



ราชวดีสาร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
JOURNAL OF BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, SURIN

ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2567)

VOL. 14 NO. 1 JANUARY - JUNE 2024



BCN SURIN

ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2567)

BCN SURIN



ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin

ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2567 Volume 14 Number 1 January-December 2024

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

ISSN 2985-2900 (online)

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์เป็นวารสารวิชาการและการวิจัย ของวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

จุดมุ่งหมายของวารสาร

1. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ทั้งทางด้านวิชาการเทคโนโลยีสมัยใหม่ และผลงานการวิจัยให้แก่ พยาบาล อาจารย์ บุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไป
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ให้แก่แหล่งฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาด้านสุขภาพทั้งในและนอกวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
3. เพื่อส่งเสริม สร้างสรรค์ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการสำหรับบุคลากรสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งเป็นเวทีแลกเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ของพยาบาลและนักการศึกษา
4. เพื่อเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา และองค์กรสุขภาพทั่วประเทศ

ขอบเขต:

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย ทางการพยาบาลและสุขภาพที่มีคุณภาพในระดับประเทศ แก่บุคลากรทางการพยาบาล สุขภาพ และผู้สนใจ

กำหนดการออกวารสาร

กำหนดออก ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

ราชวาทีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นหน่วยงานที่ไม่แสวงหาผลกำไรซึ่งเปิดโอกาสรับตีพิมพ์ให้กับต้นฉบับที่มีคุณภาพ เพื่อการเผยแพร่สู่สาธารณชน ค่าธรรมเนียมที่เรียกเก็บจำนวน 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในกระบวนการตรวจสอบบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และกระบวนการบริหาร ขั้นตอนการชำระเงินมีดังนี้:

1. เมื่อส่งบทความแล้ว กระบวนการคัดกรองครั้งแรกของวารสารจะดำเนินการโดยทีมบรรณาธิการ หากเอกสารที่ส่งมาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดกรอง บทความจะถูกปฏิเสธผ่านทางระบบ **ในขั้นตอนคัดกรองนี้ ผู้ส่งบทความยังไม่ต้องชำระเงินและสามารถขอคำอธิบายเพิ่มเติมสำหรับการปฏิเสธการพิจารณาการยอมรับการตีพิมพ์ได้**

2. เมื่อบทความผ่านการคัดกรองครั้งแรกแล้วให้ผู้แต่งดำเนินการชำระค่าธรรมเนียม

3. โปรดทราบว่าบทความที่ส่งเข้ามาสามารถถูกปฏิเสธได้ในภายหลัง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคำแนะนำในการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและการตัดสินใจขั้นสุดท้ายของทีมบรรณาธิการวารสาร **ทั้งนี้ ค่าธรรมเนียมการชำระเงินไม่สามารถขอคืนได้** หากบทความผ่านการพิจารณาแล้วและไม่พร้อมที่จะได้รับการตีพิมพ์

หมายเหตุ: ราชวาทีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ไม่มีนโยบายในการรับตีพิมพ์บทความแบบเร่งด่วน

การชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

เลขบัญชี : 310-1-17531-3 ธนาคารกรุงไทย **ชื่อบัญชี** : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

การเผยแพร่วารสาร : ราชวาทีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น ผู้อ่านสามารถติดตามอ่านราชวาทีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ติดตามอ่านวารสารที่เว็บไซต์ <https://tcithaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

สำนักงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ กองบรรณาธิการราชวาทีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ งานวิจัยและบริการวิชาการ เลขที่ 320 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 32000 โทรศัพท์ 0-445-14422 โทรสาร 0-4451-1737; E-mail: journalrachawadee@gmail.com

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

เจ้าของ : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ผกาทิพย์ สิงห์คำ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ดร.สุพิตรา เศลวัตนะกุล

ข้าราชการบำนาญ

ดร.จุฬารัตน์ หัวหาญ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

ศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปี้ยชื่อ

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการ

ดร.ธิดารัตน์ คณิงเพียร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการผู้ช่วย

ดร.วรรณพร บุญเปล่ง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

อาจารย์รัชชัย ยืนยาว

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

กองบรรณาธิการ

นาวาอากาศเอกหญิงผู้ช่วยศาสตราจารย์

วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ

ดร.วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์

กองทัพอากาศ

รองศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง ธีระทองคำ

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉริยา ปทุมวัน

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรีมาลย์ นีละไพจิตร

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัญญา จุฬารี

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ดง

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติภูมิ ภิญโญ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

ดร.พัชรี ใจการุณ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

กองบรรณาธิการ (ต่อ)

ดร.สาตี แฮมิลตัน

ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์

ดร.มาสริน ศุกลปักษ์

ดร.สุรียา ฟองเกิด

ดร.ศรินยา พลสิงห์ชาญ

ดร.วรรณถ พรหมศวร

ดร.อุตม์ชฎาน์ อินทเรือง

ดร.ณรงค์กร ชัยวงศ์

ดร.นพดล พิมพ์จันทร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จงกิจ วงษ์พินิจ

ดร.ปณวัตร สันประโคน

ฝ่ายจัดการ

นางสาวสุณิสา สำเร็จดี

นางสาวกฤตวรรณ ฐัจจิตร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษ)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษ)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณากลับกรองบทความ
ราชวาทีสสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 25676 ISSN 2985-2900 (online)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สังกัด
1	รศ.ดร.โสเพ็ญ ชูนวน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2	รศ.ดร.ศรีสมร ภูมนสกุล	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3	รศ.ดร.บัวหลวง สำแดงฤทธิ์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4	รศ.ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
5	ผศ.ดร.อัจฉรียา ปทุมวัน	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
6	ผศ.ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
7	ผศ.ดร.อุมาภรณ์ ก้วสิทธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
8	ผศ.ดร.ปรียา แก้วพิมล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาเขตปัตตานี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
9	ผศ.ดร.ศรีัญญา จุฬารี่	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
10	ผศ.ดร.นฤมล สิงห์ดง	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
11	ผศ.ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
12	ดร.ชุลีพร พรหม	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
13	ดร.กชกร เพี้ยชัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
14	ดร.กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณากลับกรองบทความ
ราชวาทีสสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ (ต่อ)

ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2567 ISSN 2985-2900 (online)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สังกัด
15	ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุบลราชธานี
16	ดร.นิดารัตน์ ชูวิเชียร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
17	ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์	สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
18	ดร.นภษา สิงห์วีระธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
19	ดร.นพดล พิมพ์จันทร์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์
20	ดร.ณรงค์กร ชัยวงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
21	ดร.ปณวัตร สันประโคน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
22	ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
23	ดร.ทรงสุดา หมั่นไธสง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
24	ดร.จุฬารัตน์ หัวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
25	ดร.มาสริน ศุกลปักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
26	ดร.สุรียา ฟองเกิด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
27	ดร.ปัฐยาวัชร ปรากฏผล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
28	ดร.พัชรี ใจการุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
29	ดร.บังอร เผ่าน้อย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
30	ดร.ธิดา มุลาลินท์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
31	ดร.วรรณภา พรหมศวร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
32	ดร.วรรณพร บุญเปล่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
33	ดร.ศรินยา พลสิงห์ชาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วารสารกลุ่มที่ 2 : วารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

บทความและรายงานวิจัยในราชวาทีสสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนมิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของคณะผู้จัดทำ

สารจากบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านสมาชิกวารสารและผู้อ่านทุกท่าน ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ฉบับนี้เป็นฉบับแรกของปี พ.ศ. 2567 มีเนื้อหาที่เข้มข้น หลากหลาย ทุกบทความได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสถาบันเพื่อลงตีพิมพ์ในราชวดีสารฯ จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (Double-blind-peer review)

บทความในฉบับนี้มีประเด็นสำคัญและสาระที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย

- บทความวิจัย จำนวน 10 เรื่อง ได้แก่ การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก ผลของการให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้าต่อพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปัจจัยทำนายพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผลของกิจกรรมรักษาอุบาสกศิลป์ในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาต่อความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ การศึกษาความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาของหญิงในระยะคลอด ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อป้องกันโรคอ้วนสำหรับวัยรุ่นตอนต้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษาที่กำลังศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ และการประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองด้วย Color Chart ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอำเภองาว จังหวัดลำปาง

- บทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ การพัฒนาความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน

กองบรรณาธิการราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่พิจารณากลั่นกรองบทความในแต่ละสาขา ช่วยกรุณาให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ทำให้มีผลงานที่มีคุณภาพ และช่วยพัฒนาวารสารไทยให้มีคุณภาพ และได้มาตรฐานต่อไป

ดร.ธิดารัตน์ คณิงเพียร

บรรณาธิการ

สารบัญ

	หน้า
บทความวิจัย	
● การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น นุชจรี ไสยสมบัติ บาลิยา ไชยรา ปริญญา ชำนาญ สมจิตต์ ลุประสงค์ กุณฑชลี เพียรทอง และ นุสรุา วิชัยโกวิทเทน	1
● ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก มิตรธิดา แจ่มใส วิภาพร สิทธิศาสตร์ และฉัตรรัตน์ ราศิริ	20
● ผลของการให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลทำต่อพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อ ป้องกันการเกิดผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดได้ เนตรนภา ปาวงค์ และพรภิมล สุขเพ็ญ	37
● รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กิตติพงษ์ พลทิพย์ ปภัสญา คัชรินทร์ ธีฎลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์ อติญา โพธิ์ศรี กิรณานันท์ สนธิธรรม และทองมี ผลาผล	52
● ปัจจัยทำนายพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น รศิกัญจน์ พลจำรัสพันธุ์ ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์ และนฤมล ธีระรังสิกุล	66
● ผลของกิจกรรมรักษาอุโบสถศีลในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาต่อความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ เรืองศรี ศรีสวนจิก กิตติพงษ์ พลทิพย์ รักษ์สุดา ชูศรีทอง และสุพัตรา เขาวัวไว	81
● การศึกษาความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาของหญิงใน ระยะคลอด ชัชฎาพร จันทรสุข พิริยา ทิวทอง ศีตรา มยุชโชติ และจุฬารัตน์ ห้าวหาญ	93
● ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อ ป้องกันโรคอ้วนสำหรับวัยรุ่นตอนต้น นวลตา เศลวัตนะกุล	106
● ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษา ที่กำลังศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ นรารุช สินสุพรรณ กัญญา กิ่งจันทร์ สุรรัตน์ สืบสันต์ นภา วงษ์ศรี และอัจฉรา แผลมทอง	126

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทความวิจัย (ต่อ)	
● การประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองด้วย Color Chart ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอำเภองาว จังหวัดลำปาง รณชัย บัวบาน กฤษณ์ ทองบรรจบ และศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ	144
บทความวิชาการ	
● การพัฒนาความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ขวัญตา ภูริวิทย์ธีระ และปนิดา พุ่มพุท	160
คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ	177

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

นุชจรี ไสยสมบัติ, พย.บ.* บาลิยา ไชยรา, พย.ม.**

ปริญญา ชำนาญ, ปรด, พบ.*** สมจิตต์ ลุประสงค์, ปรด.****

กฤษณ์ชลี เพียรทอง, ปรด.***** นุสรุา วิชัยโกวิทเทน, พย.ม.**

Received: November 24, 2023

Revised: February 21, 2024

Accepted: February 22, 2024

บทคัดย่อ

วิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น 2) พัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการคลอดก่อนกำหนด ภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย บทบาทการเป็นมารดา และความเครียดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และ 3) เพื่อประเมินคุณภาพของโปรแกรม โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) การศึกษาสภาพปัญหาและการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 24 คน 2) การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลโปรแกรม จากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในหน่วยงานฝากครรภ์ และคลอด ณ ห้องคลอดโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 212 คน และ 3) การประเมินคุณภาพโปรแกรมจากผู้เชี่ยวชาญ 13 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน มีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ .77 ถึง .92 วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำและไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์มีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์เชิงลบ ภายหลังจากได้รับการตั้งครรภ์ได้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเชิงบวก ผลการพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการคลอดก่อนกำหนด และทารกมีภาวะน้ำหนักตัวน้อยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยบทบาทมารดา ความเครียดสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .01$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแต่ละระยะพบว่าหลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผลมีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจมีประสิทธิภาพในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

คำสำคัญ: การพัฒนา โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สังกัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: nuch.sai@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

*** นายแพทย์ชำนาญการ อาจารย์สอนคลินิกและวิจัยทางวิทยาศาสตร์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี

The Development of Empowerment Program for Adolescent Pregnant Women

Nutchari Saiyasombat, B.N.S.* Baliya Chaiyara, M.N.S.**

Parinya Chamnan, MD, Ph.D.*** Somchit Luprasong, Ph.D.****

Kulchalee Pianthong, Ph.D.***** Nussara Vichkovitten, M.N.S.**

Abstract

The research and development aimed to 1) explore the situations, issues, and needs among adolescent pregnant women, 2) develop and evaluate the effectiveness of an empowerment program on preterm birth, low birth weight, role of motherhood, and stress in adolescent pregnant women, and 3) assess the validity of the empowerment program for adolescent pregnant women. This study consisted of three phases: 1) qualitative data was obtained from 24 adolescent pregnant women to explore the situations, issues, and care of adolescent pregnant women, 2) quantitative data was collected to evaluate the effectiveness of program from 212 adolescent pregnant women in maternity units in a hospital, Ubon Ratchathani, and 3) 30 experts assessed the validity of the empowerment program. The research instruments included in-depth interviews form, and questionnaires with reliability values ranging from 0.77 to 0.92. Qualitative data were analyzed using content analysis and quantitative data was employed using repeated measure ANOVA and the Chi-square statistics.

The results indicated that adolescent pregnant participants initially had negative attitudes towards the pregnancy. Then participants accepted the pregnancy and transition towards positive pregnancy perspectives. Compared with the control group, newborn infants of adolescent pregnant participants in experimental group had significantly decreased preterm birth rate and low birth weight ($p < .01$). and adolescent pregnant women in experimental group had significantly increased motherhood role and decreased stress ($p < .001$, $p < .01$). When compared with the mean score of each stage and follow-up stage had a significantly high score ($p < .001$). The empowerment program improved outcomes for adolescent pregnant women.

Keywords: Develop, Empowerment program, Adolescent pregnant women

*Senior Professional nurse, Sunpasittiprasong Hospital; Corresponding Author E-mail: nuch.sai@gmail.com

** Professional Nurse, Sunpasittiprasong Hospital

*** Clinician, Research Scientist and Xclinical Lecture, Medical Education Center, Sanpasitthirasong Hospital, Ubon Ratchathani

**** Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, Ubon Ratchathani

***** Professional Nurse, Prasrimahabodi Psychiatric Hospital

บทนำ

การตั้งครรภ์เป็นสาเหตุสำคัญในประเทศที่กำลังพัฒนาทำให้สตรีวัยรุ่นเสียชีวิต ประเทศไทยมีอัตราการคลอดมีชีพในสตรีวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 31.3 ต่อพัน แม้จะลดลงจากระยะ 10 ปีที่ผ่านมา (กรมอนามัย, สำนักการอนามัยเจริญพันธุ์, 2563) ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ได้กำหนดอัตราการคลอดของมารดาวัยรุ่นไม่เกินร้อยละ 10 ต่อมารดาคลอดทั้งหมด แต่จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่ามารดาคลอดทั้งหมดจำนวน 5,317, 5,190, 4,836 ราย ตามลำดับ เป็นมารดาวัยรุ่นคลอดทั้งหมดจำนวน 621, 589, 532 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.68, 11.34, 11 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าอัตราที่กำหนดไว้

การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นส่งผลต่อวัยรุ่นโดยตรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งต่อทารกและครอบครัว เนื่องจากวัยนี้การเจริญเติบโตของร่างกายยังไม่สมบูรณ์ ขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์และความพร้อมในการดูแลตนเอง รวมทั้งการรับบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาและการเลี้ยงดูบุตร ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดได้ โดยมีการพบภาวะแทรกซ้อนด้านทารก ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกคลอดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม และกลุ่มอาการทารกแรกเกิดหายใจลำบาก (Jeha et al., 2015) จากข้อมูลของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ระหว่างปีพ.ศ. 2561 ถึงปี พ.ศ. 2563 พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดเกิดภาวะแทรกซ้อนลำดับแรกคือ การคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 19.64, 15.28, 14.35 ตามลำดับ ส่วนด้านทารก พบว่า ทารกคลอดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 4.83, 2.88, 4.13 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, 2563) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ จะพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะเครียด ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ไปจนถึงการดูแลบุตร (กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และชุตินา ปัญญาพิณนุกร, 2559) ดังนั้นการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกคนจะต้องมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอดและหลังคลอด โดยเฉพาะการดูแลในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด มีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องตระหนักเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ (ปริญญญา เอี่ยมสำอาง และคณะ, 2556) ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีบทบาทในการดูแลฝากครรภ์ การเตรียมตัวคลอดรวมทั้งการคลอดด้วย

การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีวัยรุ่นจะช่วยทำให้เสริมสร้างและส่งเสริมความสามารถของตนเอง เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้มารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยมาก มีการรับรู้พลังอำนาจ การรับรู้ความสามารถดีขึ้น และมีพฤติกรรมถูกต้องมากขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของทารกด้านการเจ็บป่วยน้อยลง เมื่อติดตามระยะ 3 เดือนหลังจำหน่าย (กมลธิดา เหล่าบุตธสา และคณะ, 2560)

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการจัดบริการสุขภาพแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดและในหน่วยฝากครรภ์ได้จัดตั้งคลินิกวัยรุ่นเพื่อให้การดูแลในระหว่างตั้งครรภ์ แต่เป็นการบริการฝากครรภ์ทั่วไปไม่จำกัดเฉพาะวัยรุ่น ซึ่งผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นสูติแพทย์และพยาบาล สหสาขาวิชาชีพอื่นมีส่วนร่วมน้อย และครอบครัวยังไม่ได้รับการสนับสนุนให้เข้ามามีส่วนร่วม สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเข้าสู่ระยะคลอดจะได้รับการดูแลเหมือนสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดทั่วไป และข้อมูลไม่มีการ

เชื่อมโยงส่งต่อให้ห้องคลอดเพื่อให้ได้รับการบริการอย่างต่อเนื่อง ส่วนในระยะหลังคลอดเน้นให้มารดาวัยรุ่นคุมกำเนิดด้วยวิธีฝังเข็ม ด้านบทบาทการเป็นมารดาและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นกิจกรรมตามปกติที่จะได้รับเหมือนกับมารดาทั่วไป ซึ่งผลกระทบที่ตามมาคือวัยรุ่นตั้งครรภ์เหล่านี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดได้ ดังนั้น การทำให้สตรีวัยรุ่นได้การรับรู้พลังอำนาจและความสามารถของตนเอง จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นโดยการพัฒนาการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของทั้งมารดาและทารก ซึ่งที่ผ่านมายังไม่มีการพัฒนาโปรแกรมในการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อนำใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ดังนั้น การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไทย และศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมดังกล่าวต่ออัตราการคลอดก่อนกำหนด ภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย บทบาทการเป็นมารดา และความเครียดในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะเป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

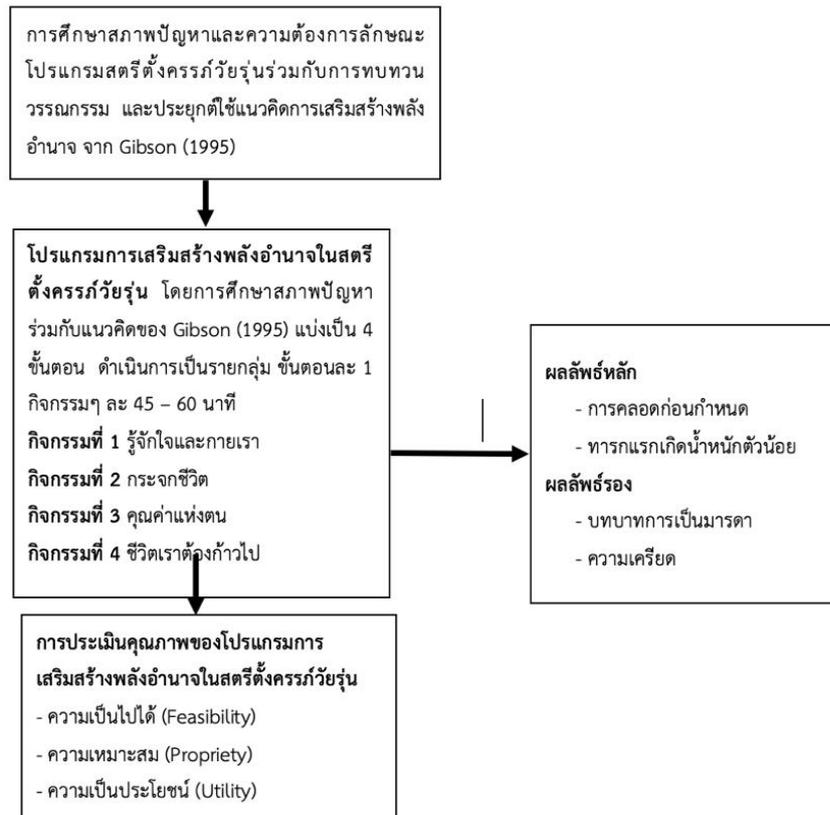
1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
2. เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการคลอดก่อนกำหนด ภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย บทบาทการเป็นมารดา และความเครียดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
3. เพื่อประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์ ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยมี 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) การศึกษาสภาพปัญหาและการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น 2) การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และ 3) การประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิด โดยศึกษาสภาพปัญหาการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ในระยะที่ 1 ของการวิจัย ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ จาก Gibson (1995) ที่ได้อธิบายถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการทางสังคม การแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริมการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งโปรแกรมนี้อาจทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ดังแสดงในภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ผู้ดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในหน่วยฝากครรภ์ และพยาบาลวิชาชีพแผนกสูติกรรม 3 หน่วยงาน ได้แก่ หน่วยฝากครรภ์ ห้องคลอด และแผนกสูติกรรม จาก 7 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โรงพยาบาลวารินชำราบ โรงพยาบาลตระการพิชผล โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร โรงพยาบาลเชิงใน โรงพยาบาลม่วงสามสิบ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และผู้ดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในหน่วยฝากครรภ์ ของ 7 โรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 2 คน จำนวนทั้งสิ้น 28 คน และพยาบาลวิชาชีพแผนกสูติกรรม 3 หน่วยงาน ได้แก่ หน่วยฝากครรภ์ ห้องคลอด และแผนกสูติกรรม โรงพยาบาลละ 1 คน จำนวน 21 คน โดยจำนวนผู้ให้ข้อมูลสำคัญของการศึกษานี้ คำนึงถึงความครอบคลุม

และความพอเพียงของข้อมูลที่ต้องไม่น้อยกว่า 8 ตัวอย่าง และเก็บข้อมูลจนกว่าจะได้ข้อมูลครบถ้วนหรือข้อมูลอิ่มตัว (บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ์, 2551) ในการศึกษาครั้งนี้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวนทั้งสิ้น 49 คน โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติ คือ มีประสบการณ์ในการทำงานด้านสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ในระยะที่ 1 คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ซึ่งออกแบบสำหรับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มผู้ดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มพยาบาลแผนกสูติกรรม ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และความสอดคล้องของประเด็นคำถามในแบบสัมภาษณ์แล้วทำการปรับปรุง ก่อนนำไปใช้ในการสัมภาษณ์จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับปัจจัยสำคัญและปัจจัยเอื้อต่อการดูแลตนเองและส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดา ปัจจัยเกื้อหนุนจากผู้ดูแล และกระบวนการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) และสรุปประเด็น

ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการในหน่วยฝากครรภ์ และคลอดที่โรงพยาบาลในเขตจังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในหน่วยงานฝากครรภ์ และคลอด ณ ห้องคลอดของโรงพยาบาลในเขตจังหวัดอุบลราชธานีทั้ง 7 แห่ง ดังที่ระบุในระยะที่ 1 จำนวน 212 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 106 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุ 10-19 ปี 2) การตั้งครรภ์แรก ครรภ์เดียว มีอายุครรภ์ อยู่ระหว่าง 21-24 สัปดาห์ 3) สามารถอ่าน-เขียนภาษาไทยได้ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และสามารถร่วมกิจกรรมจนครบกำหนด และ 5) ยินยอมให้ติดต่อทางโทรศัพท์ระหว่างการศึกษาวิจัย

ส่วนเกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) คือ 1) มีปัญหาสุขภาพไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรมในช่วงระยะเวลาทำการทดลอง 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามกำหนด และ 3) ทารกในครรภ์มีความพิการ และจะยุติการเข้าร่วมวิจัย (discontinuation criteria) เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และต้องการถอนตัวออกจากการวิจัย โดยแจ้งต่อทีมวิจัยหรือบุคลากรของโรงพยาบาล

การกำหนดขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยคำนวณประมาณค่าขนาดตัวอย่างจากโปรแกรม N4 Study โดยกำหนดค่า α เท่ากับ .05 β เท่ากับ .2

งานวิจัย Pregnancy outcomes of adolescents enrolled in a centering pregnancy program เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง ในกลุ่มทดลอง 124 คน และกลุ่มควบคุม 144 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยเท่ากับร้อยละ 10.5 และ 11 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยเท่ากับ 25.7 และ 33 ที่ค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และอำนาจการทดสอบ ร้อยละ 80 (Grady & Bloom, 2004) ได้ผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 212 คนหรือกลุ่มละ 106 คน จึงจะสามารถตรวจพบความแตกต่างของการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยระหว่างกลุ่มได้

ในงานวิจัย Effects of an empowerment program on coping, quality of life, and the maternal role adaptation of Thai HIV-infected mothers เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมกลุ่มละ 15 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเผชิญบทบาทการเป็นมารดา เท่ากับ 167.98 ($SD = 9.82$) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเผชิญบทบาทการเป็นมารดา เท่ากับ 151.69 ($SD = 8.69$) ที่ค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และอำนาจการทดสอบ ร้อยละ 80 (Jirapaet & Jirapaet, 2000) ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่ม อย่างน้อย 10 คนหรือกลุ่มละ 5 คน จึงจะสามารถตรวจพบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนบทบาทการเป็นมารดา ระหว่างกลุ่มได้ ทำให้ได้คำตอบสำหรับผลลัพธ์ของทั้ง 4 ตัวแปร ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจำนวน 212 คน

การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (cluster random sampling) โดยสุ่มโรงพยาบาลโดยการจับสลาก จำนวนขนาดตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล โดยไม่เป็นสัดส่วน และใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 35 คน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม 35 คน โรงพยาบาลม่วงสามสิบ 19 คน และโรงพยาบาลวารินชำราบ โรงพยาบาลตระการพิรุณ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร และโรงพยาบาลเชิงอิน โรงพยาบาลละ 18 คน การสุ่มแยกกลุ่มเมื่ออาสาสมัครลงนามยินยอม จะถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้ตัวเลขสุ่มจากคอมพิวเตอร์กลุ่มละ 106 คน ซึ่งทำ random envelop กลุ่มที่ 1 ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และกลุ่มที่ 2 ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยจะไม่ทราบว่าเป็นอาสาสมัครเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาดำเนินการวิจัยรวม 14 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในระยะที่ 2 คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง ประกอบด้วย อายุ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัย ผู้ที่ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหา รายได้ของครอบครัว และความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน เป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง ประกอบด้วย จำนวนครรภ์ วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย วันกำหนดคลอด อายุครรภ์เมื่อเริ่มฝากครรภ์ อายุครรภ์ปัจจุบัน น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักเมื่อเริ่มศึกษา ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ประวัติการฝากครรภ์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประวัติการคลอด เป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุครรภ์เมื่อคลอด วิธีการคลอด เวลาคลอด เพศทารก น้ำหนักทารก Apgar score ที่ 1 นาทีและ 5 นาที ลักษณะทารกหลังคลอด

ส่วนที่ 4 แบบวัดบทบาทการเป็นมารดา ผู้วิจัยใช้แบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ของศรีสมร ภูมณสกุล และคณะ (2547) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของรูบิน (Rubin, 1967) และเมอร์เซอร์ (Mercer, 1995) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ .89 ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีค่าตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) การแปลผลตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1993) แบ่งเป็น 5 ระดับ ประกอบด้วย ระดับดี (4.51-5.00) ระดับค่อนข้างดี (3.51-4.50) ระดับปานกลาง (2.51-3.50) ระดับค่อนข้างต่ำ (1.51-2.50) ระดับต่ำ (1.00-1.50)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2540) จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบประเมินค่ามี 4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย เป็นครั้งคราว เป็นบ่อย ๆ และเป็นประจำ การแบ่งระดับความเครียด ปรับจากเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขดังนี้ ระดับความเครียดปกติ (0-17 คะแนน) ปานกลาง (18-29 คะแนน) และสูง (30-60 คะแนน) หมายถึง ระดับความเครียด มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .70

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากกิบบสัน (Gibson, 1995) ร่วมกับศึกษาสภาพปัญหาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 รู้จักใจและกายเรา การสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย กิจกรรมที่ 2 กระจกชีวิต การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ กิจกรรมที่ 3 คุณค่าแห่งตน และกิจกรรมที่ 4 ชีวิตเราต้องก้าวไป โดยปฏิบัติเดือนละ 1 กิจกรรม รวม 4 เดือน ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งละประมาณ 45-60 นาที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ออกแบบโปรแกรม โดยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 ซึ่งได้จากสังเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์เชิงลึกมากำหนดเป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (ต้นแบบ)

2. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จำนวน 5 ท่าน

3. ขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลใน 7 โรงพยาบาล

4. เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจง และให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น สำหรับผู้ช่วยวิจัย จำนวน 14 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ณ หน่วยฝากครรภ์ เมื่อเสร็จสิ้นการประชุมจะประเมินความเที่ยงในการใช้โปรแกรมระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

5. การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม โดยนำโปรแกรมไปดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

6. การประเมินก่อนและหลังการทดลอง โดยประเมินบทบาทการเป็นมารดา ความเครียด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 3 ครั้ง คือ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังคลอด 1 เดือน รวมทั้งประเมินอายุครรภ์ น้ำหนักของทารกแรกเกิดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน และประวัติการคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ใช้ สถิติแจกแจงความถี่เพื่อคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Chi-square test, independent t-test หรือ Mann-Whitney U test สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ ตัวแปรเชิงปริมาณที่กระจายตัวปกติและไม่ปกติ ตามลำดับ

2. ข้อมูลพื้นฐานของการตั้งครรภ์ครบกำหนด และน้ำหนักทารกแรกเกิด ใช้สถิติแจกแจงความถี่เพื่อคำนวณค่าร้อยละ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานทารกในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Chi-square test

3. ทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยบทบาทมารดาและคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ที่ได้จากการวัด 3 ครั้ง คือ ระยะก่อนเข้าการทดลอง หลังสิ้นสุดโปรแกรม และหลังคลอด 1 เดือน ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวที่มีการวัดซ้ำ (One-Way Repeated Measure [ANOVA])

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยบทบาทมารดาและคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนเข้าการทดลอง หลังสิ้นสุดโปรแกรม และหลังคลอด 1 เดือน ใช้สถิติ two-way mixed-design ANOVA

5. เปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการทดสอบแบบบอนเฟอร์โรนี (bonferroni)

ระยะที่ 3 การประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนาโปรแกรม ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนาโปรแกรม ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อย่างละ 3 คน และหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นซึ่งเป็นผู้ใช้โปรแกรมในระยะที่ 2 จำนวน 4 คน รวมจำนวน 13 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น พัฒนาโดยนักวิจัย มีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ โดยศึกษาแนวคิด หลักการ ขั้นตอน และวิธีการสร้างแบบประเมิน ได้สร้างข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ เพื่อการประเมินให้ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ ความเป็นไปได้ (feasibility) 5 ข้อ ความเหมาะสม (propriety) 6 ข้อ และความเป็นประโยชน์ (utility) 3 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าจาก 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 (บุญใจ ศรีสถิตย์ นรากร, 2555) จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปทดลอง (try out) และตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha-Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ .77 ถึง .92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนาโปรแกรม ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ผู้ใช้โปรแกรมในระยะที่ 2 จำนวน 16 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ COA No 101/64c ลงวันที่ 22 พฤษภาคม 2566 อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย สิทธิการถอนตัว เปิดโอกาสให้ ชักถามและเซ็นใบยินยอมในเอกสาร เข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นวิจัยและพัฒนา จะนำเสนอข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังนี้

การตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่นเป็นปัญหา เนื่องจากวัยนี้ยังเป็นวัยที่ยังไม่พร้อมและยังไม่ถึงเวลา สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ของตนเองในทางลบ เผชิญกับปัญหาความเครียดและความวิตกกังวลในการบอกให้ครอบครัวทราบเรื่องการตั้งครรภ์ของตนเอง แต่เมื่อถูกยอมรับจากครอบครัวก็มีความรู้สึกโล่งใจและได้รับการให้กำลังใจจากครอบครัวเป็นอย่างดีตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา มีความกังวลเรื่องสุขภาพของตนเองขณะตั้งครรภ์ มีความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร ส่วนบทบาทการเป็นมารดา พบประเด็นการยอมรับ

การตั้งครรภ์ แม่วัยรุ่นสามารถให้ความหมายต่อคำว่า “แม่” และ “บทบาทความเป็นแม่” ได้หลากหลายและแตกต่างกันไปตามชุดประสบการณ์ของแม่วัยรุ่นแต่ละกรณี มีการรับรู้สถานะทางอารมณ์ ปรับตัวทางสังคมได้เป็นอย่างดี จนสามารถก้าวสู่การยอมรับการตั้งครรภ์ได้ การสร้างสัมพันธ์ภาพกับทารก เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ แม่วัยรุ่นมีการดัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่คิดว่าเป็นอันตรายต่อการตั้งครรภ์และมีความเสี่ยงต่อลูกในครรภ์ ในระยะหลังคลอด แม่วัยรุ่นสามารถเลี้ยงลูกและให้นมลูกได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้แม่วัยรุ่นมีความรู้สึกเชิงบวกต่อลูกด้านสังคม แม่วัยรุ่นมีการพูดคุยและมีปฏิสัมพันธ์กับลูกบ่อยครั้ง รวมทั้งมีการเลือกใช้วิธีการหรือทักษะต่าง ๆ ในการส่งเสริมให้ลูกมีพัฒนาการตามวัย การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในตนเอง ด้านร่างกาย มีวิธีการดูแลตนเองที่แตกต่างตามลักษณะอาการและโรคประจำตัวของแต่ละคน สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ด้านอารมณ์ มีวิธีการจัดการต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ด้านสัมพันธ์ภาพกับคู่สมรส แม่วัยรุ่นสามารถพูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์กับสามีได้อย่างเปิดเผย มีการเปลี่ยนแปลงด้านความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งไม่ได้กระทบต่อความสัมพันธ์ ความเข้าใจต่อบทบาทสามี การทำหน้าที่สามี มีการพึ่งพาทางเศรษฐกิจจากสามี และมีความเข้าใจต่อบทบาทพ่อในทิศทางเดียวกัน การเตรียมสำหรับการคลอดและการเป็นแม่ แม่วัยรุ่นมีวิธีการเตรียมตัวด้านร่างกาย รู้สึกกลัวหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด แต่มีวิธีการในการจัดการกับความกลัวที่แตกต่างกันออกไป รวมทั้งแม่วัยรุ่นทุกกรณี มีการเรียนรู้ทางสังคมเกี่ยวกับการเป็นแม่ และมีความรู้บทบาทแม่ การยอมรับบทบาทการเป็นแม่ ปรับตัวภายใต้เงื่อนไขของสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สามารถดำรงบทบาทความเป็นแม่ได้ โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว โรงเรียน เพื่อนบ้าน และชุมชน ทั้งนี้ บทบาทการเป็นแม่จะบรรลุความสำเร็จได้ เมื่อแม่วัยรุ่นรู้สึกสุขสบาย พึงพอใจ โดยทั้งความสุขและความสำเร็จในการทำหน้าที่แม่ ล้วนขึ้นอยู่กับลูกเป็นสำคัญ

ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 13-19 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุ 18-19 ปี (ร้อยละ 23.11 และ 27.36) สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 56.13) ไม่ได้ประกอบอาชีพหรืออยู่ในภาวะว่างงาน (ร้อยละ 51.42) ครอบครัวมีรายได้ 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 59.43) การฝากครรภ์ครบคุณภาพ 8 ครั้ง เป็นร้อยละ 50 โดยอาศัยอยู่ด้วยกันตลอด ร้อยละ 81.13 และค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (18.5-22.9) ร้อยละ 47.17 หลังคลอดทารกมีคะแนน APGAR SCORE มากกว่า 7 คะแนน ในนาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 หลังคลอด ร้อยละ 97.17 และ 98.58 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงแบบปกติโดยจากผลการทดสอบในกลุ่มทดลองและควบคุม ได้ค่าความเบ้ (Skewness) เท่ากับ .014 และ 0.143, ความโด่ง (Kurtosis) เท่ากับ 0.374 และ 1.863 และการทดสอบ Shapiro-Wilk test ค่า $p = .791$ และ $.123$ ตามลำดับ และผู้วิจัยได้เปรียบเทียบการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าในกลุ่มทดลองและควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

1. การเปรียบเทียบความแตกต่างของบทบาทมารดาระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนได้รับโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของบทบาทมารดาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนได้รับโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยบทบาทมารดาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ก่อนได้รับโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีปฏิสัมพันธ์กัน ($F=31.10$) และคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากผลการวัดบทบาทมารดาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ($F = 32.75, df = 1, p=.000$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

การเปรียบเทียบความแตกต่างของบทบาทมารดาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนได้รับโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน ด้วยการใช้วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ two way repeated measure ANOVA (กลุ่มทดลอง $n=106$ กลุ่มควบคุม $n=106$)

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	13360.42	1	13360.42	32.75	.000*
ความคลาดเคลื่อน	85673.89	210	407.97		
ภายในกลุ่ม					
ผลการวัดก่อน หลัง และติดตามผล	34269.21	1.8	19439.14	236.84	.000*
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มกับผลการวัด	4500.48	1.8	2552.89	31.10	.000
ก่อน หลัง และติดตามผล					
ความคลาดเคลื่อน	30385.65	210	144.69		

* $p < .001$

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของบทบาทมารดาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจก่อนได้รับโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที และระยะติดตาม 1 เดือน

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยบทบาทมารดาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยก่อนได้รับโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นการได้รับโปรแกรมทันที และระยะติดตาม 1 เดือน เพิ่มขึ้นตามลำดับเท่ากับ 84.86, 101.14 และ 108.85 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยบทบาทมารดา ระยะติดตามผลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และวิเคราะห์ผลเฉพาะกลุ่ม โดยวิเคราะห์แยกทีละกลุ่มด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ

(one way repeated measures ANOVA) และเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการทดสอบแบบบอนเฟอร์โรนี (Bonferroni) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของบทบาทมารดาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจก่อนได้รับโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน

ระยะเวลาการทดลอง	M	SD	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	SE	p
ก่อนได้รับโปรแกรม	84.86	13.74	11.920	.86	.000*
หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที	101.14	13.34			
ก่อนได้รับโปรแกรม	84.86	13.74	17.62	.93	.000*
ระยะติดตามผล	108.85	11.66			
หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที	101.14	13.34	5.70	.67	.000
ระยะติดตามผล	108.85	11.66			

* $p < 0.001$

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของความเครียดระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนได้รับโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน

ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของความเครียดระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนได้รับโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนได้รับโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีปฏิสัมพันธ์กัน ($F=13.57$) และคะแนนความเครียดเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ($F = 7.93, df = 1, p=.005$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

การเปรียบเทียบความแตกต่างของความเครียดระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนได้รับโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ two way repeated measure ANOVA (กลุ่มทดลอง n=106 กลุ่มควบคุม n=106)

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	1109.43	1	1109.43	7.93	.005*
ความคลาดเคลื่อน	29396.72	210	139.98		
ภายในกลุ่ม					
ผลการวัดก่อน หลัง และติดตามผล	4653.82	1.7	2688.88	110.22	.000*
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มกับผลการวัด	572.98	1.7	331.06	13.57	.000
ก่อน หลัง และติดตามผล					
ความคลาดเคลื่อน	8866.53	210	42.22		

* $p < .01$, ** $p < .001$

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความเครียดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจก่อนได้รับโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมและระยะติดตาม 1 เดือน

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเครียดเฉลี่ยของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจก่อนได้รับโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน เท่ากับ 12.37, 7.93 และ 5.89 ตามลำดับ ซึ่งคะแนนความเครียดเฉลี่ยระยะติดตามผลลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัด และระยะติดตามผลต่ำกว่าหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจก่อนได้รับโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน

ระยะเวลาการทดลอง	M	SD	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	SE	p
ก่อนได้รับโปรแกรม	12.37	.63	4.43	.44	.000*
หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที	7.93	.53			
ก่อนได้รับโปรแกรม	12.37	.63	6.48	.52	.000*
ระยะติดตามผล	5.89	.42			
หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที	7.93	.53	2.05	.37	.000*
ระยะติดตามผล	5.89	.42			

* $p < 0.001$

ระยะที่ 3 การประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น 3 ด้าน คือ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความเป็นประโยชน์ ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ผลการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของคุณภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก ($M = 4.34, SD = 0.47$) ความเหมาะสมของคุณภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.31, SD = 0.49$) และความเป็นประโยชน์ของคุณภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก ($M = 4.19, SD = .60$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาข้างต้น สามารถนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ ดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 13-19 ปี ซึ่งวัยดังกล่าวจะอยู่ในระดับการเรียนชั้นมัธยมศึกษา แล้วแต่งงานและมีครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ว่างงาน) ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการวางแผนตั้งครรถ์ไว้ล่วงหน้า แต่เมื่อรู้ว่าตั้งครรถ์ส่วนใหญ่ก็พร้อมที่จะมีบุตร ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวขยาย อาศัยอยู่กับสามีและครอบครัวเดิม และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงเด็กมาก่อน และพบว่าไม่มีทัศนคติต่อการตั้งครรถ์ของตนเองในทางลบ มีความกังวลเรื่องสุขภาพของตนเองขณะตั้งครรถ์ ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร แต่ในด้านบวก พบว่า ยอมรับการตั้งครรถ์ มีปรับตัวภายใต้เงื่อนไขของสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สามารถดำรงบทบาทความเป็นแม่ได้ ทั้งนี้ อภิปรายได้ว่า ครอบครัวก็เป็นส่วนสำคัญที่ช่วยเหลือและสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น สอดคล้องกับงานวิจัยของงานวิจัยของ กุสุมา หมวกมณ (2563) พบว่า ครอบครัว เครือญาติ เพื่อน และเพื่อนบ้าน เป็นบุคคลสำคัญ ต่อการปรับตัวทางสังคมของแม่วัยรุ่นในการยอมรับการตั้งครรถ์

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย บทบาทการเป็นมารดา และความเครียดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

อัตราการคลอดก่อนกำหนด จากผลการวิจัยพบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่มารดาได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการพยาบาลตามปกติในกลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ใช้กับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในครั้งนี้ ประยุกต์ตามกรอบแนวคิดของกิบบสัน กิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรม เป็นวิธีการที่ช่วยกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการดึงเอาความสามารถของตนเองมาใช้ เพื่อการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Grady and Bloom (2004) และงานวิจัยของ สัจจวรรณท์ พวงศรีเคน และคณะ (2561) ซึ่งต่างพบว่า มารดาที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง

น้ำหนักตัวของทารก จากผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของทารกกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลองมีค่าเพิ่มขึ้นสูงกว่าค่าเฉลี่ยของน้ำหนักของทารกกลุ่มที่มารดาได้รับการพยาบาลตามปกติในกลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่าโปรแกรมได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมด้านโภชนาการ มีการติดตามพร้อมทั้งประเมินผล อีกทั้งสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โภชนาการขณะทำกิจกรรม สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นด้านโภชนาการที่ว่าภาวะโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์ในระหว่างการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่มีผลอย่างมากต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาลักษณ์ ไชยศิริ และคณะ (2561) และงานวิจัยของ รุ่งนพนันท์ เขียวสุประเสริฐและนุจรี ไชยมงคล (2555) ซึ่งต่างพบว่า มารดาที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจคลอดบุตรที่มีภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยอยู่ในระดับน้อย

บทบาทการเป็นมารดา จากผลการวิจัยพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อภิปรายได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจที่จัดขึ้นภายใต้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน เป็นแนวทางการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับมารดา ทำให้การช่วยเหลือตรงกับความต้องการของมารดา มีการเพิ่มเติมความรู้ส่วนที่มารดาไม่มี มารดาได้มีการสะท้อนคิดและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถเผชิญกับอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ แสดงบทบาทการเป็นมารดาได้เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของภัทรวัลย์ เศรษฐ์ภัทรพล (2559) และงานวิจัยของอ้อมใจ พลกายา และพัทธวรรณ ชูเลิศ (2562) ซึ่งต่างพบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยสร้างเสริมบทบาทการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ระดับความเครียด จากผลการวิจัยพบว่า ระดับความเครียดในกลุ่มทดลองที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อภิปรายได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นนั้น มีการให้ความรู้ สร้างเสริมความเข้าใจ ในวิธีการปฏิบัติดูแลทารกแรกเกิด และให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด ทำให้มารดาวัยรุ่นที่ยังไม่มีประสบการณ์ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนในการดูแลทารก ทำให้มารดาเกิดความมั่นใจในการดูแลทารกเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งในทุกกิจกรรมจะมีการฝึกให้ผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองผ่านคลิปเสียงที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้น ทำให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้ดี สอดคล้องกับผลการวิจัยของสุภาวดี เงินยิ่ง และคณะ (2556) และแวนใจ นาคะสุวรรณ และคณะ (2565) ซึ่งต่างพบว่า สตรีวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดในโปรแกรมสุขภาพมีระดับความเครียดน้อยลง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความเป็นประโยชน์พบว่าอยู่ในระดับมาก ซึ่งแสดงว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถนำไปใช้ในการจัดบริการแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล พยาบาลที่แผนกฝากครรภ์สามารถเรียนรู้ขั้นตอนต่าง ๆ ในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งนี้ และนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ
2. ด้านการบริหารกรพยาบาล ผู้บริหารควรสนับสนุนการนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการ จัดบริการแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยมีการปรับปรุงแบบของระบบบริการแผนกฝากครรภ์เพิ่มกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยระยะยาว โดยดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ในระยะเริ่มตั้งครรภ์ ระยะคลอดจนถึงระยะ หลังคลอดโดยเฉพาะในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเพื่อช่วยเพิ่มความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ส่งเสริมบทบาทความเป็นมารดา และส่งเสริมสุขภาพจิต

เอกสารอ้างอิง

- กมลธิดา เหล่าบุตรสา, สัมมนา มูลสาร, แสง วุฒิชัย, และสุเพียร โภคทิพย์. (2560). ผลของโปรแกรม สุขศึกษาการเสริมพลังอำนาจมารดาต่อการรับรู้ความสามารถ พฤติกรรมมารดาและภาวะ สุขภาพของทารกแรกเกิด. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 13(ฉบับพิเศษ), 464-475.
- กรมอนามัย, สำนักงานอนามัยเจริญพันธุ์. (2563). *สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนปี 2563*. <https://rh.anamai.moph.go.th/th/cms-of-1/download/?did=207028&id=80543&reload=> กรมสุขภาพจิต. (2540). *การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง*. โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยาลักษณ์ ไชยศิริ, ประนอม รอดคำดี, และสุรศักดิ์ ตรีชัย. (2561). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง อำนาจมารดาาร่วมกับการสัมผัสแบบอ่อนโยน ต่อพฤติกรรมตอบสนองของทารกแรกเกิดน้ำหนัก น้อย. *พยาบาลสาร*, 45(4), 1-13.
- กาญจนา ศรีสวัสดิ์, และชุตินา ปัญญาพินิจนุสร. (2559). ความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารพยาบาล ทหารบก*, 17(2), 7-11.
- กุลสุมา หมวกมณ. (2563). การปรับตัวของแม่วัยรุ่นต่อบทบาทความเป็นแม่: ศึกษาเฉพาะกรณีคลินิกกึ่งศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 28(2), 60-85.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2555). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2551). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์*. จามจุรีโปรดักท์.
- ปวีญญา เอี่ยมสำอาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรณา หอมสินธุ์. (2556). ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ ตั้งใจของวัยรุ่น. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 8(1), 55-66.

- ภัทรวัลย์ เศรษฐ์ภัทรพล. (2559). ผลของโปรแกรมการพัฒนาบทบาทการเป็นมารดาสำหรับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 22(1), 46-58.
- รุ่งนพนันท์ เขียวสุประเสริฐ, และนุจรี ไชยมงคล. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาต่อความสามารถของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด. *วารสารมหาวิทยาลัยบูรพา*, 2(4), 46-56.
- โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. (2563). *สถิติสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น*. แผนกฝากครรภ์ กลุ่มงานสูติกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี.
- แว่นใจ นาคะสุวรรณ, สาวิตรี แยมศรีบัว, มธุรส จันทร์แสงศรี, วรรณดา มลิวัลย์, กาญจนา อาชีพ, ทิวาพร พูเพื่อง, มลิจันทร์ เกียรติสังวร, และคนธาธร ประทักษ์กุลวงศา. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมกรรมการดูแล ตนเองและพฤติกรรมความเครียดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก. *วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 16(3), 237-254.
- ศรีสมร ภูมณสกุล, อรพรรณ สมบูรณ์ทรัพย์, และอุษา ศิริวัฒน์โชค. (2547). การพัฒนาแบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา: ฉบับปรับปรุงและคุณสมบัติด้านการวัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 22(1), 28-38.
- สังจวรรณท์ พวงศรีเคน, จำรัสลักษณ์ เจริญแสน, และอมรรัตน์ ผาละศรี. (2561). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ความพึงพอใจในบทบาทการเป็นมารดาและน้ำหนักตัวของทารกคลอดก่อนกำหนด. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 15(1), 136-145.
- สุภาวดี เงินยิ่ง, พิริยา ศุภศรี, และวรรณทนา ศุภสีมานนท์. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและการจัดการกับความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 21(4), 37-48.
- อ้อมใจ พลกายา, และพัทธวรรณ ชูเลิศ. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดาโดยใช้การสนับสนุนของครอบครัวต่อทัศนคติและบทบาทของการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่น. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 131-142.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (1993). *Research in education*. Allyn and Bacon
- Jeha, D., Usta, I., Ghulmiyyah, L., & Nassar, A. (2015). A review of the risks and consequences of adolescent pregnancy. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 8(1), 1-8.
<https://doi.org/10.3233/NPM-15814038>
- Jirapaet, V. & Jirapaet, K. (2000). Comparisons of tympanic membrane, abdominal skin, axillary, and Rectal Temperature measurements in term and preterm neonates. *Nursing & Health Sciences*, 2(1), 1-8.
- Gibson, H. (1995). Nursing: Empowerment and the problem of power. *Journal of Advanced Nursing*, 21(5), 865-871.

