรับรองบทความวิจัย บทความวิชาการ ของวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
4. บทความต้องไม่ซ้ำซ้อน หรือละเมิดลิขสิทธิ์จากผลงานเขียนของผู้อื่น
5. ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความตามอัตราที่วารสารกำหนดเพื่อเป็นค่าจัดทำวารสาร และค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิอ่านประเมินคุณภาพบทความ สำหรับบุคคลภายนอก 4,000 บาท/1 บทความ และสำหรับบุคลากรภายในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ 3,000 บาท/ 1 บทความ ทั้งนี้ การชำระค่าธรรมเนียมจะเกิดขึ้นก่อนการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ เมื่อผู้นิพนธ์ชำระค่าธรรมเนียมแล้ว จะไม่สามารถขอรับเงินคืนได้ ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น
6. วารสารจะพิจารณาการตีพิมพ์บทความเมื่อได้รับเอกสารครบถ้วน และรูปแบบบทความถูกต้องตามที่วารสารกำหนด

หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพบทความ

หลักเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบทความทางวิชาการ ที่ส่งเข้ามาเพื่อรับการพิจารณา มีรายละเอียดดังนี้

1. ประเภทของบทความที่ได้รับการประเมินคุณภาพ เพื่อตีพิมพ์ในวารสาร ประกอบด้วยบทความทางสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา
 2. บทความทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่าน โดยเป็นการประเมินแบบ Double Blinded
 3. บทความที่ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ จะได้รับการพิจารณาความถูกต้องตามหลักวิชาการ ในขั้นตอนสุดท้ายจากกองบรรณาธิการ
 4. ผู้นิพนธ์จะได้รับหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความในวารสาร เมื่อการตัดสินใจถูกต้องตามหลักวิชาการ จากกองบรรณาธิการ เป็นที่สิ้นสุด
- ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ที่วารสาร กำหนด

กำหนดการออกต้นฉบับ

วารสารฯ มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ

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

สมาชิกและผู้สนใจทุกท่านสามารถส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การเตรียมต้นฉบับ

การเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการ และบทความวิจัย มีดังนี้

บทความวิชาการ บทความวิจัย

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Office Word ตัวอักษร Microsoft Office Word ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้ว (2.54 เซนติเมตร) โดยรอบ ความยาวไม่ควรเกิน 13 หน้า โดยไม่รวมเอกสารอ้างอิง
2. การใช้คำภาษาไทย การแปลศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษ ให้ยึดตามหลักการใช้คำของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อยกเว้นเป็นคำที่ยอมรับกันทั่วไป
3. ชื่อเรื่องพิมพ์ไว้กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร TH Sarabun PSK ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
4. ชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งคุณวุฒิอยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือใช้อักษร TH Sarabun PSK ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 16 pt.
5. ตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียนอยู่ด้านล่างของบทความย่อในหน้าแรกเยื้องทางซ้ายมือใช้อักษร TH Sarabun PSK ตัวปกติ ขนาดตัวอักษร 12 pt.
6. ทั้งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวนไม่เกิน 350 คำ/บทคัดย่อ) พร้อมทั้งคำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
7. จำนวนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ หรือรายงานการวิจัย ไม่น้อยกว่า 5 แต่ไม่ควรเกิน 30 เรื่อง

8. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ ออกแบบตารางให้เหมาะสมจากนั้นทำการแทรกตารางโดยไม่มีเส้นแนวตั้ง ควรพิมพ์แยกตารางละ 1 แผ่นและให้ระบุ ในเนื้อหาด้วยว่าจะใส่ตารางหรือแผนภูมิไว้ที่ใด และหลีกเลี่ยงการอธิบายซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง
9. ภาพประกอบ ให้ใช้ภาพถ่ายเส้นขาวดำ ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสเตอร์ โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านล่างของภาพ หากเป็นผลงานของบุคคลอื่นให้ระบุที่มาของภาพไว้ได้ภาพพร้อมทั้งอ้างอิงตัวเลขไว้ท้ายข้อความและทำการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย ทั้งภาพประกอบและตารางต้องแยกไว้ต่างหาก แต่ในเนื้อเรื่องต้องบอกว่าจะใส่รูปไว้ที่ใด