Grady, M. A., & Bloom, K. C. (2004). Pregnancy outcomes of adolescents enrolled in a CenteringPregnancy Program. *Journal of Midwifery & Women's Health, 49*(5), 412-420. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2004.tb04435.x>

Mercer, R. T. (1995). *Becoming a mother*. Springer.

Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role: Part I. processes. *Nursing Research, 16*(3), 237-245.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก

มิตรธิดา แจ่มใส, พย.บ.*

วิภาพร สิทธิศาสตร์, ส.ด.**

ฉัตรรัตน์ ราศิริ, ส.ด.***

Received: December 14, 2023

Revised: February 19, 2024

Accepted: February 23, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีอายุระหว่าง 35 ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ 2) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.96 ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.87 3) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.88 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.88 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired t-test และ independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังนั้น โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและลดอัตราผู้ป่วยรายใหม่

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค โรคความดันโลหิตสูง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิษณุโลก

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธิชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข;
ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: vipaporn@bcnb.ac.th

*** อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Hypertensive Prevention Behavior of Pre-hypertension Risk Group in the Tha Thong Health Promoting Hospital, Mueang District, Phitsanulok Province

Mitira Jamsai, B.N.S.*

Vipaporn Sittisart, Dr.P.H.**

Thitirat Rasiri, Dr.P.H.***

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a Health Literacy Enhancement Program. The objectives were to compare the differences in health literacy and hypertensive prevention behavior between the experimental and control groups, and to compare health literacy and hypertensive prevention behavior within the experimental group between baseline and post-intervention. Sixty pre-hypertension individuals aged 35 and older were recruited, with 30 participants in the experimental group and 30 individuals in the control group selected through purposive sampling. The research tools included: 1) a Health Literacy Enhancement Program, 2) a health literacy questionnaire with an IOC of 0.96 and a Kuder Richardson-20 value of 0.87, and 3) a hypertensive prevention behavior questionnaire with an IOC of 0.88 and a Cronbach's Alpha coefficient of 0.88. Independent t-tests were conducted to compare outcomes between the experimental and control groups, and paired t-tests were employed to compare pre-intervention and post-intervention outcomes within the experimental group.

The results showed that: 1) Compared with the control group, individuals in the experimental group demonstrated significantly increased health literacy and hypertensive prevention behavior ($p<.001$). 2) Within the experimental group, participants showed a significant increase in health literacy and hypertensive prevention behavior ($p<.001$) after the intervention. Therefore, the Health Literacy Enhancement Program proved effective in improving health literacy and hypertensive prevention behavior in individuals with pre-hypertension. The program is deemed feasible and beneficial for preventing high blood pressure and reducing the rate of new cases.

Keywords: Health literacy, Hypertensive prevention behavior, Hypertension

* Registered Nurse, Tha Thong Health Promoting Hospital, Phitsanulok Sub District Admin Organization Office

** Assistant Professor Dr., Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding Author E-mail: vipaporn@bcnb.ac.th

*** Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรควิถีชีวิตที่ระบาดในปัจจุบัน และมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นทั่วโลก จำนวนผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นสองเท่าระหว่างปี 1990 ถึง 2019 จาก 650 ล้านคนเป็น 1.3 พันล้านคน ปัจจุบันเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกไม่ทราบถึงอาการของตนเอง ประชากรวัยผู้ใหญ่มากกว่าสามในสี่ที่มีความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (World Health Organization [WHO], 2023) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 507,104 คน มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 2.06 (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) สถานการณ์ของจังหวัดพิษณุโลก พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง ร้อยละ 21.53 อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 1.41 ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงส่วนมากมักไม่แสดงอาการ หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น อาจมีผลทำให้เสียชีวิต ซึ่งมีประชาชนที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่ยังไม่ได้เข้ารับการรักษา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ตามระบบการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง ได้กำหนดให้มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จังหวัดพิษณุโลกมีกลุ่มเป้าหมายจำนวน 255,747 คน เข้ารับการคัดกรอง 205,380 คน คิดเป็นร้อยละ 80.31 ผลพบว่า เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 31,667 คน คิดเป็นร้อยละ 15.42 กลุ่มสงสัยป่วย จำนวน 11,609 คน คิดเป็นร้อยละ 5.65 กลุ่มป่วย จำนวน 576 คน คิดเป็นร้อยละ 0.28 จะเห็นได้ว่า โรคความดันโลหิตสูง เป็นภัยเงียบมักไม่แสดงอาการของโรค ทำให้ประชาชนไม่ทราบว่า ตนมีภาวะความดันโลหิตสูง (silent disease) (มิตรธิรา แจ่มใส, 2565)

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (pre-hypertension risk) คือ กลุ่มระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง (high normal blood pressure) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 130/80 มม.ปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 140/90 มม.ปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะพัฒนาไปสู่การป่วยในอนาคต การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งสำคัญ คือ ปัจจัยเสี่ยงจากการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคเกลือมากเกินไป อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์สูง การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การออกกำลังกาย การบริโภคยาสูบ แอลกอฮอล์ และการมีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน (WHO, 2023) ซึ่งถ้ากลุ่มเสี่ยงสามารถดูแลตนเองลดปัจจัยเสี่ยงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือปรับวิถีชีวิตที่จะลดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ก็จะสามารถกลับเป็นกลุ่มปกติได้ ป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น กลุ่มเสี่ยงจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญต่อการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มเสี่ยงควรมีความเข้าใจ สามารถพิจารณาประเมินและแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ถือว่าเป็นดัชนีชี้วัดที่สามารถสะท้อน และใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน (WHO, 1998) Nutbeam (2000) ได้ให้คำนิยาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นทักษะทางปัญญา และสังคมที่

ซึ่งทำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยทักษะ 6 ด้าน คือ ทักษะความรู้ความเข้าใจ (cognitive skill) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (access skill) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) ทักษะการตัดสินใจ (decision-making skill) และทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทุกผลลัพธ์ พฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมและป้องกันโรค เนื่องจากผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สะท้อนให้เห็นความสามารถการใช้ข้อมูลข่าวสาร สามารถตัดสินใจบนพื้นฐานของทฤษฎีมีส่วนร่วมในกิจกรรม อันนำมาซึ่งผลของภาวะสุขภาพดีขึ้น สามารถเลือกใช้บริการสาธารณสุข มีแบบแผนชีวิตที่ดี พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคที่สำคัญ ๆ เพื่อใช้ในการปฏิบัติตัว ทำให้ผลลัพธ์สุขภาพดี เช่น ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการ และค่าใช้จ่าย (ปาจรา โพธิ์หัง, 2564) และความรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความโลหิตสูง ทั้งทางตรงและทางอ้อม ไม่ว่าจะเป็นผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยและผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ เช่น ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิต (ปวีตรา ทองมา, 2563) โรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมหรือพัฒนาให้เกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากขึ้น จึงจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ (รุ่งนภา อาระหัง, 2560)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก รับผิดชอบดูแลประชาชนทั้งสิ้น 10,104 คน ในปี พ.ศ. 2565 มีการคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 4,189 คน พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 2,073 คน คิดเป็นร้อยละ 49.48 มีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 386 คน คิดเป็น ร้อยละ 9.21 และจากผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงด้วยวาจา พบว่า กลุ่มเสี่ยงดังกล่าว มีปัจจัยเสี่ยงจากการมีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 133.16 การไม่ออกกำลังกาย จำนวน 280 คน คิดเป็นร้อยละ 72.53 มีการบริโภคยาสูบ จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 22.79 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 26.42 และการมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ จำนวน 245 คน คิดเป็นร้อยละ 63.47 อีกทั้งหน่วยบริการยังขาดการสนับสนุนส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (มิตรธิรา แจ่มใส, 2565) จึงส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความรู้ด้านการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นการดูแลป้องกันในระดับชุมชน ลดการอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการในระดับปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

สมมุติฐานการวิจัย

ภายหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

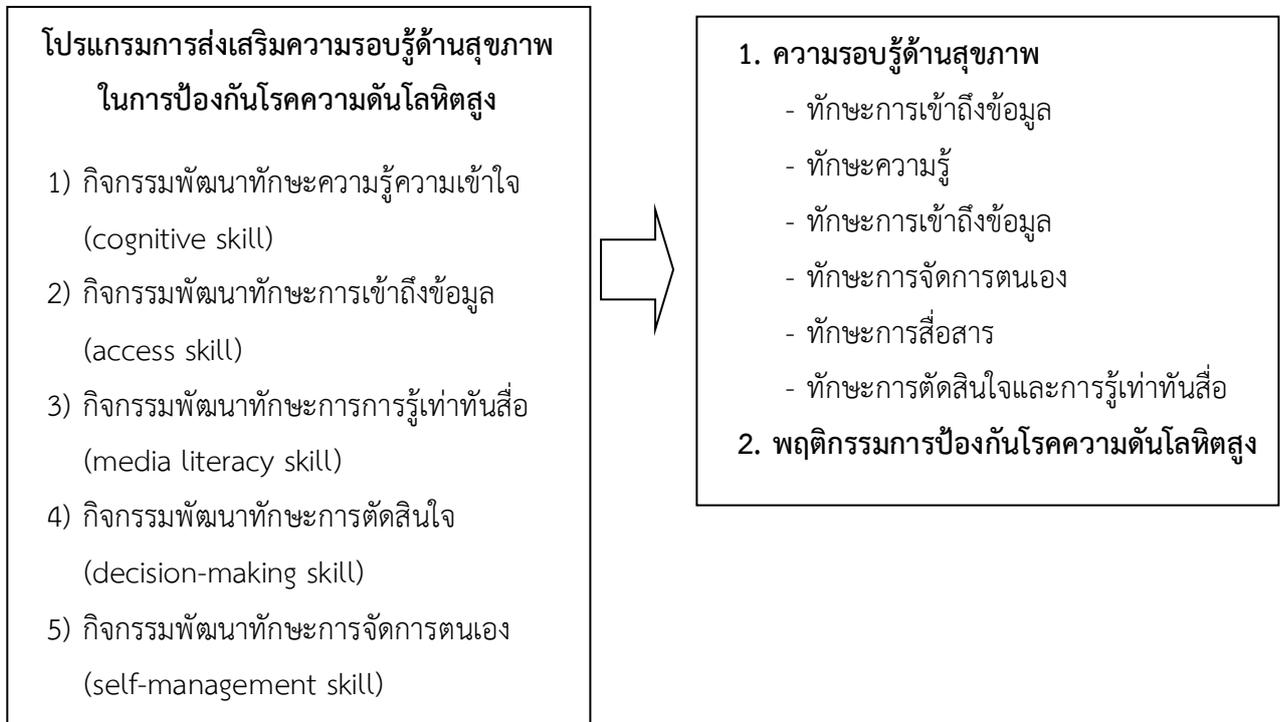
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มุ่งเน้นการจัดโปรแกรมให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์กรอบแนวคิดประยุกต์จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ร่วมกับแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุขศึกษา, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ประกอบด้วย 1) การพัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจ (cognitive skill) 2) พัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล (access skill) 3) พัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) 4) พัฒนาทักษะการตัดสินใจ (decision-making skill) 5) พัฒนาทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) เพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะความรู้ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดังแสดงในภาพ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 16 ตุลาคม - 27 พฤศจิกายน 2566 มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 35 ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยแบบฟอร์มการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงโดยวิธีทางวาจา (verbal screening) ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป คัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ โดยผลการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก จำนวน 386 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 35 ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีผลการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้ค่าขนาดอิทธิพลของผลงานวิจัย กิ่งทดลอง (effect size) มากำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป (power table) ค่าขนาดอิทธิพลของ งานวิจัยแบบทดลองและกิ่งทดลอง โดยประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม คำนวณได้จากสูตรของ โคเฮน (Cohen, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2545) สำหรับการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล ผู้วิจัยได้ ศึกษา งานวิจัยของรุ่งนภา อาระหัง (2560) เรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัด นครปฐม เป็นงานวิจัยกิ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยนำค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลัง การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มาแทนค่า ตามสูตร ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad d = \frac{x_E - x_C}{SD_C}$$

โดยกำหนดให้ d = ขนาดอิทธิพล

x_E = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

x_C = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_C = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

แทนค่าในสูตรดังนี้

$$d = \frac{68.16 - 54.43}{9.76}$$

$$d = 1.40$$

จากค่า d ที่ได้มีค่ามากกว่า 0.80 ประมาณค่าอิทธิพลเป็นขนาดใหญ่ จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.80 มาเปิดตารางค่าขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียว และกำหนดให้ ค่า α เท่ากับ 0.5 ค่า power เท่ากับ 0.8 จากตาราง A Power Primer (Cohen, 1992) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 คนต่อกลุ่ม แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (drop out) จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 20 (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2551) เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1) ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 35 ขึ้นไปที่ผลการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 120/80-139/89 มิลลิเมตรปรอท

2) สามารถอ่าน เขียน และสื่อภาษาไทยและสามารถใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่โต้

3) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย

เกณฑ์ให้อาสาสมัครออกจากการศึกษา (withdrawal criteria)

ผู้ที่เข้าร่วมกระบวนการไม่ครบทุกครั้งหรือมีความต้องการออกจากโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยประยุกต์จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) ร่วมกับแนวทางการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (กองสุขศึกษา, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ใช้ระยะเวลาการดำเนินการ 5 สัปดาห์ โดยแบ่งเป็น

1.1 กิจกรรมกลุ่ม ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1-4 เป็นใช้เวลาครั้งละ 3 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้จัดกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง มีรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 พัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจ (cognitive skill) เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. และพัฒนาทักษะการสื่อสาร (communication skill) เพื่อให้สามารถพูด อ่านหรือเขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพดีและสามารถสื่อสารให้ผู้อื่น เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล (access skill) โดย การสอนการสืบค้นข้อมูลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต เลือกข้อมูลที่มีประสิทธิภาพเชื่อถือได้ ถูกต้อง ทันสมัย สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกิจกรรมพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) เน้นการเพิ่มความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง น่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอ และสามารถเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดได้

สัปดาห์ที่ 3-4 กิจกรรมพัฒนาทักษะการตัดสินใจ (decision-making skill) และกิจกรรมพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) การแนะนำรูปแบบการป้องกันโรคด้วย 3อ 2ส หลังจากนั้นให้กลุ่มทดลองได้ตั้งเป้าหมายและวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1.2 กิจกรรมรายบุคคล ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 5 เป็นใช้เวลารายละ 30 นาที โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคล มีรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคล เพื่อดูกระบวนการคิด วิเคราะห์และตัดสินใจ ในการเลือกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แล้วดำเนินการให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินหลังการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล pretest ในสัปดาห์ที่ 1 และในสัปดาห์ที่ 5 เก็บรวบรวมข้อมูล posttest เมื่อไปเยี่ยมบ้านรายบุคคล โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยมีเครื่องมือ ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และ (3) แบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง

2.2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ปรับปรุงมาจากเครื่องมือแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2566) ประกอบด้วย 3 ตอน มีจำนวน 27 ข้อ คะแนนเต็ม 39 คะแนน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพในการป้องกันความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. (10 ข้อ) คะแนนเต็ม 10 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกคำตอบถูกผิด ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ ตามหลัก 3อ.2ส. (12 ข้อ) คะแนนเต็ม 24 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 3 ระดับ กำหนดระดับการให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 1 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน และตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. (5ข้อ) คะแนนเต็ม 5 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ปรับปรุงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2566) จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 3 ระดับ กำหนดระดับการให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 1 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) เมื่อผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพกับแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน วิเคราะห์ด้วยดัชนี IOC (Index of Item Objective Congruence [IOC]) ได้ค่าเท่ากับ 0.96 และ 0.88 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

3.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในด้านความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ตำบลในเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน โดยแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson-20) ได้เท่ากับ 0.87 และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ SCPHPL5/2566.1.2 ลงวันที่ 11 ตุลาคม 2566 โดยผู้วิจัยได้มีการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ บอกลำดับขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาแล้วสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ หากมีข้อสงสัยสามารถซักถามได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ประโยชน์เฉพาะการศึกษาค้นคว้าเท่านั้น ข้อมูลที่เก็บมาเป็นความลับ การเสนอข้อมูลดำเนินการจัดทำในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ขั้นตอนและวิธีการในการศึกษาค้นคว้านี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับกลุ่มตัวอย่าง และคำนึงถึงอันตรายของกลุ่มตัวอย่าง และไม่มีการรบกวนเวลาพักผ่อนของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการศึกษาก็จะดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ

- ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับพื้นที่

- เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายวิธีการ

ดำเนินการขั้นตอนการดำเนินการตามโปรแกรม

2. ระยะดำเนินการ แบ่งการดำเนินการเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง รวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยนัดประชุมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

- ผู้วิจัยทำการแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย อธิบายข้อมูลตามหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (informed consent form) ขอความร่วมมือในการทำวิจัย ให้ทำแบบประเมินแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงก่อนการทดลอง

- กิจกรรมที่ 1 พัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจ (cognitive skill) โดยผู้วิจัยบรรยายความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. และกิจกรรมที่ 2 พัฒนาทักษะการสื่อสาร (communication skill) เพื่อให้สามารถพูด อ่านหรือเขียน ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพดีและสามารถสื่อสารให้ผู้อื่น เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยการแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คนเพื่อให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความรู้ที่ได้รับฟัง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล (access skill) โดยการสอนการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต เพื่อเพิ่มความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รู้วิธีการค้นหาข้อมูลสุขภาพ สามารถเลือกสรรข้อมูลที่เป็นความจริง การเลือกข้อมูลที่มีประสิทธิภาพเชื่อถือได้ ถูกต้อง และทันสมัย สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การเลือกสื่อโฆษณาเกินจริง ข่าว

ปลอมเกี่ยวกับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง วิตามินป้องกันโรค เป็นต้น และกิจกรรมพัฒนาทักษะ การการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) เน้นการเพิ่มความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง นำเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอและสามารถเปรียบเทียบ วิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น

สัปดาห์ที่ 3-4 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจ (decision-making skill) ผู้วิจัยแนะนำรูปแบบการป้องกันโรคด้วย 3อ.2ส. กลุ่มทดลองคิดตั้งเป้าหมาย และวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และกิจกรรมพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) ดำเนินการตามทีวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามรูปแบบการป้องกันโรคด้วย 3อ.2ส. ของตนเอง

3. ระยะประเมินผล

สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคล เพื่อดูกระบวนการคิด วิเคราะห์และตัดสินใจในการเลือกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แล้วให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินหลังการทดลอง โดยผลการดำเนินการติดตามกลุ่มเสี่ยงจะมีการส่งต่อให้หน่วยบริการติดตามอย่างต่อเนื่องต่อไป

- กลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามปกติ โดยได้รับคู่มือการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีการแนะนำในการจัดการตนเอง และบันทึกดันโลหิตที่บ้าน เป็นเวลา 5 สัปดาห์

- ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มสงส่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง รวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. และผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิตพร้อมบันทึกในบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้านของกลุ่มสงส่วยโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้โปรแกรม ด้วยสถิติ paired t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง independent t-test

ผลการวิจัย

ในการนำเสนอผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอข้อมูล เป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.37) มีอายุระหว่าง 35-59 ปี (ร้อยละ 73.33) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 33.33) ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 30.00) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 66.67) มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 80.00)

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.67) มีอายุระหว่าง 35-59 ปี (ร้อยละ 66.67) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 26.67) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 36.67)

มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 63.33) มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 76.67) สรุปภาพรวมจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	M	SD	t	df	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง					
ก่อนการทดลอง	22.13	6.64	10.67	29	0.000
หลังการทดลอง	35.40	1.35			
พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง					
ก่อนการทดลอง	13.73	3.76	6.77	29	0.000
หลังการทดลอง	18.40	0.86			

* $p < 0.001$

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		t	df	P
	M	SD	M	SD			
ก่อนการทดลอง	20.83	6.13	22.13	6.64	0.778	58	0.692
หลังการทดลอง	24.36	4.62	35.40	1.35	12.53	58	0.000*

* $p < 0.001$

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3

แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		t	df	P
	M	SD	M	SD			
ก่อนการทดลอง	13.90	3.46	13.73	3.77	0.178	58	0.859
หลังการทดลอง	14.96	2.41	18.40	0.855	7.34	58	0.000*

* $p < .001$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ได้ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มมาก

ขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) เนื่องจากโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงนั้น มีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งทางตรงและทางอ้อม ไม่ว่าจะเป็นผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผลลัพธ์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยและผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ เช่น ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิต (ปวีตรา ทองมา, 2563) ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ส่งผลให้ไม่มีความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเองและป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังด้วยการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงในการดำเนินชีวิต (Dennis et al. 2012) โดยโปรแกรมนี้ประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000) อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล การใช้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยทักษะ 6 ด้าน คือ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล 2) ทักษะความรู้ 3) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการสื่อสาร และ 6) ทักษะการตัดสินใจและการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งเป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะและศักยภาพของบุคคลในการควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาของนงลักษณ์ แก้วทอง (2557) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะมีการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้องกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ และรุ่งนภา อาระหัง (2560) พบว่า หากความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในทางที่ดีขึ้นอีกด้วย โดยภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังอธิบายได้ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากกระบวนการของโปรแกรมที่มีกระบวนการพัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจ (cognitive skill) โดยเริ่มจากการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. การพัฒนาทักษะการสื่อสาร (communication skill) เพื่อส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว มีการแบ่งกลุ่มย่อยให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความรู้ที่ได้รับฟัง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเอง มีการพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล (access skill) โดยการสอนการสืบค้นข้อมูลง่าย ๆ ทางอินเทอร์เน็ต เพื่อเพิ่มความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ และเน้นย้ำเรื่องของการเลือกข้อมูลที่มีความเชื่อถือ จากสื่อโฆษณาต่างๆ หรือแม้แต่ข่าวสารจากโซเชียลมีเดีย สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) เน้นการเพิ่มความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งพัฒนาทักษะการตัดสินใจ (decision making skill) มีการให้กลุ่มตัวอย่างได้กำหนดตั้งเป้าหมาย และวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้โอกาสทำกิจกรรมพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) และมีการติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคล เพื่อดูกระบวนการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจ ในการเลือกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรุณี สมพันธ์

และคณะ (2558) พบว่า การให้ความรู้ที่ชัดเจน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรศนีย์ พูลผล (2566) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 43.50, SD = 4.24$) และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($t = -19.373, p\text{-value} < 0.001$) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -6.919, p\text{-value} < 0.001$) และรุ่งนภา อาระหัง (2560) ศึกษาพบว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีผลทำให้ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงในทางที่ดีขึ้น

สรุปได้ว่า การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เห็นได้ว่า สามารถส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น อันเป็นการลดอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ไปใช้ในการจัดบริการอย่างต่อเนื่อง เป็นการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ อันส่งผลต่อผู้รับบริการโดยตรง
2. เพื่อทำให้เกิดคุณค่าเชิงประจักษ์ ควรมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในทุกด้านประกอบด้วย ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพในการป้องกันความดันโลหิตสูง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน
2. ควรมีการกำกับ ติดตามประเมินค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *Health Data Center*.
<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กองสุขาภิบาล. (2566). *แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*.
<http://www.hed.go.th/linkHed/482>
- ทรศนีย์ พูลผล. (2566). ผลของโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลบ้านโพธิ์. *ราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์*, 13(2), 99-114.
- นงลักษณ์ แก้วทอง. (2557). ความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์*, 30(1), 45-56.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปวีตรา ทองมา. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักร*, 13(1), 50-62.
- ปาจร่า โพธิ์หัง. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(3), 115-130.
- มิตรธิดา แจ่มใส. (2565). *รายงานการคัดกรองโรคเรื้อรัง ประจำปีงบประมาณ 2565 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง*. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง.
- รุ่งนภา อาระหัง. (2560). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]*. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. ทริค อินค์.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2551). *ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. ภาควิชาสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรุณี สมพันธ์, แสงทอง อีระทองคำ, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ, และสมนึก สกุลหงส์โสภณ. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่มีเสี่ยงต่อเบาหวาน. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 21(1), 96-109.
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.

- Dennis, S., Williams, A., Taggart, J., Newall, A., Denney-Wilson, E., Zwar, N., Shortus, T., & Harris, M. F. (2012). *Which providers can bridge the health literacy gap in lifestyle risk factor modification education: A systematic review and narrative synthesis*. *BMC Family Practice*, 13(44). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-44>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, World Health Organization.
- World Health Organization. (2023, September 19). *First WHO report details devastating impact of hypertension and ways to stop it*. <https://www.who.int/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>

ผลของการให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้าต่อพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด
แผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

เนตรนภา ปาวงค์, พย.บ.*

พรภิมล สุขเพ็ญ, พย.ม.**

Received: October 26, 2023

Revised: February, 2024

Accepted: February, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษาถึงทดลองรูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ก่อนและหลังการได้รับความรู้จากสื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า 2) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในการใช้งานสื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ระหว่างเดือนกรกฎาคมกันยายน 2566 จำนวน 30 คน และ 2) พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและใช้งานสื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) วีดิทัศน์ให้ความรู้การดูแลเท้า 2) คู่มือการดูแลเท้า 3) แบบสอบถามพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในการใช้งานสื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเปรียบเทียบผลคะแนนโดยใช้สถิติการทดสอบหาค่าที่

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าสูงขึ้นภายหลังการได้รับความรู้จากสื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า ($M = 2.30, SD = 0.13$) สูงกว่าก่อนได้รับการให้ความรู้ ($M = 1.47 (SD = 0.2)$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วย ($M = 4.79, SD = 0.28$) และพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้งานสื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้าโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.93, SD = 0.16$)

คำสำคัญ: การให้ความรู้ สื่อวีดิทัศน์ คู่มือการดูแลเท้า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: sookpier.p@gmail.com

Effects of Foot Care Video Education and Manual on Foot Care Behaviors to Prevent Foot Ulcers Among Type 2 Diabetic Patients with Uncontrolled Fasting Blood

Netnapa Pawong, RN.*

Pornpimon Sookpier, M.N.S.**

Abstract

The objectives of this quasi-experimental study, employing a one-group pretest-posttest design, were: 1) to compare foot care behaviors aimed at preventing foot ulcers among type 2 diabetic patients with uncontrolled fasting blood sugar before and after receiving educational foot care through video and manuals, and 2) to evaluate the satisfaction levels regarding foot care education video and manuals among both type 2 diabetic patients and registered nurses. The participants, selected through purposive sampling, were divided into two groups: 1) 30 type 2 diabetic patients with recorded uncontrolled fasting blood sugar between July-September 2023, and 2) 30 registered nurses responsible for diabetic patient care. The research instruments included 1) video educational media, 2) a foot care manual, 3) a behavioral questionnaire assessing foot ulcer prevention with a reliability value of 0.91, and 4) a satisfaction questionnaire with a reliability value of 0.94. Statistical analyses involved frequency, mean, percentage, and comparison of scores assessed by Paired Sample T-Test Statistics.

The results indicated that 1) prior to the program, diabetic participants had a mean foot care behavior score for preventing foot ulcers of 1.47 ($SD = 0.2$). After receiving foot care information through video educational media and foot care manuals, there was a significant increase in foot care behaviors, with a mean score of 2.30 ($SD = 0.13$) ($p < 0.01$), and 2) the satisfaction towards video education and foot care manuals of diabetic participants ($M = 4.79$, $SD = 0.28$) and registered nurses ($M = 4.93$, $SD = 0.16$) were at the highest level.

Keywords: Providing the knowledge, Video education, Foot care manual, Diabetic type 2 patients

* Skilled nurse, Srinakarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

** Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University; Corresponding Author E-mail: sookpier.p@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) เป็นโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ที่เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก รวมทั้งในประเทศไทย ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม (กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ, 2563) หากผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในร่างกายได้ในหลายระบบที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา หลอดเลือดในสมอง ระบบหลอดเลือดหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนที่ไต รวมทั้งการเกิดแผลที่อวัยวะต่าง ๆ เช่น แผลที่เท้า เป็นต้น โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน คือ การที่ปลายประสาทเท้าเสื่อมจากเบาหวานส่งผลให้ระบบประสาทสั่งการที่ผิดปกติทำให้มีการกระจายน้ำหนักของเท้าผิดปกติ แรงกดที่เท้าบางตำแหน่งมากกว่าปกติ ระบบประสาทรับความรู้สึกเกิดการสูญเสียความรู้สึกป้องกันตนเอง สูญเสียการรับรู้ตำแหน่งของเท้า อีกทั้งระบบประสาทอัตโนมัติเกิด A-V shunt ลดการหลั่งเหงื่อที่เท้า ลดการสร้างไขมันที่เท้า ทำให้เท้าแห้ง แตก เกิดแผลได้ง่าย ร่วมกับหลอดเลือดแดงอุดตันเลือดไปเลี้ยงที่เท้าลดลง ซึ่งทำให้เกิดแผลที่บริเวณเท้าเรื้อรังและเกิดการอักเสบติดเชื้อตามมามีไปสู่การตัดขา (Stanley & Turner, 2004) โดยการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวที่อาจทำให้เกิดอัตราการตายมากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมานานมากกว่า 10 ปี และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ชมพูนุท ชีวะกุล, 2563) ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานจะต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุดอยู่ตลอดเวลาเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และช่วยยืดอายุตัวอ่อนได้ (ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่พบบ่อยเกิดจากความเสียหายของระบบประสาทส่วนปลาย และระบบหลอดเลือดส่วนปลาย ปัญหาภาวะแทรกซ้อนบริเวณเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือดและระบบประสาทส่วนปลายพบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นเบาหวาน 10-20 ปี จะเป็นโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันที่ขาซ้ายในระดับรุนแรงถึงปานกลางมากที่สุด โดยเป็นผลกระทบจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง (กมลวรรณ วงวาส และคณะ, 2562) ส่งผลให้เกิดแผลที่เท้า ซึ่งแผลที่เท้านี้นำไปสู่การตัดขาในที่สุด โดยสาเหตุสำคัญอีกประการเกิดจากการดูแลความสะอาดของผิวหนังและเล็บ การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดบริเวณเท้า การป้องกันการเกิดแผลที่เท้าไม่ถูกต้อง ถึงแม้ว่าสถานบริการสุขภาพจะมีการจัดบริการการตรวจเท้าให้กับผู้ป่วยเบาหวานตามเกณฑ์มาตรฐานจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี พ.ศ. 2560 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) อย่างน้อยปีละครั้ง โดยมีการตรวจประเมินสภาพเท้าทั่วไป การประเมินปลายประสาทที่เท้าด้วยโมโนฟิลาเมนต์น้ำหนักกด 10 กรัม คลำชีพจรที่เท้า การวัดค่า Ankle-Brachial Index (ABI) อย่างไรก็ตามอัตราการเกิดแผลที่เท้ายังมีแนวโน้มสูงขึ้น (นิรนาท สิมะสิงห์ และคณะ, 2564)

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าเมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้มารับการรักษาในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการให้ความรู้ทั่วไปเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุม น้ำหนัก การจัดการความเครียดและการรับประทานยา เพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผล

ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ แต่การให้ความรู้สำหรับการดูแลเท้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะจะเป็นการสอนด้วยวาจาก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปเพียงครั้งเดียว ทำให้ผู้ป่วยและญาติบางท่านไม่สามารถจดจำรายละเอียดได้ทั้งหมด รวมถึงไม่มีเอกสารหรือคู่มือที่จะใช้ในการทบทวนการปฏิบัติได้ (โรงพยาบาลศรีนครินทร์, งานการพยาบาลอายุรกรรม 1, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับรูปแบบหรือช่องทางในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าในปัจจุบันมีการนำใช้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสื่อวีดิทัศน์ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เนื้อหาไม่ซับซ้อน ง่ายต่อการทำความเข้าใจและคู่มือมีสีสันสวยงามน่าสนใจ ดึงดูดสายตาผู้อ่าน อีกทั้งยังมีภาพประกอบที่ทำให้ผู้ป่วยเห็นภาพชัดเจน (สุทธนันท์ กัลป์กะ และคณะ, 2560) ซึ่งจะเห็นว่าการใช้สื่อวีดิทัศน์ประกอบการให้ความรู้นั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นภาพหรือการเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริงหรือรายละเอียดต่าง ๆ อย่างชัดเจนได้เห็นของจริงซึ่งส่งผลให้ผลการเรียนรู้หรือผลสัมฤทธิ์ของการเรียนรู้เพิ่มขึ้นได้ นอกจากนี้หลังการสอนยังมีการสาธิตและให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสปฏิบัติจริงด้วยตนเอง จึงเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากขึ้น (สุวิจนา น้อยแนม และคณะ, 2564) ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้สื่อวีดิทัศน์และสร้างคู่มือการดูแลเท้าโดยเฉพาะในการสอนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าอันจะนำไปสู่การลดลงของการเกิดแผลและถูกตัดขาของผู้ป่วยเบาหวานได้ อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมบทบาทอิสระของพยาบาลในการส่งเสริม ป้องกันภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง และยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ระหว่างก่อนและหลังการได้รับการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในการใช้งานสื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

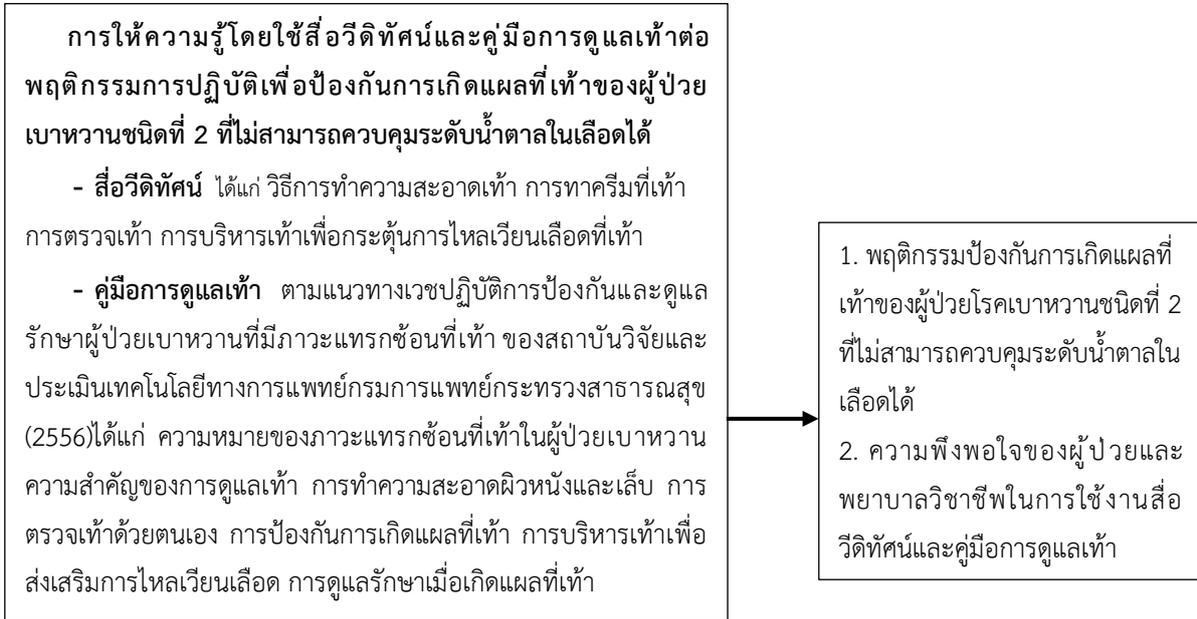
ในการศึกษาผลของการให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้าต่อพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลที่เท้าสูงกว่าก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการใช้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้าอยู่ในระดับมากขึ้นไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1. กลุ่มผู้ป่วย

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งมารับบริการที่งานการพยาบาล 1 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ สามารถอ่านและฟังภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์ที่สามารถใช้ดูวีดิทัศน์และคู่มือได้ มีความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และเข้ารับการรักษา ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2566 โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) การกำหนดขนาดตัวอย่างใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากผลการศึกษาของ นาเดีย รอนิงและคณะ (2564) นำมา

คำนวณหาค่าอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรของ Cohen (1988) ได้เท่ากับ 3.95 นำไปเปิดตารางของ โคลเฮนที่ค่าอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 และระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 20 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากการติดตามผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดที่ห้อง ตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าสถิติการมาตามนัดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผิดอินซูลิน ด้วยตนเอง ในปีงบประมาณ 2565 มีการสูญหายร้อยละ 5 ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10 คน รวมเป็น 30 ราย

2. กลุ่มพยาบาล

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาล 1 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพซึ่งมีหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอาสาสมัครโดยใช้ วัสดุทัศนและคู่มือการดูแลเท้าที่จัดทำขึ้น ที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดได้ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ มีโทรศัพท์ที่สามารถใช้ดูวิดีโอทัศนและคู่มือได้ มีความยินยอม เข้าร่วมการศึกษา และทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2566 โดยการสุ่ม แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชุด คือวิดีโอทัศนและคู่มือการดูแลเท้าสำหรับให้ ความรู้ แบบสอบถามการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลได้ แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วยและแบบสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วยพยาบาล วิชาชีพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิดีทัศน์ สำหรับให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำวิดีโอที่บรรยายและสาธิตโดยนักกายภาพบำบัด จากคณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล ของช่อง Thai PBS ที่ Thai PBS ที่เผยแพร่ทางยูทูป (ไทยพีบีเอส, 2565) ที่ประกอบด้วยเนื้อหาในการดูแลเท้า ได้แก่ วิธีการทำความสะอาดเท้า การทาครีมที่เท้า การตรวจเท้า การบริหารเท้าเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ที่เท้า เป็นต้น ความยาว 6.44 นาที ซึ่งผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสถานีโทรทัศน์ Thai PBS เพื่อขอ อนุญาตนำใช้สื่อวิดีโอที่ดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว

2. คู่มือการดูแลเท้า ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการปรับปรุงเนื้อหาสาระมาจากแนวทาง เวชปฏิบัติการณ์ป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ของสถาบันวิจัยและประเมิน เทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2556) โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความหมาย ของภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ความสำคัญของการดูแลเท้า การทำความสะอาดผิวหนังและเล็บ การตรวจเท้าด้วยตนเอง การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า การบริหารเท้าเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือด การดูแล รักษาเมื่อเกิดแผลที่เท้า

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ จำนวน 27 ข้อ แบ่งเป็น 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 การดูแลความสะอาดของผิวหนังและเล็บ (คะแนนเต็ม 3 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การตรวจเท้า (คะแนนเต็ม 3 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า (คะแนนเต็ม 3 คะแนน)

ส่วนที่ 5 การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดบริเวณเท้า (คะแนนเต็ม 3 คะแนน)

ส่วนที่ 6 การดูแลรักษาเมื่อเกิดแผลที่เท้า (คะแนนเต็ม 3 คะแนน)

ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence index [IOC]) โดยทุกข้อมีค่า ตั้งแต่ 0.67-1.00 ซึ่งถือว่าเครื่องมือมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ห้องตรวจอายุรกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ต้องการศึกษา จำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

4. แบบสอบถามความพึงพอใจ ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยทุกข้อมีค่าตั้งแต่ 0.67-1.00 ซึ่งถือว่าเครื่องมือมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ต้องการศึกษา จำนวน 10 คน มีการเกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นและเที่ยงตรงโดยแบ่งเป็น 2 ฉบับคือ

- ฉบับที่ 1 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังใช้วิถีทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามรูปแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต

- ฉบับที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการความรู้โดยใช้วิถีทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามรูปแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต

โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ บุญชม ศรีสะอาด (2553) กำหนดเกณฑ์ในการตัดสินความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลหลังใช้วิถีทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.51 - 5.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.51 - 4.50 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.51 - 3.50 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.51 - 2.50 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.50 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ยื่นขอการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE661200 รับรอง ณ วันที่ 9 มิถุนายน 2566 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย

รวมถึงบอกให้ทราบถึงสิทธิของผู้วิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยจะไม่มีผลต่อการบริการหรือการรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด ในระหว่างการวิจัยสามารถบอกเลิกการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อสกุลผู้เข้าร่วมวิจัย และทำลายข้อมูลหลังการวิเคราะห์เสร็จสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้วัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและเก็บข้อมูลเฉพาะกับตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยจะต้องลงนามในใบยินยอมที่ผู้วิจัยแนบมา กับแบบสอบถาม

2. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดผลที่เท่า ก่อนการให้ความรู้โดยใช้วีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้ากับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

3. ผู้วิจัยนำรูปแบบการให้ความรู้โดยใช้วีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้าที่พัฒนาขึ้น ไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

4. หลังจากมีการทดลองใช้วีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า เป็นระยะเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยทำการนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดผลที่เท่าหลังการให้ความรู้โดยใช้วีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย จำนวน 30 คน

5. หลังจากมีการทดลองใช้วีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า เป็นระยะเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพทำแบบสอบถามความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคล
2. เปรียบเทียบผลคะแนนก่อนและหลังการให้ความรู้โดยใช้วีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า โดยใช้สถิติการทดสอบ Paired t test โดยทำการ ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทดสอบที่ ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่ม ประชากรมีการแจกแจงแบบปกติ และข้อมูลอยู่ในมาตราอันตรภาค
3. หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93 มีอายุเฉลี่ย 61 ปี ($SD = 14.32$) มีระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43.33 ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 43.3 ประกอบธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 30 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 53.3 มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 96.66 และมีระยะเวลาที่เป็นเบาหวานเฉลี่ย 4 ปี ($SD = 11.39$)

1. การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ก่อนและหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าหลังการทดลอง ($M = 2.47, SD = 0.13$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 1.47, SD = 0.25$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ก่อนและหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า (n=30)

แบบทดสอบ	คะแนนเฉลี่ย (ก่อน)		คะแนนเฉลี่ย (หลัง)	
	M	SD	M	SD
ส่วนที่ 1 การดูแลความสะอาดของผิวหนังและเล็บ	1.48	0.25	2.74	0.15
ส่วนที่ 2 การตรวจเท้า	1.26	0.30	2.01	0.18
ส่วนที่ 3 การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า	1.51	0.29	2.81	0.20
ส่วนที่ 4 การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดบริเวณเท้า	1.48	0.29	1.07	0.15
ส่วนที่ 5 การดูแลรักษาเมื่อเกิดแผลที่เท้า	1.44	0.30	2.70	0.19
ภาพรวม	1.47	0.25	2.47	0.13

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=17.71, p<0.05$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ก่อนและหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้วีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า

พฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า	M	SD	df	t	sig
ก่อนการให้ความรู้	1.47	0.25			
หลังการให้ความรู้	2.47	0.13	29	-17.71	0.01*

* $p < 0.05$

2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้และพยาบาลวิชาชีพในการใช้วีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้หลังการได้รับความรู้จากสื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า พบว่า ความพึงพอใจโดย

รวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.79$ $SD = 0.28$) สำหรับรายข้อพบว่า วิดีทัศน์และคู่มือสะดวกต่อการใช้งาน และคำแนะนำของพยาบาลทำให้ท่านสามารถดูแลเท้าได้อย่างถูกต้องไม่เกิดแผล ($M = 4.93$, $SD = 0.25$) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ วิดีทัศน์และคู่มือการดูแลเท้าเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในการนำไปศึกษา เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าต่อไป ($M = 4.90$, $SD = 0.30$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ เนื้อหาความรู้ที่ท่านได้รับจากพยาบาล วิดีทัศน์และในคู่มือเป็นประโยชน์ต่อท่านและเนื้อหาในวิดีโอ คู่มือใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย กระชับ ($M = 4.60$, $SD = 0.49$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลหลังการใช้วิดีโอทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า ($n=30$)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย	M	SD	การแปลผล
1. เนื้อหาความรู้ที่ท่านได้รับจากพยาบาล วิดีทัศน์ และในคู่มือเป็นประโยชน์ต่อท่าน	4.60	0.49	มากที่สุด
2. เนื้อหาในวิดีโอทัศน์ คู่มือใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย กระชับ	4.60	0.49	มากที่สุด
3. วิดีทัศน์และคู่มือสะดวกต่อการใช้งาน	4.93	0.25	มากที่สุด
4. คำแนะนำของพยาบาลทำให้ท่านสามารถดูแลเท้าได้อย่างถูกต้องไม่เกิดแผล	4.93	0.25	มากที่สุด
5. วิดีทัศน์และคู่มือการดูแลเท้าเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในการนำไปศึกษาเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าต่อไป	4.90	0.30	มากที่สุด
โดยรวม	4.79	0.28	มากที่สุด

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้อินเทอร์เน็ตและคู่มือ พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.93$, $SD = 0.16$) สำหรับรายข้อพบว่า คือ รูปแบบการให้ความรู้ผ่านวิดีโอทัศน์และคู่มือนี้สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถดูแลเท้าไม่ให้เกิดแผลได้อย่างถูกต้องและคู่มือและวิดีโอทัศน์มีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า สมควรใช้ต่อไป มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 5.00$, $SD = 0.00$) รองลงมาคือ เนื้อหาในการสอนในวิดีโอทัศน์และคู่มือมีความถูกต้องสมบูรณ์และครบถ้วน ส่งเสริมให้ท่านปฏิบัติงานในการให้ความรู้ได้สะดวกรวดเร็วขึ้นและวิดีโอทัศน์และคู่มือมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ($M = 4.90$, $SD = 0.30$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ วิดีทัศน์และคู่มือ มีเนื้อหาที่เป็นปัจจุบัน ($M = 4.86$, $SD = 0.34$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความพึงพอใจของความรู้ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้วีดิทัศน์ และคู่มือการดูแลเท้า (n=30)

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ	M	SD	การแปลผล
1. วีดิทัศน์และคู่มือ มีเนื้อหาที่เป็นปัจจุบัน	4.86	0.34	มากที่สุด
2. เนื้อหาในการสอนในวีดิทัศน์และคู่มือมีความถูกต้องสมบูรณ์และครบถ้วน ส่งเสริมให้ท่านปฏิบัติงานในการให้ความรู้ได้สะดวกรวดเร็วขึ้น	4.90	0.30	มากที่สุด
3. วีดิทัศน์และคู่มือมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน	4.90	0.30	มากที่สุด
4. รูปแบบการให้ความรู้ผ่านวีดิทัศน์และคู่มือนี้สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถดูแลเท้าไม่ให้เกิดแผลได้อย่างถูกต้อง	5.00	0.00	มากที่สุด
5. คู่มือและวีดิทัศน์มีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า สมควรใช้ต่อไป	5.00	0.00	มากที่สุด
โดยรวม	4.93	0.16	มากที่สุด

อภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ก่อนและหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้วีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้วีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า เพิ่มขึ้น และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยแบบสอบถามก่อนและหลังได้รับการให้ความรู้พบว่า คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ก่อนและหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้วีดิทัศน์และคู่มือฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวีดิทัศน์และคู่มือเป็นรูปแบบการให้ความรู้ที่ง่ายและสะดวกต่อการใช้งาน มีภาพเคลื่อนไหวในวีดิทัศน์ที่สามารถปฏิบัติตามได้และมีคู่มือที่สามารถหยิบมาศึกษาได้ตลอดเวลา โดยข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ชี้ชัดว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ตามปัจจัยเสี่ยง ถือเป็นเรื่องสำคัญอย่างมากต่อการดูแลจัดการตนเองของผู้ป่วย เช่น การให้คำแนะนำด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาที่ถูกต้อง การได้รับการติดตามอาการโดยแพทย์อย่างสม่ำเสมอ และการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยตนเอง เป็นต้น การนำเทคโนโลยีมาใช้ประโยชน์ในการสนับสนุนการดำเนินงาน จึงถือเป็นการเพิ่มคุณภาพบริการของสถานพยาบาล ลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ, 2564) ดังนั้น วีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้าจึงมีความเหมาะสมที่จะใช้ในทางการพยาบาลผู้ป่วย เพื่อเป็นสื่อในการให้ความรู้กับผู้ป่วยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สอดคล้องกับงานวิจัยของสมพร กิจสุวรรณรัตน์ และคณะ (2563) ที่พบว่า การส่งเสริมการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัทธินทร์ เชื้อมทอง และคณะ (2563) ที่พบว่า กิจกรรมในโปรแกรมฯให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดด้วยสื่อการเรียนรู้ วิดีทัศน์เอกสารประกอบการบรรยายให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมีกลไกให้ความรู้โดยให้ผู้ป่วยเห็นภาพหรือการเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริงหรือรายละเอียดต่าง ๆ อย่างชัดเจนได้เห็นของจริง นอกจากนี้หลังการสอนยังมีการสาธิตและให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสปฏิบัติจริงด้วยตนเอง จึงเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยสามารถซึมซับความรู้และนำไปปฏิบัติจนเกิดความเคยชินและปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลเท้า การรับประทานยา และการตรวจตามนัด ซึ่งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของสุทธนันท์ กัลละ และคณะ (2560) ที่พบว่าการใช้สื่อวีดิทัศน์หนังตะลุงและคู่มือการดูแลตนเองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโพทวย (เครือข่ายโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี) อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี มีความรู้ในการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้

2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้และพยาบาลวิชาชีพในการใช้วีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า จากผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจทั้งของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้วีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า อยู่ในระดับมากที่สุด และความคิดเห็นส่วนใหญ่ทั้งของพยาบาลและผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกันคือ วีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า ดังกล่าวเหมาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้และสมควรมีการใช้งานและพัฒนาต่อไป ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การให้ความรู้โดยใช้วีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า มีความสะดวก ปลอดภัย มีการใช้ภาพประกอบให้เกิดความน่าสนใจและประหยัดต้นทุนการดำเนินงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐภัสสร เดิมขุนทด และคณะ (2566) ที่พบว่า การให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี โดยการใช้อุปกรณ์หลาย เช่น วิดีโอการดูแลเท้า แผ่นภาพพลิกน้ากลับบ้าน นอกจากช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตหลังการได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้น ที่สำคัญคือมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของสุวจานา น้อยแนม และคณะ (2564) ที่ได้ศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้อุปกรณ์วีดิทัศน์ในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์นอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแล้ว พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลรับผิดชอบก็ได้ผลประโยชน์เช่นเดียวกัน โดยสื่อวีดิทัศน์นั้นช่วยให้ นักศึกษาสามารถทบทวนและฝึกปฏิบัติด้วยตนเองได้หลาย ๆ ครั้ง เปิดโอกาสให้ทบทวนความรู้ด้วยตนเอง และสามารถช่วยให้เห็นภาพ เสียง ทำให้เข้าใจและเห็นภาพในการปฏิบัติจริงมากยิ่งขึ้น สื่อวีดิทัศน์จึงเป็นสื่อรูปแบบการเรียนรู้ที่ดีช่วยให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจในการที่จะนำไปใช้ฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยเบาหวาน และสอดคล้องกับผลรายงานการพัฒนาคุณภาพการบริการในผู้ป่วยโรคเบาหวานผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (VDO Clip) ในการให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเองของ กองโรค

ไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2564) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วย มีความพึงพอใจในสื่อวีดิทัศน์ในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจในเนื้อหาที่มีประโยชน์ ตรงความต้องการ เนื้อหาเข้าใจง่าย ทันสมัย น่าสนใจ และระยะเวลามีความเหมาะสม รวมถึงสามารถนำความรู้จากคลิปวิดีโอไปใช้ประโยชน์ได้จริง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การได้รับการให้ความรู้โดยใช้วีดิทัศน์และคู่มือการดูแลทำให้สามารถส่งเสริมพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อีกทั้งยังเกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่า เนื้อหาความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับจากวีดิทัศน์ และในคู่มือเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและเนื้อหาในวีดิทัศน์ คู่มือใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย กระชับ เป็นข้อที่มีความพึงพอใจต่ำที่สุดจากความคิดเห็นของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้พัฒนาควรมีการกระชับเนื้อหาให้มีความชัดเจน ใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ และปรับขนาดตัวอักษรในรูปภาพให้มีขนาดใหญ่ยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ รวมถึงการชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบและตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดแผลที่เท้า ในส่วนของพยาบาล วีดิทัศน์และคู่มือ มีเนื้อหาที่เป็นปัจจุบันเป็นข้อที่มีความพึงพอใจต่ำที่สุด ดังนั้นผู้พัฒนาเนื้อหาให้ทันสมัย และเป็นปัจจุบันมากที่สุดตลอดจนการติดตามแนวปฏิบัติใหม่ ๆ ในการพัฒนาสื่อการให้ความรู้

2. จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพิ่มขึ้นจากการใช้รูปแบบการให้ความรู้ผ่านวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลเท้า ดังนั้นผู้พัฒนาควรมีการพัฒนาสื่อและเนื้อหาในการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง มีหน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่โดยเฉพาะในการติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ให้เป็นบทเรียนสำเร็จรูปทางออนไลน์ที่สามารถประเมินย้อนกลับทั้งด้านความรู้และพฤติกรรมที่ปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเองได้ทันที

2. ควรมีการศึกษาพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการสื่อสารทางสุขภาพที่เหมาะสมกับภาษาและบริบทในแต่ละชุมชน เช่น การพัฒนาสื่อในรูปแบบวีดิทัศน์ผสมผสานหมอลำ มโนราห์ ลิเก เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและเกิดความสนุกสนานในการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กมลวรรณ วงวาส, ศากุล ช่างไม้, และวินัส สีสกุล. (2562). ผลของโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 15(2), 34-45.
- กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ. (2563). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562.
[http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/รายงานสถานการณ์โรค NCDs63update.pdf](http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/รายงานสถานการณ์โรคNCDs63update.pdf)
- กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ. (2564). รายงานการพัฒนาคุณภาพการบริการในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (VDO Clip) “การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง”
<http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14114&tid=&gid=1-015-005>
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์, สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2556). *แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ชมพูนุช ชีวะกุล. (2563). ความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบุรีรัมย์. *Mahidol R2R e-Journal*, 7(1), 26-35.
- ณัฐภัตสร เต็มขุนทด, สว่างจิต สุรอมรกุล, รัชนิวรรณ ขวัญเจริญ, และชาญวัฒน์ ขวอนต้นติกมล. (2566). ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. *วารสารการพยาบาล*, 24(1), 1-24.
- ไทยพีบีเอส. (2565, 17 กันยายน). *ดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน : ปรับก่อนป่วย* [Video]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=e-2-8Tqr0tw>
- นาเดีย รอนิง, ขนิษฐา นาคะ, และทิพมาศ ชินวงศ์. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า สุขภาพเท้า และระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 41(1), 74-87.
- นิรนาท สีมะสิงห์, พิชญ์ พหลภาคย์, และสว่างจิต สุรอมรกุล. (2564). ความชุกตามระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลเท้าเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 65(ฉบับเพิ่มเติม), S63-S74.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 5). สุวีริยาสาส์น.
- พัชรินทร์ เชื่อมทอง, นิภา กิมสูงเนิน, และรัชนิ นามจันทร์. (2563). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(1), 78-86.
- โรงพยาบาลศรีนครินทร์, งานการพยาบาลอายุรกรรม 1. (2566). *รายงานการปฏิบัติงานของพยาบาลหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน*. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน. (2562). *คู่มือดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สมพร กิจสุวรรณรัตน์, ถาวร ล่อกา, และณัฏฐ์ธรรณีย์ ปัญจพันธ์. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดลำปาง ปี 2561. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(1), 199-214.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560*. ร่มเย็น มีเดีย. สุทธนันท์ กัลละ, รุ่งนภา จันทรา, อติญาณ์ ศรีเกษตริน, ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์, และวิลาวัณย์ เศาจวุฒิมพงษ์. (2560). ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์หนังตะลุงและคู่มือการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(1), 146-156.
- สุวัจนาน้อย น้อยนม, กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์, ผจงจิต ไกรถาวร, และธิดา ทองวิเชียร. (2564). ประสิทธิภาพของการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการตรวจประเมินสภาพเท้าผู้ที่เป็นเบาหวานต่อความรู้ ความมั่นใจ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 27(3), 402-414.
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.) Academic Press.
- Stanley, S., & Turner, L. (2004). A collaborative care approach to complex diabetic foot ulceration. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 13(13), 788–793. <https://doi.org/10.12968/bjon.2004.13.13.13497>

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสาร สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กิตติพงษ์ พลทิพย์, ประ.ด. * ปัทมา คัชรินทร์, พย.ม. **
ธัญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์, วท.ม. ** อติญา โพธิ์ศรี, พย.ม. **
กิรณานันท์ สนธิธรรม, พย.ม. ** ทงมี ผลาผล, พย.ม. **

Received: November 28, 2023

Revised: February 17, 2024

Accepted: February 22, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่วัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารและประเมินผลการใช้รูปแบบพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสาร 2) การสร้างและทดลองใช้รูปแบบฯ และ 3) ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯ ผ่านการทดลองใช้และประเมินผลในกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลหนองบัว อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด เลือกตัวอย่างโดยการสุ่มแบบโควตา ได้กลุ่มทดลอง 38 คน กลุ่มควบคุม 38 คน เครื่องมือวิจัยใช้แบบประเมินระดับสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น หาความเชื่อมั่นได้ค่า 0.94 การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับสมรรถนะด้านเทคโนโลยีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติที่แบบอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสาร ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมการอบรมให้ความรู้ การสนับสนุนการปฏิบัติงานโดยบุคคลอื่น และการใช้คู่มือในการใช้แอปพลิเคชัน หลังการนำรูปแบบไปใช้พบว่า กลุ่มทดลอง ($M = 4.27, SD = 0.45$) มีระดับสมรรถนะสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 4.02, SD = 0.51$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (และสูงกว่าก่อนทดลอง ($M = 3.44, SD = 0.51$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สรุปได้ว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสามารถนำไปใช้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขได้

คำสำคัญ: สมรรถนะ เทคโนโลยี การติดต่อสื่อสาร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

* อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: kittiphontip1987@hotmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

A Model for Enhancing Communication Technology Competency among Village Health Volunteers

Kittiphong Phontip, Ph.D.* Paphatchaya Kucharin, M.N.S.**
Thanyaluk Thangtumpituk, M.S.** Atiya Posri, M.N.S.**
Kirananan Sonthitham, M.N.S.** Thongmee Palapol, M.N.S.**

Abstract

This research and development initiative aimed to develop and evaluate a model designed for augmenting communication technology competency among village health volunteers. The study encompassed three phases: 1) examination of the operational context of village health volunteers in communication technology, 2) development and pilot testing of the model, and 3) evaluation of the model's impact on village health volunteers in the Nongbua subdistrict of Atsamart district, Roi Et province. Thirty-eight participants in the experimental group and 38 participants in the control group were selected through quota sampling. The research instrument comprised a communication technology competency assessment form with a reliability value of 0.94. Qualitative data were analyzed through content analysis, and differences in communication technology competency levels between the experimental and control groups were examined using an independent t-test.

The research revealed that the model for enhancing communication technology competency comprised three activities: 1) Enhancement and Training of village health volunteers, 2) Social Support, and 3) Provision of a Manual for Application Usage. Following the model's implementation, the experimental group ($M = 4.27, SD = 0.45$) exhibited a higher competency level than the control group ($M = 4.02, SD = 0.51$) with statistical significance at the 0.05 level. Moreover, the competency was higher than before the experiment ($M = 3.44, SD = 0.51$) with statistical significance at the 0.01 level. In summary, the communication technology competency application proves to be suitable for enhancing competence among village health volunteer.

Keywords: Competency, Technology, Communication, Village health volunteers

* Lecturer, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University; Corresponding Author E-mail: kittiphontip1987@hotmail.com

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

บทนำ

เทคโนโลยีดิจิทัลมีความสำคัญกับการดำเนินชีวิตของมนุษย์และสังคมในยุคศตวรรษที่ 21 เป็นอย่างมาก เทคโนโลยีดิจิทัลได้เข้ามาเกี่ยวข้องกับกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและการปฏิบัติงานของประชาชนทุกคน รวมไปถึงการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและการพัฒนาสุขภาพชุมชน (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 2554) นับเป็นอีกกลุ่มบุคคลที่มีความจำเป็นในการใช้เทคโนโลยีการปฏิบัติงานอย่างยิ่งทั้งในด้านการติดต่อสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า อสม. มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลประชาชนในชุมชนมากขึ้น เช่น การศึกษาของสมพร พูลวงษ์ (2562) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการใช้เทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสาร โดยเฉพาะการมอบหมายงาน ส่งผลให้การสั่งการหรือการมอบหมายงาน การปฏิบัติงานของ อสม. และการรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม. สามารถทำงานได้อย่างรวดเร็วในเวลาเร่งด่วน ทำให้ผู้อำนวยการและประธานกลุ่มสามารถติดตาม ตรวจสอบ แก้ปัญหา และขอให้ อสม. ซ่อมแซมข้อมูลทันที

อย่างไรก็ตาม จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าทักษะในการใช้เทคโนโลยีของ อสม. ยังมีปัญหาจากความไม่ชำนาญในการใช้เทคโนโลยี เนื่องด้วยอสม. ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ รวมไปถึงปัญหาการไม่รู้เกี่ยวกับระบบการทำงานของแอปพลิเคชันเพื่อการสื่อสาร รวมไปถึงมีการเสนอให้มีการประเมินทักษะการใช้เทคโนโลยี และการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานของอสม. ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นที่การฝึกอบรมแอปพลิเคชันใหม่ที่พัฒนาขึ้นเพื่อการใช้งานมากกว่าแอปพลิเคชันเพื่อการติดต่อสื่อสาร ซึ่ง อสม. จำเป็นจะต้องใช้ในการปฏิบัติงานและการรายงานผลการปฏิบัติงาน (กิตติพงษ์ พลทิพย์, 2566; กิรติวรรณ กัลยาณมิตร, 2562)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการออกแบบรูปแบบพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารและทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้ในการนิเทศงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยพยาบาลชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

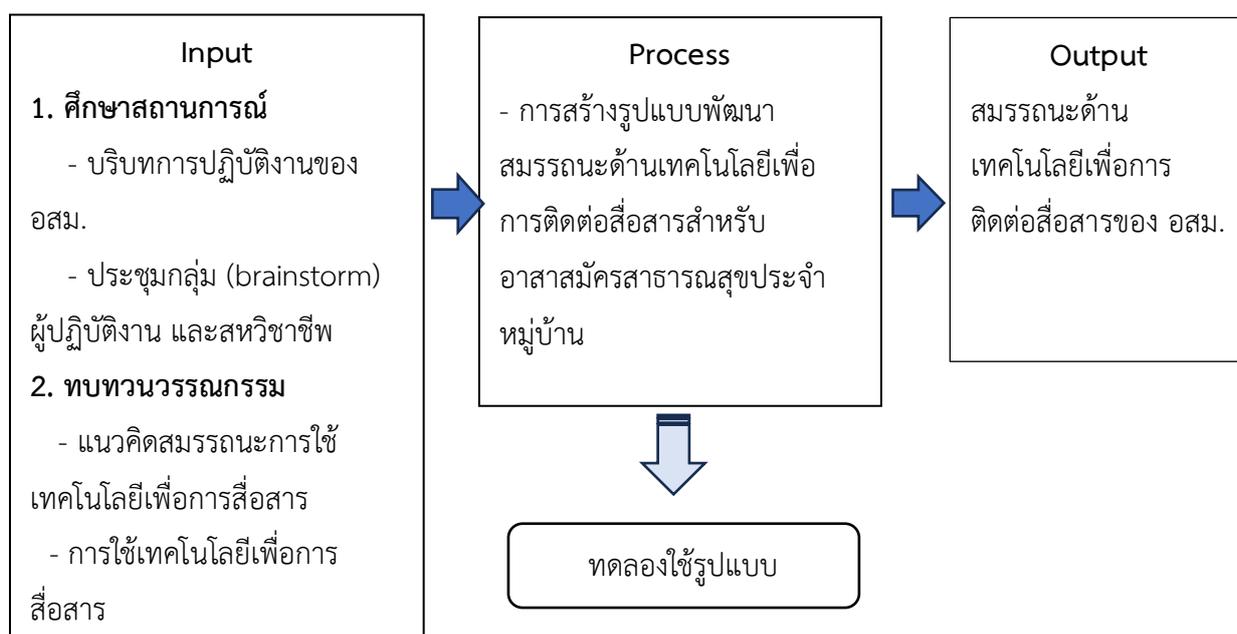
1. เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดตามทฤษฎีระบบ (Lunenburg & Ornstein, 1996) ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ประการคือ 1) ปัจจัยนำเข้า (input) 2) กระบวนการ (process) และ 3) ผลลัพธ์ (output) ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาศาสนาการณัการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสาร 2) การสร้างและทดลองใช้รูปแบบฯ และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบฯ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 - ตุลาคม 2566 มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาศาสนาการณัการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสาร โดยการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative data)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เจ้าหน้าที่/บุคลากรทางสาธารณสุข อสม. ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญทางด้านเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารในตำบลหนองบัว อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 127 คน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่/บุคลากรทางสาธารณสุข ตัวแทน อสม. ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญทางด้านเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร จำนวน 15 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth Interview) เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะจง ใช้เวลาการสัมภาษณ์ท่านละ 60 นาที ขณะสัมภาษณ์จะบันทึกเทป สังเกตพฤติกรรม สีหน้า ท่าทางของผู้ให้ข้อมูล และไม่มีใครอยู่ในบริเวณที่ทำการสัมภาษณ์ด้วย หลังจากสัมภาษณ์เสร็จในแต่ละวันจะมีการสรุปข้อมูลที่ได้โดยการถอดคำสัมภาษณ์จากเครื่องบันทึกเสียงภายหลังการสัมภาษณ์ภายใน 24 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) นำข้อมูลที่ได้มาสรุปและจำแนกข้อมูล (typological analysis) และจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามแต่ละประเภททำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแบบสามเส้า (methodological triangulation) เชื่อมโยงข้อมูลให้เป็นแนวเรื่อง ควบคู่กับการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซี

ระยะที่ 2 การสร้างและทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การประชุมระดมสมอง (brainstorming) คณะทำงานที่วิจัยประชุมระดมสมองแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในประเด็น สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้รูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบ ระยะเวลา 1 วัน โดยผู้วิจัยพัฒนารูปแบบฯ ภายใต้อิทธิพลนำเข้าจากการศึกษาในระยะที่ 1 วิเคราะห์แนวคิดสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร และแนวคิดการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร พบว่ารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมการอบรมให้ความรู้ กิจกรรมการสนับสนุนการปฏิบัติงาน และกิจกรรมการใช้คู่มือในการใช้แอปพลิเคชัน ซึ่งสามารถสรุปตามอักษรย่อของ “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรง (validity) ของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 คณะผู้วิจัยจัดสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (connoisseurship) เพื่อรับรองรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ร่วมประชุมพิจารณารับรองรูปแบบฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิร่วมสัมมนากับผู้วิจัยและทำการรับรองรูปแบบตามแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการประเมินมาตรฐานของ The Joint Committee on Standards of Education Evaluation (1994) ประกอบด้วยมาตรฐาน 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านความเป็นประโยชน์ (utility standards) เป็นการประเมินการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้รูปแบบ (2) ด้านความเป็นไปได้ (feasibility standards) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง (3) ด้านความเหมาะสม (propriety standards) เป็นการประเมินความเหมาะสมทั้งด้านกฎหมายและศีลธรรม และ (4) ด้านความถูกต้อง ครอบคลุม (accuracy standards) เป็นการประเมินความน่าเชื่อถือ และได้สาระครอบคลุมครบถ้วน ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน)

ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) จำนวน 20 ข้อ ซึ่งได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.77 หมายความว่ารูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้มีคุณภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสาร สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การศึกษาผลของการใช้รูปแบบฯ ใช้วิธีวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) โดยประเมินผลลัพธ์คือ สมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลหนองบัว อำเภอ อางสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 95 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลหนองบัว อำเภอ อางสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 76 คน ทั้งนี้ได้กำหนดขนาดตัวอย่าง จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 38 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นอสม.ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สามารถใช้งานการใช้ออปพลิเคชันไลน์ (Line) ได้และสามารถสื่อสารภาษาไทยและภาษาท้องถิ่นได้

เกณฑ์คัดออก คือ เจ็บป่วยด้วยโรครุนแรง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจวาย โรคหัวใจ และโรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคทางจิตและการรับรู้ ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ จิตเภทและโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางเป็นผู้วินิจฉัย และไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ครบตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power Analysis (Faul et al., 2007) ใช้ test family เลือก t-tests, statistical test เลือก difference between two independent means (two group) กำหนดค่าอิทธิพลจากงานวิจัยเรื่อง ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ณฐา เชียงปิว และคณะ, 2561) อ้างอิง ได้ค่า effect size = 2.823 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 8 คน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไปจึงใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan จากประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลหนองบัว อำเภอ อางสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 95 คน ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลหนองบัว อำเภอ อางสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 76 คน ทั้งนี้ได้กำหนดขนาดตัวอย่าง จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 38 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบกำหนดโควตา (quota sampling) โดยการกำหนดหมู่บ้านที่ใกล้เคียงกัน เพื่อป้องกันการบอกเล่าข้อมูลที่เกิดจากการเข้าร่วมรูปแบบพัฒนา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ของการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ คือ แบบประเมินระดับสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การให้คะแนน หากตอบมากให้ 5 คะแนน และหากตอบน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินระดับสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรง (validity) ของเครื่องมือ ได้ค่า IOC เท่ากับ .93 และนำไปทดลองใช้เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อื่น จำนวน 30 คน โดยมีค่าความเชื่อมั่น ทั้งฉบับ 0.94 และค่าความเชื่อมั่นรายข้อในแต่ละข้อ > 0.92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ ภายหลังจากที่ได้มีการชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การทำวิจัย ประโยชน์จากการทำวิจัย ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยละเอียด พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งมีการขออนุญาตบันทึกคำยินยอมเมื่อผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย โดยที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวหรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆ ของการวิจัยก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งไม่ส่งผลใดๆต่อผู้ให้ข้อมูล มีการรักษาความลับให้กับผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งทำลายข้อมูลเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี และผู้วิจัยยังได้ยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ 079/2566 ลงวันที่ 19 มิถุนายน 2566 นอกจากนี้ผู้วิจัยจะจัดให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มประชากรที่ไม่ได้เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามความสมัครใจหลังจากการวิจัยแล้วเสร็จ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินระดับสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครั้งที่ 1 กับกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง (pre test)

2. กลุ่มทดลอง ทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่สร้างขึ้นในการวิจัยในระยะที่ 1 เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการจัดกิจกรรมนิเทศจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามปกติ

3. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินระดับสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครั้งที่ 2 กับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. ใช้สถิติ independent sample t-test ในการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบระดับสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ได้ทดสอบความแจกแจงโค้งปกติ พบว่า ค่า Skewness -0.028 และค่า Kurtosis -0.973 และใช้วิธี Shapiro-Wilk พบว่า ค่า $W_1 = .949$ ค่า $p_1 = .084$ และค่า $W_2 = .977$ ค่า $p_2 = .625$ แสดงถึงข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์มีลักษณะแจกแจงโค้งปกติ

3. ใช้สถิติ dependent sample t-test ในการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบระดับสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ได้ทดสอบความแจกแจงโค้งปกติ โดยใช้วิธี Shapiro-Wilk พบว่า ค่า $W = .971$ และค่า $p = .422$ แสดงถึงข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์มีลักษณะแจกแจงโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมการอบรมให้ความรู้ กิจกรรมการสนับสนุนการปฏิบัติงาน และกิจกรรมการใช้คู่มือในการใช้แอปพลิเคชัน ซึ่งสามารถสรุปตามอักษรย่อของ “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” ได้ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2

กรอบแนวคิดรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



โดยรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระยะเวลาในการทำกิจกรรมจำนวน 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เป็นการสร้างความเข้าใจและแนะนำการใช้คู่มือในการใช้แอปพลิเคชัน โดยในการทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือในการใช้แอปพลิเคชัน Line เนื่องจากเป็นแอปพลิเคชันที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารที่ใช้ง่าย และไม่เข้าใจในระบบการทำงานมากนัก ดังตัวอย่างคำพูด “ส่งกะบ่ถึก ลางเทื่อกะเข้าไปลบของหมู่เหม็ด ภาพกิจกรรมเสี่ยเหม็ด” (รายที่ 3) “ใช้ Line นี้หละหลาย มีเทิงกลุ่มสงงานให้เจ้าหน้าที่ มีเทิงกลุ่มของอสม.เอง” (รายที่ 7)

สัปดาห์ที่ 2-4 เป็นกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับแอปพลิเคชันเพื่อการติดต่อสื่อสาร ประกอบด้วย แอปพลิเคชัน Line Facebook รวมไปถึงแอปพลิเคชันในการปฏิบัติงานที่ใช้ในพื้นที่ และเนื้อหาเกี่ยวกับจริยธรรมและการรู้เท่าทันสื่อที่เกี่ยวข้องกับการใช้แอปพลิเคชันเพื่อการติดต่อสื่อสาร ดังตัวอย่างคำพูด “จักแหล่ว จักส่งถึกบ่ถึก อันได้ส่งได้ บ่ได้” (รายที่ 5)

สัปดาห์ที่ 5-12 กิจกรรมการสนับสนุนการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย “ผู้ช่วย อสม.” ซึ่งหมายถึง บุคคลในครอบครัว “เพื่อนช่วยเพื่อน” ซึ่งหมายถึง เพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ “พี่เลี้ยงนิเทศงาน” ซึ่งหมายถึง พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข ดังตัวอย่างคำพูด “ถ้าห่าลิมได้ ใผลิวช่วยตู่ช่วยยามเฮ็ดงาน” (รายที่ 5)

2. ผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รายละเอียดดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 72.37 และเพศชาย จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 27.63 มีอายุเฉลี่ย 56.74 ($SD = 8.92$) และมีระดับสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารโดยเฉลี่ยในระดับมาก ($M = 4.14, SD = 0.48$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	<i>M</i>	<i>SD</i>
เพศ				
ชาย	21	27.63		
หญิง	55	72.37		
อายุ			56.74	8.92
30-39 ปี	3	3.95		
40-49 ปี	10	13.16		
50-59 ปี	38	50.00		
60-69 ปี	17	22.36		
70 ปีขึ้นไป	8	10.53		

ตารางที่ 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับสมรรถนะ	จำนวน	ร้อยละ	<i>M</i>	<i>SD</i>	แปลผล
สมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสาร			4.14	0.48	ระดับมาก
ปานกลาง	6	7.89			
มาก	48	63.16			
มากที่สุด	22	28.95			

2.2 สมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1) ผลการเปรียบเทียบระดับสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังตารางที่ 3

2) ผลการเปรียบเทียบระดับสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3

การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการทดลอง

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>sig</i>
ก่อนทดลอง	3.44	0.51	8.781	37	.001*
หลังทดลอง	4.27	0.45			

* $p < .01$

จะเห็นได้ว่าภายหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลอง มีสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารหลังการทดลอง ($M = 4.27, SD = 0.45$) สูงวกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.44, SD = 0.51$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .001, t=8.781$)

ตารางที่ 4

การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>sig</i>
กลุ่มทดลอง	4.27	0.45	2.352	74	.021*
กลุ่มควบคุม	4.02	0.51			

* $p < .05$

จะเห็นได้ว่าภายหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลอง มีสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสาร ($M = 4.27, SD = 0.45$) สูงวกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 4.02, SD = 0.51$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=0.21, t=2.352$)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมการอบรมให้ความรู้ กิจกรรมการสนับสนุนการปฏิบัติงาน และกิจกรรมการใช้คู่มือในการใช้แอปพลิเคชัน สามารถเพิ่มสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขได้ อธิบายได้ว่า ด้วยกิจกรรมนี้มีการพัฒนาสมรรถนะด้วยการเสริมความรู้ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เกิดสมรรถนะในการปฏิบัติงาน รวมไปถึงการแสดงบทบาทผู้นำทีมของพยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อันก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอีกด้วย ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ในขั้นตอนที่ 1 ยังมีตัวแทนของบุคลากรทางสาธารณสุขและตัวแทน อสม. ในพื้นที่ ร่วมพัฒนารูปแบบ จึงได้รูปแบบการพัฒนาที่มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาในการปฏิบัติงานของพื้นที่ โดยผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวพร สุนทรวิงศ์ และคณะ (2562) ทำการพัฒนาแบบการเพิ่มประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลนครตรัง จังหวัดตรัง โดยรูปแบบการเพิ่มประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล จำนวน 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน “รู้เขารู้เรา” กิจกรรมคู่บัดดี้ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ในการปฏิบัติงาน และการเสริมสร้างกำลังใจในการทำงาน ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการอบรม/ฟื้นฟู “ติดต่อวาทะทางปัญญา” เกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่ขาดทักษะการสื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์ “อสม. ศูนย์ 3” และปัจจัยด้านการสนับสนุนจำนวน 4 กิจกรรม ได้แก่ การมอบหมายงาน จัดให้มีวัสดุ/อุปกรณ์ในการปฏิบัติงานให้มากขึ้น สร้างคู่มือการปฏิบัติงานให้กับ อสม. และการนิเทศติดตามเพื่อช่วยเหลือ “ไขปัญหาที่คาใจ” ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี โตเทศ (2563) ทำการศึกษาแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. 4.0 ภาคเหนือ ปี 2561 พบว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. 4.0 ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดสมรรถนะที่คาดหวัง 2) หลักสูตรการฝึกอบรมพัฒนาสมรรถนะ อสม. 4.0 ด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ประกอบด้วย จุดมุ่งหมาย หลักสูตร การกำหนดคุณลักษณะผู้รับการอบรม กิจกรรมการอบรมสร้างสมรรถนะ 4.0 การประเมินผลระหว่างและหลังอบรม และการติดตามประเมินผลนอกห้องเรียน 3) การพัฒนาทีมครู ก ประกอบด้วย แกนนำ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ให้มีสมรรถนะ อสม. 4.0 4) การนำความรู้ไปใช้ 5) การประเมินผล จากการประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. 4.0 ด้วยการทดสอบความรู้หลังการอบรมพบว่า การทดสอบความรู้หลังการอบรม มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการประเมินหลังการอบรม อสม. สามารถใช้ประโยชน์จากการใช้โทรศัพท์มือถือได้มากขึ้น รวมไปถึงการศึกษาของบำรุง วงษ์น้อม (2565) ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอท่าม่วง ซึ่งรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารสุขภาพของ อสม. ประกอบด้วยกิจกรรมประสบการณ์การสื่อสาร กิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ กิจกรรมการฝึก

ประสบการณ์การสื่อสารสุขภาพ และกิจกรรมการสะท้อนผลหลังการฝึกปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพ อสม. ที่เข้าร่วมโปรแกรม มีสมรรถนะด้านการสื่อสารทั้งด้านกระบวนการสื่อสารและการใช้ทักษะการสื่อสารสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการอภิปรายผล สรุปได้ว่าการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ กิจกรรมการสนับสนุนการปฏิบัติงานโดยบุคคลอื่น และกิจกรรมการใช้คู่มือในการใช้แอปพลิเคชัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนิเทศงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง และมีการอบรมฟื้นฟูความรู้และสมรรถนะอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง โดยเฉพาะสมรรถนะด้านเทคโนโลยี ทั้งการติดต่อสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ

2. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสารสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เกิดขึ้นในขั้นตอนที่ 1 พัฒนาขึ้นโดยคำนึงถึงสภาพปัญหาในพื้นที่เป็นหลัก หากนำไปใช้ในพื้นที่อื่น ควรคำนึงถึงบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ เพื่อความสอดคล้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน เพื่อเกิดการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวม

เอกสารอ้างอิง

กิตติพงษ์ พลทิพย์. (2566). ประสบการณ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ.

วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 37(2), 70-79.

กীরติวรรณ กลยาณมิตร. (2562). รูปแบบบทบาทที่เหมาะสมของอาสาสมัครและการพัฒนาสุขภาพสู่ความ

ยั่งยืนในจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 7(6), 1620-1634.*

ณฐา เชียงปิว, วราภรณ์ บุญเชียง, และศิวพร อึ้งวัฒนา. (2561). ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการ

ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน. *พยาบาลสาร, 45(1), 87-99.*

บำรุง วงษ์นิม. (2565). การพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอท่าม่วง. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี, 31(2),*

54-67.

เพ็ญศรี โตเทศ. (2563). การศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. 4.0 ภาคเหนือ ปี 2561.

วารสารวิชาการสังคมมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช, 10(1), 34-44.

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2567) หน้า 64

- ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554. (2554, 20 มีนาคม).
ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 128 ตอนพิเศษ 33 ง. หน้า 1- 10.
- ศิวพร สุนทรวิงศ์, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สุรีย์ จันทร์โมลี, และมยุภา ศรีสุภานันต์. (2562). การพัฒนารูปแบบ
การเพิ่มประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลนครตรัง
จังหวัดตรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(1), 75-88.
- สมพร พูลวงษ์. (2562). การประยุกต์ใช้โปรแกรมไลน์เพื่อการมอบหมายสำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขามนุษยศาสตร์และ
สังคมศาสตร์*, 14(3), 138-146.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power
analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior
Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Lunenburg, F. C., & Ornstein, A. C. (1996). *Educational administration: Concepts and
practices* (2nd ed). Wadsworth.
- The Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. (1994). *The program
evaluation standards: How to assess evaluations of educational programs* (5th ed.).
W. H. Freeman.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

รศ.กัญญา พลจำรัสพัทธ์, พย.ม.*

ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์, ส.ด.**

นฤมล ธีระรังสิกุล, ป.ด.***

Received: December 11, 2023

Revised: February 19, 2024

Accepted: February 22, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-3 ในเขตเทศบาลจังหวัดสุรินทร์ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบ multi stage sampling โดยในแต่ละชั้นปี สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ชั้นปีละ 1 ห้อง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 116 ราย เก็บข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามประสพการณ์การถูกข่มเหงรังแกบนโลกไซเบอร์ 2) แบบสอบถามแบบอย่างพฤติกรรมความรุนแรงจากสื่อออนไลน์ 3) แบบสอบถามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู 4) แบบสอบถามอิทธิพลความรุนแรงจากเพื่อน 5) แบบสอบถามพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ มีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาคทั้งหมดเท่ากับ 0.83, 0.93, 0.79, 0.84 และ 0.73 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์อยู่ในระดับน้อย ($M = 27.14$, $SD = 2.55$) อิทธิพลความรุนแรงจากเพื่อนและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้ร้อยละ 37.6 ($R^2 = 0.376$, $F_{(1, 113)} = 11.076$, $p < .001$) ข้อเสนอแนะ การศึกษาต่อไปควรจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันและแก้ไขพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่เน้นให้กลุ่มเพื่อนที่นักเรียนใช้เวลาร่วมกันเป็นส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมด้วยและส่งเสริมผู้ปกครองให้มีรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูบุตรแบบมีอิสระอย่างมีขอบเขต

คำสำคัญ : ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: siriypa_s@buu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Predictors of Cyberbullying Behavior among Junior High School Students

Rasikan Polchamratpat, M.N.S.*

Siriyupa Sananreangsak, Dr.P.H.**

Narumon Teerarungsikul, Ph.D.***

Abstract

This predictive study aimed to examine the factors influencing cyberbullying behavior in junior high school students. The sample comprised 116 students from Surin Municipality, selected through multi-stage sampling, with one class per year level at each year level. Eligible participants were then sampled using simple random sampling. Data collection took place in November 2022. The research instruments included 1) a cyberbullying experience questionnaire, 2) an online violence behavior model questionnaire, 3) a parenting questionnaire, 4) a peer violence influence questionnaire, and 5) a cyberbullying behavior questionnaire. The questionnaires exhibited alpha Cronbach confidence values of 0.83, 0.93, 0.79, 0.84, and 0.73, respectively. The analysis involved descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The findings indicated that cyberbullying behavior among junior high school students was relatively low (mean = 27.14, *SD* = 2.55). Peer violence influence and an independent parenting style with clear boundaries emerged as significant predictors of cyberbullying behavior among junior high school students, explaining 37.6% of the variance ($R^2 = 0.376$, $F(1, 113) = 11.076$, $p < 0.001$). Suggestion: future studies should develop interventions to prevent and address cyberbullying behavior in junior high school students. Targeting aspects such as spending time with friends and encouraging parents to adopt independent parenting styles with clear boundaries may contribute to the prevention of cyberbullying behavior.

Keywords: Predictors, Cyberbullying behavior, Junior high school students

* Students of Master degree of Nursing Science in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University; Corresponding Author E-mail: siriyupa_s@buu.ac.th

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

บทนำ

ในสังคมปัจจุบันการใช้สื่อสังคมออนไลน์กลายเป็นสิ่งที่เข้ามามีบทบาทกับทุกเพศทุกวัยสามารถตอบสนองต่อการใช้งานได้หลายด้าน พื้นที่บนโลกไซเบอร์ได้กลายเป็นเครื่องมือที่เข้ามามีบทบาทกับการใช้ชีวิตของวัยรุ่นมากขึ้น โดยพบว่า ร้อยละ 48 เป็นเด็กอายุ 10-15 ปี และเรียนอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีพฤติกรรมรังแกกันบนโลกไซเบอร์มากที่สุด (วัฒนาวดี ศรีวัฒนพงศ์ และพิมพกา ธานินพงศ์, 2558) นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นต้องการพื้นที่ในการแสดงออกที่เหมาะสมเพื่อให้ตนเองเป็นที่ยอมรับ พื้นที่บนโลกไซเบอร์ได้กลายเป็นเครื่องมือในการแสดงความเป็นตัวตน ระบายความรู้สึก หรือใช้เพื่อสร้างสถานการณ์ทางสังคม ทำให้ตนเองเด่นขึ้น หากใช้พื้นที่บนโลกไซเบอร์ในการระบายความรู้สึกที่ไม่เหมาะสมต่อผู้อื่น อาจส่งผลให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ (พลอยพัชชา แก้ววิเศษ และคณะ, 2564)

พฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ เป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มทำให้เกิดปัญหาและผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุติธรรม และสังคม เนื่องจากพฤติกรรมดังกล่าวนี้ มีความเป็นนิรนามไม่สามารถทราบได้ว่าใครเป็นผู้รังแก มีต้นทุนที่ต่ำ ข้อมูลกระจายออกไปในวงกว้างอย่างรวดเร็ว ผู้รังแกจึงนิยมใช้พื้นที่บนโลกไซเบอร์ในการลงมือทำร้ายผู้อื่น ให้ได้รับความอับอายหรือได้รับความทุกข์ทรมาน ด้วยการเขียนข้อความ การใช้เสียง การถ่ายวิดีโอ การถ่ายภาพนิ่งบนโลกไซเบอร์ (วีรวิชัย เลิศรัตนธำรงกุล, 2564) และเผยแพร่คลิป ด่าทอ แชร์ลงบนพื้นที่ไซเบอร์ จนเกิดผลกระทบต่อผู้ถูกรังแกทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุติธรรม และสังคม พฤติกรรมรังแกกันบนโลกไซเบอร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นปัญหาที่พบได้ทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า วัยรุ่นเป็นผู้รังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ ร้อยละ 13.50-34.10 (Hesapcioglu & Ercan, 2017) ซึ่งสถิติการรังแกกันบนโลกไซเบอร์ของไทยในปี 2560 จากการศึกษาพฤติกรรมรังแกบนโลกไซเบอร์ร่วมกันของ 14 ประเทศทั่วโลก พบเยาวชนไทยร้อยละ 45 เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมรังแกบนโลกไซเบอร์ และอยู่ในอันดับ 5 จาก 14 ประเทศ ซึ่งมากกว่าสหรัฐอเมริกา ยุโรป และญี่ปุ่นถึง 4 เท่า (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2561) ปรัชญาการรังแกกันบนโลกไซเบอร์จากทั่วทุกมุมโลกกลายเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ทุกฝ่ายต้องเข้าไปจัดการดูแล เพราะปัญหาดังกล่าวเป็นจุดเริ่มต้นของโรคซึมเศร้าและได้คร่าชีวิตของวัยรุ่นทั่วโลกไปแล้วมากมาย (สุภาวดี เจริญวานิช, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ ได้แก่ เพศ (วัฒนาวดี ศรีวัฒนพงศ์ และพิมพกา ธานินพงศ์, 2558) ประสบการณ์การถูกข่มเหงรังแกบนโลกไซเบอร์ ประสบการณ์เคยเห็นเพื่อนถูกข่มเหงรังแกบนโลกไซเบอร์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (เอมวดี เกียรติศิริ, 2560) แบบอย่างพฤติกรรมความรุนแรงจากสื่อออนไลน์ (พลอยพัชชา แก้ววิเศษ และคณะ, 2564) รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู (เกษตรชัย และหิมา และอุทิศ สังข์รัตน์, 2555) การอบรมเลี้ยงดูแบบใช้อำนาจควบคุมสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ถูกรังแก 3.03 เท่า (สรวรยา เสาวภาพ และสุวรรณี พุทธิศรี, 2563) และอิทธิพลความรุนแรงจากเพื่อน (เกษตรชัย และหิมา, 2557) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมรังแกบนโลกไซเบอร์ (เอมวดี เกียรติศิริ, 2560) จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์มีหลายปัจจัย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอกบุคคลของ PRECEDE-PROCEED

Model (Green & Kreuter, 2005) โดยนำ PRECEDE Model ในขั้นตอนที่ 3 มาใช้ในการศึกษา ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยของพฤติกรรมของบุคคล แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factor) 2) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) 3) ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยตามกรอบแนวคิด PRECEDE Model ในขั้นตอนที่ 3 ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factor) คือ ประสบการณ์การถูกข่มเหงรังแกบนโลกโซเชียล 2) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) คือ แบบอย่างพฤติกรรมความรุนแรงจากสื่อออนไลน์ และ 3) ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) คือ รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู และอิทธิพลความรุนแรงจากเพื่อน

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นยังมีอยู่จำกัด โดยพบการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมรังแกกันบนโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และไม่พบการศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเป็นการศึกษาเพียงบางปัจจัย ซึ่งสาเหตุของพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเกิดได้จากหลายปัจจัย อีกทั้งพฤติกรรมดังกล่าวยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและยังคงเป็นปัญหาสำคัญของนักเรียนที่ต้องได้รับการแก้ไข ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังและค้นหาปัจจัยเสี่ยง และใช้เป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ ประสบการณ์การถูกข่มเหงรังแกบนโลกโซเชียล แบบอย่างพฤติกรรมความรุนแรงจากสื่อออนไลน์ รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู และอิทธิพลความรุนแรงจากเพื่อน

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสุรินทร์ เก็บข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นชั้นปีที่ 1-3 ในโรงเรียนเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 3,150 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นชั้นปีที่ 1-3 ในโรงเรียนเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสุรินทร์ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

1. พักอาศัยอยู่กับบิดามารดาหรือผู้ปกครอง

2. ไม่มีปัญหาการเรียนรู้ ได้แก่ โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder [ADHD]) โรคบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning Disorders [LD]) โรคบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disabilities [ID]) โรคออทิสติก (Autistic Disorders) โดยอาจารย์ประจำห้องพยาบาลเป็นผู้คัดกรองตามแบบประเมินของโรงเรียน

3. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ มีการเจ็บป่วยในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูลและไม่สามารถทำแบบสอบถามได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power of analysis) โดยใช้สูตรจากโปรแกรมสำเร็จรูป G^* Power 3.1.9.7 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ .80 และค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง เท่ากับ .15 (Cohen, 1988) จำนวนตัวแปรที่ต้องการศึกษา 4 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา 85 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเก็บเพิ่มร้อยละ 20 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2563) รวมกลุ่มตัวอย่าง 102 ราย เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีความแปรปรวนในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงควรเก็บทั้งหมดทุกคนในห้องที่ทำการสุ่ม จะใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 120 ราย แต่จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติถดถอยพหุคูณ มีข้อมูลที่เป็น outlier จำนวน 4 ราย ผู้วิจัยจึงได้ตัดข้อมูลที่เป็น outlier ออก ดังนั้นข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ในครั้งนี้ เท่ากับ 116 ราย

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) มีขั้นตอนดังนี้

1. คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลาก 1 แห่ง

2. เมื่อสุ่มได้โรงเรียนที่จะทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อทำการเก็บข้อมูล ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงเรียนแล้ว

3. ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกห้องเรียน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบ multi stage sampling โดยในแต่ละชั้นปี สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ชั้นปีละ 1 ห้อง แต่ละห้องมีจำนวนนักเรียนประมาณ 31-41 คน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีความแปรปรวนในการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงควรเก็บทั้งหมดทุกคนในห้องที่ทำการสุ่ม ซึ่งเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 1 ห้อง 39 คน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 1 ห้อง 40 คน เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 1 ห้อง 41 คนทั้งสิ้นจำนวน 3 ห้อง การศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 120 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง คำถามเป็นแบบเลือกตอบประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน อาชีพของบิดา อาชีพของมารดา อาชีพของผู้ปกครอง (ตอบในกรณีที่ไม่ได้อยู่กับบิดาหรือมารดา) จำนวนเพื่อนสนิท

2. แบบสอบถามประสบการณ์การถูกข่มเหงรังแกบนโลกไซเบอร์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 4 ข้อ ตัวเลือกเป็นความถี่ของการเคยได้รับประสบการณ์การถูกข่มเหงรังแกบนโลกไซเบอร์แบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-2 คะแนน

3. แบบสอบถามแบบอย่างพฤติกรรมความรุนแรงจากสื่อออนไลน์ ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามแบบอย่างพฤติกรรมความรุนแรงจากสื่อออนไลน์ ของชิตชัย ไชไพรวิน (2560) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการพบเห็นแบบอย่างพฤติกรรมความรุนแรงหรือการรังแกกันจากสื่อออนไลน์จำนวน 6 ข้อ ตัวเลือกเป็นความถี่ของการพบเห็นพฤติกรรมแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน

4. แบบสอบถามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของ ศลัภษณา กิติทัศน์เศรษฐี (2551) ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Baumrind (1997) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการเลี้ยงดูของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง โดยแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การอบรมเลี้ยงดูแบบเข้มงวด จำนวน 8 ข้อ 2) การอบรมเลี้ยงดูแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขตจำนวน 8 ข้อ 3) การอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยจำนวน 8 ข้อ 4) การอบรมเลี้ยงดูแบบยอมตามบุตรจำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 32 ข้อ ลักษณะแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) มี 4 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน

5. แบบสอบถามอิทธิพลความรุนแรงจากเพื่อน ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามอิทธิพลความรุนแรงจากเพื่อนของชิตชัย ไชไพรวิน (2560) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการพบเห็นแบบอย่างพฤติกรรมความรุนแรงหรือการรังแกกันจากกลุ่มเพื่อนจำนวน 7 ข้อ ตัวเลือกเป็นความถี่ของการพบเห็นพฤติกรรมแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน

6. แบบสอบถามพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการข่มเหงรังแกบนโลกไซเบอร์ ของพลอยพัชชา แก้ววิเศษ และคณะ (2564) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมข่มเหงรังแกบนโลกไซเบอร์ประกอบด้วยกรกระทำ 5 รูปแบบ ได้แก่ 1) การนิทาหรือด่าทอผู้อื่นจำนวน 5 ข้อ 2) การหมิ่นประมาทผู้อื่น จำนวน 5 ข้อ 3) การแอบอ้างชื่อของผู้อื่น จำนวน 5 ข้อ 4) การนำความลับที่เป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้อื่นไปเผยแพร่หรือส่งต่อ จำนวน 5 ข้อ และ 5) การลบหรือบล็อกผู้อื่นออกจากกลุ่ม จำนวน 4 ข้อ รวม 24 ตัวเลือกเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน การแปลผล คะแนนพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ คะแนนโดยรวมตั้งแต่ 24-120 คะแนน เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้ว สามารถเทียบเกณฑ์ 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 24-55 หมายถึง มีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์น้อย คะแนน 56-87 หมายถึง มีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ปานกลาง คะแนน 88-120 หมายถึง มีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์มาก

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยง (Content Validity Index [CVI]) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.90 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มศึกษาจำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามประสบการณ์การถูกข่มเหงรังแกบนโลกไซเบอร์ 3) แบบสอบถามแบบอย่างพฤติกรรมความรุนแรงจากสื่อออนไลน์ 4) แบบสอบถามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู 5) แบบสอบถามอิทธิพลความรุนแรงจากเพื่อน 6) แบบสอบถามพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ ซึ่งแบบสอบถามชุดที่ 2-6 มีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ เท่ากับ .83 .93 .79 .84 และ .73 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างและเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งได้ผ่านการรับรองเรียบร้อยแล้ว รหัส IRB3-092/2565 ลงวันที่ 26 กันยายน 2565 จากนั้นผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงเรียนและครูประจำชั้นเพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลา สถานที่ในการเก็บข้อมูล ซึ่งแจ้งเกี่ยวกับสิทธิที่ปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อผลการเรียน ได้ขออนุญาตผู้ปกครองโดยนำเอกสารชี้แจงและใบลงนามยินยอมให้นักเรียนนำไปมอบให้ผู้ปกครองและนัดหมายให้นักเรียนส่งใบยินยอมกลับมาส่งภายใน 1 สัปดาห์ และหากมีข้อสงสัยในการวิจัยสามารถซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ได้ตลอดเวลา การตอบแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อแต่ใช้รหัสแทน เมื่อตอบคำถามเสร็จให้ผู้ตอบนำแบบสอบถามมาใส่กล่องที่ปกปิดมิดชิด เพื่อพิทักษ์สิทธิเรื่องความลับของผู้ตอบแบบสอบถามข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับ และทำลายหลังจากเผยแพร่แล้ว 1 ปี

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว นำหนังสือจากมหาวิทยาลัยบูรพา และหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนเสนอต่อผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ไม่มีการเรียนการสอน คือ เวลา 15.00-16.00 น. โดยให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพร้อมกันวันละ 1 ชั้นปี นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ตอบแบบสอบถามในวันจันทร์ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ตอบแบบสอบถามในวันอังคาร และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ตอบแบบสอบถามในวันพุธ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาที หลังจากเก็บข้อมูลครบถ้วนจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์พฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลเบอร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลเบอร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ ประสบการณ์การถูกข่มเหงรังแกบนโลกโซเชียล รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู แบบอย่างพฤติกรรมความรุนแรงจากสื่อออนไลน์ และอิทธิพลความรุนแรงจากเพื่อน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนนำเข้าวิเคราะห์ทางสถิติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.83) อายุเฉลี่ย 13.60 ปี ($SD = 1.028$) กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 มากที่สุด (ร้อยละ 34.48) รองลงมา คือ ระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 (ร้อยละ 33.62) และระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 31.90) บิดาและมารดาส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป/เกษตรกร (ร้อยละ 29.31) และ (ร้อยละ 28.45) ตามลำดับ ส่วนมากมีเพื่อนสนิทน้อยกว่า 5 คน (ร้อยละ 60.34)

2. พฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.55 และมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 24-35 พิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การนินทาหรือด่าทอผู้อื่นมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.46 และมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 5-11 รองลงมาคือ พฤติกรรมการแอบอ้างชื่อของผู้อื่น มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.63 มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 5-11 และมีพฤติกรรมลบหรือบล็อกผู้อื่นออกจากกลุ่มน้อยที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.38 มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 4-11 แสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียล (n=116)

ตัวแปร	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่ได้จริง	M	SD	การแปลผล
พฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียล	24-120	24-35	27.14	2.55	น้อย
1) การนินทาหรือด่าทอผู้อื่น	5-25	5-11	6.82	1.46	-
2) การหมิ่นประมาทผู้อื่น	5-25	5-7	5.10	0.38	-
3) การแอบอ้างชื่อของผู้อื่น	5-25	5-11	5.16	0.63	-
4) การนำความลับที่เป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้อื่นไปเผยแพร่หรือส่งต่อ	5-25	5-6	5.11	0.32	-
5) การลบหรือบล็อกผู้อื่นออกจากกลุ่ม	4-20	4-11	4.95	1.38	-

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลของวัยรุ่นตอนต้น ก่อนการวิเคราะห์ด้วยข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) ของสถิติถดถอยพหุคูณได้ผลดังนี้ ตัวแปรต้นมีการกระจายแบบปกติ ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระต่อกัน ไม่มี univariate outliers ตัวแปรต้นทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันหรือไม่เกิด multicollinearity ดังตารางที่ 2 กราฟมีลักษณะเป็น homoscedasticity เป็นไปตามข้อตกลงของ normality, linearity และ homoscedasticity

จากผลการวิจัยพบว่า อิทธิพลความรุนแรงจากเพื่อน และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้ ร้อยละ 37.6 ($R^2 = 0.376$, $F_{(1, 113)} = 11.076$, $p = .001$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีอยู่ 2 ตัวแปร โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด คือ อิทธิพลความรุนแรงจากเพื่อนมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) = .546 รองลงมา คือ รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขตต่อพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) = -.248 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การถูกข่มเหงรังแกบนโลกโซเชียล แบบอย่างพฤติกรรมความรุนแรงจากสื่อออนไลน์ รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู อิทธิพลความรุนแรงจากเพื่อน กับพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียล (n=116)