2. การลำดับหัวข้อในการเขียนบทความเพื่อการตีพิมพ์ ให้เรียงหัวข้อตามลำดับดังนี้

2.1 บทความวิชาการ

- 2.1.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.1.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.1.3 เนื้อหา
 - บทนำ
 - เนื้อเรื่อง
 - บทสรุป
- 2.1.4 เอกสารอ้างอิง

2.2 บทความวิจัย

- 2.2.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.2.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.2.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
- 2.2.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 2.2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย
- 2.2.6 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 2.2.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย
 - 2.2.7.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.2.7.2 การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล
 - 2.2.7.3 เครื่องมือการวิจัย
 - 2.2.7.4 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.2.7.5 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 2.2.8 ผลการวิจัย
- 2.2.9 การอภิปรายผล
- 2.2.10 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้
- 2.2.11 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
- 2.2.12 เอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามระบบแวนคูเวอร์ โดยใช้ตัวเลขยก (Super script) ชิดกับข้อความที่อ้างอิง โดยรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) 2) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือเอกสารอ้างอิง (Reference)

1. การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่น ไม่ว่าจะบางส่วน หรือทั้งหมดมาอ้างอิงในบทความ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้เขียนหรือ หลังข้อความที่อ้างอิง และใช้ลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหาโดยมีวิธีการอ้างอิง ดังนี้

1.1 การอ้างอิงที่เน้นผู้เขียน หรือผู้เขียนเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลังชื่อผู้เขียน

ตัวอย่าง

นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ¹ ทำวิจัยการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษา

1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือผู้เขียนไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลังข้อความที่อ้างอิง

1.2.1 การอ้างอิงรายการเดียว

ตัวอย่าง

การใช้ปัญหาเป็นฐาน การใช้วิจัยเป็นฐาน การใช้สถานการณ์จำลอง รวมทั้งการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐาน (Project based learning)²

1.2.2 การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงเป็นลำดับที่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลข แต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข

ตัวอย่าง

กระบวนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐานครั้งนี้ มีกระบวนการคล้ายคลึงกันกับการศึกษาที่ผ่านมา^{3,5}

กิจกรรมให้ผู้เรียนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เพื่อให้คิดเป็น ทำเป็น มีการค้นคว้า และจัดการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม⁶⁻⁸

2. การอ้างอิงท้ายเล่ม เป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหามารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของบทความในหัวข้อเอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3,..... ซึ่งตัวเลขต้องสอดคล้องกับลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเนื้อเรื่อง ข้อมูลที่นำมาเขียนเอกสารอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง สำหรับตัวอย่างที่ใช้บ่อยมีดังนี้

1. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปี.
(ชื่อผู้แต่งคนไทย เขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม)

ตัวอย่าง

1. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต; 2550.

1.1 ผู้แต่งชาวต่างประเทศไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง

2. Zerhouni E, Berg JM, Hrabowski FA, Kington R, Landis SCR. Training the workforce for 21st century science: A vital direction for health and health care. Washington, DC: National Academy of Medicine; 2016.

1.2 ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และตามด้วย et al. และภาษาไทยใช้คำว่า “และคณะ” หรือ “et al.”

ตัวอย่าง

3. ขนิษฐา นันทบุตร, พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, จารุณี สรภพช, อุไร จเรประพาฬ, พรรณิภา ไชยรัตน์, และคณะ. คู่มือการจัดการความรู้ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นติ้ง; 2557.
4. Cirawattanakul S, Sawancharoun K, Runruangkamonkit S, Arnusonteerakul S, Chongaudomkarn D, Wattanakulkeart S, et al. Prevention of and dealing with teenage pregnancy. Khon Kaen University: Centre for research and training on gender and woman's health; 2011.