ตัวแปร	1	2	3.1	3.2	3.3	3.4	4	5
1. ประสบการณ์การถูกข่มเหงรังแกบนโลกโซเชียล	1	.151	.462*	-.115	.272*	-.200**	.314	.194**
2. แบบอย่างพฤติกรรมความรุนแรงหรือการรังแกกันจากสื่อออนไลน์		1	.011	-.015	.007	.196**	.600*	.228*
3. รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู			1	-.402*	.486*	-.479*	.176**	.205**
3.1 การอบรมเลี้ยงดูแบบเข้มงวด				1	-.488*	.493*	-.060	-.281*
3.2 การอบรมเลี้ยงดูแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต					1	-.257*	.048	.098
3.3 การอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย						1	0.42	-0.29
3.4 การอบรมเลี้ยงดูแบบยอมตามบุตร							1	.561*
4. อิทธิพลความรุนแรงจากเพื่อน								1
5. พฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียล								

ตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยวิธี Stepwise regression เพื่อทำนายพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลของวัยรุ่นตอนต้น (n=116)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p-value
อิทธิพลความรุนแรงจากเพื่อน	.419	.057	.546	7.341**	<.001
รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต	-.47	.048	-.248	-3.328*	.001

Constant = 27.073, $R^2 = .376$, $R^2_{Adjusted} = .365$, $F_{(1,113)} = 11.076$, $p = .001$

* $p < .01$, ** $p < .001$

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียล อยู่ในระดับน้อย ($M = 27.14$, $SD = 2.55$) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.83) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mizuta et al (2018) พบว่า กลุ่มผู้รังแกผู้อื่นในวัยรุ่นเพศชายจะเป็นผู้รังแกมากกว่าเพศหญิง และสำหรับกลุ่มที่เป็นทั้งผู้ถูกรังแกและรังแกผู้อื่นพบว่า วัยรุ่นเพศชายจะเป็นทั้งผู้ถูกรังแกและรังแกผู้อื่นมากกว่าวัยรุ่นเพศหญิง (Ford et al., 2017) และอาจเป็นไปได้ว่าสถาบันการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง มีความเคร่งครัดในกฎระเบียบของการอยู่ร่วมกันของนักเรียนในโรงเรียน มีการใช้ระเบียบว่าด้วยการปกครองนักเรียนโรงเรียน พ.ศ. 2565 ระบุให้พฤติกรรมกลั่นแกล้ง รังแก ช่มชู้บุคคลอื่นให้เกิดความเสียหาย เป็นลักษณะความผิดในระดับปานกลาง และหากนักเรียนกระทำความผิดในระดับปานกลางซ้ำเป็นครั้งที่ 2 จะถือว่าเป็นลักษณะความผิดขั้นร้ายแรง จะได้รับโทษการทำทัณฑ์บน และเชิญบิดา มารดา หรือผู้ปกครองมาบันทึกรับทราบความผิดต่อไป ถึงแม้ว่าการศึกษาครั้งนี้พบพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลอยู่ในระดับน้อยก็ตาม แต่หากวัยรุ่นมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นก็จะมีพฤติกรรมนี้ติดตัวไปจนโต กลายเป็นบุคคลก้าวร้าว อันธพาล และละเมิดกฎหมาย (เกษตรชัย และทิม, 2556) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลด้านการินทาหรือด่าทอผู้อื่นบนเครือข่ายสังคมออนไลน์มากที่สุด ($M = 6.82$, $SD = 1.46$) เป็นพฤติกรรมที่นักเรียนใช้คำที่หยาบคาย ด่าทอผู้อื่น กล่าวร้ายนินทาลับหลังผู้อื่น และล้อพฤติกรรมกระทำผู้อื่นที่ไม่ดีและน่าอับอาย รองลงมาคือ การแอบอ้างชื่อของผู้อื่น ($M = 5.16$, $SD = 0.63$) เป็นพฤติกรรมที่นักเรียนไปแอบอ้างชื่อผู้อื่นในการสนทนาบนโลกโซเชียลหรือเพื่อไปว่าร้ายบุคคลที่สามอีกทั้งนำชื่อผู้อื่นไปแอบอ้างในทางที่เสื่อมเสียหรือเพื่อหาผลประโยชน์ให้แก่ตนเอง รวมไปถึงการแอบอ้างและนำภาพผู้อื่นมาปลอมแปลงบนโลกโซเชียล และพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลด้านการลบหรือบล็อกผู้อื่นที่ไม่ชอบออกจากกลุ่มบนเครือข่ายสังคมออนไลน์น้อยที่สุด ($M = 4.95$, $SD = 1.38$) เป็นพฤติกรรมที่นักเรียนลบผู้อื่นที่นักเรียนไม่ชอบออกจากความเป็นเพื่อนหรือลบออกจากกลุ่ม

มีการกีดกัน/บล็อกผู้อื่นที่ไม่ชอบออกจากกลุ่ม และสั่งให้เพื่อนบางคนลบผู้อื่นที่ไม่ชอบออกจากความเป็นเพื่อนบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ พลอยพัชชา แก้ววิเศษ และคณะ (2564) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการชมเชยหรือสนับสนุนเพื่อนบนโลกโซเชียลเบอร์ด้านการนิเทศหรือด้านเทคโนโลยีบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ และด้านการลบหรือบล็อกผู้อื่นที่ไม่ชอบออกจากกลุ่มบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ โดยมีพฤติกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้ง

2. อิทธิพลความรุนแรงจากเพื่อนและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลเบอร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้ร้อยละ 37.6 ($R^2=0.376$, $F_{(1, 113)} = 11.076$, $p = .001$) โดยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 อิทธิพลความรุนแรงจากเพื่อน เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลเบอร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีน้ำหนักในการทำนายสูงที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .546 หมายความว่า นักเรียนที่ได้รับอิทธิพลความรุนแรงจากเพื่อน จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลเบอร์ ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีเพื่อนสนิทน้อยกว่า 5 คน (ร้อยละ 60.34) โดยกลุ่มเพื่อนเป็นสังคมที่สำคัญที่สุดของนักเรียน และมีอิทธิพลต่อนักเรียนมาก อธิบายตามแนวคิดแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่อธิบายถึงระบบการพัฒนาและการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของพฤติกรรมต่างๆ โดยอาจจะจะมีอิทธิพลมาจากพฤติกรรมของบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งตามกรอบแนวคิดแบบจำลองดังกล่าวเพื่อนเป็นปัจจัยเสริม (reinforcing factors) อาจจะเสริมแรงได้ทั้งในด้านบวกหรือด้านลบ ช่วยยับยั้งหรือสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลเบอร์ได้ นักเรียนจะใช้เพื่อนเป็นที่ปรึกษา เลียนแบบพฤติกรรม และทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งการทำตามกลุ่มเพื่อนนั้นอาจมีทั้งด้านดีและไม่ดี การเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อนจะทำให้ให้นักเรียนมั่นใจและภาคภูมิใจในตนเอง หากเพื่อนที่ใช้เวลาร่วมกันในแต่ละวันมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลเบอร์ อาจส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลเบอร์มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษตรชัย และทีม และอุทิศ สังขรัตน์ (2555) พบว่า อิทธิพลความรุนแรงของเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรังแกของนักเรียนโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในจังหวัดสงขลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=0.583$; 95% C.I.=0.553, 0.612) เช่นเดียวกับการศึกษาของชิตชัย ไชยไพรวัน (2560) พบว่า นักเรียนที่พบเห็นแบบอย่างการรังแกจากเพื่อนในระดับสูงมีโอกาสมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลเบอร์มากกว่านักเรียนที่พบเห็นแบบอย่างจากเพื่อนในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการที่นักเรียนได้พบเห็นพฤติกรรมรังแกผู้อื่นหรือการใช้ความรุนแรงจากเพื่อน เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรม การสร้างสถานการณ์ทางสังคมเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่ม ส่งผลให้นักเรียนเกิดพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลเบอร์ (พลอยพัชชา แก้ววิเศษ และคณะ, 2564)

2.2 รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต เป็นปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกโซเชียลเบอร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นนั้นมีปัจจัยมาจากครอบครัวที่ให้การอบรมเลี้ยงดูเด็กแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขตส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรังแกผู้อื่น

อย่างน้อยเพียงใด ซึ่งรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขตสามารถทำนายพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักรองลงมาคือ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ $-.248$ หมายความว่า นักเรียนที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์น้อย โดยผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขตมากที่สุด ($M = 26.97, SD = 3.93$) ซึ่งการอบรมเลี้ยงดูแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขตหรือการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย เป็นรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต บิดามารดาหรือผู้ปกครองสนับสนุนส่งเสริมให้เด็กมีความเป็นอิสระสามารถพึ่งพาตนเองได้ แต่ยังมีขอบเขตและการควบคุมการกระทำของเด็ก บิดามารดาหรือผู้ปกครองให้ความอบอุ่นต่อเด็กและเลี้ยงดูอย่างรักใคร่ แสดงความยินดีและสนับสนุนพฤติกรรมสร้างสรรค์ของเด็ก เปิดกว้างด้านการแสดงความคิดเห็นและการยอมรับ คาดหวังให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความอิสระพึ่งพาตนเองได้ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับวัย ส่งผลให้เด็กมีความฉลาดทางอารมณ์สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข หากนักเรียนได้รับการเลี้ยงดูแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต จะส่งผลให้มีพฤติกรรมข่มเหงผู้อื่นทางไซเบอร์น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของสวรยา เสาวภาพ และสุวรรณี พุทธิศรี (2563) พบว่า การอบรมเลี้ยงดูแบบใช้อำนาจควบคุมสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ถูกรังแกเป็น 3.03 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย แสดงให้เห็นว่า การได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตยหรือการดูแลแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต นักเรียนจะมีพฤติกรรมข่มเหงผู้อื่นน้อยกว่า

3. ประสพการณ์การถูกข่มเหงรังแกบนโลกไซเบอร์และแบบอย่างพฤติกรรมความรุนแรงจากสื่อออนไลน์ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ได้ เป็นไปได้ว่าประสพการณ์การถูกข่มเหงรังแกบนโลกไซเบอร์ อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม เพราะประสพการณ์ต่าง ๆ ในอดีต เป็นปัจจัยพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เป็นความพอใจของบุคคลซึ่งได้มาจากประสพการณ์ในการเรียนรู้ (education experience) อาจเป็นแรงจูงใจให้นักเรียนมีพฤติกรรมเลียนแบบหรืออาจจะยับยั้งพฤติกรรมนั้น ๆ ไม่แสดงออกซึ่งพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ การศึกษาของ อภิญา เยาวบุตร และคณะ (2558) ที่พบว่า การมีประสพการณ์การถูกข่มเหงรังแก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมข่มเหงรังแกผู้อื่น การที่เคยถูกรังแกจากผู้อื่นมาก่อนอาจทำให้มีความรู้สึกคับแค้นใจ และเรียนรู้วิธีการหรือพฤติกรรมจากการกระทำแล้วนำไปใช้กับผู้อื่นได้ สำหรับแบบอย่างพฤติกรรมความรุนแรงจากสื่อออนไลน์ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ได้ เป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีแบบอย่างพฤติกรรมความรุนแรงจากสื่อออนไลน์อยู่ในระดับน้อย ($M = 10.51, SD = 5.44$) ประกอบได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต อาจส่งผลให้การเข้าถึงสื่อออนไลน์ของนักเรียนมีข้อจำกัดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ชิดชัย ไชไพรวิน (2560) ที่พบว่า แบบอย่างจากสื่อออนไลน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรังแกผู้อื่นทางไซเบอร์ เป็นไปตามทฤษฎีปัญญาสังคมของ Bandura (1997) ที่อธิบายพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ โดยสื่อออนไลน์เป็นสื่อที่นักเรียนให้ความสนใจและมีการเข้าถึงได้ง่ายและมีความหลากหลาย ทำให้นักเรียนมีโอกาสได้รับอิทธิพลจากสื่อออนไลน์ค่อนข้างมาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล บุคลากรด้านสุขภาพ และครู สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันและแก้ไขพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเน้นให้กลุ่มเพื่อนที่นักเรียนใช้เวลา่วมด้วยเป็นส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมหรือโปรแกรมดังกล่าวด้วย

2. ด้านการศึกษา อาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเน้นให้นักเรียนหลีกเลี่ยงเพื่อนที่ใช้ความรุนแรงผ่านสื่อออนไลน์ และส่งเสริมผู้ปกครองให้มีการอบรมเลี้ยงดูบุตรแบบมีอิสระอย่างมีขอบเขต เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาโปรแกรมในการป้องกันพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเน้นนำเพื่อนสนิทหรือกลุ่มเพื่อนใช้เวลา่วมกันเป็นส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมหรือโปรแกรมดังกล่าวด้วย และเน้นส่งเสริมผู้ปกครองให้มีการอบรมเลี้ยงดูบุตรแบบอิสระอย่างมีขอบเขต เพื่อป้องกันพฤติกรรมรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์

เอกสารอ้างอิง

เกษตรชัย และหีม. (2556). *พฤติกรรมรังแกของนักเรียน*. คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

เกษตรชัย และหีม. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการรังแกของนักเรียนโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในจังหวัดสงขลา. *วารสารศรีนครินทร์วิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 6(12), 14-30.

เกษตรชัย และหีม, และอุทิศ สังข์รัตน์. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะทางจิต ปัจจัยการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว และปัจจัยอิทธิพลความรุนแรงกับพฤติกรรมการรังแกของนักเรียนโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในจังหวัดสงขลา. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 4(2), 65-82.

ชาญวิทย์ พรนภดล. (2561, 22 มีนาคม). *ป้องกันภัยใกล้ตัวลูกจาก Cyberbullying*. กรมสุขภาพจิต.

<https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27717>

ชิดชัย ไชไพโรวัน. (2560). *พฤติกรรมการรังแกผู้อื่นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร*. [สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2563). *ขนาดอิทธิพล การวิเคราะห์อำนาจ การคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้โปรแกรม G*Power*. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พลอยพัชชา แก้ววิเศษ, นันทรัตน์ มาตยาบุญ, ลาวัลย์ สมบูรณ์, และศลิษา โกดีย์. (2564). พฤติกรรมชมเริงแสบโลกโซเชียลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักเรียนมัธยมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(5), 239-253.
- วัฒนาวิ ศรีวัฒน์พงศ์, และพิมพ์กา ธานินพงศ์. (2558). สื่ออิเล็กทรอนิกส์และอินเทอร์เน็ตที่มีต่อพฤติกรรมการรังแกของนักเรียนในโรงเรียน เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารการสื่อสารและการจัดการ นิด้า*, 1(2), 128-144.
- วีรวิชญ์ เลิศรัตน์ธำรงกุล. (2564). การกลั่นแกล้งในพื้นที่โซเชียลของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น: ความชุก วิธีการจัดการปัญหา และพฤติกรรมเสี่ยง. *วารสารวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 11(1), 275-289.
- สวรรยา เสาวภาพ, และสุวรรณี พุทธิศรี. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูและพฤติกรรมการรังแกกันของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ณ โรงเรียนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 65(3), 263-278.
- สุภาวดี เจริญวานิช. (2560). การรังแกกันผ่านพื้นที่โซเชียล: ผลกระทบและการป้องกันในวัยรุ่น. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 25(4), 639-648.
- ศลักษณา กิตติพิศน์เศรษฐี. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดากับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับช่วงชั้นที่ 4 ในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานนทบุรี เขต 1*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อภิญา ยาบุตร, วิณา เทียงธรรม, อภาพร เผ่าวัฒนา, และสุธรรม นันทมงคลชัย. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการชมเริงแสบผู้อื่นในวัยรุ่นตอนต้น เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(2), 71-84.
- เอมวดี เกียรติศิริ. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรังแกทางโซเชียลในนักเรียนมัธยมต้น*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Baumrind, D. (1997). Child care practice anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75(1), 43-88.
- Ford, R., King, T., Priest, N., & Kavanagh, A. (2017). Bullying and mental health and suicidal behaviour among 14- to 15-year-olds in a representative sample of Australian children. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(9), 897-908. <https://doi.org/10.1177/0004867417700275>
- Green, L., & Kreuter, M. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Hesapcioglu, S. T., & Ercan, F. (2017). Traditional and cyberbullying co-occurrence and its relationship to psychiatric symptoms. *Pediatrics International*, 59(1), 16-22.

Mizuta, A., Okada, E., Nakamura, M., Yamaguchi, H., & Ojima, T. (2018). Association between the time perspective and type of involvement in bullying among adolescents: A cross-sectional study in Japan. *Japan Journal of Nursing Science*, 15(2), 156–166. <https://doi.org/10.1111/jjns.12182>

ผลของกิจกรรมรักษาอุโบสถศีลในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาต่อควมมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ

เรืองศรี ศรีสวนจิก, พย.ม.*

กิตติพงษ์ พลทิพย์, พร.ด.**

รักษ์สุดา ชูศรีทอง, พย.ม.*

สุภัทรา เชาวไวย, พย.ม.***

Received: December 10, 2023

Revised: February 12, 2024

Accepted: February 22, 2024

บทคัดย่อ

ควมมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุเป็นแนวคิดที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ทำหน้าที่สูงสุด การรักษาอุโบสถศีลในช่วงเทศกาลเข้าพรรษา เป็นกิจกรรมทางพระพุทธศาสนาที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ งานวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมการรักษาอุโบสถศีลในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาต่อควมมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในตำบลหนองบัว อำเภอบางบาล จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 80 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 40 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กิจกรรมการรักษาอุโบสถศีลในช่วงเทศกาลเข้าพรรษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินควมมีชีวิตชีวา ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แคปปา > 0.3 ทุกข้อ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีควมมีชีวิตชีวาหลังการทดลอง ($M = 17.30, SD = 2.31$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 16.78, SD = 2.37$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีควมมีชีวิตชีวา ($M = 17.30, SD = 2.31$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 16.35, SD = 3.11$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุก็ควรที่จะได้รับการส่งเสริมควมมีชีวิตชีวาในรูปแบบกิจกรรมอื่น ๆ ที่มีความหลากหลายและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: อุโบสถศีล ควมมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: kittiph@reru.ac.th

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

The Effect of Activities Taking Uposathasila during Buddhist Lent on Active Aging

Ruang Sri Srisuanjik, M.N.S.*

Kittiphong Phontip, Ph.D.**

Ruksuda Choosrithong, M.N.S.*

Supatra Chaowai, M.N.S.***

Abstract

Active aging is a concept that promotes the health of older adults to enable them to function at their peak. Participating in Uposathasila during Buddhist Lent, a Buddhist activity aimed at promoting health among older adults, serves as a potential strategy. This quasi-experimental research, utilizing a two-group pretest-posttest design, aimed to examine the effect of taking Uposathasila on active aging. Eighty older adult participants in Nongbua subdistrict, Atsamart district, Roi Et province, were divided into two groups: 40 older adults in the experimental group and 40 in the control group. An active aging assessment form, with Kappa coefficients > 0.3 for all items, was employed to collect data on active aging in older adults.

Results indicated that older adult participants in the experimental group showed a higher active aging score after participating in the program ($M = 17.30, SD = 2.31$) compared to pre-experiment ($M = 16.78, SD = 2.37$), though this difference was not statistically significant ($p > .05$). When compared with the control group ($M = 16.35, SD = 3.11$), older adults in the experimental group did not exhibit a statistically significant increase in active aging ($M = 17.30, SD = 2.31$) ($p > .05$). Nonetheless, efforts should be made to encourage aging individuals to participate in diverse and continuous activities to promote active aging.

Keywords; Uposathasila, Active aging, Aging

* Lecturer, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

** Lecturer, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University; Corresponding Author E-mail: kittiph@reru.ac.th

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Northeastern University

บทนำ

สถานการณ์การสูงวัยของประชากรโลกมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คิดเป็นร้อยละ 13.7 ของประชากรทั้งหมด และมีผู้สูงอายุวัยปลาย คือกลุ่มผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 2 ของประชากรทั้งหมด โดยทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว ในขณะที่ทวีปเอเชีย มีอัตราผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.4 ของประชากรทั้งหมด โดยประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงที่สุดของโลก มีอัตราผู้สูงอายุ ร้อยละ 34.6 จัดเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด เมื่อพิจารณาในภูมิภาคอาเซียนพบว่า อาเซียนเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งหมด และผู้สูงอายุวัยปลาย จำนวน 8.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 1.3 ประเทศไทยเป็น 1 ใน 7 ประเทศอาเซียนที่เป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว มีจำนวนผู้สูงอายุ 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเทศไทยได้มีแนวทาง มาตรการ นโยบาย รวมไปถึงการสนับสนุนในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อจัดการดูแล และพัฒนาผู้สูงอายุที่ครอบคลุม และบูรณาการจากหลายหน่วยงาน เพื่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ (ประราลี โสภาสนันท์, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า “ความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ” หรือ “ภาวะพดพดพลัง” (active aging) คือ การมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยคงไว้ซึ่งสุขภาพทางกาย อารมณ์ สังคม ที่มีอยู่ให้ทำหน้าที่ได้อย่างสูงสุด เพื่อให้เกิดการพึ่งพาตนเองมากที่สุด โดยอยู่อย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรีตลอดอายุจนกระทั่งเสียชีวิต (Harrison, 2006 อ้างถึงใน ประราลี โสภาสนันท์, 2559; พินิจ พ้าอำนวยผล, 2563) การส่งเสริมความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุ จะเป็นการนำศักยภาพของผู้สูงอายุมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี จากการศึกษาของ ยมนา ชนะนิล และคณะ (2563) ที่ศึกษาภาวะพดพดพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงบริบทประเพณีวัฒนธรรมทางสังคมมีส่วนช่วยส่งเสริมสนับสนุนภาวะพดพดพลังผู้สูงอายุในบริบทสังคมและวัฒนธรรมอีสาน และจากการศึกษาของพระนัฐวุฒิ สิริจันโท/ศรีจันทร์ และคณะ (2565) ที่ทำการศึกษากการสร้างอัตลักษณ์พุทธรวิถีเพื่อสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าการนำรูปแบบที่แสดงถึงอัตลักษณ์ทางพระพุทธศาสนาที่ส่งผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพทางจิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้พระมหาอภิสิทธิ์ วิริโย (จอदनอก) และคณะ (2563) ยังได้ทำการศึกษาคความผาสุกทางจิตวิญญาณผ่านกระบวนการบุญกิริยาวัตตของผู้สูงอายุที่มาถือศีลอุโบสถในวัดของพระพุทธศาสนาจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณผ่านกระบวนการบุญกิริยาวัตตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอยู่ในระดับมาก จะเห็นได้ว่าบริบททางวัฒนธรรมประเพณีทางสังคมโดยเฉพาะกิจกรรมทางพระพุทธศาสนาที่เป็นพื้นฐานของบริบทของสังคมนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุอย่างยิ่ง

การรักษาอุโบสถศีลเป็นกิจกรรมทางพระพุทธศาสนาที่สำคัญอย่างหนึ่งที่พึงปฏิบัติกันอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในตลอดห้วงเทศกาลเข้าพรรษา ระยะเวลา 3 เดือน ที่พุทธศาสนิกชนให้ความสำคัญในการรักษาอุโบสถศีลในวันธรรมสวนะ โดยมีกิจกรรมทำบุญตักบาตร รักษาอุโบสถศีล ไหว้พระสวดมนต์ เจริญสติภาวนา

และฟังพระธรรมเทศนา ที่ยึดถือปฏิบัติกันมา ในส่วนของการรักษาอุโบสถศีลของวัดบูรพา บ้านหนองบัว ตำบลหนองบัว อำเภอบางบาล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ปฏิบัติสืบทอดกันมาอย่างต่อเนื่องและมีประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมกันอย่างมากมาย เฉลี่ยครั้งละประมาณ 35-40 คน นอกจากนี้ยังได้รวมกลุ่มเป็นชมรมผู้ปฏิบัติธรรม วัดบูรพา เพื่อจัดสรรงบประมาณสำหรับสวัสดิการสังคมให้กับสมาชิกชมรมในกรณีเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต และจากการศึกษาของยมนา ชนะนิล และคณะ (2563) และพระนัฐวุฒิ สิริจันท/ศรีจันทร์ และคณะ (2565) ที่มีการพัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ และเสนอแนะในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมความมีชีวิตชีวา โดยคำนึงถึงบริบทวัฒนธรรมประเพณีของพื้นที่นั้น ๆ โดยพื้นที่วิจัยเป็นชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีลักษณะเป็นสังคมผู้สูงอายุ นับถือพระพุทธศาสนา มีวัดบูรพาเป็นศาสนสถานหลัก และในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาเป็นห้วงเทศกาลงานบุญตลอดระยะเวลา 3 เดือนและเป็นห้วงฤดูกาลทำนา ช่วงของการบำรุงรักษาต้นกล้าให้เจริญเติบโต ประชาชนในพื้นที่จึงมีการจัดกิจกรรมทางพระพุทธศาสนาอย่างต่อเนื่อง ในช่วงเทศกาลเข้าพรรษา ซึ่งผู้วิจัยได้ตระหนักถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการรักษาอุโบสถศีลในช่วงเทศกาลเข้าพรรษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการส่งเสริมความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้จึงสนใจศึกษา ผลของกิจกรรมการรักษาอุโบสถศีลในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาต่อความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการส่งเสริมความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุเฉพาะบริบทของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมการรักษาอุโบสถศีลในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาต่อความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ

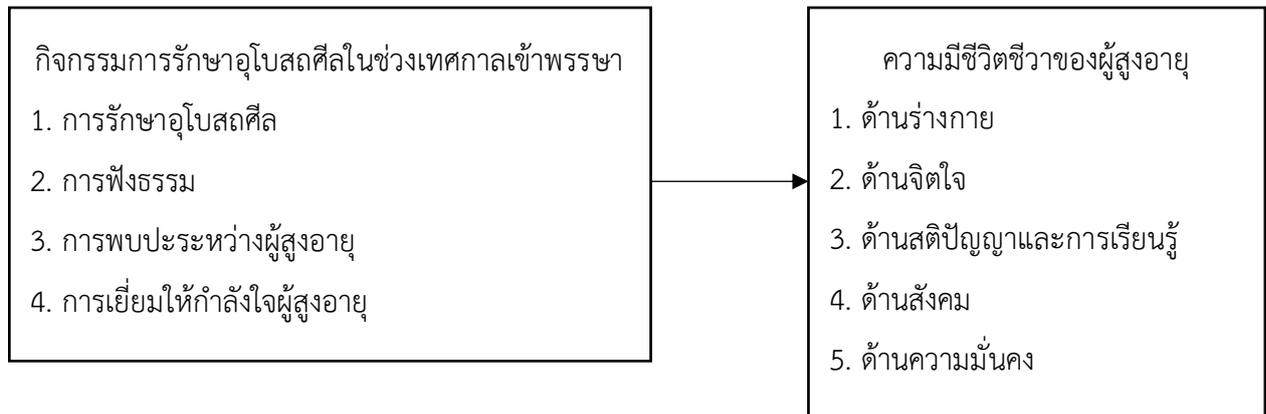
กรอบแนวคิดการวิจัย

“ความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ” หรือ “ภาวะพลุดพลัง” (active aging) เป็นกระบวนการสร้างโอกาสที่เหมาะสมด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงด้านต่างๆในสังคม (World Health Organization [WHO], 2002 อ้างถึงใน พินิจ ฟ้าอำนวยผล, 2563) โดยคงไว้ซึ่งสุขภาพทางกาย อารมณ์ สังคม ที่มีอยู่ให้ทำหน้าที่ได้อย่างสูงสุด เพื่อให้เกิดการพึ่งพาตนเองมากที่สุด โดยอยู่อย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรีตลอดอายุจนกระทั่งเสียชีวิต เตชาซัช สายเมธางกูร และจรัส ลีกา (2565) ได้เสนอแนวทางการพัฒนาพลุดพลังด้วยหลักธรรมาภาพ ประกอบด้วย การพัฒนาพลุดพลังด้วยปราโมทย์ คือ การฝึกใจให้ร่าเริง ปีติ คือ พลังที่เกิดจากความเมตตา ปัสสัทธิ คือ การฝึกตนให้สงบร่มเย็น สุข คือ พลังจากการไปช่วยเหลือผู้อื่น และสมาธิ คือ จิตที่ตั้งมั่น ซึ่งการรักษาอุโบสถศีลในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาเป็นกิจกรรมทางพระพุทธศาสนาที่ผู้สูงอายุได้กำหนดสมาทานอุโบสถศีล ฟังธรรม ปฏิบัติธรรม ณ วัดที่กำหนด ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโครงการรักษาอุโบสถศีลในช่วง

เทศกาลเข้าพรรษาเพื่อส่งเสริมความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การรักษาอุโบสถศีล 2) การฟังธรรม 3) การพบปะระหว่างผู้สูงอายุ 4) การเยี่ยมให้กำลังใจผู้สูงอายุ ดังกรอบแนวคิดการวิจัย (ภาพ 1) ดังนี้

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) รูปแบบ non-randomized control-group pretest posttest design โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และมีการวัดผลก่อนและหลังทั้งสองกลุ่ม ทั้งนี้ในสนามวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างที่แบ่งกลุ่มโดยธรรมชาติอยู่แล้ว เก็บข้อมูล ระหว่างเดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในตำบลหนองบัว อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 855 คน
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในตำบลหนองบัว อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 80 คน ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power Analysis (Faul et al., 2007) ใช้ test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก difference between two independent means (two group) กำหนดค่าอิทธิพลจากงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุในชุมชนเขตชนบท (นงลักษณ์ บุญเปีย และนิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์, 2564) อ้างอิง ได้ค่า effect size = 2.58 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) = 0.05 และค่า power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 10 คน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไป จึงได้การกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยการคำนึงถึงจำนวนผู้สูงอายุที่มีรักษาอุโบสถศีลในช่วงเข้าพรรษา เฉลี่ยครั้งละประมาณ 35-40 คน โดยจำแนกออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มารักษาอุโบสถศีล ในวันธรรมสวนะช่วง เทศกาลเข้าพรรษา ที่วัดบูรพา บ้านหนองบัว อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด 3) สื่อสารภาษาไทย และ อ่านออกเขียนได้

เกณฑ์คัดออก คือ 1) มีการเจ็บป่วยรุนแรงหรือพิการ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการรักษา อุโบสถศีลได้อย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบกิจกรรมการรักษาอุโบสถศีลในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาของวัดบูรพา บ้านหนองบัว ตำบลหนองบัว อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ออกแบบโดยผู้วิจัยร่วมกับพระครูปริยัติสุทธิคุณ ประกอบด้วย

1.1 ในวันธรรมสวนะ ช่วงเทศกาลเข้าพรรษา จะมีการรักษาอุโบสถศีล การฟังธรรม บรรยายโดยพระสงฆ์ การพบปะพูดคุยของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุจะเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลา 16.30 - 05.30 น. ในวันธรรมสวนะตลอดช่วงเข้าพรรษา จำนวน 12 ครั้ง

1.2 การออกเยี่ยม ให้กำลังใจสมาชิกชมรมผู้ปฏิบัติธรรมวัดบูรพาที่บ้าน ร่วมกับพระครู ปริยัติสุทธิคุณ ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมที่มีภาวะเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถมารักษาอุโบสถศีลที่วัดบูรพาได้

โดยรูปแบบที่สร้างขึ้น ได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการ พยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านพระพุทธศาสนา จำนวน 1 ท่าน เพื่อพิจารณารูปแบบ กิจกรรมการรักษาอุโบสถศีล ได้ค่า IOC เท่ากับ 1

2. แบบประเมินความมีชีวิตชีวา (active aging assessment tool) ที่พัฒนาโดยพินิจ ฟ้าอำนวยผล (2563) จำนวน 25 ข้อ แบ่งออกเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ ด้าน สังคม และด้านความมั่นคง ซึ่งผู้พัฒนาได้ผ่านกระบวนการทดสอบเครื่องมือและทดลองใช้ในพื้นที่ 8 จังหวัด ทุกภูมิภาคของประเทศ พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์เคปปา (Kappa) > 0.3 ทุกข้อ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ ภายหลังจากที่ได้มีการ ชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การทำวิจัย ประโยชน์จากการทำวิจัย ขั้นตอนและวิธีการเก็บ รวบรวมข้อมูลโดยละเอียด พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย ครั้งนี้ รวมทั้งมีการขออนุญาตบันทึกคำยินยอมเมื่อผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย โดยที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถ ถอนตัวหรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใด ๆ ของการวิจัยก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่ส่งผล ใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล มีการรักษาความลับให้กับผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งทำลายข้อมูลเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี และผู้วิจัยยังได้ยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ 065/2566 ลงวันที่ 2 พฤษภาคม 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความมีชีวิตชีวา (active aging assessment tool) ครั้งที่ 1 กับกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง
2. กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมรักษาอุโบสถศีลในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาตามที่ออกแบบไว้ เป็นระยะเวลา 3 เดือน
3. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความมีชีวิตชีวา (active aging assessment tool) ครั้งที่ 2 กับกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
 2. ใช้สถิติ independent sample t-test ในการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบระดับความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมรักษาอุโบสถศีลและกลุ่มไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม
 3. ใช้สถิติ dependent sample t-test ในการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบระดับความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมรักษาอุโบสถศีล
- ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ด้วยการ test of normality (Shapiro-Wilk) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป พบว่าข้อมูลมีการกระจายตามโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย จำนวน 80 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 69.93 ปี มีระดับความมีชีวิตชีวา ดังตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับความมีชีวิตชีวาในระดับมาก จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 90 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับความมีชีวิตชีวาในระดับมากเช่นกัน จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 72.50

ตารางที่ 1

ระดับความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความมีชีวิตชีวา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน (n= 40)	ร้อยละ	จำนวน (n= 40)	ร้อยละ
ระดับค่อนข้างน้อย (ระดับ 2; 6-10 คะแนน)	2	5.00	3	7.50
ระดับค่อนข้างมาก (ระดับ 3; 11-15 คะแนน)	2	5.00	8	20.00
ระดับมาก (ระดับ 4; 16-20 คะแนน)	36	90.00	29	72.50
ค่าเฉลี่ย		17.30		16.35
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		2.31		3.11

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุก่อนการทดลอง ระหว่างทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่าการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีความมีชีวิตชีวา ($M = 16.78$, $SD = 2.37$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 16.38$, $SD = 2.89$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงถึงค่าเฉลี่ยความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความมีชีวิตชีวา	M	SD	t	df	sig
กลุ่มทดลอง	16.78	2.37	1.336	78	0.186
กลุ่มเปรียบเทียบ	16.38	2.89			

$p < .05$

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมรักษาอุโบสถศีล ดังตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง มีความมีชีวิตชีวาหลังการทดลอง ($M = 17.30$, $SD = 2.31$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 16.78$, $SD = 2.37$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมรักษาอุโบสถศีล

ความมีชีวิตชีวา	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>sig</i>
ก่อนทดลอง	16.78	2.37	0.931	39	0.358
หลังทดลอง	17.30	2.31			

$p < .05$

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมรักษาอุโบสถศีลและกลุ่มไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ดังตารางที่ 4 จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีความมีชีวิตชีวา ($M = 17.30$, $SD = 2.31$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 16.35$, $SD = 3.11$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความมีชีวิตชีวา	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>sig</i>
กลุ่มทดลอง	17.30	2.31	1.551	78	0.125
กลุ่มเปรียบเทียบ	16.35	3.11			

$p < .05$

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.25 มีระดับความมีชีวิตชีวาในระดับมาก เนื่องจากชุมชนพื้นที่วิจัยเป็นชุมชนที่มีกิจกรรมในการส่งเสริมความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุที่ต่อเนื่องและหลากหลาย โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลเข้าพรรษา เป็นระยะเวลาที่มีกิจกรรมทางด้านประเพณีทางพระพุทธศาสนาที่จัดขึ้นต่อเนื่อง ตั้งแต่งานบุญเข้าพรรษา การทำบุญตักบาตร การรักษาอุโบสถศีล งานบุญข้าวประดับดิน บุญข้าวสาก บุญทอดเทียนโฮม บุญออกพรรษา และมีกิจกรรมอบรมให้ความรู้โดยหน่วยงานต่างๆ อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของยมนา ชนะนิล และคณะ (2563) ระบุว่าความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า มิติด้านการสร้างความรักความผูกพันในครอบครัว เพื่อมีผู้ดูแลยามชรา มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านการพึ่งพาตัวเองได้ ด้านการเจริญปัญญา ด้านการมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ด้านการร่วมกิจกรรมและทำประโยชน์ให้สังคม ด้านการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และด้านการสร้างความมั่นคงด้านการเงิน ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นถึงบริบทประเพณีวัฒนธรรมทาง

สังคมที่มีส่วนช่วยส่งเสริมสนับสนุนภาวะพหุพลังผู้สูงอายุในบริบทสังคมและวัฒนธรรมอีสาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ นำพร อินสิน และคณะ (2564) ระบุว่า ผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร มีการรับรู้ความมีชีวิตชีวาในภาพรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทั้งในด้านการสุขภาพดี ด้านการดำเนินชีวิตอย่างมีส่วนร่วม และด้านหลักประกันและความมั่นคงอยู่ในระดับสูง

ทั้งนี้เมื่อผู้วิจัยได้วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมรักษาโรคหลอดเลือด พบว่าผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง มีความมีชีวิตชีวาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีความมีชีวิตชีวาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากในช่วงเทศกาลเข้าพรรษา ชุมชนได้มีกิจกรรมส่งเสริมความมีชีวิตชีวาที่หลากหลายและต่อเนื่อง โดยผู้สูงอายุสามารถที่จะเลือกเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามสมัครใจ และเลือกกิจกรรมที่ตนเองสนใจที่จะเข้าร่วม จึงทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีระดับความมีชีวิตชีวาในระดับสูงและมีความไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปกรอง พงษ์พัฒน์พิสิฐ และคณะ (2565) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่อพหุพลังของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม 8 สัปดาห์ โดยค่าเฉลี่ยของระดับพหุพลังในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยของระดับพหุพลังในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อย่างไรก็ตามการจัดการจัดกิจกรรมส่งเสริมความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุ ยังมีความจำเป็นต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พยาบาลชุมชนควรตระหนักถึงการจัดกิจกรรมที่หลากหลายและต่อเนื่อง เพราะให้ผู้สูงอายุได้เลือกตามความสมัครใจ และคำนึงถึงบริบทประเพณีวัฒนธรรมเฉพาะท้องถิ่นนั้น ๆ

ข้อเสนอแนะในการนำการวิจัยไปใช้

พยาบาลชุมชนควรจัดกิจกรรมหรือส่งเสริมการจัดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมความมีชีวิตชีวาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ ด้านสังคม และด้านความมั่นคง ที่หลากหลายและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้เลือกเข้าร่วมกิจกรรมที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้ควรคำนึงถึงบริบทของผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อเลือกสรรรูปแบบในการจัดกิจกรรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยความสัมพันธ์ที่ส่งเสริมความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและการถอดบทเรียนกับกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ามาทำกิจกรรมการรักษาศิลปะเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความมีชีวิตชีวาต่อไป
2. ศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความมีชีวิตชีวาโดยมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณพระครูปริยัติสุทธิคุณ เจ้าคณะตำบลหนองบัว อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่อนุเคราะห์การออกแบบกิจกรรมการทดลอง และสนับสนุนพื้นที่การวิจัย งานวิจัยสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

เดชาซัช สายเมธางกูร, และจรัส ลีกา. (2565). การพัฒนาพลพลังด้วยหลักธรรมานุภาพ. *วารสาร*

บัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์, 9(2), 64-75.

นงลักษณ์ บุญเปีย, และนิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุในชุมชนเขตชนบท. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 35(1), 123-140.*

นำพร อินสิน, กาญจนา วงษ์สวัสดิ์, สาวิตรี วงคะฮาด, ยิ่งยง เสนากัง, ช่อผกา เหวียนวัน, และธงชัย ทาต้อง.

(2564). ภาวะพลพลังของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 14(3), 94-103.*

ปกครอง พงษ์พัฒนพิสิฐ, รักชนก คชไกร, และเวหา เกษมสุข. (2565). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่อพลพลังของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก, 23(3), 266-274.*

ประลาตี โอภาสนันท์. (2559). *การพยาบาลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา.

พระนัฐวุฒิ สิริจิตฺโต/ศรีจันทร์, พระครูปลัดสมหมาย อดตสิทฺโธ, และพระครูสุตวรธรรมกิจ. (2565).

การสร้างอัตลักษณ์พุทธรูปเพื่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด. *Journal of Buddhist Education and Research, 8(2), 46-60.*

พระมหาอภิสิทธิ์ วิริโย (จอคนอก), ธนันต์ชัย พัฒนะสิงห์, พระสุวิจักขณ์ โชติวโร, พระมหาสมพร อนาลโย,

และพระมหาเชษฐา ฐานจาโร. (2563). ความผาสุกทางจิตวิญญาณผ่านกระบวนการบุญกิริยาวัตถุ

ของผู้สูงอายุที่มาถือศีลอุโบสถในวัดของพระพุทธศาสนาจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์, 5(2), 549-565.*

พินิจ ฟ้าอำนาจผล. (2563). รายงานการวิจัยโครงการพัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะ *active ageing* สำหรับผู้สูงอายุไทย. มุลินิทัศน์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ.

มุลินิทัศน์สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยมนา ชนะนิล, พรชัย จุลเมตต์, และนัยนา พิพัฒน์วิณิชชา. (2563). ภาวะพลพลังของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(2), 83-92.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>

การศึกษาความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาของหญิงในระยะคลอด

ชัชฎาพร จันทรสุข, พย.ม.*

พริยา ทิวทอง, พย.ม.**

ศิตรา มยุขโชติ, วท.ม.**

จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, Ph.D.***

Received: December 15, 2023

Revised: February 19, 2024

Accepted: February 23, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาของหญิงในระยะคลอดและเพื่อเปรียบเทียบความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาของหญิงในระยะคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงในระยะคลอดจำนวน 146 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัยซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตร และแบบสำรวจความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา ค่าความเชื่อมั่น 0.73 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติไคแอสแควร์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-45 ปี (อายุเฉลี่ย 26.99, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.94) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 60.2) เป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 41.1) แต่งงาน (ร้อยละ 96.6) กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์หลังมากที่สุด (ร้อยละ 61.0) ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 84.9) คลอดทางช่องคลอด (ร้อยละ 84.9) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.7 ระบุว่าต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา ในกลุ่มที่ระบุว่าต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดนั้น วิธีการนวดหลังเป็นวิธีที่ต้องการมากที่สุด (ร้อยละ 64.4) รองลงมาคือ ฟังเพลง (ร้อยละ 61.0) เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ และชนิดของการคลอด พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะ พยาบาลวิชาชีพควรจัดทำแนวปฏิบัติในการใช้วิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดที่มีวิธีการที่หลากหลายและให้หญิงในระยะคลอดสามารถเลือกใช้ได้ตามความต้องการและตามความเหมาะสม

คำสำคัญ: เจ็บครรภ์คลอด การบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอด หญิงในระยะคลอด

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรื คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรื จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail:

howharn@gmail.com

A Study of Needs for Nonpharmacological Pain Relieved among Women in Labor

Chutchadaporn Jantarasuk, M.N.S.*

Piriya Thiothong, M.N.S.**

Sitara Mayukhachot, M.S.**

Chularat Howharn, Ph.D.***

Abstract

This descriptive study aimed to explore the needs for nonpharmacological pain relief and compare the proportions of these needs among women in labor. A total of 146 participants were recruited and enrolled through purposive sampling. Research instruments included a characteristics survey, a delivery fear scale, and a questionnaire assessing the needs for nonpharmacological pain relief, with a Cronbach alpha coefficient of 0.73. Descriptive statistics and chi-square were employed to analyze the data.

Findings revealed that the majority of the participants were aged between 15 and 45 years old ($M = 26.99$, $SD = 5.94$), had completed high school (60.2%), were housewives (41.1%), and were married (96.6%). Concerning labor experience, participants were predominantly multigravidarum (61.0%), received antenatal care at a government hospital (84.9%), and had a vaginal delivery (84.9%). A significant proportion (89.7%) of participants expressed a need for nonpharmacological pain relief, with back massage being the most preferred (64.4%), followed by listening to music (61.0%). When comparing proportions of nonpharmacological pain relief needs, including age, marital status, educational level, income, number of pregnancies, complications during pregnancy, and type of delivery, no statistically significant differences were observed. Recommendation: Nurses should develop and provide guidelines for using methods to relieve labor pain that encompass a variety of options, allowing women in labor to choose according to their individual needs and preferences.

Keywords: Labor pain, Labor pain relive, Women in labor

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

**Faculty of Nursing, Western University Buriram Campus

*** Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; Corresponding Author

E-mail: howharn@gmail.com

บทนำ

การคลอดบุตรถือว่าเป็นภาวะหนึ่งที่คุณทั่วไปรับรู้ว่าจะก่อให้เกิดความเจ็บปวดมากที่สุด และเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดผู้หญิงส่วนใหญ่เกิดความกลัว ส่งผลให้ผู้ผ่านการคลอดเกิดประสบการณ์ทางลบได้ ความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นความรู้สึกไม่สบายหรือทุกข์ทรมานที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทางร่างกายทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตราย หรือเกิดจากจิตใจได้รับความคุกคามและมีปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อป้องกันอันตรายของสิ่งมีชีวิต การเจ็บครรภ์คลอดเป็นกลไกการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยผู้คลอดรับรู้ความเจ็บปวดผ่านทางไขสันหลัง ทำให้ผู้คลอดเกิดการรับรู้ความปวด และหากผู้คลอดสนใจต่อความปวด จะเกิดการรับรู้ความปวดมากขึ้น โดยมีปัจจัยที่ส่งผลได้แก่ ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก ความกลัว ความวิตกกังวล ประสบการณ์ความปวดที่เคยผ่านมา (Simkin & Kelin, 2007) ความกลัวการคลอดบุตรเป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึกไม่สบายใจของสตรีมีครรภ์ที่มีความเกี่ยวข้องและมีความเฉพาะเจาะจงกับการคลอด (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2556) ความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ อาจทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งพบเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนดและส่งผลกระทบไปถึงระยะคลอด สตรีที่มีความกลัวการคลอดบุตรระดับรุนแรงในระยะตั้งครรภ์ จะมีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดที่สูงมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ส่งผลต่อการใช้สูติศาสตร์หัตถการคือการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินเพิ่มสูงขึ้น (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2556; Elisabet et al., 2016)

ดังนั้นพยาบาลต้องให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์ได้อย่างเหมาะสม โดยบทบาทอิสระของพยาบาลคือการจัดการกับอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งสามารถแบ่งตามวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาตามกลไกการบรรเทาความเจ็บปวดได้ 3 ประการ คือ การใช้วิธีลดตัวกระตุ้นความเจ็บปวด (techniques reducing painful stimuli) ประกอบด้วย (1) การเคลื่อนไหวและการปรับเปลี่ยนท่า เช่น การจัดท่ามณีเวช การใช้แรงกดต้าน การลดแรงกดต่อท้องขณะมดลูกหดตัว (2) การกระตุ้นตัวรับสัญญาณที่ปลายประสาทส่วนปลาย (techniques activate peripheral sensory receptors) เช่น การประคบร้อนและประคบเย็น การบำบัดโดยใช้น้ำ การสัมผัสและการนวด การลูบหน้าท้อง การนวด การกระตุ้นด้วยเครื่องใช้ไฟฟ้า การฝังเข็มและการกดจุด และ (3) การใช้วิธีการส่งเสริมการยับยั้งการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดจากไขสันหลัง (techniques enhancing descending inhibitory pathway) เช่น การใช้ดนตรี การเพ่งจุดสนใจ การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้กลิ่นหอมระเหยบำบัด และเทคนิคการหายใจ (สุชาร์ตน์ ชูรส, 2561) จากการศึกษาในหญิงระยะคลอดที่ประเทศตุรกีพบว่าวิธีการที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดที่ใช้มากที่สุดได้แก่ การเคลื่อนไหว ร้องตะโกน อาบน้ำ นวดหลัง การหายใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย และประคบอุ่น ตามลำดับ (Ozcan et al., 2022) ผลการศึกษานี้คล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศกานา ที่พบว่าวิธีการที่หญิงในระยะคลอดใช้เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดมากที่สุด คือ ร้องตะโกน เดิน ร้องให้ พยายามทำให้ผ่อนคลาย บีบนิ้วมือตนเอง หายใจ อาบน้ำอุ่น และนอนตะแคงตามลำดับ (Konlan et al, 2021)

ผลจากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าหญิงในระยะเจ็บครรภ์คลอดที่เลือกใช้ดนตรีเพื่อช่วยลดการเจ็บครรภ์คลอด จะเลือกเพลงด้วยตนเองตามความชอบ และเลือกฟังเพลงด้วยหูฟัง ซึ่งเกิดผลดีต่อการเพิ่มความสามารถ

ต่อการทบทวน ช่วยสนับสนุนทางด้านจิตสังคมทำให้หญิงในระยะคลอดใช้วิธีการหายใจเพื่อช่วยลดปวดได้ดีมากขึ้น (Simkin & Kelen, 2007) มีการศึกษาพบว่าการฟังเพลงในช่วงของการเจ็บครรภ์คลอดทำให้ลดอาการเจ็บครรภ์คลอดลงได้ (Gautam et al., 2023) นอกจากนี้มีการศึกษาถึงผลของการฟังบทสวดซึ่งพบว่า การฟังบทสวดทางศาสนามีผลต่อการลดการเจ็บครรภ์คลอด ความวิตกกังวล และเพิ่มความสุขสบายในหญิงมุสลิมที่อยู่ในระยะคลอด (Kocak et al., 2022) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยเพื่อเปรียบเทียบการใช้ดนตรีพื้นเมืองกับดนตรีคลาสสิกต่อการลดความเจ็บปวดในมารดาในระยะเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งพบว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดดนตรีคลาสสิก ค่าคะแนนความเฉื่อยความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการจัดดนตรี และกลุ่มที่ได้รับการจัดดนตรีพื้นเมือง (สมพร กุศลเลิศจริยา, 2540) ในระยะต่อมามีการศึกษาถึงผลการใช้ดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรก ซึ่งพบว่ากลุ่มที่ได้ฟังดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพมีค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะปากมดลูกเปลี่ยนผ่านน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะปากมดลูกเปลี่ยนผ่านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นันทิตา วัตย์ม และคณะ, 2557) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมเพื่อศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดขณะรอการผ่าตัดของกลุ่มทดลองซึ่งได้ฟังดนตรีบำบัดขณะอยู่ที่ห้องรอผ่าตัดนานเวลา 15 นาที แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รัตนา เพิ่มเพ็ชร และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, 2559)

เพื่อให้หญิงในระยะคลอดมีความปลอดภัยจากการคลอด เกิดประสบการณ์ทางบวกในการคลอด โรงพยาบาลได้วางแผนจะจัดวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดเพิ่มเติมโดยนำผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเป็นแนวทางในการจัดบริการ เพื่อให้มีวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดไว้หลากหลายวิธีตามความสะดวกของโรงพยาบาล แต่อย่างไรเพื่อให้การบริการมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ การศึกษาถึงความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดในหญิงระยะคลอด จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการบริหารจัดการกับการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากยาที่ใช้ในการลดการเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นยาที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มของยาที่มีความเสี่ยงสูง (พัชรยานิวัฒน์ภูมิพันธ์, 2563) การบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาจึงเป็นวิธีที่โรงพยาบาลมีให้บริการและวางแผนจะให้บริการ ดังนั้นในการศึกษาในครั้งนี้จึงทำการศึกษาเฉพาะวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา ทั้งนี้ ผลจากการวิจัยจะได้มาซึ่งข้อมูลความต้องการจากผู้รับบริการซึ่งเป็นหญิงในระยะคลอดที่โรงพยาบาลสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการเพิ่มทางเลือกต่อการใช้วิธีการที่ไม่ใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอด กรณีหญิงในระยะคลอดเลือกวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดที่ไม่ใช้ยาจะทำให้ลดอาการเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ส่งผลต่อการลดการใช้สูติศาสตร์หัตถการที่ไม่จำเป็น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลลดลงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาของหญิงในระยะคลอด

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาของหญิงในระยะคลอดที่มีอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ และชนิดของการคลอดที่แตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยมีรายละเอียดการดำเนินการศึกษาดังต่อไปนี้ เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนมกราคม-มิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ หญิงที่มาคลอดที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงในระยะรอคลอด ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่

1. อายุมากกว่า 20 ปี
2. ตั้งครรภ์ครบกำหนด มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป
3. สามารถสื่อสารภาษาไทย อ่านออกเขียนได้

เกณฑ์คัดออก

1. ผู้คลอดที่มีการคลอดเกิดขึ้นก่อนมาถึงโรงพยาบาล (birth before admit)
2. มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์
3. ไม่ได้เข้ารับการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power Test family คือ χ^2 statistical test คือ goodness-of-fit-test: contingency tables กำหนดอำนาจการทดสอบที่ .08 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ไว้ที่ระดับกลาง $df=4$ [(r-1)(c-1)=(3-1)(3-1)=4] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 108 ราย เพิ่มอีกร้อยละ 20 เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 146 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ การศึกษา อาชีพ และสถานภาพสมรส
- 1.2 แบบสอบถามข้อมูลด้านการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

สถานที่ฝากครรภ์ และวิธีการคลอด

1.3 แบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตร Delivery Fear Scale [DFS] ฉบับภาษาไทย ซึ่งได้รับอนุญาตและแปลเป็นภาษาไทยโดย นันทพร แสนศิริพันธ์ (2556) และได้ทำการแปลกลับ (back translated) และตรวจสอบความถูกต้องของภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา (Thai-English expert) เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามในด้านลบจำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นตัวเลขตั้งแต่ 1-10 โดยให้ระบุความคิดเห็นของตนเองเป็นตัวเลข 1 คือไม่เห็นด้วยที่สุด และ 10 คือเห็นด้วยที่สุด ผลรวมคะแนนมีค่าตั้งแต่ 10-100 คะแนน คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 70 คะแนน หมายถึงมีความกลัวการคลอดบุตรระดับรุนแรง แบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตรในระยะคลอด ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องด้านโครงสร้างความสอดคล้องภายใน มีความน่าเชื่อถือสูง และจากการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.88 แบบสอบถาม DFS ฉบับภาษาไทยได้รับการตรวจสอบความถูกต้องด้านโครงสร้าง ความสอดคล้องภายใน มีความน่าเชื่อถือสูง และจากการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.88 มีการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงในระยะคลอดจำนวน 30 ราย ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .73

1.4 แบบสอบถามความต้องการด้านวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดที่ไม่ใช่ยา เป็นการสอบถามความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดที่ไม่ใช่ยาในช่วงรอคลอด ซึ่งพัฒนาเครื่องมือโดยการสำรวจวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดที่มีให้บริการที่โรงพยาบาล และการสัมภาษณ์จากผู้เกี่ยวข้องในวางแผนวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดเพิ่มเติมให้แก่หญิงในระยะคลอดด้วยวิธีใดแบบสอบถาม ประกอบไปด้วยวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ 9 ข้อ ดังนี้ นวดหลัง ประคบ แช่น้ำอุ่น ทำสมาธิ อ่านหนังสือ ฟังเพลง การหายใจ และ ไม่ต้องการวิธีใดเลย โดยเป็นชนิดเลือกตอบ 2 ข้อ ได้แก่ 1) ต้องการ 2) ไม่ต้องการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้หนังสือรับรองเลขที่ 05-04-65 ลงวันที่ 7 กันยายน 2565 นอกจากนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน ได้แก่ 1) หลักผลประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย 2) หลักการเคารพความเป็นบุคคล และ 3) หลักความยุติธรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ส่งโครงร่างเพื่อพิจารณาในคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล โดยดำเนินการติดประกาศเชิญชวนอาสาสมัครการวิจัย เมื่อมีผู้สนใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายเพื่อดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ภาพรวมของการวิจัย เมื่อผู้สนใจสมัครเข้าร่วมการวิจัยให้อาสาสมัครการวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ให้เวลาให้อาสาสมัครได้ทำการศึกษาเอกสารชี้แจงรายละเอียดการวิจัยตามต้องการและหากอาสาสมัครมีข้อสงสัย คณะผู้วิจัยดำเนินการตอบข้อคำถามดังกล่าวด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ มีวิธีการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมา หลังจากนั้นดำเนินการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูป ทำการตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลก่อนดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

2. ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความกลัวต่อการคลอด

3. เปรียบเทียบสัดส่วนความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาของหญิงในระยะคลอดที่มีอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ และชนิดของการคลอดที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ Chi-square โดยมีการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ โดยมีการจัดกลุ่มเพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนให้แต่ละในเซลล์มีข้อมูล และพบว่ามีค่าความคาดหวังในบางแถว (row) และสดมภ์ (cell) น้อยกว่า 5 จึงใช้สถิติ Fisher's exact test

ผลการวิจัย

ผลการศึกษานำเสนอได้ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 15-45 ปี อายุเฉลี่ย 26.99 ปี ($SD = 5.94$) ในกลุ่มนี้เป็นมารดาวัยรุ่น ร้อยละ 8.2 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 60.2) เป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 41.1) รองลงมา มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 26.7) แต่งงาน (ร้อยละ 96.6)

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์หลังมากที่สุด (ร้อยละ 61.0) ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 84.9) คลอดทางช่องคลอด (ร้อยละ 84.9)

ตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n=146$). ทวนสอบเช็คให้ตรงกับแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)	
15-18 ปี	12 (8.2%)
19-35 ปี	123 (84.2%)
มากกว่า 35 ปี ขึ้นไป	11 (7.5%)
Mean 26.99, $SD = 5.94$, Min-Max =15-45	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	1 (8.9%)
มัธยมศึกษา	88 (60.2%)
อนุปริญญา	20 (13.7%)
ปริญญาตรี	36 (24.7%)
ปริญญาโท	1 (0.7%)
อาชีพ	
แม่บ้าน	68 (41.1%)
รับจ้าง	39 (26.7%)
ลูกจ้าง	27 (18.5%)
ค้าขาย	13 (8.9%)
รับราชการ	7 (4.8%)
สถานภาพสมรส	
แต่งงาน	141 (96.6%)
หม้าย/หย่า/แยก	5 (3.4%)
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	
ครรภ์แรก	57 (39.0%)
ครรภ์หลัง	89 (61.0%)
สถานที่ฝากครรภ์	
รัฐบาล	124 (84.9%)
เอกชน	22 (15.1 %)
วิธีการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง	
คลอดทางช่องคลอด	124 (84.9%)
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	22 (15.1%)

2. ความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาของหญิงในระยะคลอด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา คิดเป็นร้อยละ 89.7 และมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 10.3 ที่ระบุว่าไม่ต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา ส่วนความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา พบว่าวิธีการนวดหลังเป็นวิธีที่ต้องการมากที่สุด (ร้อยละ 64.4) รองลงมาคือ ฟังเพลง (ร้อยละ 61.0) น้อยที่สุดคือ การอ่านหนังสือ (ร้อยละ 2.1) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา

วิธี	ต้องการวิธีนี้	ไม่ต้องการวิธีนี้
นวดหลัง	94 (64.4%)	52 (35.6%)
ฟังเพลง	89 (61.0%)	57 (39.0%)
การหายใจที่มีประสิทธิภาพ	67 (45.9%)	79 (54.1%)
ประคบ	63 (43.2%)	83 (56.8%)
ทำสมาธิ	20 (13.7%)	126 (86.3%)
แช่น้ำอุ่น	11 (7.5%)	135 (92.5%)
อ่านหนังสือ	3 (2.1%)	143 (97.9%)

หญิงระยะคลอดที่เป็นวัยรุ่น สถานภาพสมรสแต่งงาน ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีรายได้แน่นอน ครรภ์แรก ไม่มีภาวะแทรกซ้อน คลอดทางช่องคลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีสัดส่วนความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดมากที่สุด แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

สัดส่วนความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะแตกต่างกัน

คุณลักษณะ	วิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอด		χ^2	p-value
	ไม่ต้องการ	ต้องการ		
อายุ^A				
15-18 ปี	1 (8.3%)	11 (91.7%)	0.83	.60 ^{ns}
19-35 ปี	12 (9.8%)	111 (90.2%)		
มากกว่า 35 ปี ขึ้นไป	2 (18.2%)	9 (81.8%)		
สถานภาพสมรส^B				
แต่งงาน	14 (9.9%)	127 (90.1%)	.60	.47 ^{ns}
หม้าย/หย่า/แยก	1 (20.0%)	4 (80.0%)		
ระดับการศึกษา^B				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	11 (10.1%)	98 (89.9%)	.53	.42 ^{ns}
ปริญญาตรี/ปริญญาโท	4 (10.8%)	33 (89.2%)		
อาชีพ^B				
มีรายได้แน่นอน	11 (9.4%)	106 (90.6%)	.02	.55 ^{ns}
มีรายได้ไม่แน่นอน	4 (13.8%)	25 (86.2%)		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

คุณลักษณะ	วิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอด		χ^2	p-value
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์^B				
ครรภ์แรก	5 (8.8%)	52 (91.2%)	.23	.43 ^{ns}
ครรภ์หลัง	10 (11.2%)	79 (88.8%)		
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์^B				
ไม่มี	10 (10.2%)	88 (89.8%)	.002	.59 ^{ns}
มี	5 (10.4%)	43 (89.6%)		
วิธีการคลอด^A				
คลอดทางช่องคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน	9 (8.0%)	104 (92.0%)	4.38	.11 ^{ns}
คลอดทางช่องคลอดร่วมกับการใช้เครื่องมือ	1 (9.1%)	10 (90.9%)		
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	5 (22.7%)	17 (77.3%)		

^{ns} $p > .05$; ^A Chi-square test, ^B Fisher's exact test

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ระบุว่าต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดนั้น วิธีการนวดหลัง เป็นวิธีที่ต้องการมากที่สุด (ร้อยละ 64.4) รองลงมาคือ ฟังเพลง (ร้อยละ 61.0) น้อยที่สุดคือ การอ่านหนังสือ (ร้อยละ 2.1) ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Ozcan et al. (2022) ที่พบว่าหญิงในระยะคลอด ใช้วิธีการเคลื่อนไหวมากที่สุด และการศึกษาของ Konlan et al. (2021) ที่พบว่าหญิงระยะคลอดใช้วิธีการร้องตะโกนมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านสถานที่ของห้องคลอดในโรงพยาบาลของประเทศไทย ทำให้หญิงในระยะคลอดไม่สะดวกต่อการเคลื่อนไหว ทั้งการเดิน การเปลี่ยนท่าหรือจัดท่าบนเตียง นอกจากนี้โรงพยาบาลรัฐในประเทศไทยเกือบทั้งหมดจะเป็นห้องคลอดแบบรวม ทำให้หญิงที่เจ็บครรภ์คลอดไม่ใช้วิธีการที่ไปรบกวนผู้อื่นในขณะที่การนวดหลังหรือการฟังเพลง สามารถทำได้สะดวกกว่า อย่างไรก็ตามทั้งการนวดหลังและการฟังเพลงเป็นวิธีการที่ได้ผลดีในการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอด นอกจากนี้การนวดหลังยังเป็นวิธีที่ได้ผลดีในการลดอาการเจ็บครรภ์คลอดและลดความวิตกกังวล (Bala et al., 2017; Pratiwiet al., 2021) ผลจากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าหญิงในระยะเจ็บครรภ์คลอดที่เลือกใช้ดนตรีเพื่อช่วยลดการเจ็บครรภ์คลอด จะเลือกเพลงด้วยตนเองตามความชอบ และเลือกฟังเพลงด้วยหูฟัง ซึ่งเกิดผลดีต่อการเพิ่มความสามารถต่อการทนปวด ช่วยสนับสนุนทางด้านจิตสังคมทำให้หญิงในระยะคลอดใช้วิธีการหายใจเพื่อช่วยลดปวดได้ดีมากขึ้น (Simkin & Kelin, 2007) ผลจากการศึกษาพบว่า การฟังเพลงในช่วงของการเจ็บครรภ์คลอดทำให้ลดอาการเจ็บครรภ์คลอดลงได้ (Gautam et al., 2023)

เมื่อเปรียบเทียบหญิงในระยะคลอดที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์การคลอดที่แตกต่าง กันที่พบว่าหญิงระยะคลอดที่เป็นวัยรุ่น (ร้อยละ 91.7) สถานภาพสมรสแต่งงาน (ร้อยละ 90.0) ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 89.9) มีรายได้แน่นอน (ร้อยละ 90.6) ครรภ์แรก (ร้อยละ 91.2)

ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 89.8) คลอดทางช่องคลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 90.9) มีสัดส่วนความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดมากที่สุด แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าหญิงในระยะคลอดทุกคนรับรู้ว่าการคลอดบุตรก่อให้เกิดความเจ็บปวดและรับรู้ว่ามีวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดที่สามารถใช้ได้หลากหลาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลรัฐนั้นหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการบริการฝากครรภ์คุณภาพพร้อมโรงเรียนพ่อแม่ โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด การเตรียมตัวคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดด้วย ทำให้หญิงตั้งครรภ์บอกความต้องการด้านวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดได้โดยไม่แตกต่างกัน (พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ และคณะ, 2565)

สรุปได้ว่า หญิงในระยะคลอดที่มีความแตกต่างกันทั้งทางคุณลักษณะส่วนบุคคล และการตั้งครรภ์มีความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาไม่แตกต่างกัน โดยวิธีการที่ต้องการมากที่สุดคือนวดหลัง รองลงมาคือ การฟังเพลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาที่พบว่าวิธีการนวดหลังเป็นวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดที่มีความต้องการมากที่สุด รองลงมาคือ ฟังเพลง ซึ่งวิธีการนวดหลังเป็นวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดที่โรงพยาบาลมีเป็นทางเลือกสำหรับหญิงในระยะคลอดอยู่แล้ว ทั้งนี้การนวดหลังนั้นพยาบาลต้องเป็นผู้นวดหลังให้ ส่วนการฟังเพลงเป็นวิธีที่สะดวกและง่ายต่อการจัดให้เป็นทางเลือกสำหรับหญิงในระยะคลอด และหญิงในระยะคลอดสามารถดำเนินการได้เอง ดังนั้นหากในห้องคลอดที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรควรมีการเตรียมเพลงให้หญิงตั้งครรภ์สามารถที่จะเลือกใช้วิธีนี้ได้ โดยต้องเตรียมเพลงให้มีความหลากหลายให้หญิงในระยะคลอดสามารถเลือกฟังเพลงได้ตามความต้องการของตนเอง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัดถึงวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดที่สอบถามเนื่องจากเป็นวิธีที่มีให้บริการในโรงพยาบาลร่วมกับวิธีที่โรงพยาบาลคาดว่าจะเปิดให้บริการได้ ดังนั้นอาจไม่ครอบคลุมทุกวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดที่ไม่ใช่ยา อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลอื่นสามารถนำผลการศึกษานี้ไปเป็นแนวทางในการศึกษาความต้องการการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดที่ไม่ใช่ยาที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนั้น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการนวดหลัง ฟังเพลง อ่านหนังสือ ต่ออาการเจ็บครรภ์คลอดในกลุ่มหญิงระยะคลอดที่มีความแตกต่างกันทั้งทางคุณลักษณะส่วนบุคคล และประสบการณ์การคลอด

เอกสารอ้างอิง

- นันธิดา วัดยิ้ม, เอมพร รตินธร, วรธนา พาหุวัฒน์กร, และเอกชัย โควาวิสารัช. (2557). ผลของดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(1), 95-107.
- นันทพร แสนศิริพันธ์. (2556). ความกลัวต่อการคลอดบุตร. *พยาบาลสาร*, 40(ฉบับพิเศษ มกราคม), 103-112.
- พัชรียา นีวัฒน์ภูมินทร์. (2563). การใช้ยากลุ่มโอปิออย์ขณะตั้งครรภ์และผลกระทบ. *วิทย์ญีสาร*, 46(2), 107-113.
- พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์, ฐิติภรณ์ ดวงรัตนานนท์, และจุฬารรณ เขมทอง. (2565). การวิเคราะห์สถานการณ์แนวทางการฝากครรภ์ในประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(5), 809-825.
- รัตนา เพิ่มเพ็ชร, และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. (2559). ผลของดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 17(3), 34-43.
- สมพร กุศลเลิศจริยา. (2540). การศึกษาเปรียบเทียบการใช้ดนตรีพื้นเมืองกับดนตรีคลาสสิกต่อการลดความเจ็บปวดในมารดาระยะเจ็บครรภ์คลอด. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 20(3), 32-42.
- สุหารัตน์ ชูรส. (2561). การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาของมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด. *แพทยสารทหารอากาศ*, 64(3), 61-68.
- Bala, I., Babu, M., & Rastogi, S. (2017). Effectiveness of back massage versus ambulation during first stage of labour among primigravida mothers in terms of pain and anxiety. *International Journal of Nursing Education*, 9(3), 28–32.
<https://doi.org/10.5958/0974-9357.2017.00066.6>
- Elisabet, R., Johanna, T., & Orjan, S. (2016). Psychological perspectives of fear of childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 80-91. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.007>
- Gautam, S., Chalise, G. D, Bharati, M., & Shrestha, S. (2023). Effect of music therapy on intensity of labor pain among primigravid mothers admitted in a tertiary level hospital. *Journal of Nepal Health Research Council*, 21(1), 92–98.
- Kocak, M. Y., Goçen, N. N., & Akin, B. (2022). The effect of listening to the recitation of the Surah Al-Inshirah on labor pain, anxiety and comfort in Muslim women: A randomized controlled study. *Journal of Religion and Health*, 61(4), 2945–2959.
<https://doi.org/10.1007/s10943-021-01356-w>
- Konlan, K. D., Afaya, A., Mensah, E., Suuk, A. N., & Kombat, D. I. (2021). Non-pharmacological interventions of pain management used during labour; An exploratory descriptive qualitative study of puerperal women in Adidome Government Hospital of the Volta

Region, Ghana. *Reproductive health*, 18(1), 86.

<https://doi.org/10.1186/s12978-021-01141-8>

Ozcan, H., Samur, I., Uzun, F., & Sahin, R. (2022). Cultural methods used by women who give vaginal birth to cope with birth labor pain. *International Journal of Caring Sciences*, 15(1), 546-554.

Pratiwi, A. M., Zulyati, I. C., & Fatimatasari, F. (2021). Abdominal lifting, effleurage, and deep back massages effective in reducing pain during active phase of first stage labor. *Indonesian Journal of Nursing and Midwifery*, 9(3), 175-182.

[http://dx.doi.org/10.21927/jnki.2021.9\(3\).175-182](http://dx.doi.org/10.21927/jnki.2021.9(3).175-182)

Simkin, T., & Keln, M. C. (2007). Nonpharmacological approaches to management of labor pain. *Journal of Perinatal Education*, 16(3), 50-56.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อป้องกันโรคอ้วน
สำหรับวัยรุ่นตอนต้น

นวลตา เศลวัตนะกุล, พย.บ.*

Received: January 15, 2024

Revised: February 19, 2024

Accepted: February 24, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสาน โดยเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อป้องกันโรคอ้วน สำหรับวัยรุ่นตอนต้นก่อนและหลังการใช้โปรแกรม และเปรียบเทียบความรอบรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นตอนต้นที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรี โดยการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพแบบผสมผสาน และ 2) แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ ที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นและมีความสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบทีแบบสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกันและการทดสอบทีแบบสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สรุปได้ว่าการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานสามารถส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพแก่วัยรุ่นเพื่อป้องกันโรคอ้วนได้ ดังนั้นควรนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานไปใช้ในการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ: การเรียนรู้แบบผสมผสาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคอ้วน วัยรุ่นตอนต้น

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: Naultaselawattanakul@gmail.com

Effect of Health Literacy Promotion Program by Blended Learning to Prevent Teenage Obesity

Nualta Selawattanakul, B.N.S.*

Abstract

This two-group pre-posttest quasi-experimental research aimed to determine the effect of a health literacy promotion blended learning program by comparing health literacy between pre-intervention and post-intervention in the experimental and control groups. Participants were teenagers studying in grades 1-3 in secondary school in Chanthaburi, recruited through purposive sampling. The participants were divided into two groups: 30 in the experimental group and 30 in the control group. The research instruments included the health literacy promotion blended learning program and a health literacy questionnaire with a Cronbach's alpha of 0.94. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, paired sample t-tests, and independent sample t-tests.

Results indicated that: 1) the experimental group had a statistically significant higher health literacy score after completing the program ($p < 0.05$), and 2) the experimental group exhibited a statistically significant increase in health literacy compared to the control group in post-intervention ($p < 0.05$). In conclusion, the health literacy promotion blended learning program could increase health literacy related to preventing obesity in teenagers. Therefore, teachers should utilize the program to enhance health literacy for promoting behaviors to prevent obesity.

Keywords: Blended learning, Health literacy, Obesity, Teenager

* Professional nurse, Phrapokklao Hospital; Corresponding Author E-mail: Naultaselawattanakul@gmail.com

บทนำ

โรคอ้วนเป็นปัญหาสำคัญของเยาวชน เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ยังคงอ้วน ก่อให้เกิดโรคเรื้อรังนำไปสู่คุณภาพชีวิตลดลง (พัชราภรณ์ อารีย์ และคณะ, 2556) การมีภาวะโภชนาการที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเจริญเติบโตทั้งร่างกายและสติปัญญาตั้งแต่เด็กปฐมวัย วัยเรียนจนกระทั่งวัยรุ่น ทำให้พร้อมก้าวสู่วัยผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีและเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม ด้วยวิถีชีวิต ค่านิยม วัฒนธรรมเปลี่ยนไปจากเดิมเป็นสังคมบริโภคนิยม ประชาชนหันมาพึ่งพาอาหารจากระบบการตลาดมากยิ่งขึ้น วิถีความเป็นชุมชนเมืองที่มีชีวิตที่เร่งรีบ ทำให้มีการดูแลสุขภาพตนเองน้อยลงและมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง รูปแบบการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไปเลือกรับประทานอาหารนอกบ้าน รับประทานอาหารจานด่วน (fast food) และเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปกันมากขึ้น เพราะความสะดวกและรวดเร็ว (ลักษณะิน รุ่งตระกูล, 2562; สุธิดดา พงษ์อุทธา และวาทีนิ คุณเผือก, 2558) นิยมรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด (fast food) ทำให้เกิดโรคอ้วนตามมา มากกว่านั้นเทคโนโลยีทุกวันนี้ส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของวัยรุ่นและเยาวชนไทย ทั้งเพจรีวิวอาหาร ฟู๊ดบล็อกเกอร์ (food blogger) และที่สำคัญคือ แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหาร ที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนด เทรนด์อาหาร และการเข้าถึงร้านอาหารง่ายดายอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน การเลือกซื้ออาหารสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนไทย ยังเป็นไปตามความชอบ (ร้อยละ 27.7) ความอยากรับประทาน (ร้อยละ 18.8) และรสชาติ (ร้อยละ 18.8) เป็นหลัก มีเพียงร้อยละ 8.1 ที่คำนึงถึงคุณค่าทางอาหาร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ปัญหาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารทำให้เกิดโรคอ้วน และมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาจากการรายงานสถานการณ์เริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กอายุ 6-14 ปี ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560-2564 ในแต่ละเขตสุขภาพอยู่ในช่วงร้อยละ 7.8 -17.09 เฉลี่ยรวมทุกเขตร้อยละ 11.1, 11.7, 13.6, 12.5 และ 12.4 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 มีสถานการณ์เด็กเริ่มอ้วนและอ้วนค่อนข้างสูง นับจากปีพ.ศ. 2560-2564 ร้อยละ 12.7, 13.1, 14.6, 13.1 และ 13.03 ตามลำดับ (กรมอนามัย, สำนักโภชนาการ, 2564) ส่วนวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ปี 2563 ถึง 2565 เริ่มอ้วนและอ้วนลดลง ร้อยละ 18.75 15.3 และ 14.7 ตามลำดับ (กรมอนามัย, สำนักโภชนาการ, 2565) จะเห็นว่าเด็กวัยรุ่นและวัยรุ่นมีสถานการณ์เริ่มอ้วนและอ้วนสูงขึ้นกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 10 และมีแนวโน้มกลายเป็นคนโรคอ้วนในวัยที่สูงขึ้น หากไม่จัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ภาวะโภชนาการเกินจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ การรับประทานอาหารโดยไม่คำนึงถึงสุขภาพ หรือรับประทานเกินความจำเป็น ก็จะทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้โดยทำให้เกิดโรคหรือการเจ็บป่วยได้ ไม่ว่าจะเป็น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน แม้กระทั่งโรคมะเร็งต่าง ๆ เนื่องจากโรคเหล่านี้เป็นผลมาจากการสะสมของอาหารที่บริโภคเข้าไป (มโนสิศรี เปารยะ เพ็ญพงษ์, 2559) มากกว่านั้น นอกจากผลกระทบต่อร่างกาย จากการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องแล้วยังมีผลกระทบที่ต้องพึงระวังอย่างมากคือ การมีระดับสติปัญญาที่ค่อนข้างต่ำขาดความกระตือรือร้น เชื่องช้า (ศรีบงอร สุวรรณพานิช, 2555) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน จากแนวคิดของ Nutbeam (2008) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบ

ไปด้วย ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ การที่บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน เนื่องจากเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ สื่อสาร ประเมิน และนำข้อมูลและบริการสุขภาพไปใช้ในการดูแลและจัดการปัญหาสุขภาพของตนเอง รวมทั้งความสามารถในการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการสื่อสารและจัดกิจกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มวัยรุ่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ การปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Nutbeam, 2008) เนื่องจากไม่สามารถประเมินภาวะสุขภาพหรือจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้ มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ มีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมทั้งความสามารถในการป้องกันและดูแลสุขภาพต่ำกว่าผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูง เนื่องจากด้อยความสามารถในการป้องกันและดูแลตนเอง นำไปสู่ปัญหาในระดับประเทศคือ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น (ธีระ วรรณรัตน์, 2558)

จากที่กล่าวมาข้างต้นในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรี เป็นพื้นที่รายล้อมด้วยร้านอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด ร้านค้าริมถนนที่หาซื้อได้ง่าย ซึ่งเป็นปัจจัยเกื้อหนุน ที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมการบริโภค ประกอบกับจังหวัดมีความเจริญที่เติบโตอย่างรวดเร็วมีห้างสรรพสินค้าหลายแห่งและทรัพยากรด้านการบริโภคอาหารที่หลากหลายที่อาจเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ส่งผลต่อการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไม่เหมาะสม จากการสำรวจภาวะโภชนาการของวัยรุ่นในโรงเรียนในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรีพบว่ามีนักเรียนภาวะอ้วนและหลายรายเริ่มน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน (โรงพยาบาลพระปกเกล้า, กลุ่มงานเวชกรรมสังคม, 2563) สำหรับกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นที่กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 มีอายุระหว่าง 12-15 ปี เป็นวัยรุ่นและวัยเรียนที่เพิ่งผ่านพ้นช่วงวัยเด็ก มีความอยากรู้อยากทดลอง ชอบแสวงหาความรู้และทดลองสิ่งแปลก ๆ ใหม่ ๆ ต้องการความเป็นอิสระ ต้องการพึ่งพาตนเองมากขึ้น (Santrock, 2012) ซึ่งสามารถดูแลตนเองในการเลือกซื้ออาหารในการบริโภคในช่วงหลังเลิกเรียนได้อย่างอิสระมากขึ้น มักเลือกอาหารที่ตนเองชอบ แต่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพและเป็นสาเหตุให้เกิดโรคอ้วนได้ ถ้าหากไม่ควบคุมป้องกันโรคอ้วนในช่วงวัยรุ่นตอนต้น จะกลายเป็นผู้ใหญ่ที่มีโรคอ้วนสูงมาก

การป้องกันโรคอ้วนในวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มวัยที่มีพัฒนาการทางด้านความคิดสติปัญญาเป็นไปอย่างรวดเร็ว มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล เพื่อหาความรู้ สร้างความเข้าใจ วิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเองได้ ดังนั้น ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นตัวแปรสำคัญที่จะนำไปสู่การสร้างสุขภาพแก่กลุ่มวัยรุ่นได้อย่างยั่งยืน ในการส่งเสริมกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งเป็นกลุ่มวัยที่มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีได้อย่างดี การใช้ชีวิตส่วนใหญ่มักจะอยู่กับท่อนโลกอินเทอร์เน็ต ทั้งการค้นคว้าหาข้อมูล การสื่อสารทางสังคม ดังนั้นในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ให้กับกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น หากมีการจัดกิจกรรมแบบผสมผสาน (blended learning) ลักษณะของการเรียนจะมีรูปแบบในการเรียนการสอนเข้าด้วยกันโดยใช้สื่อการเรียนการสอน กิจกรรมการเรียนการสอนและรูปแบบการเรียนการสอนที่หลากหลายทั้งการเรียนการสอนแบบออนไลน์และการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้า เพื่อตอบสนองต่อความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้เรียน ผู้เรียนสามารถเรียนได้โดยไม่มีข้อจำกัดในเรื่องเวลาและสถานที่ (anytime anywhere) เป็นการ

สร้างโอกาสและความเสมอภาคในการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียน ผู้เรียนสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้และส่งข่าวสารถึงกันได้อย่างรวดเร็วก่อให้เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ในการเรียนผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (ปณิตา วรรณพิรุณ, 2554; สุสัณหา ยิ้มแย้ม และคณะ, 2558; ยุทธนาท บุญยะชัย, 2566)

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าการศึกษที่ผ่านมานั้นมีทำการศึกษาวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ โดยการใช้กระบวนการกลุ่ม การให้คำแนะนำรายบุคคล และการติดตามทางโทรศัพท์ รวมถึงการใช้สื่อหลากหลายประเภท สามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น (เอื้อจิต สุขพูล และคณะ, 2563; รุ่งนภา อาระหัง, 2560) และมีการพัฒนาโปรแกรมในเด็กวัยเรียนวัยประถมศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยทำการสอนสุขศึกษา (กานต์ธิดา ต้นวัฒนถาวร, 2550) โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งมีการสอนด้วยการบรรยายกับการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมร่วมด้วย แต่ดำเนินการในกลุ่มนักเรียนประถม (สุกัญญา ผลคณะวาปี และเกศินี สราญฤทธิชัย, 2565) ซึ่งยังไม่สามารถนำโปรแกรมเหล่านี้ไปใช้ได้ หรือไม่สามารถนำไปเปรียบเทียบหรืออ้างอิง ยังประชากรของเด็กวัยรุ่นตอนต้นทั้งหมดได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของโปรแกรมที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนของเด็กวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรี ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบผสมผสาน (blended learning) เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแบบกิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนที่สอดคล้องกับวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อป้องกัน โรคอ้วน สำหรับวัยรุ่นตอนต้น

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อป้องกันโรคอ้วนสำหรับวัยรุ่นตอนต้นภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อป้องกันโรคอ้วนสำหรับวัยรุ่นตอนต้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

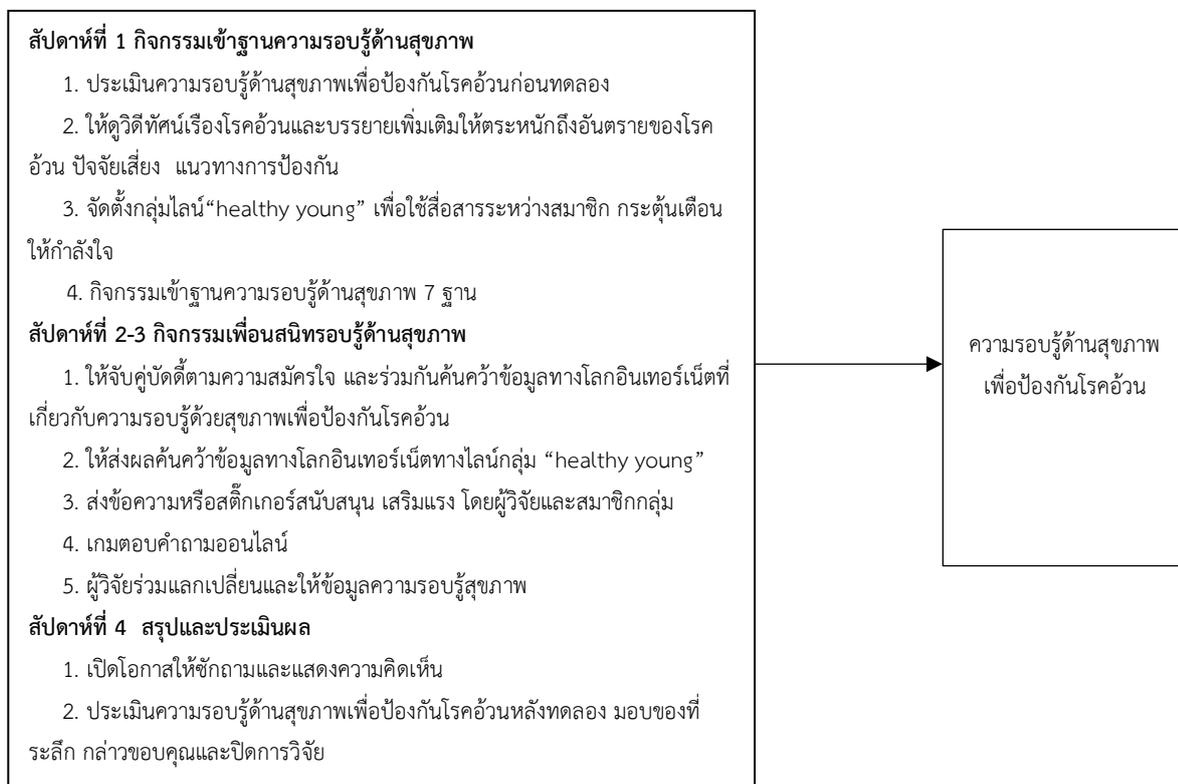
กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) นัทบีม (Nutbeam, 2000) ได้แบ่งระดับของความรู้ด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ระดับที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และระดับที่ 3 ความรู้ด้าน

สุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ โดยในแต่ละระดับประกอบด้วยทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ แนวคิดนี้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพเพื่อให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โปรแกรมจะดำเนินกิจกรรมโดยเทคนิคการเรียนรู้แบบผสมผสาน ให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ตลอดเวลา โดยใช้แหล่งเรียนรู้ที่มีอยู่หลากหลายจากอินเทอร์เน็ตและหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ วัตถุประสงค์ที่มุ่งพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ คือ อ1: อาหาร อ2: ออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย อ3: อารมณ์ โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 7 ตอน ประกอบด้วย 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน 7) พฤติกรรมการดูแลรักษาสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน (กองสุขศึกษา, 2561) โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ จำนวน 4 ครั้ง ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้ ครั้งที่ 1 กิจกรรมเข้าฐานความรู้ด้านสุขภาพ (ใช้เวลา 3 ชม.) ครั้งที่ 2 กิจกรรมเพื่อนสนิทรอบรู้ด้านสุขภาพ (ใช้เวลา 2 ชม.) ครั้งที่ 3 กิจกรรมเพื่อนสนิทรอบรู้ด้านสุขภาพ (ใช้เวลา 2 ชม.) ครั้งที่ 4 สรุปประเมินผล และให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (ใช้เวลา 2 ชม.)

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi- experimental research) แบบสองกลุ่ม
วัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (population and sample)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3
ของโรงเรียนที่จัดการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา 1-3 ในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรี ได้แก่ โรงเรียน
เบญจมาชุตี โรงเรียนอนุบาลจันทบุรี โรงเรียนศรียานุสรณ์ และโรงเรียนสฤทธิเดช

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาโดยการสุ่มโรงเรียนที่จัดการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา 1-3 ในเขต
เทศบาลเมืองจันทบุรี จำนวน 1 โรงเรียน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 โดยกำหนด
คุณสมบัติดังนี้

- เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) นักเรียนที่มีอายุระหว่าง 12-15 ปี กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษา
ปีที่ 1-3 ของโรงเรียนในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรี และ 2) ภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรี

- เกณฑ์คัดออก ได้แก่ นักเรียนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต หรือมีภาวะทุพพลภาพ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้คำนวณจากขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่มีต่อตัวแปรตาม (effect size) จำนวน
สูตรของกลาส (Glass, 1976 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2547)

การแปลผลค่าขนาดอิทธิพล (Cohen, 1988) ได้แบ่งขนาดอิทธิพลออกเป็น 3 ระดับ คือ
ขนาดเล็ก (small effect size) เท่ากับ .2 ขนาดกลาง (medium effect size) เท่ากับ .5 และขนาดใหญ่
(large effect size) เท่ากับ .8 สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้คำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากประสิทธิผลโปรแกรม
ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัด
นครราชสีมา ของอรุณชา โพธิ์หมื่นทิพย์ (2564) กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย
ความรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 91.77 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 79.17
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 11.20 ค่าขนาดอิทธิพลได้ดังนี้

$$d = \frac{91.77-79.17}{11.20}$$

$$d = 1.13$$

$$D = 1.13$$

จากการคำนวณได้ค่าอิทธิพลเท่ากับ 1.13 มีค่ามากกว่า 0.8 ประมาณค่าขนาดอิทธิพลขนาด
ใหญ่ (large effect size) 0.8 ค่าขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 25 คน ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่แสดง
ถึงผลที่เกิดจากการทดลองสูง การใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 25 คน ก็สามารถทำให้ผลการทดลองในระดับสูงได้
งานวิจัยครั้งนี้จึงพิจารณาใช้กลุ่มตัวอย่างเป็น large effect size คือขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 26
คน แต่การศึกษาในสถานการณ์จริงอาจมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการทดลองจึงต้องมีการปรับ
เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตรฐานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่เผยแพร่และอนุญาตให้หน่วยงานทางสุขภาพสามารถนำไปใช้ โดยเป็นแบบเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งประกอบด้วย 8 ตอน จำนวน 63 ข้อ ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน 8 ข้อ ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน 10 ข้อ ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน 5 ข้อ ตอนที่ 4 การสื่อสารสุขภาพเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน 6 ข้อ ตอนที่ 5 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน 5 ข้อ ตอนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน 5 ข้อ ตอนที่ 7 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน 4 ข้อ และ ตอนที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน 20 ข้อ

2. โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อป้องกันโรคอ้วนสำหรับวัยรุ่นตอนต้น โปรแกรมจะดำเนินกิจกรรมโดยเทคนิคการเรียนรู้แบบผสมผสานให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ตลอดเวลา โดยใช้แหล่งเรียนรู้ที่มีอยู่หลากหลายจากอินเทอร์เน็ต และหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ วิดิทัศน์ ที่มุ่งพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ คือ อ1: อาหาร อ2: ออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย อ3: อารมณ์ โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 7 ตอน ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน 7) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน (กองสุศึกษา, 2561) โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ จำนวน 4 ครั้ง ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้ ครั้งที่ 1 กิจกรรมเข้าฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ใช้เวลา 3 ชม.) ครั้งที่ 2 กิจกรรมเพื่อนสนิทรอบรู้ด้านสุขภาพ (ใช้เวลา 2 ชม.) ครั้งที่ 3 กิจกรรมเพื่อนสนิทรอบรู้ด้านสุขภาพ (ใช้เวลา 2 ชม.) ครั้งที่ 4 สรุปประเมินผล และให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (ใช้เวลา 2 ชม.)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (content validity) การศึกษาครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตรฐานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่เผยแพร่และอนุญาตให้หน่วยงานทางสุขภาพสามารถนำไปใช้ ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ทำการดัดแปลงใด ๆ จากเครื่องมือต้นฉบับ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ 2) โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อป้องกันโรคอ้วน สำหรับวัยรุ่นตอนต้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ไปเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 2 ท่าน และนักโภชนาการจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมเกี่ยวกับรูปแบบ ความเหมาะสมของ

ระยะเวลา และกิจกรรม โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Burns & Grove, 2009) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมเท่ากับ 0.92 หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ไปทดลองใช้กับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ณ โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลเมืองของจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย และนำมาหาค่าทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ .83 สำหรับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .94 ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 โรงพยาบาลพระปกเกล้า เอกสารรับรองเลขที่ COA no. 004/66 ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 โดยผู้วิจัยได้มีการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ บอกลำดับขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาให้ทราบว่าสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ หากมีข้อสงสัยสามารถซักถามได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ประโยชน์เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ข้อมูลที่เก็บมาเป็นความลับ การเสนอข้อมูลดำเนินการจัดทำในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ขั้นตอนและวิธีการในการศึกษาครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับกลุ่มตัวอย่าง และคำนึงถึงอันตรายของกลุ่มตัวอย่าง และไม่มีการรบกวนเวลาพักผ่อนของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการศึกษาก็จะดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection) มีดังนี้

1. หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากผู้อำนวยการโรงเรียน 1 แห่ง ในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรี เมื่อได้รับอนุญาตจึงประสานงานขออนุญาตชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ ก่อนการทดลองผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงแจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน และดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมฯ จำนวน 4 ครั้ง ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์

3. ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม นำข้อมูลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากรและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนในกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-3. โดยส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 50 อายุ 12-14 ปี คิดเป็นร้อยละ 100 นับถือ ศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.684, p = .012$; ก่อนการทดลอง: $M = 6.50, SD = 1.57$; หลังการทดลอง: $M = 7.53, SD = 1.80$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($n=30$)

ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i> -value
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	6.50	1.57	-2.684	.012*
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	7.53	1.80		

* $p < .05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าระยะหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.053, p = .049$; ก่อนการทดลอง: $M = 3.45, SD = 1.04$; หลังการทดลอง: $M = 3.87, SD = 0.56$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ	M	SD	t	p-value
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	3.45	1.04	-2.053	.049*
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	3.87	.56		

* $p < .05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าระยะหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -4.779$ $p = .000$; ก่อนการทดลอง: $M = 2.78$, $SD = .85$; หลังการทดลอง: $M = 3.61$, $SD = .47$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ ในการป้องกันโรคอ้วน	M	SD	t	p-value
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	2.78	.85	-4.779	.000*
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	3.61	.47		

* $p < .001$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าระยะหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.151$ $p = .040$; ก่อนการทดลอง: $M = 3.51$ $SD = .88$; หลังการทดลอง: $M = 3.94$, $SD = .59$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกันโรคอ้วน	M	SD	t	p-value
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	3.51	.88	-2.151	.040*
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	3.94	.59		

* $p < .05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าระยะหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.457$ $p = .020$; ก่อนการทดลอง: $M = 3.07$, $SD = 1.09$; หลังการทดลอง: $M = 3.68$, $SD = .78$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n= 30)

การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน	M	SD	t	p-value
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	3.07	1.09	-2.457	.020*
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	3.68	.78		

* $p < .05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าระยะหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -3.101$ $p < .004$; ก่อนการทดลอง: $M = 3.06$, $SD = .56$; หลังการทดลอง: $M = 3.43$, $SD = .35$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน	M	SD	t	p-value
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	3.06	.56	-3.101	.004*
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	3.43	.35		

* $p < .01$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าระยะหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.192$, $p = .037$; ก่อนการทดลอง: $M = 3.07$, $SD = .50$; หลังการทดลอง: $M = 3.32$, $SD = .46$) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($n=30$)

พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	3.07	.50	-2.192	.037*
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	3.32	.46		

* $p < .05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -4.363$, $p = .000$; กลุ่มทดลอง: $M = 7.53$, $SD = 1.80$; กลุ่มควบคุม: $M = 5.50$, $SD = 1.81$) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=30$)

พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	6.43	1.81	29	-.152	.880
กลุ่มควบคุม	6.50	1.57			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	7.53	1.80	29	-4.363	.000*
กลุ่มควบคุม	5.50	1.81			

* $p < .001$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -4.259$, $p = .000$; กลุ่มทดลอง: $M = 3.15$, $SD = .73$; กลุ่มควบคุม: $M = 3.87$, $SD = .56$) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9

ค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

พฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน	M	SD	df	t	p-value
การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	3.66	.64	29	.193	.356
กลุ่มควบคุม	3.45	1.04			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	3.15	.73	29	-4.259	.000*
กลุ่มควบคุม	3.87	.56			

* $p < .001$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.075, p = .042$; กลุ่มทดลอง: $M = 3.61, SD = .47$; กลุ่มควบคุม: $M = 3.37, SD = .44$) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

พฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน	M	SD	df	t	p-value
การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญใน การป้องกันโรคอ้วน					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	2.78	.85	29	1.283	.205
กลุ่มควบคุม	3.02	.60			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	3.61	.47	29	-2.075	.042*
กลุ่มควบคุม	3.37	.44			

* $p < .05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -4.105, p = .000$; กลุ่มทดลอง: $M = 3.94, SD = .59$; กลุ่มควบคุม: $M = 3.29, SD = .63$) ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=30$)

พฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	3.51	.88	29	-.780	.439
กลุ่มควบคุม	3.36	.53			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	3.94	.59	29	-4.105	.000*
กลุ่มควบคุม	3.29	.63			

* $p < .001$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -3.166, p = .002$; กลุ่มทดลอง: $M = 3.68, SD = .78$; กลุ่มควบคุม: $M = 3.12, SD = .55$) ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

พฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน	M	SD	df	t	p-value
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	3.07	1.09	29	.972	.335
กลุ่มควบคุม	3.28	.51			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	3.68	.78	29	-3.166	.002*
กลุ่มควบคุม	3.12	.55			

* $p < .01$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -5.977, p = .000$; กลุ่มทดลอง: $M = 3.32, SD = .46$; กลุ่มควบคุม: $M = 2.65, SD = .62$) ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

พฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน	M	SD	df	t	p-value
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	2.94	0.56	29	-8.113	.420
กลุ่มควบคุม	3.05	.56			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	3.32	.46	29	-5.977	.000*
กลุ่มควบคุม	2.65	.62			

* $p < .001$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนเพื่อป้องกันโรคอ้วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.454, p = .017$; กลุ่มทดลอง: $M = 3.32, SD = .46$; กลุ่มควบคุม: $M = 3.01, SD = .52$) ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนเพื่อป้องกันโรคอ้วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=30$)

พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนเพื่อ					
ป้องกันโรคอ้วน					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	3.12	0.47	29	.428	.670
กลุ่มควบคุม	3.06	.50			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	3.32	.46	29	-2.454	.017*
กลุ่มควบคุม	3.01	.52			

* $p < .05$

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าภายหลังจากการโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อป้องกันโรคอ้วนสำหรับวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการเรียนรู้ที่ใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบผสมผสานภายใต้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องจากโปรแกรมนี้นำเสนอความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ สื่อสาร ประเมิน และนำข้อมูลและบริการสุขภาพไปใช้ในการดูแลและจัดการปัญหาสุขภาพของตนเอง รวมทั้งความสามารถในการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการสื่อสารและจัดกิจกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มวัยรุ่น (กองสุขศึกษา, 2561) ด้วยกระบวนการที่ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ตลอดเวลา เนื่องจากในโปรแกรมนี้นำแหล่งเรียนรู้ที่มีอยู่หลากหลายจากอินเทอร์เน็ต และหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ วิดีทัศน์ ที่มุ่งพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. มาใช้ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มวัยรุ่นที่มีความสามารถด้านเทคโนโลยี อีกทั้งยังมีกิจกรรมเข้าฐานความรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมเพื่อนสนิทรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมด้วย ซึ่งรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลายทั้งออนไลน์และสอนแบบเผชิญหน้า ทำให้สามารถตอบสนองความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้เรียนได้ไม่มีข้อจำกัด มีความเสมอภาคในการเรียนรู้ สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้และส่งข่าวสารถึงกันได้อย่าง

รวดเร็วผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (ปณิตา วรณพิรุณ, 2554; สุสันหา ยิ้มแย้ม และคณะ, 2558) สอดคล้องกับการวิจัยการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษา (สุกัญญา คณะวาปี และเกศินี สราญฤทธิชัย, 2565) โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการสร้างโอกาสการเรียนรู้ด้านสุขภาพและจัดปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ที่หลากหลายให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานได้มากกว่าการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามปกติ (เอื้อจิต สุขพูล และคณะ, 2563) กล่าวโดยสรุป การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ที่ส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน 7) พฤติกรรมการดูแลรักษาสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นในสถานศึกษาอื่น ๆ ต่อไป โดยใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบผสมผสาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยผลโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายและขยายผลไปยังกลุ่มโรงเรียนในระดับอำเภอหรือชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย, สำนักโภชนาการ. (2564). *สถานการณ์เด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน*.

[https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-](https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/file/doc/2564-1.11-2.pdf)

[upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/file/doc/2564-1.11-2.pdf](https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/file/doc/2564-1.11-2.pdf)

กรมอนามัย, สำนักโภชนาการ. (2565). *รายงานประจำปี 2565 การเฝ้าระวังทางโภชนาศาสตร์*. กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย.