1.4 การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

5. วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรรณี ปิตุสุทธิธรรม, ชัยนต์ พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นติ้ง; 2552. หน้า 255-78.
6. Nitirat P, Sitanon T. Surveillance rapid response team (SRRT): A proactive model of health prevention excellence. In: Turner K, editor. Bangkok: Sahamitr Printing & Publishing; 2013. p. 45-55.

คำอธิบายเพิ่มเติม

1. ชื่อผู้แต่ง (Authors) ชื่อผู้แต่งอาจจะเป็นบุคคล หน่วยงาน บรรณาธิการ (editor) หรือคณะบรรณาธิการ (editors) ให้ใช้ชื่อกำหนดเดียวกันกับชื่อแต่งในการอ้างอิงบทความจากวารสาร
2. ชื่อหนังสือ (Title of the book) ให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของ ชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นใช้ตัวเล็กทั้งหมด
3. ถ้าหนังสือมีมากกว่า 1 เล่ม และใช้ประกอบการเขียนหมดทุกเล่มให้ใส่จำนวนเล่มทั้งหมด เช่น 2 vols. หรือ 3 เล่ม. หากอ้างเพียงเล่มใดเล่มหนึ่งให้ใส่เฉพาะเล่มที่อ้าง เช่น Vol. 2. หรือ เล่ม 3.
4. ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ถ้าเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องใส่ส่วนนี้ในรายการอ้างอิงให้ใส่เมื่อเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 2, 3, 4... เป็นต้นไป เช่น 2nd ed. 3rd ed. 4th ed. ... ถ้าเป็นเล่มที่มีการปรับปรุงแก้ไขให้ลงรายการดังนี้ 4th rev. ed.
5. เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ (Place of publication) ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีหลายเมืองให้ใช้เมืองแรก ถ้าเมืองไม่เป็นที่รู้จักให้ใส่ชื่อย่อของรัฐหรือประเทศ ถ้าหากไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์ให้ใช้คำว่า n.p. ซึ่งย่อมาจาก no place of publication และ ภาษาไทยใช้คำว่า ม.ป.ท. ย่อมาจากคำว่า ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์ แล้วตามด้วยเครื่องหมาย colon (:)
6. สำนักพิมพ์ (Publisher) ให้ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ แล้วตามด้วย semicolon (;) โดยไม่ต้องระบุสถานะว่าเป็น ห.จ.ก., บริษัท, จำกัด, co., Ltd. เช่น เรือนแก้วการพิมพ์, Mosby, W.B. Saunders ยกเว้น โรงพิมพ์ของหน่วยงาน ส่วนราชการให้ใส่คำว่า โรงพิมพ์ หรือสำนักพิมพ์ด้วย เช่น โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และหากหนังสือเล่มนั้นเป็นสิ่งพิมพ์รัฐบาล ให้ลงชื่อหน่วยราชการที่รับผิดชอบการจัดทำหนังสือนั้นเป็นผู้พิมพ์แม้จะมีชื่อสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์ก็ตาม
7. ปีพิมพ์ (Year) ถ้าเป็นหนังสือภาษาไทยให้ใส่เฉพาะตัวเลขของ ปี พ.ศ. หรือ ค.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาต่างประเทศ แล้วจบด้วยเครื่องหมาย มหัพภาพ (.)

2. การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง

7. ลักษณะ ชอบเสียง. การออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2561;19:25-35.
8. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan, C. The understanding of spirituality of spirituality and the role of spiritual care in end-of-life and palliative care: A meta-study of qualitative research. Palliat Med 2010;24:753-70. doi:10.1177/0269216310375860

คำอธิบายเพิ่มเติม

1. ชื่อผู้แต่ง ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างประเทศ ให้เขียนชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ถ้าผู้แต่งมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.) ชื่อผู้แต่งที่เป็นคนไทย ให้เขียนแบบภาษาไทยโดยเขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม
2. ชื่อบทความ บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย บทความภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด
3. ชื่อวารสาร วารสารไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม เช่น จุฬาลงกรณ์เวชสาร ขอนแก่นเวชสารฯ วารสารต่างประเทศ ใช้ชื่อย่อตาม มาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้เขียนตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences Abbreviation of Title of Publications
4. ปี เดือน เล่มที่ และฉบับที่ เนื่องจากวารสารส่วนมากจะมีเลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี ตั้งแต่ฉบับที่ 1 ไปจนจบฉบับสุดท้าย การลงรายการแบบ Vancouver จึงให้ใส่เฉพาะ ปี (year) และเล่มที่ (volume) เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่ และฉบับที่
5. เลขหน้า (Page) ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น หน้า 10-18 ใช้ 10-8 หน้า 198-201 ใช้ 198-201
6. สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ใส่รหัสบทความดิจิทัลด้วย

3. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า.

ตัวอย่าง

9. จงลักษณ์ ทวีแก้ว, เขมนันท์ พูลสุขโข, จิตรรัตน์ มณีวงษ์, จิราพร สีสรณ์, จุฑามณี ถนอมทรัพย์, เจนจิรา ซีมกระโทก และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ ชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. ใน: พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และคณะ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ BCNSP National and International Conference; 30 พฤษภาคม-1 มิถุนายน 2561; โรงแรมสุโขทัย แกรนด์. อุบลราชธานี; 2561. หน้า 575-91.
10. Macer D. Bioethical implications of public health from environmental issues in light of Fukushima. In: Poddar S. editor. International conference on allied health sciences. 22nd-24th July 2011; Malaysia. Kurla Lumpur: Percetakan Horizon Waves; p.16-22.

4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

11. เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร, บรรณาธิการ. การเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งตามประสบการณ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. การประชุมวิชาการระดับชาติ Nakhon Phanom Conference in Health Care ครั้งที่ 1; 26-27 มิถุนายน 2557; วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. นครพนม: อรุณการพิมพ์; 2557.
12. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

13. พันธุ์ชา ชันติจิตร. อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
14. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

6. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วันที่ เดือน(ย่อ) ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

15. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยด้านระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.egov.go.th/th/e-government-service/1481/>
16. World Health Organization (WHO). International Health Regulations [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 9]. Available from: <http://www.who.int/publications/en/>

7. การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อวันที่ เดือน(ย่อ) ปี];ปีที่:[หน้า]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

17. ระวี สิริประเสริฐ, นุชลดดา โจรนประภาพรรณ. รูปแบบการพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพประชาชน จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.พ. 2554];19:409-21. เข้าถึงได้จาก: http://pubnet.moph.go.th/pubnet2/e_doc.php?id=2593
18. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

สำหรับหลักการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจากเอกสารของ
จิราภรณ์ จันทร์จร หอสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ที่
<http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>

สอบถามรายละเอียด

บรรณาธิการวารสาร

ดร.พัชรี ใจการุณ โทรศัพท์ 085-564-6532

กองบรรณาธิการ

อ.ลักขณา ชอบเสียง โทรศัพท์ 087-863-3441
อ.ชนุกร แก้วมณี โทรศัพท์ 081-064-3536
อ.จงลักษณ์ ทวีแก้ว โทรศัพท์ 088-549-9225
อ.พนัชญา ชันติจิตร โทรศัพท์ 088-377-8383
อ.จิณวัตร จันครา โทรศัพท์ 098-569-9858
อ.ทัตภณ พลไชย โทรศัพท์ 088-133-2803

เลขานุการ

นางสาวสิริภัทร โจมสติ โทรศัพท์ 080-799-5801 โทรสาร 045-255-709
E-mail: journal.bcns@gmail.com