- กองสุขศึกษา. (2561). แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561. โรงพยาบาลนครพิงค์.
<https://www.nkp-hospital.go.th/th/H.ed/mFile/20180627124613.pdf>
- กานต์ธิดา ตันวัฒนถาวร. (2550). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกิน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธีระ วรธนารัตน์. (2558, 24 พฤษภาคม). นพ.ธีระ วรธนารัตน์ “โปรดอย่าว่า รพ.รัฐเลยครับ” Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. <https://www.hfocus.org/content/2015/05/10035>
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2547). ขนาดอิทธิพล การวิเคราะห์อำนาจ การคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม โดยใช้โปรแกรม G* Power. ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปณิตา วรณพิรุณ. (2554). การเรียนแบบผสมผสานจากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. วารสารการอาชีวและเทคนิคศึกษา, 1(2), 43-49.
- พัชราภรณ์ อารีย์, อุมพร ปุญญโสพรรณ, วิจิตร ศรีสุพรรณ, และสถิตย์ วงศ์สุระประกิต. (2556). ผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินต่อระดับไขมันและน้ำตาลในเลือดในสตรีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง. พยาบาลสาร, 40(ฉบับพิเศษ มกราคม), 14-22.
- มนोलี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์. (2559). พฤติกรรมการบริโภค อาหารของกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 3(1), 109-126.
- ยุทธนาท บุญยะชัย. (2566). การเรียนการสอนออนไลน์พัฒนาสู่การเรียนรู้การสอนแบบผสมผสานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีภายใต้ผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติในสถานการณ์โรคระบาดโควิด 19. วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 7(1), 192-212.
- รุ่งนภา อาระหัง. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่ม เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- โรงพยาบาลพระปกเกล้า, กลุ่มงานเวชกรรมสังคม. (2563). การสำรวจภาวะโภชนาการของวัยรุ่นในโรงเรียนในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรี. โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.
- ลักษณะ รุ่งตระกูล. (2562). การประเมินภาวะโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นไทย. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย.
- ศรีบังอร สุวรรณพานิช. (2555). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาสถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตกระบี่. วารสารวิชาการสถาบันการพลศึกษา, 4(1), 29-43.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). การสำรวจพฤติกรรม การบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

- สุกัญญา คณะวาปี, และเกศินี สราญฤทธิชัย. (2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(2), 106-118
- สุลัดดา พงษ์อุทธา, และวาทีณี คุณเผือก (บ.ก.). (2558). *อาหารและโภชนาการในประเทศไทย: เราอยู่ตรงจุดใดในปัจจุบัน: รายงานประจำปีแผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ. แผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ มูลนิธิเพื่อการพัฒนา* นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุสัณหา ยิ้มแย้ม, อำไพ จารุวัชรพาณิชกุล, จันทรรัตน์ เจริญสันติ, อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา, ปิยะนุช ชูโต, และนงลักษณ์ เฉลิมสุข. (2558). การพัฒนาการจัดการ เรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21. *พยาบาลสาร*, 42(ฉบับพิเศษ พฤศจิกายน), 129-140.
- เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, และวัชรวิงค์ หวังมัน. (2563). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(3), 419-429
- อรณิชา โพธิ์หมื่นทิพย์ (2564). *ประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม* โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
- Burns, N., & Grove, S. (2009) *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6th ed.). Saunders Elsevier.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in to the 21st century Department of Public Health and Community Medicine (Vol. 15)*. University of Sydney, Australia.
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Santrock, J. W. (2012). *Child development* (13th ed.). McGraw Hill.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษา
ที่กำลังศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์

นราวุธ ลินสุพรรณ, ส.ม.*

กัญญา กิ่งจันทร์, วท.ม.** สุรรัตน์ สืบสันต์, วท.ม.**

นภา วงษ์ศรี, วท.ม.** อัจฉรา แผลมทอง, วท.บ.***

Received: January 31, 2024

Revised: February 24, 2024

Accepted: February 28, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษาที่กำลังศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยวิธีการแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด และสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นจำนวน 320 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ทศนคติต่อบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ การเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และความต้องการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ด้วยวิธีของคูเดอร์ริชาร์ดสัน เท่ากับ 0.84 ทศนคติต่อบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และความต้องการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ด้วยวิธีการสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.71 และ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติโคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75 มีอายุระหว่าง 18-21 ปี (ร้อยละ 55) ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาได้เข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 35.30 ส่วนใหญ่รับบริการถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิดร้อยละ 97.35 และ 52.21 ตามลำดับ ความต้องการเกี่ยวกับการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาพบว่าต้องการให้มีบริการด้านการศึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยวัยรุ่น และให้ค่าปรึกษาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 73.13 โดยปัจจัยด้านเพศ การมีเพศสัมพันธ์ อายุ สถานที่พักและค่าใช้จ่ายที่ได้รับ มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้น มหาวิทยาลัยควรจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษา เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คำสำคัญ: อนามัยการเจริญพันธุ์ นักศึกษา บริการอนามัยการเจริญพันธุ์

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: wut5572@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

*** นักวิทยาศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

**Factors Associated with Access to Reproductive Health Services of Students
at a University in Surin Province**

Narawut Sinsupun, M.PH^{*}

Kanya Kingchan, M.Sc^{**} Sureerat Suebsan, M.Sc^{**}

Napa Wongsri, M.Sc^{**} Atchara Leamthong, B.Sc^{***}

Abstract

This descriptive research aimed to explore factors associated with access to reproductive health services among students studying at a university in Surin Province. Participants were recruited through purposive sampling, adhering to specific study criteria, resulting in 320 student participants randomized using a stratified random sampling technique. The questionnaires comprised a demographic survey, a knowledge questionnaire of reproductive health services, an attitude towards reproductive health services questionnaire, an access to reproductive health services questionnaire, and a needs assessment for reproductive health services. The knowledge questionnaire of reproductive health services demonstrated a Kuder-Richardson reliability of 0.84, while the attitude towards reproductive health services and the needs for reproductive health services presented Cronbach's alpha coefficients of 0.71 and 0.94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and chi-square.

The results indicated that the majority of participants were female (75%), and their ages ranged between 18 and 21 years (55.0%). Over the last 6 months, participants reported utilizing reproductive health services (35.30%), with 97.35% receiving condoms and 52.21% receiving contraception pills. The needs for reproductive health services in the university revealed that students demand services providing adolescent health education and reproductive health counseling at 73.13%. Furthermore, factors included sex, sexual experience, age, place of residence, and expenses received demonstrated statistically significant associations ($p < 0.05$) with access to reproductive health services. Therefore, the university should provide reproductive health services that align with students' demands to prevent pregnancy and sexually transmitted diseases.

Keywords: Reproductive health, Students, Reproductive health services

^{*} Assistant Professor, Faculty of Science and Technology, Surindra Rajabhat University; Corresponding Author
E-mail: wut5572@gmail.com

^{**} Assistant Professor, Faculty of Science and Technology, Surindra Rajabhat University

^{***} Scientist, Faculty of Science and Technology, Surindra Rajabhat University

บทนำ

อนามัยการเจริญพันธุ์เป็นเป็นภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจที่เป็นผลจากกระบวนการและหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ทั้งชายและหญิงทุกช่วงอายุของชีวิต ซึ่งบริการอนามัยการเจริญพันธุ์นั้นมีความจำเป็นสำหรับนักศึกษาเพื่อให้นักศึกษาสามารถเลือกใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ (สมศักดิ์ สุทัศน์วรรุฒิ และคณะ, 2553) โดยการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์นั้นเป็นสิทธิที่นักศึกษาสามารถเข้ารับบริการได้ ตามพระราชบัญญัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 มาตรา 5 วัยรุ่นมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง และมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ตลอดจนได้รับการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ (พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559, 2559) ซึ่งการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์นั้นเป็นการให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มนักศึกษา เช่น การได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิดที่เหมาะสม ตลอดจนการได้รับคำแนะนำหรือการส่งต่อวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชน ได้แก่ ปัญหาการตั้งครรภ์ การคลอดและการแท้ง การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การได้รับผลกระทบในระยะยาวจากการอักเสบในระบบสืบพันธุ์ (สมศักดิ์ สุทัศน์วรรุฒิ และคณะ, 2553)

แม้ว่าสถานการณ์การเกิดของเด็กเกิดใหม่ในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากปี 2554 ที่มีเด็กเกิดใหม่ จำนวน 782,198 คน และในปี 2565 มีจำนวนเด็กเกิดใหม่ 485,085 คน และมีแนวโน้มจะลดลงอีก แต่ในกลุ่มวัยรุ่นยังพบปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรอย่างต่อเนื่อง จากสถานการณ์ของกรมอนามัยปี 2565 พบว่าวัยรุ่นหญิงอายุ 10-19 ปี คลอดบุตรทั้งสิ้น 42,457 คน หรือเฉลี่ย 116 คนต่อวัน (ปณัฐพงศ์ นรดี, 2566) นอกจากนั้นแล้วยังพบว่าเยาวชนมีการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยในช่วงปี 2557 -2561 พบว่ามีเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีแนวโน้มการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี 2557 ซึ่งพบว่ามีอัตราป่วย 54.2 ต่อแสนประชากร เป็น 104.7 ต่อแสนประชากร ในปี 2561 และพบว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบอัตราป่วยสูงที่สุดคือ โรคหนองใน โดยพบว่ามีอัตราป่วย 63.7 ต่อแสนประชากร (สิริพร มนยฤทธิ์, 2563) และนอกจากนั้นแล้วยังพบว่าโรคซิฟิลิสมีอัตราป่วยสูงขึ้นเป็น 2 เท่าจากปี 2560 โดยพบว่ามีอัตราป่วย 14.83 ต่อแสนประชากร ในปี 2564 (กรมควบคุมโรค, 2565) จะเห็นว่าปัญหาการตั้งครรภ์ และการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้นเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งหากวัยรุ่นได้เข้าถึงการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ครอบคลุมทั้งในด้าน การใช้ถุงยางอนามัย การใส่ยาคุมกำเนิด หรือการปรึกษาปัญหาด้านสุขอนามัยวัยรุ่น อาจส่งผลให้แนวโน้มการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นลดลงได้

จังหวัดสุรินทร์เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีสถานศึกษาของรัฐที่จัดบริการการศึกษาในระดับวิชาชีพหรือระดับอุดมศึกษาอยู่หลายแห่ง ซึ่งวัยรุ่นที่มาทำการศึกษามาจากต่างพื้นที่และอาศัยอยู่ตามหอพักต่าง ๆ ในเขตจังหวัดสุรินทร์ เนื่องจากนักศึกษาเป็นกลุ่มเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 20-24 ปี ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยในหอพักภายนอกมหาวิทยาลัย ทำให้เยาวชนมีโอกาสในการคบหากันมากขึ้น และอาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันไม่ว่าจะเป็นการใช้ถุงยางอนามัย หรือยาคุมกำเนิด และอาจนำไปสู่การตั้งครรภ์ และการเกิดโรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์ได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องศึกษาการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ความต้องการด้านบริการอนามัยเจริญพันธุ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ โดยประยุกต์แนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996 อ้างถึงใน อภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2554) โดยแบบจำลองของเพนเดอร์ได้อธิบายถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคล คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ด้านการใช้ถุงยางอนามัย และการใช้ยาคุมกำเนิด โดยปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานที่พัก ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ นอกจากนั้น หากนักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และทัศนคติที่ดีต่อการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ (วรวรรณ์ ทิพย์วาริรัมย์ และคณะ, 2563) ไม่ว่าจะเป็นการใช้ถุงยางอนามัย การใช้คุมกำเนิด การขอรับคำปรึกษาปัญหาสุขภาพทางเพศ อาจส่งผลให้วัยรุ่นมีการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ ตลอดจนปัจจัยด้านประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ (ณัฐดนัย โมรากุล และคณะ, 2563) อาจทำให้วัยรุ่นรู้ช่องทางในการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์มากขึ้น โดยผลการศึกษาสามารถเป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มนักศึกษา ตลอดจนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตร (Youth Friendly Health Service [YFHS]) แก่นักศึกษาในสถานศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์

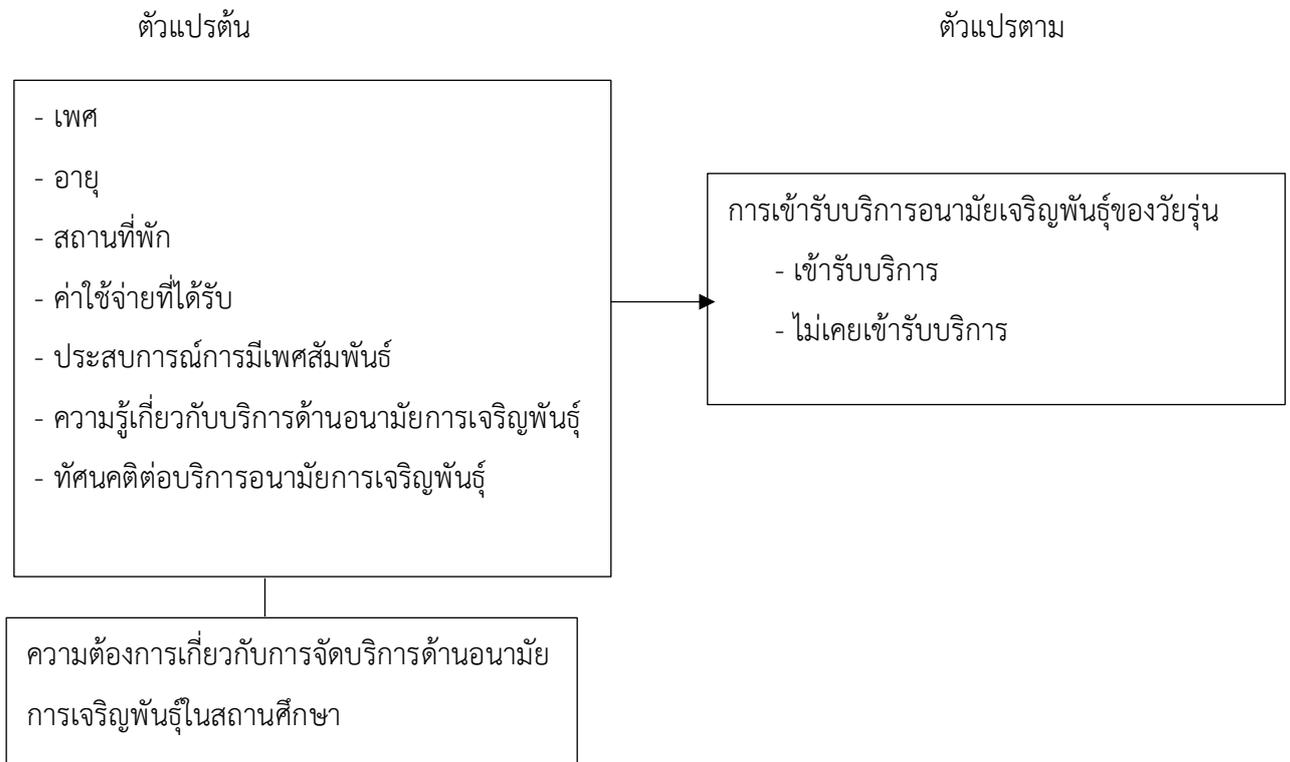
1. เพื่อศึกษาการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาความต้องการด้านบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996 อ้างถึงใน อภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2554) โดยแบบจำลองของเพนเดอร์ได้อธิบายถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (วรวรรณ์ ทิพย์วาริรัมย์ และคณะ, 2563; ณัฐดนัย โมรากุล และคณะ, 2563) ได้แก่ เพศ อายุ สถานที่พัก ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ความรู้เกี่ยวกับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยศึกษากับนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตจังหวัดสุรินทร์ โดยทำการศึกษา เดือนมิถุนายน – เดือนตุลาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือนักศึกษาระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 6,153 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาในมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบขนาดประชากร ได้ค่าสัดส่วนของคนที่เข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ด้านถุงยางอนามัย 0.24 มาคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบขนาดประชากร (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2558) ดังต่อไปนี้

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

เมื่อ

N = จำนวนประชากร

Z = สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 1.96 เมื่อกำหนดให้ค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

P = ค่าสัดส่วนของการเข้ารับบริการสุขภาพอนามัยจากการศึกษาของ วรวรรณ์ ทิพย์วาริรัมย์ และคณะ (2563)

e = ความคาดเคลื่อนของการประมาณค่าที่แตกต่างไปจากค่าจริงที่ยอมรับให้เกิดขึ้นเท่ากับ 0.05
แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{6,153 \times 1.96^2 \times 0.24(1-0.24)}{0.05^2(6,153-1)+1.96^2 \times 0.24(1-0.24)}$$

= 320 คน

การสุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified sampling) และคำนวณสัดส่วนประชากรของแต่ละชั้นภูมิ จากนั้นคัดเลือกตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดจนได้ครบตามจำนวน

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ

1) เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีภาคปกติชั้นปีที่ 1-4 และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์

2) มีความสมัครใจและยินดีตอบแบบสอบถามการเก็บข้อมูลในการทำวิจัย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

นักศึกษาที่เคยมีบุตรมาก่อน หรือเคยคลอดบุตรมาก่อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นปี ค่าใช้จ่ายที่ได้รับในแต่ละเดือน สถานที่พักอาศัยระหว่างเรียน บุคคลที่พักอาศัยด้วย ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ (2563) ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 10 ข้อ มีการประเมินผลแบบอิงเกณฑ์ แบ่งระดับดังนี้ ความรู้อยู่ในระดับสูง หมายถึงคะแนน 8-10 คะแนน ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง คะแนน 6-7 คะแนน ความรู้อยู่ในระดับต่ำ หมายถึง คะแนน 0-5 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ (2563) ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ โดยข้อคำถามมีทั้งข้อคำถามเชิงบวก และเชิงลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ กรณีที่เป็นข้อคำถามเชิง

บวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 5 คะแนน เห็นด้วย ได้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ได้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยได้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งได้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ เห็นด้วยอย่างยิ่งได้ 1 คะแนน เห็นด้วยได้ 2 คะแนน ไม่แน่ใจได้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยได้ 4 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งได้ 5 คะแนน การแปลผลคะแนนของทัศนคติต่อบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ใช้วิธีอันตรายภาคชั้น 3 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้ คะแนนช่วง 10.0-23.30 หมายถึง มีทัศนคติระดับต่ำ คะแนนช่วง 23.31-36.60 หมายถึง มีทัศนคติระดับปานกลาง คะแนนช่วง 36.61-50.00 หมายถึง มีทัศนคติระดับดี (อุไรวรรณ นิลเต่า และคณะ, 2564)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษา นักศึกษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ (2563) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลการเข้ารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษา ปัญหาและอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความต้องการเกี่ยวกับการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ (2563) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ แบ่งระดับความต้องการเป็น 3 ระดับ ได้แก่ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษา จำนวน 8 ข้อ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาซึ่งทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และได้้นำเครื่องมือการวิจัยไปทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษาในเขตจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 ชุด ทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ด้วยวิธีของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และความต้องการเกี่ยวกับการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ด้วยวิธีของครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 และ 0.94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ เลขที่ HE 651001 ลงวันที่ 24 มีนาคม 2565 โดยผู้วิจัยทำการขอความสมัครใจจากนักศึกษาและชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยไม่ได้รับข้อของอาสาสมัครแต่อย่างใด โดยผลการศึกษานำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลเพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น หากอาสาสมัครวิจัยรู้สึกไม่สบายใจในการให้ข้อมูล สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้เสมอ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตจากอาจารย์ผู้สอนเพื่อขอเข้าเก็บข้อมูลจากนักศึกษา จากนั้นขออนุญาตนักศึกษาเพื่อเก็บข้อมูลโดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และมอบหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้นักศึกษาอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยนั่งเว้นระยะห่าง

เพื่อให้ให้นักศึกษาได้ตอบคำถามได้อย่างอิสระหากนักศึกษาไม่เข้าใจประเด็นใดสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ทุกเมื่อ
จากนั้นเก็บข้อมูลตามเครื่องมือวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ทศนคติต่อบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ การเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ความต้องเกี่ยวกับการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. ข้อมูลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square Test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 และเพศชาย ร้อยละ 25.00 ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 55.00 ($M = 20.56, SD = 1.29$) ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 67.20 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน 3,001-4,500 บาท ร้อยละ 46.90 ส่วนใหญ่พักภายนอกมหาวิทยาลัย ร้อยละ 72.50 ส่วนใหญ่พักคนเดียว ร้อยละ 62.20 ด้านประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 48.80 รองลงมาคือ เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 36.60 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	80	25.00
หญิง	240	75.00
อายุ		
น้อยกว่า 21	176	55.00
21 ปีขึ้นไป	144	45.00
$M = 20.56, SD = 1.29, Min = 18, Max = 30$		
ชั้นปี		
1	21	6.60
2	40	12.50
3	215	67.20
4	44	13.80

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ค่าใช้จ่าย		
< 3,000 บาท	59	18.40
3,001-4,500 บาท	150	46.90
4,501-6,000 บาท	70	21.90
> 6,000 บาท	41	12.80
สถานที่พัก		
หอพักภายนอกมหาวิทยาลัย	232	72.50
บ้านตนเอง	44	13.80
หอพักในมหาวิทยาลัย	35	10.90
บ้านญาติ	9	2.80
บุคคลที่พักอาศัยด้วย		
พักคนเดียว	199	62.20
เพื่อนเพศเดียวกัน	45	14.10
พ่อ แม่	42	13.10
ญาติพี่น้อง	24	7.50
แฟน/คู่รัก	9	2.80
เพื่อนต่างเพศ	1	0.30
ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา		
เคย	117	36.60
ไม่เคย	156	48.80
ไม่ประสงค์ตอบ	47	14.70

2. ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์

ความรู้เกี่ยวกับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 6.75$, $SD = 2.15$) เมื่อจำแนกความรู้เกี่ยวกับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 51.60 รองลงมาคือระดับสูงร้อยละ 31.90 และระดับต่ำร้อยละ 16.60 ตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวน ร้อยละความรู้เกี่ยวกับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง (8-10 คะแนน)	102	31.90
ความรู้ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	165	51.60
ความรู้ระดับต่ำ (น้อยกว่า 6 คะแนน)	53	16.60

$M = 6.75$ $SD = 2.15$ Min = 1 Max = 10

3. ทักษะคิดต่อการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์

ทักษะคิดต่อการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 39.58$, $SD = 4.86$) เมื่อจำแนกทักษะคิดต่อการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.00 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 25.00 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

จำนวน ร้อยละทักษะคิดต่อการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์

ระดับทักษะคิด	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะคิดระดับดี (36.61-50.00)	240	75.00
ทักษะคิดระดับปานกลาง (23.31-36.60)	80	25.00

$M = 39.58$ $SD = 4.86$ Min = 28 Max = 50

4. ข้อมูลการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์

การเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษาพบว่า ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา นักศึกษาเคยเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ร้อยละ 35.30 บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่ใช้บริการถุงยางอนามัย ร้อยละ 97.35 ด้านปัญหาและอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามีหน่วยงานใดที่มีบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ร้อยละ 72.99 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

จำนวน ร้อยละ การเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์

การเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์	จำนวน	ร้อยละ
1. การเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา		
เคย	113	35.30
ไม่เคย	207	64.70
2. บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เคยเข้ารับบริการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n = 113)		
ถุงยางอนามัย	110	97.35
ยาเม็ดคุมกำเนิด	59	52.21
ปรึกษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	15	13.27
รักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	9	7.96
3. ปัญหาและอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n = 207)		
ไม่ทราบว่ามีหน่วยงานใดบ้างที่มีบริการอนามัยการเจริญพันธุ์	164	79.22
ไม่ทราบช่องทางในการเข้ารับบริการ	142	68.59
อายุที่จะปรึกษาปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	129	62.32
อายุที่จะขอรับบริการถุงยางอนามัยและยาคุมกำเนิด	83	40.09

5. ความต้องการเกี่ยวกับการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษา

ความต้องการเกี่ยวกับการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่นักศึกษามีความต้องการบริการในระดับมากด้านการให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องสุขภาพอนามัยแก่วัยรุ่น และบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ร้อยละ 73.13 รองลงมาคือบริการเวชภัณฑ์ในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 72.50 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

จำนวน ร้อยละ ระดับความต้องการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์

ข้อ	บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	ระดับความต้องการ		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
1.	บริการการคัดกรองความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และ HIV	164 (51.25)	129 (40.31)	27 (8.44)
2.	บริการให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องสุขภาพอนามัยแก่วัยรุ่น	234 (73.13)	76 (23.75)	10 (3.13)
3.	บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์	234 (73.13)	73 (22.81)	13 (4.06)

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อ	บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	ระดับความต้องการ		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
4.	บริการเวชภัณฑ์ในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	232 (72.50)	73 (22.81)	15 (4.69)
5.	บริการส่งต่อเพื่อรับบริการคลินิกอื่นๆ	188 (58.75)	105 (32.81)	27 (8.44)
6.	บริการอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์	218 (68.16)	84 (26.25)	18 (5.63)
7.	บริการเว็บไซต์ เพื่อให้บริการข้อมูลข่าวสารและให้คำปรึกษาปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์	219 (68.44)	81 (26.25)	17 (5.31)
8.	บริการตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ด้วยความสมัครใจ	197 (61.56)	100 (31.25)	23 (7.19)

6. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์

ปัจจัยด้านเพศ และประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และอายุ สถานที่พัก และค่าใช้จ่ายที่ได้รับ มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนทัศนคติต่อการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ กับความรู้เกี่ยวกับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษา ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6

ค่าไคสแควร์แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์

ปัจจัย	เคยรับบริการ	ไม่เคยรับบริการ	χ^2	p - value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			55.21	< 0.001*
ชาย	55 (68.70)	25(31.30)		
หญิง	58(24.20)	182(75.80)		
อายุ			6.40	0.04*
≤19 ปี	10(29.40)	24(70.60)		
20-21 ปี	78(32.90)	159(67.10)		
22 ปีขึ้นไป	25(51.00)	24(49.00)		

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัย	เคยรับบริการ	ไม่เคยรับบริการ	χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
สถานที่พัก			9.23	0.02*
ภายนอกมหา วิทยาลัย	84(36.20)	148(63.80)		
บ้านตัวเอง	13(29.50)	31(70.50)		
ภายในมหาวิทยาลัย	9(25.70)	26(74.30)		
บ้านญาติ	7(77.80)	2(22.20)		
ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ			4.67	0.03*
≤ 3000 บาท	28(47.50)	21(52.50)		
3001 บาทขึ้นไป	85(32.60)	176(67.40)		
ประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์			217.46	< 0.001*
เคย	102(87.20)	15(12.80)		
ไม่เคย	7(4.50)	149(95.50)		
ไม่ประสงค์ตอบ	4(8.50)	43(91.50)		
ทัศนคติต่อการเข้ารับบริการอนามัย			1.02	0.31
การเจริญพันธุ์				
ระดับปานกลาง	32(40.00)	48(60.00)		
ระดับดี	81(33.80)	159(66.30)		
ความรู้เกี่ยวกับบริการอนามัยการ			1.01	0.60
เจริญพันธุ์				
ระดับต่ำ	18(34.00)	35(66.00)		
ระดับปานกลาง	55(33.30)	110(66.70)		
ระดับสูง	40(39.20)	62(60.80)		

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

อภิปรายผล

การเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ร้อยละ 64.70 อาจเนื่องจากส่วนใหญ่ นักศึกษาไม่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความพร้อมและทัศนคติต่อการเรียนของนักศึกษาด้วย ส่วนในการเคยเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์มีเพียงร้อยละ 35.30 ซึ่งบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่นักศึกษาใช้บริการคือ ฤกษ์งามอนามัย ร้อยละ 97.35 ยาเม็ดคุมกำเนิดร้อยละ 52.21 จะเห็นได้ว่าการใช้ยาคุมกำเนิดในกลุ่มนักศึกษา มีเพียงร้อยละ 52.21 ซึ่งจากผลการศึกษาของมัชฌิมวุฒิ หวลถนอม และเสาวนีย์ ทองพนคุณ (2563) พบว่า นิสิตหญิงที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี มีการตัดสินใจใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 67.50

ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งของการใช้ยาคุมกำเนิดที่มีอัตราน้อยกว่าการใช้ถุงยางอนามัย ส่วนจากผลการศึกษาในประเด็นการใช้ถุงยางอนามัยนั้นใกล้เคียงกับการศึกษาของณัฐดนัย โมรากุล และคณะ (2563) ที่พบว่า นักศึกษามีการเลือกใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 90.40 และยาเม็ดคุมกำเนิดร้อยละ 57.20 เนื่องจากถุงยางอนามัยเป็นวิธีการป้องกันที่ดีที่สุดในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และถุงยางอนามัยสามารถเข้าถึงได้ง่ายหาซื้อได้ในร้านสะดวกซื้อ ร้านขายยา เป็นต้น และเนื่องจากเป็นวิธีที่สะดวกไม่ยุ่งยาก นักศึกษาไม่ต้องมีการเตรียมตัวล่วงหน้าก็สามารถเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบถุงยางอนามัยได้

ความต้องการเกี่ยวกับการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาพบว่า นักศึกษามีความต้องการให้หน่วยงานจัดบริการด้านการให้ความรู้ ให้คำแนะนำ จัดบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพวัยรุ่น และอนามัยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 73.13 รองลงมาคือบริการด้านเวชภัณฑ์ในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 72.50 สอดคล้องกับรูปแบบการให้บริการสุขอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรคือมีบริการด้านให้ความรู้แก่เยาวชนและวัยรุ่นเพื่อสร้างสุขภาวะทางเพศและป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตลอดจนจัดให้มีช่องทางการเข้าถึงถุงยางอนามัยที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนและวัยรุ่น (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2564) ดังนั้นสถานศึกษาอาจจัดให้มีบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น ส่งเสริมกิจกรรมที่ให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมมากขึ้น การมีนโยบายที่ชัดเจนของสถานศึกษาสำหรับการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น (จิรภา ผ่องแผ้ว และธัญญาศรัณย์ วรปรัชญชยุตม์, 2561) เพื่อให้วัยรุ่นได้เข้าถึงบริการได้มากขึ้นและนำไปสู่การลดการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอนาคต

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ หมิงลี่ กัน และประภัสสร วิเศษประภา (2564) ที่พบว่าปัจจัยด้านเพศมีอิทธิพลกับความตั้งใจซื้อถุงยางอนามัยบนช่องทางออนไลน์ จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่เพศชายเคยรับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ร้อยละ 68.70 แสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงถุงยางอนามัยนั้นเพศชายมีบทบาทที่ชัดเจนมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายมีประสบการณ์ทางเพศมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ นิลเต่า และคณะ (2564) ที่พบว่าเพศชายมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 72 อาจทำให้เพศชายต้องมีการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์เกี่ยวกับการขอรับถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันตนเองจากการมีเพศสัมพันธ์นั่นเอง ในด้านอายุ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ นิลเต่า และคณะ (2564) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัย โดยผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่อายุ 21 ปีขึ้นไป มีการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ร้อยละ 43.10 และบริการส่วนใหญ่คือการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 97.35 ทั้งนี้เนื่องจากอายุที่มากขึ้นประสบการณ์ทางเพศอาจมีมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของโรจกร ลือมงคล (2563) ที่พบว่าเมื่ออายุมากขึ้นมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น กล่าวคือผู้ที่มีอายุที่มากขึ้น และมีประสบการณ์ทางเพศจึงมีโอกาสในการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ ด้านสถานที่พักอาศัยระหว่างเรียนพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ จากผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ที่พักอาศัยภายนอกมหาวิทยาลัยร้อยละ 72.50 และส่วนใหญ่พักคนเดียวร้อยละ 62.20

การพักภายนอกมหาวิทยาลัยและพักอาศัยคนเดียวเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา อาจเนื่องมาจากนักศึกษามีความอิสระ ตลอดจนมีความสะดวกในการพูดคุยกับเพื่อนเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ (วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์ และคณะ, 2563) และอาจนำไปสู่การเลือกใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในนักศึกษาได้ ด้านค่าใช้จ่ายที่ได้รับพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ที่นักศึกษาได้รับในระหว่างเรียนไม่เกิน 4,500 บาทต่อเดือน แต่กลุ่มที่มีการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์มากที่สุดคือกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายไม่เกิน 3,000 บาทต่อเดือน โดยมีการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ร้อยละ 47.50 อาจเป็นเพราะว่าการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษาส่วนใหญ่เป็นการใช้บริการอนามัยฉุกเฉิน ซึ่งแหล่งให้บริการฉุกเฉินมีหลากหลายทั้งบริการจากหน่วยงานสาธารณสุขภายในจังหวัด และสถานบริการสาธารณสุข ตลอดจนราคาฉุกเฉินที่ขายตามร้านสะดวกซื้อไม่สูงมากนักทำให้นักศึกษาสามารถเข้าถึงบริการเหล่านี้ได้ง่ายขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ หมิงลี่ กั้น และประภัสสร วิเศษประภา (2564) ที่พบว่าค่าใช้จ่ายเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจซื้อถุงยางอนามัยบนช่องทางออนไลน์ ด้านประสบการณ์ทางเพศพบว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ร้อยละ 87.20 จากผลการศึกษาจะเห็นว่าการเคยมีประสบการณ์ทางเพศทำให้นักศึกษาได้มีโอกาสเรียนรู้ด้วยตนเอง เกิดประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในวัยเรียน และป้องกันการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐดนัย โมรากุล และคณะ (2563) พบว่านักศึกษาที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกวิธีการคุมกำเนิด

ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการรับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของภรณ์ทิพา จำปา และคณะ (2563) ที่พบว่าทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิด ซึ่งผลการศึกษาพบว่านักศึกษาที่มีทัศนคติระดับดี และปานกลาง มีการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ใกล้เคียงกัน อาจเนื่องจากวัยรุ่นมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นเรื่องยาก ตลอดจนอาจไม่ทราบสถานบริการใดบ้างที่ให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น (ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ, 2559) และปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์สอดคล้องกับผลการศึกษาของภรณ์ทิพา จำปา และคณะ (2563) ที่พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิด และสอดคล้องกับผลการศึกษาของวรวรรณ ทิพย์วาริรมย์ และคณะ (2563) ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่านักศึกษาที่มีความรู้ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ มีการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ใกล้เคียงกัน จากผลการศึกษาดังกล่าวทำให้ปัจจัยทั้งสองปัจจัยไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ อาจเนื่องมาจากมุมมองของนักศึกษาในการป้องกันตนเองจากการมีเพศสัมพันธ์อาจไม่เกี่ยวข้องกันกับทัศนคติ และความรู้ เนื่องจากปัจจุบันนักศึกษาสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เพื่อศึกษาด้วยตนเองเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ง่าย จึงทำให้ทัศนคติและความรู้ไม่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่จะเป็นปัจจัยด้านส่วนบุคคลมากกว่าได้แก่ ความสะดวกของนักศึกษา และความพร้อมของนักศึกษานั้นเอง

การศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ สถานที่พัก ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ ประสบการณ์ มีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ซึ่งสอดคล้องตามกรอบแนวคิดที่นำมาศึกษา แต่มีความแตกต่างกันในปัจจัยด้านทัศนคติ และความรู้ ที่พบว่าไม่สอดคล้องกับแนวคิดในการศึกษา อย่างไรก็ตามสถานศึกษาควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่จำเป็นสำหรับนักศึกษา และมีการจัดบริการต่าง ๆ เกี่ยวกับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สอดคล้องกับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาได้เข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ง่ายขึ้น เช่น บริการถุงยางอนามัย บริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิด และบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขอนามัยทางเพศของนักศึกษา นอกจากนี้มหาวิทยาลัยอาจส่งบุคลากรที่รับผิดชอบงานบริการสุขภาพของนักศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะด้านการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มนักศึกษาและมีการสร้างเครือข่ายกับโรงพยาบาลของรัฐเพื่อการส่งต่อวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านการเจริญพันธุ์ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถาบันการศึกษาควรจัดให้มีบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นที่สอดคล้องตามความต้องการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษา
2. สถาบันการศึกษาสนับสนุนให้บุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพเข้ารับการพัฒนาทักษะด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพวัยรุ่น และการจัดกิจกรรมโครงการต่างๆ เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มนักศึกษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการพัฒนาารูปแบบการให้บริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นเพื่อให้สอดคล้องตรงกับกลุ่มและสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย
2. ควรศึกษาและพัฒนาช่องทางในการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่จำเป็นสำหรับวัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2565). *กรมควบคุมโรค พยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ รายสัปดาห์ ฉบับที่ 5/65 (วันที่ 6-12 กุมภาพันธ์ 2565)*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/ddce/files/พยากรณ์โรค%20ฉ.5-65%20โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์%20edit.pdf>
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กรมสุขภาพจิต, และกรมควบคุมโรค. (2559). *คู่มืออำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ฉบับบูรณาการ*. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. <https://rh.anamai.moph.go.th/th/local-administrative-organization-download>
- จิรภา ผ่องแผ้ว, และฉวีัญญาศัภค วรปรัชญชยุตม์. (2561). *การพัฒนาการดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นเขตสุขภาพที่ 9 ให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน*. ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, วนิดา ศรีพรหมษา, ดวงพร ถิ่นถา, สถิตาภรณ์ สุระถิตย์, และเพ็ญศรี ศรีจันทร์. (2559).

การจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นตามการรับรู้ของวัยรุ่นในชนบท
จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*, 17(2), 43-56.

ณัฐดนัย โมรากุล, รณภูมิ สามัคคีคารมย์, ปฐมพงศ์ สมคง, กฤติน อินคำปิ่น, ธัญชนก สวนสอน, ชุตติมณฑน
กสินร, และสิริมา มงคลสัมฤทธิ์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกวิถีคุมกำเนิดใน
นักศึกษาาระดับปริญญาตรี ของมหาวิทยาลัยรัฐ. *วารสารสหศาสตร์*, 20(2), 86-97.

ปณัฐพงศ์ นรดี. (2566). วัยรุ่นยุคใหม่ ใช้ชีวิตที่เราเลือกได้. *วารสารสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย*
44. 11-16.

พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. (2559, 31 มีนาคม).

ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 133 ตอนที่ 30 ก. หน้า 1-9.

ภรณ์ทิพา จำปา, วัชรภรณ์ เหล็กศิริ, และเสาวลักษณ์ เสง้อัน. (2563). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้
ยาคุมกำเนิดของวัยรุ่นหญิงช่วงอายุ 17-22 ปี ในเขตตำบลน้ำคำ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ.

วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา, 7(2), 125-136.

มัชฌญาตี ทวลถนอม, และเสาวนีย์ ทองนพคุณ (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการตัดสินใจใช้ยา
คุมกำเนิดฉุกเฉินของนิสิตหญิงระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี.

วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(6), 976-985.

โรจกร ลือมงคล. (2563). การมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดรัฐบาล อำเภอคอน
สวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. *ชัยภูมิเวชสาร*, 40(2), 13-24.

วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์, ชุตติมา ชลาชนเดชะ, และอุมาพร ห่านรุ่งชโรทร. (2563). ปัจจัยทำนายการใช้ถุงยาง
อนามัยในนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3), 69-79.

สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิมล, ภารดี ชาญสมร, ยุพา พูนขำ, ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, สุวชัย อินทรประเสริฐ, และกิตติพงษ์
แจ่มแจ้ง (บ.ก.). (2553). *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข* (พิมพ์
ครั้งที่ 2). สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก

<https://rh.anamai.moph.go.th/th/about-reproductive-health/2592#wow-book/>

สิริพร มนยฤทธิ์. (2563). *สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักในเยาวชนสำหรับประเทศไทย*
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2561. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค.

https://ddc.moph.go.th/das/journal_detail.php?publish=10060

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2564). *รายงานสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลและความรู้*.

<https://rh.anamai.moph.go.th/web->

[upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/tinymce/kpi64/1_13/1_13_1-21.pdf](https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/tinymce/kpi64/1_13/1_13_1-21.pdf)

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2563). *รายงานประจำปี 2563 สำนักอนามัยเจริญพันธุ์*.

<https://rh.anamai.moph.go.th/th/department-yearly-report/200929>

หมิงลี่ กั้น, และประภัสสร วิเศษประภา. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้อย่างอนาถบนช่องทางออนไลน์
ของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

<https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/vlt15-2/6114993881.pdf>

อรุณ จิรวัดน์กุล. (2558). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. วิทยพัฒน์.

อุไรวรรณ นิลเต่า, ชันัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2564). พฤติกรรมการใช้อย่างอนาถของ
นักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 7(1), 7-59.

อาภาพร ผนวฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุณีย์ ละกำป็น, และขวัญใจ อำนางสัตย์ชื่อ. (2554). การสร้างเสริม
สุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. คลังนานาวิทยา.

การประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองด้วย Color Chart ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
และโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอำเภองาว จังหวัดลำปาง

รณชัย บัวบาง, พ.บ.*

กฤษฎี ทองบรรจบ, พ.บ.**

ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, ปร.ด.***

Received: February 1, 2024

Revised: March 8, 2024

Accepted: March 13, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านโรคหลอดเลือดสมองด้วยตารางสี ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์คุณสมบัติเฉพาะของการใช้ตารางสีเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากฐานข้อมูล ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มารักษาโรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวน 7,338 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองโดยใช้ตารางสี ค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินที่วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ (Spearman rho) อยู่ในระดับดีมาก ($r_s=1.00$, $p=.000$) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความไว ความจำเพาะ ค่าทำนายการเป็นโรค ค่าทำนายการไม่เป็นโรค และความถูกต้อง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มโรคที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้วยตารางสี ส่วนใหญ่ ($\geq 80\%$) มีผลการประเมินในระดับความเสี่ยงต่ำและปานกลาง โดยผลการประเมินด้วยตารางสีมีความสัมพันธ์กับผลการวินิจฉัยจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.0001$) การวิเคราะห์คุณสมบัติเฉพาะของด้านของการใช้ตารางสีเปรียบเทียบกับผลจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบว่า เมื่อใช้เกณฑ์จุดตัดตามตารางสีตั้งแต่ระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป ($\geq 10\%$) จะได้ค่าความไว (sensitivity) 70.19% ดีกว่าใช้เกณฑ์ที่ระดับเสี่ยงสูงขึ้นไป ($\geq 20\%$) ทั้งนี้ค่าทำนายการเป็นโรคและไม่เป็นโรค มีค่าใกล้เคียงกัน ข้อเสนอแนะการประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ตารางสี มีความง่ายในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่ำ และเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินตารางสี

* โรงพยาบาลงาว จ.ลำปาง; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: Ronbuabang@gmail.com

** โรงพยาบาลเสริมงาม จ.ลำปาง

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จ.ลำปาง

Stroke Risk Assessment Using Color Chart in Patients with Diabetes Mellitus and Hypertension, Ngao District Hospital, Lampang Province

Ronnachai Buabang, M.D.*

Krid Thongbunjob, M.D.**

Sriprapai Inchaihep, Ph.D.***

Abstract

This retrospective study aimed to assess the risk of stroke with a Color Chart table in patients with diabetes and high blood pressure and assessed the diagnostic test of color chart stroke risk assessment compared to computerized tomography diagnosis. The 7,338 samples were selected by purposive sampling from a database of patients with diabetes and high blood pressure who received treatment from Ngao Hospital, Lampang Province, from 1 October 2021 to 30 September 2022. Research tools include heart disease and stroke risk assessment forms using color chart tables. There is reliability between raters analyzed with correlation statistics (Spearman rho) at a very good level ($r_s=1.00, p = .000$). Data were analyzed using descriptive statistics, sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value, and accuracy.

The study found that the color chart stroke risk assessment of more than 80.0% of samples in both diseases was in low and moderate risk. The results from Color chart stroke risk assessment were highly statistically significant ($p < 0.0001$) with computerized tomography diagnosis. When using the criteria from the color chart at the moderate to high-risk level (10%), the sensitivity value is 70.19%, which is better than using the criteria at the high-risk level (20). The prediction of disease and not disease has a similar value. Suggestions: Stroke risk assessment using a color chart table is an easy tool to screen patients with a risk of stroke. It is low-cost and appropriate for the community hospitals.

Keywords: Diabetes mellitus, Hypertension, Stroke risk assessment, Color chart

* Ngao Hospital, Lampang Province; Corresponding Author E-mail: Ronbuabang@gmail.com

** Soemngam Hospital, Lampang Province

*** Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

บทนำ

ข้อมูลองค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นจำนวนมากถึงประมาณกว่า 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก ทั้งนี้สำหรับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจัดเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ตามลำดับ (World Health Organization, 2023) ภาวะแทรกซ้อนสำคัญของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่พบได้มากขึ้นในปัจจุบัน คือโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease [CVD]) (Alloubani et al., 2018) ข้อมูลจากกรมโรคไม่ติดต่อประเทศไทย พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในโรคไม่ติดต่อเป็นอันดับแรก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ, 2566) ทั้งนี้พบว่าโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่พบร่วมกันกับโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 75 (Thammasarn, et al., 2022) การประเมินและค้นหาผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันการสูญเสียรุนแรงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูงเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสที่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Campbell et al., 2019)

งานวิจัยในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่าการใช้แบบประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอตารางสี (color chart) ป้องกันการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ของโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถช่วยลดต้นทุนการรักษาได้ นอกจากนี้แบบประเมินใช้ตัวแปรอย่างง่าย จึงสามารถนำไปใช้ได้ทั่วไป เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน (Otgontuya et al., 2013) ปัจจุบันตามนโยบายของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ให้ใช้ “แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้ตารางสี (color chart)” ในผู้ป่วยเรื้อรังโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีภาวะอ้วน และประชาชนทั่วไปที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ซึ่งเป็นบุคคลที่ไม่เคยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก่อน โดยกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวข้างต้นควรได้รับการประเมินความเสี่ยงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (ธิดารัตน์ อภิญญา, 2560) โดยได้นำแนวคิดมาจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) และสมาคมความดันโลหิตสูงนานาชาติ (International Society of Hypertension) ที่มีการสร้างแบบประเมินความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) เป็นเวลา 10 ปี มาเป็นต้นแบบในการสร้างแบบประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองโดยใช้ตารางสี (color chart) ของคนไทยในอีก 10 ปี (Duangrithi et al., 2020)

จากข้อมูลสถิติความเจ็บป่วยของโรงพยาบาลลาว ย้อนหลัง พบว่า จำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่เป็นจำนวนมากในแต่ละปีอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด โดยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสะสมตั้งแต่ปี 2561-2565 รวมทั้งหมด 767 ราย เฉลี่ยรายใหม่ประมาณ 150 รายต่อปี ซึ่งเป็นสาเหตุของความพิการและสูญเสียคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยจึงมีความสำคัญเพื่อคัดกรอง วางแผนการดูแลป้องกัน และการจัดกิจกรรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระดับโรงพยาบาลชุมชนโดยใช้แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้ตารางสี (color chart) และวิเคราะห์คุณสมบัติเฉพาะของการประเมินความเสี่ยง โดยเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เป็นชุดตรวจมาตรฐาน (gold standard diagnostic test) เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสม ความเป็นไปได้และมีความน่าเชื่อถือในการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ยังมีการเปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยออกแบบเป็น 2 รูปแบบ โดยแบบที่ 1 คือ การจัดระดับความเสี่ยงต่ำเปรียบเทียบกับระดับความเสี่ยงปานกลางขึ้นไป และแบบที่ 2 คือการจัดระดับความเสี่ยงต่ำถึงปานกลางเปรียบเทียบกับระดับความเสี่ยงสูงขึ้นไป เพื่อหาความไว (sensitivity) และค่าความจำเพาะ (specificity) ของแบบทั้งสองมาเปรียบเทียบในการนำไปใช้คัดกรองโรคหลอดเลือดสมองว่าระดับความเสี่ยงใดที่ควรเริ่มต้นได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในระดับบุคคลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านโรคหลอดเลือดสมองด้วย color chart ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง
2. เพื่อวิเคราะห์คุณสมบัติเฉพาะของการประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองแบบ color chart โดยใช้การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เป็นชุดตรวจมาตรฐาน (gold standard diagnostic test) ของแบบประเมินที่ 1 และ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective study) โดยใช้การศึกษาจากฐานข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาจากโรงพยาบาลงาว และได้รับการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (CV risk) แบบตารางสี (color chart) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ ทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาจากโรงพยาบาลงาว และได้รับการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองแบบ color chart ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวน 7,338 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
2. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลงาว

เกณฑ์การคัดเลือกรอก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน
- 2. ผู้ป่วยที่มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนที่ต้องการใช้ในการวิจัยไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยข้อมูลที่คัดเลือกมาจากรฐานข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติโรคประจำตัว โรคเบาหวาน ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับความดันโลหิต systolic blood pressure [SBP] และค่าระดับไขมันคอเลสเตอรอล (cholesterol) ในเลือด

2. แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยใช้ตารางสี (color chart) สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (จรีพร คงประเสริฐ และคณะ, 2558) และเกณฑ์การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยง โดยนำข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมาแปลผลเปรียบเทียบกับระดับความเสี่ยงจากแถบสี โดยวิธีการประเมินโอกาสเสี่ยงทำได้ดังนี้ (1) ตรวจสอบว่ามีผลคอเลสเตอรอลในเลือดหรือไม่ ถ้ามีใช้ตารางสีที่ 1 ถ้าไม่มีใช้ตารางสีที่ 2 (2) เลือกตารางว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ (3) เลือกเพศชาย หรือเพศหญิง (4) เลือกการสูบบุหรี่ ว่าสูบบุหรี่หรือไม่ (5) เลือกช่วงอายุ (6) เลือกค่า systolic blood pressure (7) เลือกค่าคอเลสเตอรอล กรณีทราบค่าคอเลสเตอรอล (8) แปลผลระดับความเสี่ยงจากแถบสี โดยแต่แถบสีจะบอกถึงโอกาสเสี่ยงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและโรคหลอดเลือดสมอง ใน 10 ปีข้างหน้า ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

การแปลผลระดับโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและโรคหลอดเลือดสมอง

แถบสี	เปอร์เซ็นต์การเกิด	ระดับความเสี่ยง
แถบสีเขียว	โอกาสเสี่ยงน้อยกว่า 10%	ระดับเสี่ยงต่ำ
แถบสีเหลือง	โอกาสเสี่ยง 10-19%	ระดับเสี่ยงปานกลาง
แถบสีส้ม	โอกาสเสี่ยง 20-29%	ระดับเสี่ยงสูง
แถบสีแดงอ่อน	โอกาสเสี่ยง 30-39%	ระดับเสี่ยงสูงมาก
แถบสีแดงเข้ม	โอกาสเสี่ยง $\geq 40\%$	ระดับเสี่ยงสูงอันตราย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือแบบประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองโดยใช้ตารางสี ได้ตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability [IRR]) โดยใช้ผู้ประเมิน color chart ตามเกณฑ์การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงในผู้ป่วยคนเดียวกัน (Rosenthal & Rosnow, 1991) จำนวน 5 คน วิเคราะห์สหสัมพันธ์ของคะแนนระหว่างผู้ประเมินโดยใช้ Spearman's rho คะแนนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) ได้ค่าความสัมพันธ์ correlation coefficient เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ตามหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่ 014/2566 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยและขอเก็บข้อมูลวิจัยต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล โดยข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ จะไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคลและจะรายงานเป็นผลการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการและหัวหน้าหน่วยเวชระเบียนของโรงพยาบาลงาว เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. ภายหลังจากได้รับอนุญาต นักวิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย
3. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลงาว ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 โดยเก็บข้อมูลในช่วง 18 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง 30 มิถุนายน 2566
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล และลงรหัส ก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงในรูปแบบก่อนและหลัง (before and after) ของกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่ใช้การวัดคือ ผลการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จากโรงพยาบาลลำปาง ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบเส้นเลือดสมองตีบหรือแตกจะได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (positive) ผลการวินิจฉัยนอกเหนือจากนี้ เช่น เนื้องอกในสมอง หรือยังไม่ได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จะไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (negative) โดยในทางปฏิบัติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการชัดเจนจะได้รับการวินิจฉัยโดยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทุกราย ซึ่งการศึกษานี้จะนำกลุ่มตัวอย่างมาทำการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ตารางสี color chart และเปรียบเทียบกับผลการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในช่วง 1 ปี โดยการศึกษาจะใช้สถิติ McNemar's Chi-Square test
3. ประเมินคุณสมบัติของแบบการประเมินความเสี่ยงเทียบกับผลการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (วิธีมาตรฐาน) โดยใช้ค่าสถิติ ดังนี้ ความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) ค่าทำนายการเป็นโรค (positive predictive value) ค่าทำนายการไม่เป็นโรค (negative predictive value) และความถูกต้อง (accuracy)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน มีทั้งหมด 7,338 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 60.5 และ 39.5 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ย 64.31 ปี โดยมีผู้ป่วยอายุน้อยสุดอยู่ที่ 40 ปี และสูงสุดอยู่ที่ 98 ปี ในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้งหมดพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.8 รองลงมาเป็นผู้ป่วยทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.3 และโรคเบาหวานอย่างเดียวร้อยละ 8.9 โดยพบว่ามีผู้ป่วยที่มีผลประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในระดับตั้งแต่ความเสี่ยงสูงขึ้นไป ($\geq 20\%$) จำนวน 1,042 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.2 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษ (7,338 ราย)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2,898	39.5
หญิง	4,440	60.5
อายุ (ปี)		
40-49	624	8.5
50-59	1,835	25
60-69	2,729	37.2
70-79	1,410	19.2
80 ขึ้นไป	740	10.1
อายุเฉลี่ย 64.31 ± 10.8 min= 40 ปี max =98 ปี		
โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	652	8.9
โรคความดันโลหิตสูง	4,754	64.8
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	1,932	26.3

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ผลประเมิน Color Chart		
ระดับความเสี่ยงต่ำ (<10%)	3,647	49.7
ระดับความเสี่ยงปานกลาง (10-19%)	2,649	36.1
ระดับความเสี่ยงสูง (20-29%)	418	5.7
ระดับความเสี่ยงสูงมาก (30-39%)	93	1.3
ระดับความเสี่ยงสูงอันตราย (\geq 40%)	531	7.2
ผลการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์		
ไม่มีผลการตรวจ	7,177	97.8
มีผลการตรวจยืนยัน	161	2.2

เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาตามกลุ่มโรคประจำตัว พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด จำนวน 4,754 คน คิดเป็นร้อยละ 64.8 รองลงมาคือความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จำนวน 1,932 คน คิดเป็นร้อยละ 26.3 และโรคเบาหวานเพียงอย่างเดียวจำนวน 652 คน คิดเป็นร้อยละ 8.9 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายในทุกกลุ่มโรคประจำตัว

จากผลการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้พบว่าในทุกกลุ่มโรคเบาหวาน กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีผลการประเมิน color chart อยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ (< 10%) มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.6 ร้อยละ 46.1 และร้อยละ 51.2 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาผลการประเมิน color chart ระดับความเสี่ยงสูงอันตราย (\geq 40%) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.2 และกลุ่มที่เป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 6.6 รองลงมา ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มที่เป็นเฉพาะเบาหวานพบเพียงร้อยละ 1.7 รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มโรค (7,338 ราย)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	โรคเบาหวาน n=652	โรคความดันโลหิตสูง n= 4,754	โรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง n=1,932
เพศ			
ชาย	250 (38.3%)	1,943 (40.9%)	705 (36.5%)
หญิง	402 (61.7%)	2,811 (59.1%)	1,227 (63.5%)
อายุ (ปี)			
40-49	115 (17.6%)	374 (7.9%)	135 (7.0%)
50-59	257 (39.4%)	1,106 (23.3%)	472 (24.4%)
60-69	219 (33.6%)	1,678 (35.3%)	832 (43.1%)
70-79	50 (7.7%)	1,000 (21.0%)	360 (18.6%)
80 ขึ้นไป	11 (1.7%)	596 (12.5%)	133 (6.9%)
ผลการประเมิน color chart			
ความเสี่ยงต่ำ (น้อยกว่า 10%)	467 (71.6%)	2,190 (46.1%)	990 (51.2%)
ความเสี่ยงปานกลาง (10-19%)	149 (22.9%)	1,795 (37.8%)	705 (36.5%)
ความเสี่ยงสูง (20-29%)	19 (2.9%)	309 (6.5%)	90 (4.7%)
ความเสี่ยงสูงมาก (30-39%)	6 (0.9%)	68 (1.4%)	19 (1.0%)
ความเสี่ยงสูงอันตราย (\geq 40%)	11 (1.7%)	392 (8.2%)	128 (6.6%)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองกับระดับความเสี่ยงที่ประเมินด้วย color chart พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (Chi-square = 103.0824, $p= 0.000$) โดยร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงสุด ได้แก่ กลุ่มที่ความเสี่ยงสูงมาก (ความเสี่ยง 30-39%) รองลงมาคือกลุ่มที่ความเสี่ยงสูง (ความเสี่ยง 20-29%) และความเสี่ยงปานกลาง (ความเสี่ยง 10-19%) (ร้อยละ 15.1, 5.7 และ 2.6 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4 และแผนภูมิที่ 1

ตารางที่ 4

ผลการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามผลประเมิน color chart ในปีงบประมาณ 2565

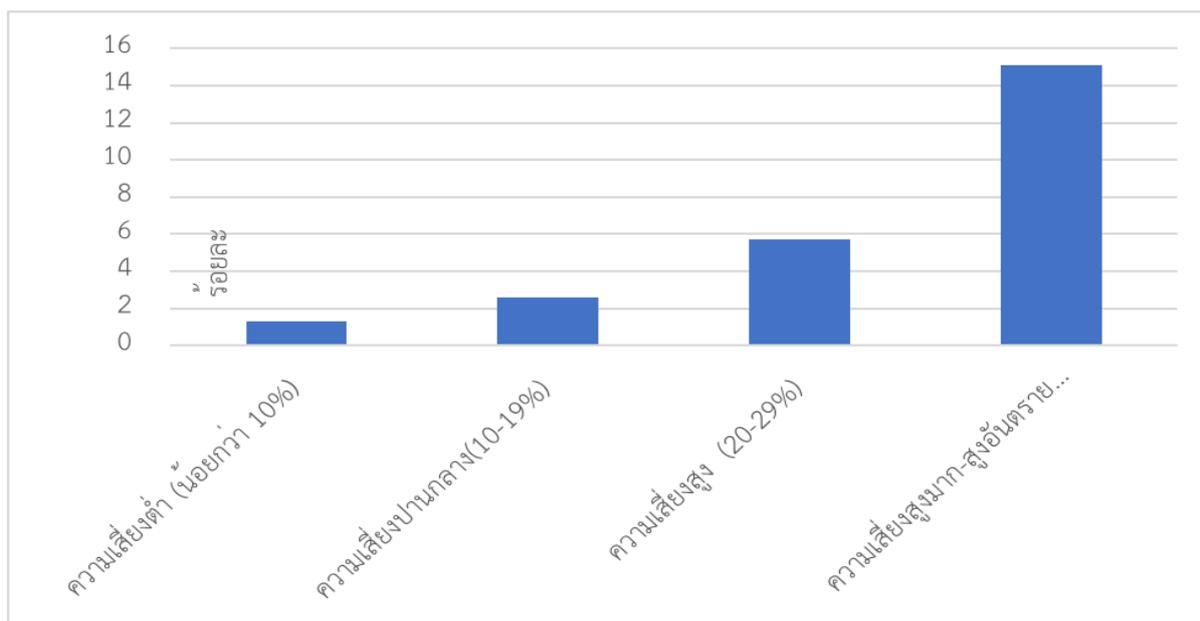
ผลประเมิน color chart	ไม่ได้วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง	วินิจฉัย	Chi- square	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ความเสี่ยงต่ำ (น้อยกว่า 10%)	3,599 (98.7%)	48 (1.3%)	103.0824	.000*
ความเสี่ยงปานกลาง(10-19%)	2,579 (97.4%)	70 (2.6%)		
ความเสี่ยงสูง (20-29%)	394 (94.3%)	24 (5.7%)		
ความเสี่ยงสูงมาก (30-39%)	80 (86.0%)	13 (14.0%)		
ความเสี่ยงสูงอันตราย (>40%)	525 (98.9%)	6 (1.1%)		

$p < 0.001$

จากแผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มที่ความเสี่ยงสูงมาก (ความเสี่ยง 30-39%) พบอัตราการเกิด 15.1% รองลงมาคือกลุ่มที่ความเสี่ยงสูง (ความเสี่ยง 20-29%) มีอัตราการเกิด 5.7% ความเสี่ยงปานกลาง (ความเสี่ยง 10-19%) และความเสี่ยงต่ำ (ความเสี่ยงน้อยกว่า 10%) เป็นร้อยละ 2.6 และ 1.3 ตามลำดับ)

แผนภูมิที่ 1

แสดงผลการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามผลการประเมินระดับความเสี่ยงด้วย color chart ปีงบประมาณ 2565 (1-year event rate (%))



การวิเคราะห์คุณสมบัติเฉพาะของแบบประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองโดยใช้ตารางสี (color chart) ในประเด็นเฉพาะด้านความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจากผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เป็นชุดตรวจวินิจฉัยมาตรฐาน (gold standard diagnostic test) การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการจัดกลุ่มความเสี่ยงเพื่อการวิเคราะห์คุณสมบัติเฉพาะของการประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองแบบ color chart ออกเป็น 2 รูปแบบ โดยแบบที่ 1 คือ การจัดระดับความเสี่ยงต่ำเปรียบเทียบกับระดับความเสี่ยงปานกลางขึ้นไป และแบบที่ 2 คือการจัดระดับความเสี่ยงต่ำถึงปานกลางเปรียบเทียบกับระดับความเสี่ยงสูงขึ้นไป ผลลัพธ์พบว่าแบบที่ 1 มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 70.19 และค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 50.15 ค่าทำนายการเป็นโรค (positive predictive value) ร้อยละ 3.07 ค่าทำนายการไม่เป็นโรค (negative predictive value) ร้อยละ 98.68 ความถูกต้องของผลการตรวจ (accuracy) ร้อยละ 50.59 ส่วนแบบที่ 2 มีความไว (sensitivity) น้อยกว่าแบบที่ 1 คือ ร้อยละ 26.71 แต่มีความจำเพาะ (specificity) มากกว่าแบบที่ 1 คือ ร้อยละ 86.08 ส่วนค่าทำนายการเป็นโรค (positive predictive value) และค่าทำนายการไม่เป็นโรค (negative predictive value) แบบที่ 2 เท่ากับ 4.12% กับ 98.12% ตามลำดับ เมื่อเทียบกับแบบที่ 1 พบว่าค่าทำนายการเป็นโรค (positive predictive value) และค่าทำนายการไม่เป็นโรค (negative predictive value) มีค่าใกล้เคียงกัน แต่ความถูกต้องของผลการตรวจ (accuracy) แบบที่ 2 พบว่ามีค่ามากกว่าแบบที่ 1 ดังแสดงในตารางที่ 5 ข้างต้น

ตารางที่ 5

การวิเคราะห์คุณสมบัติเฉพาะของการประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองแบบ color chart โดยใช้การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เป็นชุดตรวจมาตรฐาน

การประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แบบ color chart	การวินิจฉัยจาก เอกซเรย์ คอมพิวเตอร์		รวม	คุณสมบัติเฉพาะของ color chart
	ผลบวก	ผลลบ		
	ผลบวก (ระดับเสี่ยงปานกลาง – เสี่ยงสูง อันตราย)	113	3578	
ผลลบ (ระดับเสี่ยงต่ำ)	48	3599	3647	ความถูกต้องของผลการตรวจ (accuracy) = 50.59%
แบบที่ 1 รวม	161	7177	7338	
ผลลบ (ระดับเสี่ยงต่ำ – ปานกลาง)	118	6178	6296	
รวม	161	7177	7338	

การประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แบบ color chart	การวินิจฉัยจาก		รวม	คุณสมบัติเฉพาะของ color chart
	เอกซเรย์			
	คอมพิวเตอร์			
	ผลบวก	ผลลบ		
ผลบวก (ระดับเสียงสูง - เสียงสูงอันตราย)	43	999	1042	ความไว (sensitivity) = 26.71%
แบบที่ 2 ผลลบ (ระดับเสียงต่ำ - ปานกลาง)	118	6178	6296	ความจำเพาะ (specificity) = 86.08%
รวม	161	7177	7338	ppv ^a = 4.12%
				npv ^b = 98.12%
				ความถูกต้องของผลการตรวจ (accuracy) = 84.78%

a = ค่าทำนายการเป็นโรค positive predictive value (ppv),

b = ค่าทำนายการไม่เป็นโรค negative predictive value (npv)

อภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจัว จังหวัดลำปาง จำนวน 7,338 ราย ในปีงบประมาณ 2565 มีผลการประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในอีก 10 ปีข้างหน้า จำแนกเป็นระดับความเสี่ยง 3 กลุ่มใหญ่ คือ ความเสี่ยงต่ำ (น้อยกว่า 10%) ความเสี่ยงปานกลาง (ตั้งแต่ 10% - 20%) และความเสี่ยงสูงขึ้นไป (มากกว่า 20% ขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 49.7, ร้อยละ 36.1 และร้อยละ 14.2 ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในอีก 10 ปีข้างหน้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีแต่โรคเบาหวานเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับรายงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ป่วยที่มีแต่โรคเบาหวาน (Yen et al., 2022)

ผลการวิจัยพบว่า การได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง กับระดับความเสี่ยงที่ประเมินด้วย color chart มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากเมื่อนำกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาแบ่งตามแบบประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง color chart พบว่าจำนวนร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าสูงขึ้นตามลำดับระดับความเสี่ยง แสดงให้เห็นว่ายังมีระดับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง color chart สูงมากเท่าไร ยังมีร้อยละการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นตามลำดับ สอดคล้องกับตารางทำนายความเสี่ยงด้านหัวใจและหลอดเลือด (risk prediction chart) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี ค.ศ. 2007 (Mendis et al., 2007) และมีการปรับปรุงใหม่ ในปี 2019 โดยได้รายงานผลการศึกษาว่าความเสี่ยงที่ได้จากการประเมินสูงยิ่งส่งผลให้มีโอกาสเกิดโรคของหัวใจและหลอดเลือดสมองสูงตามไปด้วย (WHO CVD Risk Chart Working Group, 2019)

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มระดับความเสี่ยงต่ำ (น้อยกว่า 10%) ยังคงพบการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นจำนวน 48 ราย อาจเนื่องมาจากปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีหลายสาเหตุ และการเกิดภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว (atrial fibrillation) ก็เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ผู้ที่มีการภาวะหัวใจเต้นพลิ้วจะมีโอกาสที่ลิ้มเลือดหลุดจากหัวใจไปอุดตันหลอดเลือดสมองและเป็นโรคหลอดเลือดสมองตามมาได้ (Alshehri, 2019) มีรายงานวิจัยพบว่าผู้ที่มีการภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว มีความเสี่ยงเป็นหลอดเลือดสมอง 5 เท่าของคนปกติ (Migdady et al., 2021) แต่แบบประเมินตารางสี (color chart) ไม่ได้ นำปัจจัยภาวะหัวใจเต้นพลิ้วนำมาประเมิน ซึ่งเป็นข้อจำกัดของแบบประเมินตารางสี (color chart) อาจทำให้กลุ่มผู้ป่วยที่ประเมินอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ ถูกเพิกเฉยได้ว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อยู่ ทั้งนี้มีเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีการนำปัจจัยภาวะหัวใจเต้นพลิ้วมาประเมินด้วย คือ แบบประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองแบบตาราง (stroke risk score card) พัฒนาโดย National Stroke Association ประเทศสหรัฐอเมริกา (Rahmawaty & Yusro, 2023) เป็นแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นจากการพัฒนางานวิจัยเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ใช้ข้อมูลในการประเมิน ได้แก่ ระดับค่าความดันโลหิต (blood pressure) ลักษณะการเต้นของหัวใจ ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ประวัติการป่วยเป็นโรคเบาหวาน พฤติกรรมการออกกำลังกาย ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index) และประวัติการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองของคนในครอบครัว ซึ่งการแปลผลระดับคะแนนความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ แบ่งความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ, ปานกลางและสูง ดังนั้นการใช้แบบประเมินตารางสี (color chart) อาจไม่ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ควรมีการประเมินร่วมกับแบบประเมินอื่น ๆ เช่น แบบตาราง (stroke risk score card) เพื่อป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตได้ (Tarwoto et al., 2022)

ในงานวิจัยครั้งนี้ เมื่อได้ทำการแบ่งผลการประเมินความเสี่ยงต่อการโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด color chart ระดับความเสี่ยงเป็น 2 รูปแบบ คือ แบบที่ 1 คือ การจัดระดับความเสี่ยงต่ำเปรียบเทียบกับระดับความเสี่ยงปานกลางขึ้นไป และแบบที่ 2 คือ การจัดระดับความเสี่ยงต่ำถึงปานกลาง เปรียบเทียบกับระดับความเสี่ยงสูงขึ้นไป พบว่าแบบที่ 1 มีความไว (sensitivity) ที่ดีกว่าแบบที่ 2 แต่ความจำเพาะ (specificity) และความถูกต้องของผลการตรวจ (accuracy) น้อยกว่าแบบที่ 2 ซึ่งการเลือกใช้วิธีการแบบที่ 1 อาจจะทำให้มีการพบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากเกินกว่าความเป็นจริง แต่เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลกระทบยาวต่อผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นควรใช้วิธีการวินิจฉัยที่มีความไวสูงแบบที่ 1 เพื่อคัดกรองวางแผนการดูแลป้องกัน และการจัดกิจกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

ในการตัดสินใจนำรูปแบบการวิเคราะห์เกณฑ์คุณสมบัติเฉพาะไปใช้ในทางปฏิบัติ รูปแบบที่ 1 มีความไว sensitivity หรือ “true positive rate” สูงกว่ารูปแบบที่ 2 อาจจะใช้เป็นประเด็นในการตัดสินใจเลือกใช้การตรวจที่มีค่าความไว sensitivity สูง ในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยสำหรับโรคที่มีความรุนแรงมากแต่สามารถรักษาได้ ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยทั้งที่มีความเสี่ยงจะทำให้ผู้ป่วยเสียผลประโยชน์มาก ทั้งนี้การใช้

รูปแบบที่มี sensitivity สูงเหมาะกับการตรวจเบื้องต้นที่ต้องส่งตรวจจำเพาะมากขึ้น ซึ่งจะเกิดประโยชน์ต่อการนำไปใช้และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดในการส่งตรวจจำเพาะ

ในขณะที่ specificity หรือ “true negative rate” ของรูปแบบที่ 2 สูงกว่ารูปแบบที่ 1 การตัดสินใจนำมาใช้จะเกิดประโยชน์ในกรณีที่ผลบวกลวงจะก่อให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยอย่างมาก หรือเสี่ยงต่ออันตรายจากผลบวกลวง การพิจารณาคุณสมบัติจำเพาะของ แบบประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองแบบ color chart จึงจำเป็นต้องพิจารณาหลายประเด็นควบคู่กันเพื่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด และมีความเป็นไปได้มากที่สุดที่จะนำไปใช้ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งการค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะทำให้ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสามารถจัดการตนเองได้ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสม ป้องกันการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองด้วย color chart ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความเหมาะสมและง่ายในการนำไปใช้ในคัดกรองและจำแนกระดับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในบริบทโรงพยาบาลชุมชน โดยทุกกลุ่มควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 1 ปีหลังการประเมินความเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการออกแบบศึกษาวิจัยแบบไปข้างหน้า เพื่อศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของเครื่องมือแบบประเมินตารางสี (color chart) สอดคล้องกับคุณสมบัติของแบบประเมินความเสี่ยง color chart ที่สามารถพยากรณ์โรคในอีก 10 ปีข้างหน้า ตลอดจนศึกษาข้อมูลผลลัพธ์สุขภาพที่ครอบคลุมทั้งกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ ตลอดจนกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองร่วมไปด้วยกัน

2. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือเฉพาะเพื่อประเมินหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (stroke risk assessment tool) สำหรับประชาชนคนไทย โดยไม่รวมกับโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ.กรรณิกา วิทย์สุภากร สำหรับข้อเสนอแนะและให้คำปรึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูลในการดำเนินงานวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ. (2566, 18 มกราคม). *จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (ปี 2560 - 2564)*. <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>
- จรีพร คงประเสริฐ, สุมนี วัชรสินธุ์, และณัฐฉิวรรณ พันธมุง (บ.ก.). (2558). *การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กองโรคไม่ติดต่อ. <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=10667&tid=1-001-003,38&gid=1-026>
- ธิดารัตน์ อภิญา (บ.ก.). (2560). *ชุดรูปแบบบริการในการป้องกัน ควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง สำหรับสถานบริการ (CVD CKD detection and prevention control Package)*. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/CVD_CKD_detection_and_preventeion_control_Package.pdf
- Alloubani, A., Saleh, A., & Abdelhafiz, I. (2018). Hypertension and diabetes mellitus as a predictive risk factors for stroke. *Diabetes & Metabolic Syndrome, 12*(4), 577–584. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2018.03.009>
- Alshehri A. M. (2019). Stroke in atrial fibrillation: Review of risk stratification and preventive therapy. *Journal of Family & Community Medicine, 26*(2), 92–97. https://doi.org/10.4103/jfcm.JFCM_99_18
- Campbell, B. C. V., De Silva, D. A., Macleod, M. R., Coutts, S. B., Schwamm, L. H., Davis, S. M., & Donnan, G. A. (2019). Ischaemic stroke. *Nature Reviews Disease Primers, 5*(1), 70. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0118-8>
- Duangrithi, D., Wattanasermkit, R., Rungwijee, S., & Khunsom, N. (2020). Thai CV risk score and primary prevention in impaired fasting plasma glucose or diabetes mellitus versus normoglycemia in patients with metabolic syndrome. *International Journal of Preventive Medicine, 11*, 139. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_12_19
- Otgontuya, D., Oum, S., Buckley, B. S., & Buckley, B. S. (2013). Assessment of total cardiovascular risk using WHO/ISH risk prediction charts in three low and middle income countries in Asia. *BMC Public Health, 13*, 539. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-539>

- Mendis, S., Lindholm, L. H., Mancia, G., Whitworth, J., Alderman, M., Lim, S., & Heagerty, T. (2007). World Health Organization (WHO) and International Society of Hypertension (ISH) risk prediction charts: Assessment of cardiovascular risk for prevention and control of cardiovascular disease in low and middle-income countries. *Journal of Hypertension*, 25(8), 1578–1582. <https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e3282861fd3>
- Migdady, I., Russman, A., & Buletko, A. B. (2021). Atrial Fibrillation and Ischemic Stroke: A Clinical Review. *Seminars in Neurology*, 41(4), 348–364. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1726332>
- Rahmawaty, E., & Yusro, M. (2023). Effectiveness test of stroke risk detection application model, stroke risk scorecard. *Journal of World Science*, 2(2), 292-299.
- Rosenthal, R., & Rosnow, R. L. (1991). *Essentials of behavioral research: Methods and data analysis*. McGraw-Hill.
- Tarwoto, T., Handayani, S., Nurulhuda, U., Hasnani, F., & Mutaqin, Z. Z. (2022). Utilization of stroke early detection card: Stroke risk score card In detecting the risk of stroke In the environment citizens of Poltekkes Jakarta I. *International Journal of Social Service and Research*, 2(3), 225-230.
- Thammasarn, K., Loahasiriwong, W., Mahato, R. K., & Sornlom, K. (2022). Spatial association between sociodemographic, environmental factors and prevalence of stroke among diabetes and hypertension patients in Thailand. *The Open Public Health Journal*, 15(1). [10.2174/18749445-v15-e2210191](https://doi.org/10.2174/18749445-v15-e2210191)
- WHO CVD Risk Chart Working Group. (2019). World Health Organization cardiovascular disease risk charts: Revised models to estimate risk in 21 global regions. *The Lancet Global Health*, 7(10), e1332–e1345. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30318-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30318-3)
- World Health Organization. (2023, September 16). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Yen, F. S., Wei, J. C., Chiu, L. T., Hsu, C. C., & Hwu, C. M. (2022). Diabetes, hypertension, and cardiovascular disease development. *Journal of Translational Medicine*, 20(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12967-021-03217-2>

การพัฒนาความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน

ขวัญตา ภูริวิทยาธิระ, พย.ม.*

ปณิดา พุ่มพุก, พย.ม.**

Received: October 26, 2023

Revised: February 20, 2024

Accepted: February 21, 2024

บทคัดย่อ

การพัฒนาความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นบทบาทสำคัญของอาจารย์พยาบาลที่แสดงถึงการใช้อรรถกวีความรู้ ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญสู่การดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างมีคุณภาพ ผู้ศึกษาในบทบาทอาจารย์พยาบาลได้พัฒนาความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อใช้ประสบการณ์ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและองค์ความรู้สู่การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 4 (บึงขุนทะเล) จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 9 ราย ที่อาการทางจิตทุเลา ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีสัมพันธภาพและทำหน้าที่ทางสังคมได้ รับประทานยาต่อเนื่องและพบแพทย์ตามนัด บางรายมีอาการระยะหลงเหลือ บกพร่องกิจวัตรประจำวัน บกพร่องสัมพันธภาพและหน้าที่ทางสังคม รับประทานยาและรักษาไม่ต่อเนื่อง ผู้ศึกษาใช้มิติการฟื้นฟูและการบำบัดรักษา ใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ตรวจสอบสภาพจิต ให้ข้อมูลความจริง ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การจัดการเบื้องต้นเมื่ออาการทางจิตกำเริบและปัญหาการรับประทานยา การรักษาโรคจิตเภทและโรคทางกายควบคู่กัน และแหล่งบริการทางสุขภาพเพื่อส่งต่อ รวมทั้งเสริมแรงทางบวก พัฒนาคุณค่าในตนเอง และเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและญาติให้อยู่ในชุมชนอย่างมีความสุข จากการปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนจะสามารถดูแลตนเองและอยู่ในชุมชนอย่างมีความสุข ผู้ศึกษาเกิดความท้าทายและตั้งใจพัฒนาความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนและขยายวงกว้างไปยังผู้ที่เป็นโรคจิตชนิดอื่น ๆ เพื่อแสดงถึงความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนาความเชี่ยวชาญ การปฏิบัติการพยาบาล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

* พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: khwanta@bcnsurat.ac.th

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

The Expertise in Faculty Practice for People with Schizophrenia in Community

Kwanta Phooriwiththayatheera, M.N.S.*

Panida Pumput, M.N.S.**

Abstract

The expertise in faculty practice holds significant importance as the nursing instructor, as it exemplifies the utilization of knowledge, the accumulated experience and the expertise in providing health services to people, families and communities. As the nursing instructor who did faculty practice that was aimed to utilize the experience in nursing practice and knowledge to care for 9 people with Schizophrenia who were under supervised by Public Health Service Center, Surat Thani Municipality, Center 4 Bueng Khun Thale, Surat Thani Province. The subjects were recovered with symptomatic, performing activity daily living, relationship and social functioning, taking the medication and follow up regularly. Some cases were in the residual phase with poor activity daily living, impaired relationship and social functioning, difficulty in taking medication and unsustainable treatment. The nursing instructor cared the people with Schizophrenia by the dimensions of rehabilitation and therapeutic, therapeutic used of self, therapeutic relationship, mental status examination, presenting reality and psychoeducation. The psychoeducation included the compliance in treatment, preliminary management in recurrence and medication problems, concurrent treatment of schizophrenia and physical illness, and referral system. The nursing instructor also pushed the positive reinforcement, self-esteem improvement and empowerment for cooperative health care, enhancing their overall well-being with families, communities and society. By the expertise in faculty practice, the people with Schizophrenia would self-care, enhance their overall well-being in community. The nursing instructor is challenged and enhances the faculty practice for people with Schizophrenia in community, then expands to other mental illnesses. Furthermore, the faculty practice is to demonstrate the expertise in area of mental health and psychiatric nursing.

Keywords: Expertise, Faculty practice, People with schizophrenia

* Registered Nurse, Senior Professional Level (Teaching), Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding Author E-mail: khwanta@bcnsurat.ac.th

** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

วิชาชีพพยาบาล (nursing profession) เป็นวิชาชีพที่มีการจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษา มีศาสตร์ทางการพยาบาลที่แสดงถึงองค์ความรู้ มีอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลตามขอบเขตและจรรยาบรรณวิชาชีพ และมีบทบาทในการบริการด้านสุขภาพต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน พยาบาลควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ และคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าทางวิทยาการและเทคโนโลยีด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคอุบัติใหม่และโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างมาก (Milani et al., 2016; McArthur, 2019) ส่งผลให้มีความต้องการในการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้น อาจารย์พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ในวิชาชีพพยาบาลและปฏิบัติงานด้านวิชาการจึงควรมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแสดงถึงความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลและด้านวิชาการ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาทางวิชาการของบุคลากรในวิชาชีพการพยาบาลได้อย่างเต็มภาคภูมิ นอกเหนือจากบทบาทที่สอดคล้องตามพันธกิจคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ด้านการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล การวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมทางการพยาบาล และสุขภาพ การบริการวิชาการแก่สังคมเพื่อสุขภาวะชุมชนและสุขภาพโลก การทะนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมและภูมิปัญญาไทย และการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาลสู่องค์กรสมรรถนะสูง (สถาบันพระบรมราชชนก, คณะพยาบาลศาสตร์, 2565) การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล (faculty practice) ก็นับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งประการหนึ่ง เพราะอาจารย์พยาบาลจะได้นำความเชี่ยวชาญที่สั่งสมจากการปฏิบัติการพยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง มาบูรณาการกับองค์ความรู้ด้านวิชาการ การวิจัย และการปฏิบัติการพยาบาล สู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามความเชี่ยวชาญของอาจารย์ในสาขานั้น ๆ ไปให้บริการแก่ผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ครอบครัว กลุ่ม และชุมชนอย่างดียิ่ง และพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพต่อไป

การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล

เทเลอร์ (Taylor, 1996) ให้ความหมายการปฏิบัติทางคลินิกของอาจารย์พยาบาล (faculty practice) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาล การให้ความช่วยเหลือและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ครอบครัว กลุ่ม และชุมชน ทำให้อาจารย์มีโอกาสปฏิบัติการพยาบาลบนคลินิกได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าเป็นการพัฒนาความเชี่ยวชาญของตนเอง การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของอาจารย์พยาบาลเป็นลักษณะเด่น เนื่องจากอยู่บนพื้นฐานความเชื่อว่าการสอน การวิจัย การปฏิบัติการพยาบาล และการบริการวิชาการต้องมีการบูรณาการร่วมกันเพื่อให้บรรลุถึงความเป็นเลิศของวิชาชีพการพยาบาล

จรรยา วิหะศุภกร (2564) กล่าวถึงการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (faculty practice) ในการบรรยายพิเศษเรื่องรูปแบบและแนวทางการจัดทำ faculty practice หมายถึง การจัดการอย่างเป็นทางการ (formal arrangement) ระหว่างสถาบันการศึกษาพยาบาลและสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล (a clinical facility/enterprise/entity) ที่สามารถตอบสนองความต้องการทั้งด้านบริการสุขภาพผู้ป่วยและด้านทักษะการเรียนการสอน การปฏิบัติ และการวิจัยของคณาจารย์และนักศึกษา

สภาการพยาบาล (2565) ได้ระบุแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล (faculty practice) โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการสภาการพยาบาล วาระ พ.ศ. 2561-2565 ในการประชุม ครั้งที่ 2/2565 วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2565 คือ การนำความเชี่ยวชาญของอาจารย์พยาบาลไปให้บริการแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการรายบุคคล ครอบครัว กลุ่ม และชุมชน เพื่อเพิ่มพูนความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลของตนเองอย่างต่อเนื่อง บูรณาการความเป็นนักวิชาการการศึกษา การวิจัย และการปฏิบัติการพยาบาล สู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามความเชี่ยวชาญของอาจารย์ในสาขานั้น ๆ เป็นภารกิจด้านบริการวิชาการในการให้บริการพยาบาลตามความเชี่ยวชาญของอาจารย์ ดังนี้

1. มีการใช้ความเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มเฉพาะโรค ทั้งนี้การปฏิบัติการพยาบาลทั่วไปไม่จัดเป็น faculty practice

2. มีจุดมุ่งหมายสำคัญที่การดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และเน้นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น

3. มีตารางเวลาการปฏิบัติงานชัดเจน มีความเป็นประจำและต่อเนื่อง

4. มีการตกลงระหว่างสถาบันการศึกษาและหน่วยบริการสุขภาพ

5. ควรมีการต่อยอดพัฒนาเป็นงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและเผยแพร่การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล หรือหนังสือวิชาการที่เกี่ยวข้องกับความเชี่ยวชาญของอาจารย์

6. อาจเป็นภารกิจที่อาจารย์ปฏิบัติไปพร้อมกับการสอนภาคปฏิบัติสำหรับหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทางหรือบัณฑิตศึกษาในสาขาที่อาจารย์เชี่ยวชาญ (โดยอาจนับเป็นชั่วโมงการให้บริการวิชาการ/ชั่วโมงการเรียนการสอนเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่ง)

จากการศึกษาข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล ผู้ศึกษาในบทบาทอาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความสนใจพัฒนาความเชี่ยวชาญของอาจารย์พยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ซึ่งทั่วโลกมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน หรือ 1 ใน 300 คน (0.32%) ทั่วโลก มักเริ่มเป็นในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (World Health Organization [WHO], 2022) สำหรับในประเทศไทยในปีงบประมาณ 2564 ข้อมูลจากระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต ก็พบว่าผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทมารับบริการจำนวนมากที่สุดจากผู้รับบริการทางจิตเวชอื่น ๆ โดยมีจำนวน 49,658 คน จากจำนวนผู้รับบริการทางจิตเวชทั้งหมด 327,520 คน (กรมสุขภาพจิต, 2565) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในการรับรู้ มีความคิดหลงผิดอย่างต่อเนื่อง มีการคิดที่ไม่เป็นระเบียบแบบแผน ประสาทหลอน มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด ความเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยของการรู้คิด เกิดความทุกข์ทรมานและกระทบต่อการดำรงชีวิตทั้งต่อตนเองครอบครัวและสังคม (WHO, 2022) ผู้ป่วยจะเสื่อมถอยมากน้อยแตกต่างกัน บางรายที่มีอาการระยะหลงเหลือ (residual phase) อยู่มากจะขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ต่างๆทางสังคม หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ดีและไม่ต่อเนื่อง จะทำให้เสื่อมถอยมากยิ่งขึ้นจนเป็นภาระของครอบครัวตามมาอย่างมาก (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ, 2560)

การพัฒนาความเชี่ยวชาญของอาจารย์พยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน

ปีการศึกษา 2564-2565 ผู้ศึกษาได้พัฒนาความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวน 9 ราย ของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 4 (บึงขุนทะเล) จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อใช้ประสบการณ์ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและองค์ความรู้สู่การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนให้สามารถดูแลตนเองและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข รวมทั้งสนับสนุนให้ครอบครัวดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้มีคุณภาพมากขึ้น ดังผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้รับบริการหญิงไทยโสด อายุ 51 ปี การวินิจฉัยโรค F20 Schizophrenia

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

พ.ศ. 2545 ผู้รับบริการมีอาการหงุดหงิด หวาดระแวง หูแว่ว เบื่อหน่าย แยกตัว ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มารดาพาไปรักษาที่คลินิกเอกชน แพทย์วินิจฉัย F20 Schizophrenia ผู้รับบริการรับประทานยาต่อเนื่องและพบแพทย์ตามนัด มีมารดาดูแล

พ.ศ. 2546-พ.ศ. 2563 หวาดระแวงน้อยลง หูแว่วน้อยลง หงุดหงิดน้อยลง ควบคุมพฤติกรรมได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ กลับได้ ในปี พ.ศ. 2562 มีอาการใจสั้น กระสับกระส่าย หงุดหงิดอ่อนเพลีย ตรวจเจอโรคไทรอยด์ โรคไต และโรคโลหิตจาง ผู้รับบริการรับประทานยาทางกายและยาทางจิตควบคู่กัน ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

พ.ศ. 2564- พ.ศ. 2565 ปฏิเสธอาการหวาดระแวงและหูแว่ว ใจสั้นบางครั้ง หงุดหงิดบางครั้ง รู้สึกเบื่อที่มารดาจู้จี้ ควบคุมพฤติกรรมได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ พบแพทย์และจัดยารับประทานเองได้

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

ตรวจเจอโรคไทรอยด์ โรคไต โรคโลหิตจาง พ.ศ. 2562

รับประทานยาต่อเนื่อง

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร

ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารต่างๆ

ประวัติการใช้สารเสพติด

ปฏิเสธการใช้สารเสพติด

อาการจากการติดตามเยี่ยมและการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล

ผู้รับบริการหญิงไทยโสด รูปร่างสันทัด ผิวขาว แต่งกายสะอาด ตอบตรงคำถาม ปฏิเสธอาการหวาดระแวงและหูแว่ว ใจสั้นบางครั้ง หงุดหงิดสลับเฉยเมย ควบคุมพฤติกรรมได้ บ่นเบื่อเรื่องมารดาจู้จี้ รู้สึกเหงา อยากมีเพื่อน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ทำงานบ้านได้ กลับได้ จัดยารับประทานและพบแพทย์ได้

การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาลและผลการประเมิน

สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้รับบริการรับรู้การเจ็บป่วย (normal insight) พุดคุยให้ผู้รับบริการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem improvement) และสนับสนุนให้รักษาต่อเนื่อง แนะนำอาการของโรคไทรอยด์ที่สัมพันธ์กับโรคจิตเภท ได้แก่ ใจสั้น กระสับกระส่าย หงุดหงิด เฉยเมย อ่อนเพลีย ซึ่งคล้ายกับอาการระยะหลงเหลือของโรคจิตเภท (residual phase) แนะนำให้ผ่อนคลายอารมณ์ ได้แก่ อ่านหนังสือ ร้องเพลง ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ ทำงานบ้าน ออกกำลังกาย ทำกิจกรรมกับครอบครัว เทคนิคการสื่อสารเชิงบวก (I-Message) ที่สร้างความเข้าใจระหว่างผู้รับบริการและครอบครัว

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้รับบริการหญิงไทยโสด อายุ 36 ปี การวินิจฉัยโรค F20 Schizophrenia

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

พ.ศ. 2553 ผู้รับบริการหมกมุ่นเรื่องปรัชญา เชื่อว่าการปฏิบัติธรรมจะทำให้พ้นทุกข์ เริ่มไปนั่งสมาธิในป่า ไม่ไปทำงาน ไม่พูดคุยกับใคร ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ต่อมาผู้รับบริการลาออกจากงาน ไปนั่งสมาธิในป่าครั้งละหลายวัน เห็นภาพหลอนเป็นเงาสีดำ หูแว่ว เข้าไปแอบในบ้านผู้อื่น ญาติพาไปพบแพทย์ที่คลินิกเอกชน แพทย์วินิจฉัย F20 Schizophrenia รับประทานยาต่อเนื่อง

พ.ศ. 2554-พ.ศ. 2562 ผู้รับบริการไปรักษาที่โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี นั่งสมาธินาน ๆ ครั้ง เห็นภาพหลอนเป็นเงาสีดำ ปฏิเสธอาการหูแว่ว หวาดระแวงน้อยลง หงุดหงิดบ้าง ควบคุมพฤติกรรมได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ กลับได้ รับประทานยาต่อเนื่องและไปพบแพทย์ตามนัด

พ.ศ. 2563-พ.ศ. 2565 ผู้รับบริการรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด ไม่นั่งสมาธิ ปฏิเสธภาพหลอนและหูแว่ว ปฏิเสธอาการหวาดระแวง ควบคุมพฤติกรรมได้ ในปี พ.ศ. 2565 ตรวจพบต่อเนื้อที่ตาขวา หลังผ่าตัดต้อกระจกที่มองไม่ชัด ต้องสวมแว่นตาดำ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารต่าง ๆ

ประวัติการใช้สารเสพติด ปฏิเสธการใช้สารเสพติด

อาการจากการติดตามเยี่ยมและการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล

ผู้รับบริการหญิงไทยโสด รูปร่างสันทัด ผิวขาว แต่งกายสะอาด สวมแว่นตาดำ สีหน้าเรียบเฉย ตอบตรงคำถาม ไม่นั่งสมาธิ ปฏิเสธภาพหลอนและหูแว่ว ปฏิเสธอาการหวาดระแวง ควบคุมพฤติกรรมได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ กลับได้ บอกว่ามองเห็นได้ไม่ชัด ต้องสวมแว่นตาดำเพื่อดูแลสายตา หลังการผ่าตัดต่อเนื้อ ช่วงนี้รู้สึกเบื่อ อยากร่างกาย พยายามไม่คิดมาก รับประทานยาต่อเนื่องและไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาลและผลการประเมิน

สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้รับบริการรับรู้การเจ็บป่วย (normal insight) ต้องรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด บ่นอยากทำงาน แต่มีข้อจำกัดเรื่องป่วยทางจิต พุดคุยให้กำลังใจผู้รับบริการในการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem improvement) และให้การรักษาย่างสม่ำเสมอ ประสานความร่วมมือกับศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 4 (บึงขุนทะเล) ทำบัตรผู้พิการทางจิตเพื่อรับเบี้ยสนับสนุนผู้พิการทางจิต แนะนำการผ่อนคลายความเครียด เช่น ร้องเพลง ฟังเพลง ออกกำลังกาย ผู้รับบริการรับฟังและจะปฏิบัติตาม

กรณีศึกษาที่ 3 ผู้รับบริการหญิงไทยโสด อายุ 61 ปี การวินิจฉัยโรค F20 Schizophrenia

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

พ.ศ. 2550 ผู้รับบริการหวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอน ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่ไปทำงาน มารดานำส่งโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แพทย์วินิจฉัย F20 Schizophrenia admitted ครั้งที่ 1 รักษาด้วยยาและไฟฟ้า และรับยามารับประทาน ผู้รับบริการไม่ยอมรับประทานยา

พ.ศ. 2551-พ.ศ. 2561 ผู้รับบริการหวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอน หงุดหงิด รักษาที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ readmitted 6 ครั้ง แพทย์วินิจฉัย F20 Schizophrenia แล้วย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2558 มารดาเสียชีวิต ผู้รับบริการไม่รับประทานยา พูดคนเดียว หวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอน ปัสสาวะใส่เสื้อผ้า เดินเรื่อยเปื่อย ญาติให้อยู่ในห้องแล้วล๊อคกุญแจไว้

พ.ศ. 2562-พ.ศ. 2565 ผู้รับบริการรับประทานยาและไปพบแพทย์ตามนัด มีพี่สาวคอยดูแล ไม่รับรู้วันเวลา หวาดระแวงน้อยลง ปฏิเสธภาพหลอนและหูแว่ว ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ตื่นน้ำอัดลม 3 ขวด/วัน ญาติล๊อคกุญแจให้อยู่ในห้อง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารต่าง ๆ

ประวัติการใช้สารเสพติด ปฏิเสธการใช้สารเสพติด

อาการจากการติดตามเยี่ยมและการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล

ผู้รับบริการหญิงไทยโสด รูปร่างสันทัด ผิวคล้ำ ผมยว แต่งกายสะอาด เรียบเฉย พูดน้อย ปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่รับรู้วันเวลา รับรู้สถานที่และบุคคล ปฏิเสธภาพหลอนและหูแว่ว ควบคุมพฤติกรรมได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รับประทานอาหารได้น้อย ตื่นน้ำอัดลม 3 ขวด/วัน พี่สาวล๊อคกุญแจให้อยู่ในห้อง เพราะเกรงว่าผู้รับบริการจะเดินเรื่อยเปื่อยและได้รับอันตราย พี่สาวดูแลให้รับประทานยาและพาไปพบแพทย์ ผู้รับบริการร่วมมือดี

การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาลและผลการประเมิน

สร้างสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัดและตรวจสภาพจิต ผู้รับบริการไม่รับรู้วันเวลา (disorientation of time) รับรู้สถานที่และบุคคล ปฏิเสธอาการประสาทหลอน มีหวาดระแวง (paranoid) สื่อสารด้วยเทคนิคการให้ข้อมูลความจริง (presenting reality) ให้รู้สึกปลอดภัย ผู้รับบริการไม่รับรู้การเจ็บป่วย (poor insight) ให้ข้อมูลการเจ็บป่วย ประเมินความเข้าใจของพี่สาวเกี่ยวกับการรับประทานสารกระตุ้นที่ส่งผลต่ออาการทางจิตกำเริบ พบว่าพี่สาวขาดความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนี้ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ สาเหตุ การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เน้นการรับประทานยาและยาตามแผนการรักษา พี่สาวรับฟัง พร้อมทั้งตรวจสอบความเข้าใจในการล๊อคกุญแจให้ผู้รับบริการอยู่ในห้องว่าทำเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเดินเรื่อยเปื่อย จึงได้แนะนำการดูแลที่เหมาะสม ได้แก่ ให้พี่สาวอธิบายให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงความห่วงใยและขอความร่วมมือจากผู้รับบริการให้อยู่ในที่ปลอดภัย บอกวันเวลา สถานที่ และบุคคล (orientation) ติดป้ายชื่อพร้อมเบอร์โทรศัพท์ไว้ที่ตัวผู้รับบริการ และเพิ่มการดูแลใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น

กรณีศึกษาที่ 4 ผู้รับบริการหญิงไทยหม้าย อายุ 70 ปี การวินิจฉัยโรค F20 Schizophrenia

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

พ.ศ. 2545 ผู้รับบริการหวาดระแวง หูแว่ว พูดคนเดียว แยกตัว ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลูกสาวนำส่งโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แพทย์วินิจฉัย F20 Schizophrenia ผู้รับบริการไม่รับประทานยา

พ.ศ. 2546-พ.ศ. 2562 ผู้รับบริการมารักษาที่โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี อาศัยอยู่บ้านลูกเขย ยังมีอาการหวาดระแวง หูแว่ว พูดคนเดียว ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในปี พ.ศ. 2562 มีอาการใจสั่น กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย ตรวจพบโรคไทรอยด์ โรคเบาหวาน แพทย์ให้รับประทานยาทางกายควบคู่กับยาทางจิต

พ.ศ. 2563 ผู้รับบริการเครียด หวาดระแวง หูแว่ว หงุดหงิด กระสับกระส่าย ไม่นอน ลูกสาวนำส่งโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ admitted ครั้งที่ 1 แพทย์วินิจฉัย F20 Schizophrenia แล้วมารักษาต่อที่โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีลูกสาวดูแลให้รับประทานยาและพาไปพบแพทย์

พ.ศ. 2564-พ.ศ. 2565 ผู้รับบริการรับประทานยา มีลูกสาวและหลานดูแลกิจวัตรประจำวัน และการรับประทานยา อาการทุเลา ในปี พ.ศ. 2565 ลูกเขยและลูกสาวทะเลาะกันรุนแรง ลูกเขยปฏิเสธการดูแลผู้รับบริการและให้พาผู้รับบริการไปอยู่ที่สถานสงเคราะห์ ผู้รับบริการจึงย้ายไปอยู่สถานสงเคราะห์จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

ตรวจเจอโรคไทรอยด์ โรคเบาหวาน พ.ศ. 2562

รับประทานยาต่อเนื่อง

ประวัติการแพ้อาหาร

ปฏิเสธการแพ้อาหาร และสารต่าง ๆ

ประวัติการใช้สารเสพติด

ปฏิเสธการใช้สารเสพติด

อาการจากการติดตามเยี่ยมและการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล

ผู้รับบริการหญิงไทยหม้าย รูปร่างผอม ผิวคล้ำ ผมสั้น แต่งกายสะอาด ไม่รับรู้การเจ็บป่วย ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง-น้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia-hyperglycemia) ไม่รับรู้วันเวลาและสถานที่รับรู้บุคคล ปฏิเสธหูแว่วและภาพหลอน ควบคุมพฤติกรรมได้ ลูกสาวดูแลกิจวัตรประจำวันและดูแลให้รับประทานยา ลูกสาวบอกว่ารู้สึกผิดและเป็นห่วงผู้รับบริการ แต่ยังไม่แก้ปัญหาในครอบครัวไม่ได้ ต้องให้ผู้รับบริการไปอยู่สถานสงเคราะห์ชั่วคราว และจะรับผู้รับบริการมาดูแลต่อไป

การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาลและผลการประเมิน

สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและตรวจสภาพจิต ผู้รับบริการไม่รับรู้วันเวลาและสถานที่ (disorientation of time and place) ปฏิเสธอาการประสาทหลอน มีหวาดระแวง (paranoid) สื่อสารด้วยเทคนิคการให้ข้อมูลความจริง (presenting reality) ไม่รับรู้การเจ็บป่วย (poor insight) ประเมินความเข้าใจ และให้ความรู้แก่ลูกสาวเกี่ยวกับอาการของโรคไทรอยด์และโรคเบาหวานที่สัมพันธ์กับโรคจิตเภท ได้แก่ ใจสั่น กระสับกระส่าย หงุดหงิด เฉยเมย ที่คล้ายคลึงและสัมพันธ์กับอาการระยะหลงเหลือของโรคจิตเภท ลูกสาวรับฟัง ยอมรับว่าให้ผู้รับบริการไปอยู่สถานสงเคราะห์ชั่วคราว รู้สึกเป็นห่วงผู้รับบริการ หากแก้ปัญหาได้จะรับ

ผู้รับบริการกลับมาดูแล ผู้ศึกษาเคารพการตัดสินใจของลูกสาว พุดคุยให้กำลังใจในการดูแลผู้รับบริการ และอดทนในการแก้ไขปัญหา ให้ตระหนักถึงการไม่ทอดทิ้งและไม่สร้างตราบาปให้กับผู้รับบริการ แนะนำให้ลูกสาวไปเยี่ยมผู้รับบริการบ่อย ๆ เพื่อลดตราบาปในใจ (stigma) ว่าถูกทอดทิ้ง และเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ให้ผู้รับบริการและลูกสาว เน้นการสร้างความร่วมมือในการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ ผู้ศึกษาได้วางแผนติดตามอาการผู้รับบริการจากลูกสาวซ้ำพร้อมกับผู้รับผิดชอบจากศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล 4 (บึงขุนทะเล) เพื่อประเมินความต้องการช่วยเหลือและติดตามลูกสาวเกี่ยวกับการไปเยี่ยมผู้ป่วย ที่สถานสงเคราะห์อย่างสม่ำเสมอ

กรณีศึกษาที่ 5 ผู้รับบริการชายไทยโสด อายุ 54 ปี การวินิจฉัยโรค F20 Schizophrenia

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

พ.ศ. 2545 ผู้รับบริการใช้กาแฟ บุหรี่ กัญชา และยาบ้า บิดาพาไปรักษาคลินิกเอกชน เลิกใช้กัญชาและยาบ้า แต่ยังสูบบุหรี่และดื่มกาแฟ ไม่รับประทานยา มีหวาดระแวง หูแว่ว พุดเรื่องเพศ ควบคุมพฤติกรรมไม่ได้ ไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน มารดานำส่งโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ admitted ครั้งที่ 1 แพทย์วินิจฉัย F20 Schizophrenia รักษาด้วยยาและไฟฟ้า

พ.ศ. 2546-พ.ศ. 2559 ผู้รับบริการมารักษาที่โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีอาการหวาดระแวง หูแว่ว พุดเรื่องเพศ ควบคุมพฤติกรรมไม่ได้ ไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน ไม่นอน กลับมารักษาซ้ำ (readmitted) 7 ครั้ง แพทย์วินิจฉัย F20 Schizophrenia รักษาด้วยยาและไฟฟ้า ในปี พ.ศ. 2558 เริ่มดื่มน้ำอัดลม M150 กาแฟ และสูบบุหรี่ทุกวัน มีมารดาคอยดูแลและพาไปพบแพทย์ ผู้รับบริการร่วมมือพอควร

พ.ศ. 2560-พ.ศ. 2565 ผู้รับบริการแยกตัว หวาดระแวงน้อยลง ควบคุมพฤติกรรมได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ นอนหลับได้บ้าง ยังคงดื่มกาแฟ M150 และสูบบุหรี่ทุกวัน ในปี พ.ศ. 2560 เริ่มซีดอ่อนเพลีย ขาบวม ตรวจพบโรคไต และโรคโลหิตจาง ได้ยามารับประทานควบคู่กัน ผู้รับบริการรับประทานยา และพบแพทย์ตามนัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

ตรวจเจอโรคไต โรคโลหิตจาง พ.ศ. 2560

รับประทานยาต่อเนื่อง

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร

ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารต่างๆ

ประวัติการใช้สารเสพติด

พ.ศ. 2545-พ.ศ. 2546 เสพกัญชา ทุกวัน ๆ ละ 10 มวน
เสพยาบ้า ทุกวัน ๆ ละ 3-5 เม็ด ครั้งสุดท้าย (last dose)

พ.ศ. 2546

พ.ศ. 2545-ปัจจุบัน ดื่มกาแฟ ทุกวัน ๆ ละ 2 แก้ว

สูบบุหรี่ ทุกวัน ๆ ละ 1 ซอง ดื่มน้ำอัดลมและ M150

ทุกวัน ๆ ละ 2 ขวด ครั้งสุดท้าย (last dose)

วันที่ติดตามเยี่ยม

อาการจากการติดตามเยี่ยมและการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล

ผู้รับบริการชายไทยโสด รูปร่างสันทัด ผิวขาว ผอมยาว แต่งกายสะอาด เรียบเฉย ไม่รับรู้ วันเวลา รับรู้สถานที่และบุคคล รับรู้การเจ็บป่วย รู้ว่าต้องรับประทานยาและไปพบแพทย์ตามนัด ยังสูบบุหรี่ และดื่ม M150 บอกว่าจะได้มีแรง ยังมีแยกตัว หงุดหงิดบ้าง หวาดระแวงน้อยลง ปฏิเสธอาการประสาทหลอน ควบคุมพฤติกรรมได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ กลับได้ ร่วมมือในการรับประทานยาและไปพบแพทย์ตามนัด

การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาลและผลการประเมิน

สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและตรวจสภาพจิต ผู้รับบริการไม่รับรู้วันเวลา (disorientation of time) มีอารมณ์หงุดหงิด (mood irritable) หวาดระแวง (paranoid) ปฏิเสธอาการประสาทหลอน สื่อสารด้วยเทคนิคการให้ข้อมูลความจริง (presenting reality) แนะนำให้ผู้รับบริการควบคุม อารมณ์ และเสริมแรงทางบวก (positive reinforcement) ให้กำลังใจในการรักษา ผู้รับบริการและมารดา ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สารกระตุ้นที่ส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบ ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ สาเหตุ การรักษา และการปฏิบัติตัว เน้นการรับประทานยาที่ส่งเสริมการรักษาและการ รับประทานยา มารดารับฟังและรับปากว่าจะดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น

กรณีศึกษาที่ 6 ผู้รับบริการชายไทยโสด อายุ 42 ปี การวินิจฉัยโรค F20 Schizophrenia

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

พ.ศ. 2550 ผู้รับบริการสูบบุหรี่ กัญชา น้ำกระเทียม นอนไม่หลับ หูแว่ว หวาดระแวง หงุดหงิด มารดาพาไปรักษาคลินิกเอกชน ผู้รับบริการเลิกใช้กัญชา แต่ยังสูบบุหรี่และดื่มน้ำกระเทียม อาการ ไม่ดีขึ้น มารดานำส่งโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แพทย์วินิจฉัย F20 Schizophrenia รับประทานยา ผู้รับบริการไม่ร่วมมือ

พ.ศ. 2551-พ.ศ. 2561 ผู้รับบริการไปรักษาที่โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัด สุราษฎร์ธานี พูดเสียงดัง อาการหวาดระแวงน้อยลง ปฏิเสธอาการหูแว่ว ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รับประทานยา แต่สูบบุหรี่และดื่มน้ำกระเทียม

พ.ศ. 2562-พ.ศ. 2565 ผู้รับบริการเลิกดื่มน้ำกระเทียม แต่ยังคงสูบบุหรี่ พูดเสียงดัง ปฏิเสธ หวาดระแวง ปฏิเสธหูแว่ว ควบคุมพฤติกรรมได้ มีน้ำลายเหนียว ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ กลับได้ รับประทานยาต่อเนื่อง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร

ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารต่าง ๆ

ประวัติการใช้สารเสพติด

พ.ศ. 2550 เสพกัญชา ทุกวัน ๆ ละ 20 มวน

ครั้งสุดท้าย (last dose) พ.ศ. 2551

พ.ศ. 2550 เสพน้ำกระเทียม ทุกวัน ๆ ละ 1 ลิตร

ครั้งสุดท้าย (last dose) พ.ศ. 2564

พ.ศ. 2550-ปัจจุบัน สูบบุหรี่ ทุกวัน ๆ ละ 1 ซอง

ครั้งสุดท้าย (last dose) วันที่ติดตามเยี่ยม

อาการจากการติดตามเยี่ยมและการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล

ผู้รับบริการชายไทยโสด รูปร่างสูง ผิวคล้ำ แต่งกายสะอาด พูดเสียงดัง รับประทานอาหาร สถานที่ และบุคคล รับรู้การเจ็บป่วย บ่นเบื่ออาการน้ำลายเหนียว ใช้วิธีบ้วนปาก หงุดหงิด ปฏิเสธหวาดระแวง ปฏิเสธหูแว่ว ควบคุมพฤติกรรมได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มารดาคอยดูแลให้รับประทานยาและไปพบแพทย์ ผู้รับบริการร่วมมือดี

การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาลและผลการประเมิน

สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและตรวจสภาพจิต ปฏิเสธหวาดระแวง ปฏิเสธหูแว่ว ยังมีอารมณ์หงุดหงิด (mood irritable) แนะนำการควบคุมอารมณ์ ผู้รับบริการรับรู้การเจ็บป่วย (normal insight) บางครั้งเบื่ออาการน้ำลายเหนียว ใช้วิธีบ้วนปาก ผู้ศึกษาประเมินความเข้าใจของผู้รับบริการเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับคือ Clozapine (2nd generation antipsychotic) ที่ทำให้น้ำลายเหนียว (sialorrhea) ให้กำลังใจและแนะนำการใช้ยาบ้วนปากร่วมด้วย ผู้รับบริการรับฟัง มารดาเห็นด้วยและจะจัดยาบ้วนปากให้ผู้รับบริการใช้

กรณีศึกษาที่ 7 ผู้รับบริการชายไทยโสด อายุ 38 ปี การวินิจฉัยโรค F20 Schizophrenia

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

พ.ศ. 2555 ผู้รับบริการสูบบุหรี่ กัญชา มีอาการยิ้มหัวเราะสลับหงุดหงิด พูดมาก ไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน มารดพาไปรักษาคลินิกเอกชน ผู้รับบริการเลิกใช้กัญชาแต่ยังสูบบุหรี่และไม่รับประทานยา ยิ้มหัวเราะไม่สมเหตุผล หูแว่ว หลับตึก มารดพาไปรักษาโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แพทย์วินิจฉัย F20 Schizophrenia แพทย์ให้ยามารับประทานที่บ้าน มารดาคอยดูแลให้รับประทานยา ผู้รับบริการร่วมมือดี

พ.ศ. 2556-พ.ศ. 2565 ผู้รับบริการไปรักษาที่โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ยังคงสูบบุหรี่ ยิ้มหัวเราะไม่สมเหตุผลน้อยลง หงุดหงิดน้อยลง หูแว่วน้อยลง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หลับได้ ในปี พ.ศ. 2564 มารดาให้ผู้รับบริการจัดยาเอง ผู้รับบริการแอบรับประทานยา Trihexyphenidyl วันละหลายเม็ด เริ่มมีอาการยิ้มหัวเราะไม่สมเหตุผลสลับหงุดหงิด อาบน้ำวันละหลายครั้ง มารดาจึงเคร่งครัดการรับประทานยา ผู้รับบริการรับประทานยาต่อเนื่องและไปพบแพทย์ตามนัด อาการทุเลา

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร

ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารต่าง ๆ

ประวัติการใช้สารเสพติด

พ.ศ. 2555 เสพกัญชาสูดใส่ในบุหรี่ ทุกวัน ๆ ละ 10 ม้วน ครั้งสุดท้าย (last dose) พ.ศ. 2556

พ.ศ. 2555-ปัจจุบัน สูบบุหรี่ ทุกวัน ๆ ละ 10 มวน

อาการจากการติดตามเยี่ยมและการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล

ผู้รับบริการชายไทยโสด รูปร่างสูง อ้วน ผิวคล้ำ แต่งกายสะอาด ยิ้มหัวเราะไม่สมเหตุผล ไม่มีหงุดหงิด ปฏิเสธหูแว่ว รับประทานอาหาร สถานที่ และบุคคล ยอมรับการเจ็บป่วย ยอมรับว่าเคยแอบรับประทานยา เม็ดสีขาวครึ่งละหลายเม็ด หลังรับประทานยารู้สึกผ่อนคลาย เมื่อผ่านไปสักพักจะรู้สึกตัวเบา ๆ เหมือนลอยในอากาศ อารมณ์ดี หัวเราะทั้งวัน อาบน้ำทั้งวัน บอกได้ที่เกิดจากการรับประทานยาเม็ดสีขาวมากเกินไป

รับปากว่าจะไม่ทำอีก บางครั้งรู้สึกเบื่อ ใช้วิธีสูบบุหรี่ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ทำงานบ้านได้ หลับได้ ร่วมมือในการรับประทานยาและไปพบแพทย์ตามนัด

การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาลและผลการประเมิน

สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและตรวจสภาพจิต ผู้รับบริการรับรู้วันเวลา สถานที่ และบุคคล (good orientation) รับรู้การเจ็บป่วย (normal insight) บอกว่าป่วยเป็นโรคจิต ยิ้มหัวเราะ ไม่สมเหตุผล (inappropriate affect) ยอมรับว่าแอบรับประทานยาเม็ดสีขาวที่ทำให้ผ่อนคลาย เมื่อผ่านไปสักพักจะมีอาการตัวเบา ๆ เหมือนลอยในอากาศ อารมณ์ดีทั้งวัน อาบน้ำทั้งวัน ผู้ศึกษารับฟังอย่างเข้าใจ (empathic listening) ให้การยอมรับผู้รับบริการ (accepting) สะท้อนคิดผู้รับบริการ (reflecting) และให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงและอาการเป็นพิษจากยา Trihexyphenidyl (Antiparkinsonian/Anticholinergic) ที่ผู้รับบริการรับประทานในขนาดที่มากเกินไป ทำให้ครีမ်ออกครีမ်ใจ/เคลิบเคลิ้ม (euphoria) แสดงออกโดยยิ้มหัวเราะไม่สมเหตุผล และมีพฤติกรรมที่มากเกินไป หากผู้รับบริการยังได้รับยาในขนาดที่มากเกินไปอย่างต่อเนื่องจะเกิดภาวะเป็นพิษจากยา (anticholinergic toxicity) โดยมีสมาธิลดลง (inattention) ความจำแย่ง (impaired memory) ใจสั่น (tachycardia) กระสับกระส่าย (agitation) สับสน (confusion) ประสาทหลอน (hallucination) อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น (hyperthermia) ชักเกร็ง (seizure) กล้ามเนื้อสลายตัว (rhabdomyolysis) และอาจหมดสติ (syncopal attack) ซึ่งเป็นอันตรายและต้องได้รับการรักษาโดยเร่งด่วน ผู้รับบริการรับปากว่าจะไม่ทำอีก มารดารับปากว่าจะเคร่งครัดให้ผู้รับบริการรับประทานยาให้ถูกต้องมากขึ้น

กรณีศึกษาที่ 8 ผู้รับบริการชายไทยหม้าย อายุ 43 ปี การวินิจฉัยโรค F20 Schizophrenia

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

พ.ศ. 2545 ผู้รับบริการใช้บุหรี่ กาแฟ ยาบ้า กัญชา มีอาการแยกตัว หวาดระแวง หูแว่ว หงุดหงิด บิดาพาไปรักษาโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แพทย์วินิจฉัย F20 Schizophrenia รับประทานยาต่อเนื่อง

พ.ศ. 2546-พ.ศ. 2553 ผู้รับบริการแยกตัว หงุดหงิด สูบบุหรี่และดื่มกาแฟทุกวัน ใช้ยาบ้า และกัญชานาน ๆ ครั้ง รับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด ในปี พ.ศ. 2550 ผู้รับบริการใช้ยาบ้าและกัญชา มากขึ้น หงุดหงิด หวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอน ญาตินำส่งโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ admitted ครั้งที่ 1 แพทย์วินิจฉัย F20 Schizophrenia รักษาด้วยยาและไฟฟ้า ในปี พ.ศ. 2552 กลับมารักษาซ้ำ (readmitted) ครั้งที่ 2 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ด้วยอาการหวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอน ไม่นอน แพทย์วินิจฉัย F20 Schizophrenia เลิกใช้ยาบ้าและกัญชา แต่ยังสูบบุหรี่และดื่มกาแฟ

พ.ศ. 2554-พ.ศ. 2563 ผู้รับบริการอยู่กับญาติที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปฏิเสธหวาดระแวง ปฏิเสธหูแว่วและภาพหลอน ควบคุมพฤติกรรมได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ทำงานได้ ยังคงสูบบุหรี่และดื่มกาแฟ ในปี พ.ศ. 2559 ผู้รับบริการไปรักษาที่โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ต่อมา ผู้รับบริการเครียดเรื่องแฟน ต่อมามีปัญหาการทำงาน หงุดหงิด ควบคุมพฤติกรรมไม่ได้ ทำลายสิ่งของ จึงโดนให้ออกจากงาน หลังจากนั้นผู้รับบริการกลับบ้านที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังคงสูบบุหรี่และดื่มกาแฟ หงุดหงิด

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ควบคุมพฤติกรรมได้ กลับได้ มีบิดาคอยดูแลให้
รับประทานยาและไปพบแพทย์

พ.ศ. 2564-พ.ศ. 2565 ผู้รับบริการกลับมาทำงานกับญาติที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี รับประทาน
ยาและพบแพทย์ตามนัด ยังคิดเรื่องเก่า ๆ หลังจากนั้นผู้รับบริการกลับบ้านที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังคงสูบ
บุหรี่และดื่มกาแฟ หงุดหงิด ปฏิเสธหวาดระแวง ปฏิเสธหิวแหวและภาพหลอน ควบคุมพฤติกรรมได้ ปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวันได้ ทำงานได้ กลับได้ ยังคงสูบบุหรี่และดื่มกาแฟทุกวัน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต
ประวัติการแพ้ยาและอาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารต่าง ๆ
ประวัติการใช้สารเสพติด	พ.ศ. 2545 เสพกัญชาสอดไส้ในบุหรี่ ทุกวันๆละ 10 มวน เสพยาบ้า ทุกวัน ๆ ละ 3-5 เม็ด ครั้งสุดท้าย (last dose) พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2545 - ปัจจุบัน สูบบุหรี่ ทุกวัน ๆ ละ 10 มวน ดื่มกาแฟ ทุกวัน ๆ ละ 3-5 แก้ว ครั้งสุดท้าย (last dose) วันที่ติดตามเยี่ยม

อาการจากการติดตามเยี่ยมและการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล

ผู้รับบริการชายไทยหม้าย รูปร่างสูง ท้วม ผิวคล้ำ แต่งกายสะอาด เรียบเฉย รับรู้วันเวลา
สถานที่ และบุคคล ยอมรับการเจ็บป่วย ปฏิเสธหวาดระแวง ปฏิเสธหิวแหวและภาพหลอน ควบคุมพฤติกรรมได้
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ทำงานได้ กลับได้ คิดมากเรื่องความมั่นคงในชีวิต ใช้วิธีคิดเชิงบวกว่าชีวิตดีขึ้น
มีงานและมีรายได้ พูดคุยกับญาติ ฟังเพลง และพักผ่อน ยังสูบบุหรี่และดื่มกาแฟทุกวัน

การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาลและผลการประเมิน

สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและตรวจสภาพจิต ผู้รับบริการรับรู้วันเวลา สถานที่ และ
บุคคล (good orientation) รับรู้การเจ็บป่วย (normal insight) ปฏิเสธหวาดระแวง ปฏิเสธหิวแหวและ
ภาพหลอน ควบคุมพฤติกรรมได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ กลับได้ คิดมากเรื่องความมั่นคงในชีวิต ประเมิน
ความเครียดด้วยแบบประเมิน SPST-20=20 คะแนน (mild stress) ประเมินความวิตกกังวลและซึมเศร้าด้วย
แบบประเมิน HADS=6 คะแนน (normal range) พร้อมทั้งประเมินแบบแผนการปรับตัวและการเผชิญกับ
ความเครียด พบว่าผู้รับบริการเผชิญปัญหาและความเครียดแบบมุ่งผ่อนคลายอารมณ์ (emotional focus
coping) ใช้กลไกป้องกันตนเองเชิงสร้างสรรค์ (healthy defense mechanism) คุยกับญาติ ฟังเพลง และ
พักผ่อน ผู้ศึกษายอมรับ (accepting) เสริมแรงทางบวก (positive reinforcement) ให้กำลังใจและแนะนำให้
ระดับประคองระดับความเครียด ความวิตกกังวล และซึมเศร้าไม่ให้เพิ่มขึ้น เพราะจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้
อาการทางจิตกำเริบ

กรณีศึกษาที่ 9 ผู้รับบริการชายไทยโสด อายุ 51 ปี การวินิจฉัยโรค F20 Schizophrenia

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

พ.ศ. 2545 ผู้รับบริการใช้กัญชา มีอาการหวาดระแวง หูแว่ว หงุดหงิด แยกตัว ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บิดาพาไปรักษาโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แพทย์วินิจฉัย F20 Schizophrenia รับประทานยาต่อเนื่อง

พ.ศ. 2546-พ.ศ. 2556 ผู้รับบริการเลิกใช้กัญชา แต่สูบบุหรี่ แยกตัว หงุดหงิด หวาดระแวง น้อยลง ปฏิเสธหูแว่ว ควบคุมพฤติกรรมได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ในปี พ.ศ. 2554 ผู้ป่วยเริ่มคิดมาก อยากมีรายได้ แยกตัว ปฏิเสธหวาดระแวง ปฏิเสธหูแว่ว บิดาจึงพาไปอยู่กับมารดาและพี่สาว พี่สาวให้ทำงานบ้านและให้เงินเดือน พาไปทำบัตรผู้พิการทางจิตและย้ายไปรักษาไปที่โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้รับบริการร่วมมือดี จัดยารับประทานเองและไปพบแพทย์ตามนัด

พ.ศ. 2557-พ.ศ. 2565 ผู้รับบริการปฏิเสธหวาดระแวง ปฏิเสธหูแว่ว ไม่หงุดหงิด ควบคุมพฤติกรรมได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ พี่สาวไปอยู่กับบิดาแต่แวะมาเยี่ยมผู้รับบริการทุกวัน ผู้รับบริการรับประทานยาและไปพบแพทย์ตามนัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติการแพ้อาหาร

ปฏิเสธการแพ้อาหาร และสารต่าง ๆ

ประวัติการใช้สารเสพติด

พ.ศ. 2545 เสพกัญชา ทุกวัน ๆ ละ 5 ครั้ง
ครั้งสุดท้าย (last dose) พ.ศ. 2546

พ.ศ. 2545 - ปัจจุบัน สูบบุหรี่ ทุกวัน ๆ ละ 10 มวน
ครั้งสุดท้าย (last dose) วันที่ติดตามเยี่ยม

อาการจากการติดตามเยี่ยมและการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล

ผู้รับบริการชายไทยโสด รูปร่างสูง ผิวดำ แต่งกายสะอาด เรียบเฉย รับรู้วันเวลา สถานที่ และบุคคล ยอมรับการเจ็บป่วย ปฏิเสธหวาดระแวง ปฏิเสธหูแว่ว ควบคุมพฤติกรรมได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ กลางคืนหลับได้ มักตื่นเข้าไปซื้อของแล้วกลับมาทำงานบ้าน ยอมรับว่าเคยคิดมากเรื่องไม่มีรายได้ ตอนนี้สบายใจขึ้น เข้าใจเหตุผลและยอมรับความจริง รับประทานยาต่อเนื่องและพบแพทย์ตามนัด

การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาลและผลการประเมิน

สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและตรวจสภาพจิต ผู้รับบริการรับรู้วันเวลา สถานที่ และบุคคล (good orientation) รับรู้การเจ็บป่วย (normal insight) ปฏิเสธหูแว่ว ควบคุมพฤติกรรมได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ กลางคืนหลับได้ สบายใจที่มีรายได้ เข้าใจเหตุผลและยอมรับความจริง ผู้ศึกษาให้กำลังใจ ยอมรับ (accepting) เสริมแรงทางบวก (positive reinforcement) ว่าผู้รับบริการมีปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัว (family support) ช่วยพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem improvement)

สรุป

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั้ง 9 ราย มีปัญหาและความต้องการแตกต่างกันไป บางรายอาการทางจิตทุเลา ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ทำงานบ้านได้ ทำงานและมีรายได้ จัดยารับประทานเองได้ ร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่องและพบแพทย์ตามนัด ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติการพยาบาลตามการป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) มิติการฟื้นฟูสภาพจิต (rehabilitation of mental health) สอดคล้องกับกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ใหม่ (re-education) กิจกรรมฝึกการอยู่ร่วมกันในสังคมใหม่ (re-socialization) และกิจกรรมเพื่อสร้างสรรคคุณค่าให้กับตนเองใหม่ (re-establishment) โดยรับฟัง ยอมรับ เกิดการยอมรับความจริง ปรับตัว แนะนำการดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน ปฏิบัติตามแผนการรักษา ป้องกันความเสื่อมสภาพ ความพิการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ พัฒนาสัมพันธภาพ สนับสนุนให้มีงานทำและมีรายได้ พัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง มั่นใจในการดำเนินชีวิต และใช้ชีวิตในชุมชนได้ บางรายมีปัจจัยกระตุ้นอาการทางจิต ได้แก่ เผชิญความเครียดไม่เหมาะสม ใช้สารเสพติด ขาดความเข้าใจในการจัดการอาการข้างเคียงจากยาและการปฏิบัติตัวต่อโรคจิตเภทและโรคทางกายควบคู่กัน ไม่รวมมือในการรักษา รักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม มีอาการระยะหลงเหลือ กิจกรรมประจำวันบกพร่อง (poor activity daily living) หน้าที่ทางสังคมบกพร่อง (social dysfunction) สูญเสียคุณค่าในตนเอง (low self-esteem) และสูญเสียพลังอำนาจแห่งตน (loss of power) ผู้ศึกษาปฏิบัติการพยาบาลตามการป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) มิติการบำบัดรักษา (therapeutic or restoration of mental health) ซึ่งเป็นการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้เผชิญกับความเป็นจริง โดยมีพยาบาลเป็นสื่อกลางที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเรียนรู้ตนเองเพื่อนำไปสู่การปรับพฤติกรรม เครื่องมือที่สำคัญคือการใช้ตนเองของพยาบาลเพื่อการบำบัด การปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ช่วยเหลือให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการรักษา การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลให้ได้รับประทานอาหารและยาตามแผนการรักษา การจัดสรรสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การจัดกิจกรรมบำบัด (ขวัญตา ภูริวิทยาธิระ และปนิดา พุ่มพุท, 2560) ผู้ศึกษาได้สื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทด้วยเทคนิคการให้ข้อมูลความจริง (presenting reality) แนะนำให้รับรู้ถึงอาการทางจิตกำเริบและการจัดการเบื้องต้น ให้ความรู้เกี่ยวกับการลด/เลิกสารเสพติด/สิ่งกระตุ้นอาการทางจิตให้เข้าใจการรักษาโรคจิตเภทและโรคทางกายควบคู่กันไป การรับประทานยา อาการข้างเคียงจากยา อาการเป็นพิษจากยา และการจัดการเบื้องต้น ให้ฝึกควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ให้ญาติช่วยควบคุมพฤติกรรม ให้ข้อมูลแหล่งบริการทางสุขภาพเพื่อการส่งต่อ ทั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เสริมแรงทางบวก (positive reinforcement) พัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem improvement) และเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) แก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้ร่วมมือดูแลสุขภาพ สามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ ผู้ศึกษาได้รับการขอความช่วยเหลือเพิ่มเติมในการติดตามเยี่ยมผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรายใหม่ ซึ่งญาติและผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่พร้อมให้เยี่ยมแม้ว่าผู้รับผิดชอบจะติดต่อไปหลายครั้งก็ตาม ผู้ศึกษาจึงเกิดความท้อแท้และตั้งใจว่าจะปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและครอบครัวรายนี้ให้สำเร็จ เพื่อพัฒนาความเชี่ยวชาญการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนและขยายวงกว้างสู่ผู้ป่วยโรคจิตชนิดอื่น ๆ

จากการพัฒนาความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ศึกษามีเป้าหมายการปฏิบัติที่ชัดเจน มีการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น โดยบูรณาการองค์ความรู้ในสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญคือสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ไปให้บริการแก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรายบุคคลและญาติที่เป็นผู้รับบริการเฉพาะกลุ่ม มีการประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพในการติดตามดูแลผู้รับบริการต่อเนื่อง ตลอดจนนำประสบการณ์การพัฒนาความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลสู่การพัฒนาผลงานวิชาการที่แสดงถึงการเพิ่มพูนความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลของตนเองอย่างต่อเนื่องสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

อาจารย์พยาบาลต้องแสดงบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแสดงถึงความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลและทางวิชาการ ใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลที่แสดงถึงการมีองค์ความรู้ ประสบการณ์ที่สั่งสม และความเชี่ยวชาญของอาจารย์สู่การให้บริการผู้รับบริการรายบุคคล ครอบครัว กลุ่ม และชุมชนอย่างมีคุณภาพการพยาบาล อีกทั้งนำประสบการณ์จากการปฏิบัติการพยาบาลสู่การพัฒนาความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ เป็นที่ปรึกษาทางวิชาการของบุคลากรในวิชาชีพการพยาบาลได้อย่างดีเยี่ยม ตลอดจนพัฒนาผลงานวิชาการให้มีคุณภาพและได้รับการยอมรับในระดับชาติและยกระดับสู่นานาชาติอย่างเต็มภาคภูมิ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2565). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช: ข้อมูลจากระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย ประจำปีงบประมาณ 2564 คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (HDC). กระทรวงสาธารณสุข.
- ขวัญตา ฐริวิทยาธีระ, และปนิดา พุ่มพุทธ. (2560). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เล่ม 1. เลิศไชย.
- จริยา วิทยะศุภร. (2564). การบรรยายพิเศษ เรื่อง รูปแบบและแนวทางของการจัดทำ *faculty practice* วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2564. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สภาการพยาบาล. (2565, 21 กุมภาพันธ์). แนวทางการทำ *faculty practice*.
[https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/Faculty%20Practice\(1\).pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/Faculty%20Practice(1).pdf)
- ภัทรารณณ์ พุ่งปันคำ. (2560). การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันพระบรมราชชนก, คณะพยาบาลศาสตร์. (2565). *แผนยุทธศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2566-2570*.
- McArthur, D. B. (2019). Emerging infectious diseases. *The Nursing Clinics of North America*, 54(2), 297–311. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.02.006>

Milani, R. V., Bober, R. M., & Lavie, C. J. (2016). The role of technology in chronic disease care. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 58(6), 579–583.

<https://doi.org/10.1016/j.pcad.2016.01.001>

Taylor, D. (1996). *Faculty practice: Uniting advanced nursing practice and nursing education*. In A. Hamric, J. Spross, & C. Hanson (Eds.), *Advanced nursing practice: An integrative approach* (pp. 469-495). Saunders.

World Health Organization. (2022, January 10). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความที่ผ่านการพิจารณา และกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-reviewed journal) ในสาขานั้น ๆ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้พิมพ์ไม่ทราบชื่อกันและกัน (Double-blind review) โดยบทความที่จะได้รับการพิจารณาต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตการตีพิมพ์ และผู้พิมพ์ได้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้พิมพ์ (Duties of authors) ตามที่ปรากฏในจริยธรรมในการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสาร (Publication ethics) อย่างเคร่งครัด

ประเภทของเรื่องที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย เป็นบทความเกี่ยวกับการรายงานการวิจัยทางการแพทย์ การสาธารณสุข การแพทย การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ห่อภิมาณ และการสังเคราะห์ห่อภิมาณ
2. บทความทางวิชาการ เป็นบทความที่เรียบเรียงสาระความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ที่มีเนื้อหาทันสมัย นำมาสรุปวิเคราะห์ เปรียบเทียบ สังเคราะห์โดยผู้เขียน นำเสนอองค์ความรู้และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์

เงื่อนไขทางจริยธรรมเกี่ยวกับการส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1. เป็นเรื่องของผู้เขียนไม่มีการละเมิดลิขสิทธิ์ทางปัญญา เช่น ไม่ได้คัดลอกและ/หรือดัดแปลงข้อความส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดจากงานของผู้อื่น
2. เป็นเรื่องที่ยังไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
3. บทความที่เป็นรายงานการวิจัย โครงร่างวิจัยต้องได้รับการพิจารณาเห็นชอบเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

นโยบายการลงตีพิมพ์ในวารสาร

1. วารสารรับเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์ในระบบปกติ ไม่มีระบบเร่งด่วน (fast tract)
2. ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัยและบทความวิชาการ จะต้องผ่านการประเมินคุณภาพและได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) จำนวน 3 คน หากมีการปรับปรุงแก้ไข ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วกลับมาภายในเวลา 2 สัปดาห์
3. ผู้เขียนรายงานการวิจัยและบทความวิชาการ ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเนื้อหาและข้อมูลที่ลงตีพิมพ์ รวมถึงรายการอ้างอิงที่ใช้

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

การจัดรูปแบบเอกสาร

พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรม Microsoft Word ตั้งค่าโดยเว้นระยะขอบ 1 นิ้ว (2.54 เซนติเมตร) ทั้ง 4 ด้าน กำหนดการวางเป็นแนวตั้ง ขนาดกระดาษเป็น A4 หัวกระดาษและท้ายกระดาษ 1.25 เซนติเมตร พิมพ์เป็นคอลัมน์เดียว ไม่ใส่กรอบ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 และใช้ตัวเลขอารบิก โดยแต่ละวลี/ประโยคให้เว้นระยะห่าง 1 เคาะ (single space) การกั้นหน้าใช้แบบกั้นซ้าย สำหรับการย่อหน้า ตรงระยะห่างก่อนและหลังเลือก 0 pt และระยะห่างบรรทัด เลือกบรรทัดเดียว (single) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 บรรทัด และจัดรูปแบบหัวข้อต่าง ๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

รูปแบบการพิมพ์เพื่อเตรียมต้นฉบับบทความ

รายการ	ลักษณะตัวอักษร	รูปแบบการพิมพ์	ขนาดตัวอักษร
ชื่อเรื่อง	หนา	กลางหน้ากระดาษ	16
ชื่อผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ (ถ้ามี)	หนา	ชิดขวา	16
บทคัดย่อ	หนา	กลางหน้ากระดาษ	16
Abstract	หนา	กลางหน้ากระดาษ	16
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานของผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ (เชิงอรรถ)	ปกติ	ชิดซ้าย	12
หัวข้อใหญ่	หนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อรอง	หนา		16
หัวข้อย่อย ใช้หัวข้อหมายเลขระบบบทศนิยม	ปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ	16
ตัวอย่างการจัดลำดับเลข (ไม่เกิน 3 ลำดับ)	ปกติ	1. xxx 1.1 xxx 1.1.1 xxx	16
ลำดับตาราง/ลำดับภาพประกอบ (ตารางที่..) ภาพประกอบที่..	หนา	ชิดซ้าย	16
ข้อความในเนื้อหา	ปกติ		16
ข้อความในตาราง	ปกติ		14

คำแนะนำทั่วไป

- ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract) ต้องมีเนื้อความตรงกัน
- พิมพ์ชื่อผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ พร้อมระบุชื่ออยู่วุฒิการศึกษาสูงสุด ให้ระบุทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์เป็นตัวหนา ขนาด 16 จัดรูปแบบชิดขวา ระบุไว้ใต้ชื่อเรื่องพร้อมใส่เชิงอรรถแบบดอกจัน

(*) ด้วยก และที่เชิงอรรถให้ระบุตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ทำงาน พร้อมระบุชื่อผู้ให้การติดต่อหลักและอีเมล รูปแบบอักษรปกติ ขนาดอักษร 12 จัดรูปแบบชิดซ้าย

3. บทคัดย่อความยาวไม่เกิน 300 คำ ทั้งสองภาษา ความยาวไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ
4. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ
5. หากมีภาพ แผนภาพ แผนภูมิ (กราฟ) หรือตาราง เพื่อประกอบเนื้อหา ควรจัดตำแหน่งให้เหมาะสมกับเนื้อหา โดยใส่หมายเลขกำกับภาพแผนภาพ แผนภูมิ และตาราง ตามลำดับ ให้ครบถ้วน
6. การใช้ภาษาเขียน มีแนวทางดังนี้
 - 6.1 คำเดียวกัน เช่น ชื่อตัวแปรที่ศึกษา ต้องเขียนให้เหมือนกันในทุกแห่ง
 - 6.2 คำภาษาไทยที่จำเป็นต้องมีภาษาอังกฤษกำกับด้วย ให้ใส่ภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บ โดยใส่เฉพาะเมื่อกล่าวครั้งแรก (ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัย ให้เริ่มตั้งแต่หัวข้อบทนำ) ดังนั้น การเขียนครั้งแรก ส่วนการเขียนครั้งต่อ ๆ มา เขียนเพียงคำภาษาไทย
 - 6.3 คำภาษาอังกฤษ ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ส่วนชื่อเรื่องและชื่อเฉพาะ อักษรตัวแรกของแต่ละคำ ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม
7. การใช้ตัวเลขและคำย่อ ให้ใช้ตัวเลขอารบิกทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น
8. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้เหนือภาพนั้นๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตารางและเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และใต้ชื่อภาพ 1 บรรทัด คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือภาพสีก็ได้ ภาพต้องมีความคมชัด กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้นๆ ด้วย
9. เขียนเอกสารอ้างอิงให้ถูกต้อง ตรงกันทั้งเอกสารอ้างอิงในเนื้อหาและเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง จำนวนไม่ควรเกิน 30 ชื่อเรื่อง
10. ความยาวต้นฉบับ เมื่อรวมกับเอกสารอ้างอิงและบทคัดย่อแล้ว บทความวิจัยความยาวต้นฉบับไม่เกิน 20 หน้า และบทความวิชาการไม่เกิน 15 หน้า หรือขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของบรรณาธิการวารสาร
11. ไฟล์ต้นฉบับบันทึกเป็นชนิด Word 97-2003 Document

คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับแต่ละประเภท

1. บทความวิจัย มีคำแนะนำในการเขียนส่วนประกอบแต่ละหัวข้อตามลำดับ ดังนี้
 - 1.1 ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ตัวหนา ขนาด 16 อยู่ตรงกลางของหน้า โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม
 - 1.2 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้นิพนธ์/ผู้ร่วมนิพนธ์ ชื่อย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์เป็นตัวหนา ขนาด 16 จัดรูปแบบชิดขวา ระบุไว้ใต้ชื่อเรื่องพร้อมใส่เชิงอรรถแบบดอกจัน
- (*) ด้วยก และที่เชิงอรรถให้ระบุตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ปฏิบัติงาน พร้อมระบุชื่อผู้ให้การติดต่อหลักและระบุอีเมลท้ายสถานที่ปฏิบัติงาน รูปแบบอักษรปกติ ขนาดอักษร 12 จัดรูปแบบชิดซ้าย

1.3 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (abstract) แบ่งออกเป็น 2 ย่อหน้า โดยย่อหน้าแรกเขียนเกี่ยวกับรูปแบบการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัยโดยสรุป กลุ่มตัวอย่าง (ระบุว่าเป็นใคร พร้อมจำนวน) เครื่องมือการวิจัย (ระบุชื่อเครื่องมือตามลำดับ พร้อมค่าความเชื่อมั่น) การเก็บรวบรวมข้อมูล (ระบุว่าการดำเนินการเมื่อใด) และการวิเคราะห์ข้อมูล (ระบุชื่อสถิติที่ใช้) ย่อหน้าที่ 2 เขียนเกี่ยวกับผลการวิจัยที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย และข้อเสนอแนะที่สำคัญในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.4 คำสำคัญ (keywords) อยู่ในบทคัดย่อแต่ละภาษา จำนวน 3-5 คำ โดยคำภาษาไทยแต่ละคำเว้นระยะห่าง 2 เคาะ ส่วนภาษาอังกฤษ แต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ใช้จุลภาค (,) คั่น และเว้นระยะห่าง 2 เคาะ

1.5 บทนำ เขียนตามหลักการเขียนรายงานการวิจัยทั่วไป

1.6 วัตถุประสงค์การวิจัย เขียนเป็นวัตถุประสงค์เฉพาะ โดยระบุเป็นข้อ ๆ

1.7 สมมติฐานการวิจัย (หากมี) ระบุเป็นข้อ ๆ

1.8 กรอบแนวคิดการวิจัย เขียนคำบรรยายเกี่ยวกับแนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้เป็นฐานในการวิจัย และตัวแปรที่ศึกษา แบบกระชับและเข้าใจง่าย ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และเขียนแผนภาพที่แสดงตัวแปรที่ศึกษา

1.9 วิธีดำเนินการวิจัย

เขียนย่อหน้านำ 1 ย่อหน้า เกี่ยวกับการออกแบบการวิจัย ระยะเวลาและสถานที่เก็บข้อมูล ขอบเขตการวิจัย แล้วแบ่งหัวข้อย่อย ตามลำดับดังนี้

1.9.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เขียนเกี่ยวกับประชากร เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (โดยเฉพาะการวิจัยเชิงทดลอง) การกำหนดขนาดตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

1.9.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยเชิงทดลองให้แบ่งเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองให้ระบุที่มาชื่อกิจกรรมแต่ละครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ รายละเอียดกิจกรรม และสื่อที่ใช้ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล หรือเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ให้ระบุที่มา จำนวนข้อ ลักษณะคำตอบ เกณฑ์การให้คะแนน และเกณฑ์การแปลผลคะแนน ส่วนการวิจัยประเภทอื่น ๆ ให้เขียนเครื่องมือที่ใช้ตามลำดับตัวแปรที่ศึกษา โดยเขียนทำนองเดียวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเขียนเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งหมด การตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่น

1.9.3 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ระบุหมายเลขการรับรอง วันที่และช่วงเวลาที่ได้รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งการแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

1.9.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล เขียนอธิบายขั้นตอนการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง และการบริหารเครื่องมือวิจัย กรณีงานวิจัยมีหลายขั้นตอน หรือมีกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม อาจนำเสนอเป็นแผนภูมิตาราง หรือเขียนลำดับหัวข้อตามความเหมาะสม

1.9.5 การวิเคราะห์ข้อมูล เขียนข้อมูลแต่ละส่วนพร้อมระบุชื่อสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ตัวแปรหรือระดับการวัด รวมทั้งผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ถ้ามี)

1.10 ผลการวิจัย เขียนสรุปการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการวิจัยที่นำเสนอ 1 ย่อหน้า แล้วอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด การนำเสนอผลการวิจัย สามารถเลือกรูปแบบการบรรยายหรือนำเสนอในตารางได้ตามความเหมาะสม กรณีนำเสนอด้วยตาราง หากตารางยาวเกิน 1 หน้า ให้ใส่ชื่อตารางเดิม และระบุคำว่า ต่อ ในวงเล็บ () ส่วนคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สัญลักษณ์ M และ SD ตามลำดับ

1.11 อภิปรายผล อธิบายเหตุผลที่ทำให้ผลการวิจัยเป็นเช่นนั้น ตามด้วยการศึกษาที่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ได้ โดยระบุว่าผลการศึกษาร่วมที่เกี่ยวข้องนั้นเป็นอย่างไร

1.12 ข้อเสนอแนะ เขียนข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป หากมีมากกว่า 1 ประเด็น ให้ระบุเป็นข้อ ๆ

1.13 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) เขียนเพื่อขอบคุณบุคคลหรือองค์กรที่มีส่วนช่วยเหลือในการวิจัยนี้

1.14 เอกสารอ้างอิง เขียนถูกต้องตามรูปแบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 และมีรายการครบถ้วนตามที่ได้อ้างในเนื้อหา (ดังรายละเอียดต่อไป)

2. บทความวิชาการ มีคำแนะนำในการเขียนส่วนประกอบแต่ละหัวข้อตามลำดับดังนี้

2.1 ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ตัวหนา ขนาด 16 อยู่ตรงกลางของหน้า โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม

2.2 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้นิพนธ์/ผู้ร่วมนิพนธ์ ชื่อย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์เป็นตัวหนา ขนาด 16 จัดรูปแบบชิดขวา ระบุไว้ใต้ชื่อเรื่องพร้อมใส่เชิงอรรถแบบดอกจัน (*) ตัวยก และที่เชิงอรรถให้ระบุตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ปฏิบัติงาน พร้อมระบุชื่อผู้ให้การติดต่อหลักและระบุอีเมลท้ายสถานที่ปฏิบัติงาน รูปแบบอักษรปกติ ขนาดอักษร 12 จัดรูปแบบชิดซ้าย

2.3 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (abstract) เขียน 1 ย่อหน้า ความยาว 10-16 บรรทัด ประกอบด้วย 1) การเกริ่นนำเกี่ยวกับเรื่องที่เขียน 2) การเน้นประเด็นที่เป็นแก่นสำคัญของเนื้อหา และ 3) การสรุปสิ่งสำคัญที่เชื่อมโยงถึงแนวทางการปฏิบัติและประโยชน์ที่ได้รับ

2.4 คำสำคัญ (keywords) อยู่ใต้บทคัดย่อแต่ละภาษา จำนวน 3-5 คำ โดยคำภาษาไทยแต่ละคำเว้นระยะห่าง 2 เคาะ ส่วนภาษาอังกฤษ แต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ใช้จุลภาค (,) คั่น และเว้นระยะห่าง 2 เคาะ

2.5 บทนำ เขียนอธิบายการได้มาซึ่งความรู้และความสำคัญของเรื่องที่เขียนและจุดประสงค์การเขียน

2.6 เนื้อเรื่อง แบ่งเป็นหัวข้อใหญ่ หัวข้อรอง และหัวข้อย่อยตามความเหมาะสม

2.7 บทสรุป สรุปสาระสำคัญ

2.8 ข้อเสนอแนะ เขียนข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้ด้านการพยาบาล และสาขาที่เกี่ยวข้อง

2.9 เอกสารอ้างอิง เขียนถูกต้องตามรูปแบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 และมีรายการครบถ้วนตามที่ได้อ้างในเนื้อหา (ดังรายละเอียดต่อไป)

คำแนะนำการเขียนอ้างอิงแบบ APA Style

การเขียนอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ Publication Manual of the American Psychological Association (APA style) ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 โดยแบ่งออกเป็น การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation) และการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ (reference) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ และการเขียนอ้างอิงท้ายข้อความ โดยมีรายละเอียดการอ้างอิงในเนื้อหา ดังนี้

1.1 ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างชาติให้ใส่เฉพาะชื่อสกุล ส่วนผู้แต่งชาวไทยให้ใส่ทั้งชื่อและนามสกุล ส่วนผู้แต่งคนไทยที่มียศ บรรดาศักดิ์หรือราชทินนาม สมณศักดิ์ ให้ใส่ไว้หน้าชื่อ ตัวอย่าง

..... (เกศินี จุฑาวิจิตร, 2552)

.....(McCargo, 2002)

1.2 ผู้แต่ง 2 คน ใส่ชื่อผู้แต่ง 2 คน ทุกครั้งที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา โดยใช้คำว่า “และ” สำหรับผู้แต่งชาวไทย และ “and” เมื่อใส่ผู้แต่งชาวต่างชาตินอกวงเล็บ แต่ให้ใช้เครื่องหมาย “&” เมื่อใส่ผู้แต่งไว้ในวงเล็บ

1.3 ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป ให้ใส่ชื่อผู้แต่งคนแรก ตามด้วยคำว่า และคณะ หรือ et al. (สำหรับผู้แต่งชาวต่างประเทศ) เช่น นรากร สารีแท้ และคณะ (2562).....

..... (Pratkanis et al., 1989)

1.4 ผู้แต่งที่เป็นหน่วยงานที่มีชื่อย่อ ให้ใส่ชื่อเต็มหน่วยงาน ตามด้วยชื่อย่อในวงเล็บ และตามด้วยปีพิมพ์ โดยมีรูปแบบดังนี้ การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ ระบุชื่อเต็ม (ชื่อย่อ, ปีพิมพ์) ส่วนการอ้างอิงท้ายข้อความ ระบุรายละเอียดในวงเล็บ (ชื่อเต็ม [ชื่อย่อ], ปีพิมพ์) สำหรับการอ้างอิงครั้งต่อ ๆ ไป ให้ระบุเฉพาะชื่อย่อและปีพิมพ์ เช่น

การอ้างอิงครั้งแรก: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส., 2565)

กล่าวถึง...

การอ้างอิงต่อ ๆ ไป : สสส. (2565) กล่าวถึง...

การอ้างอิงครั้งแรก:(สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส.],

2565)

การอ้างอิงต่อ ๆ ไป:(สสส., 2565)

การอ้างอิงครั้งแรก: World Health Organization (WHO, 2019).....

การอ้างอิงต่อ ๆ ไป: WHO (2019)

การอ้างอิงครั้งแรก: (World Health Organization [WHO], 2019)

การอ้างอิงต่อ ๆ ไป: ...(WHO, 2019)

1.5 การเขียนอ้างอิงเอกสารที่ไม่มีชื่อผู้แต่ง/บรรณาธิการ หากชื่อเรื่อง/ชื่อบท/ชื่อบทความ มีความยาวมาก ให้ใส่เพียง 2-3 คำแรก รูปแบบการเขียนอ้างอิงให้ใส่ชื่อเรื่อง/ชื่อบท/ชื่อบทความ ในเครื่องหมายอัฒประกาศ “ ” ตามด้วยปีพิมพ์ ดังนี้

การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ: “ชื่อเรื่อง” หรือ “ชื่อบท” หรือ “ชื่อบทความ” (ปีที่พิมพ์) เช่น

“คู่มือการดูแลทารกแรกเกิด”, 2562) ได้กล่าวถึง.....

การเขียนอ้างอิงท้ายข้อความ: (“ชื่อเรื่อง” หรือ “ชื่อบท” หรือ “ชื่อบทความ”, ปีที่พิมพ์) เช่น

... (“การวางแผนการพยาบาลเด็ก”, 2559)

การอ้างอิงต่อ ๆ ไป ให้เขียนเหมือนการอ้างอิงครั้งแรก

1.6 การอ้างอิงมากกว่าสองแหล่งข้อมูลให้เขียนเรียงตามลำดับอักษร ดังนี้

.... สอดคล้องกับผลการศึกษาของมานะ จันทร์คำ (2562) และจันทรา บัวสาม (2559)....

....หรือถึงแก่ชีวิต (เพิ่มพูน จรรยา, 2560; ศิริวรรณ มีคุณ, 2548)

....การวัดที่มีประสิทธิภาพ (Johnson & Joseph, 1989; Steve et al., 2000)

1.7 การอ้างอิงจากข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ

ให้ระบุชื่อสกุลของผู้เขียนต้นฉบับ ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ปีพิมพ์ จากนั้นเอกสารภาษาไทยให้ใช้คำว่า อ้างถึงใน และเอกสารภาษาต่างประเทศให้ใช้คำว่า as cited in จากนั้นตามด้วยชื่อสกุลของผู้เขียนที่นำมาอ้างอิงในงานของตนเอง ดังตัวอย่าง

การสื่อสารมีความจำเป็นต่อองค์กร เพราะในการทำงานนั้น จะต้องมีการติดต่อคำสั่ง และรายงาน กับหัวหน้า ประสานงานกับฝ่ายอื่นในการทำงาน ทำให้การสื่อสารกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการ ปฏิบัติงาน โดยได้มีผู้ให้ความหมายของการติดต่อสื่อสารภายในองค์กรว่า “เป็นการแสดงออกและ การ แปลความหมายข่าวสารระหว่างหน่วยการติดต่อสื่อสารต่างๆ หรือบุคคลในตำแหน่งต่างๆ ที่อยู่ ภายใน องค์กร” (สมยศ นาวิการ, 2527 อ้างถึงใน ชิชณ พันธ์เจริญ, 2560)

In 1996, According to Kaplan and Norton, the implementation of the Balanced Scorecard allows the organization to be managed successfully. It support the deployment of business strategies, meeting customer needs, and the visibility of process problem. (Anan, 1989 as cited in Jason, 2015)

หมายเหตุ: การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาแต่ละส่วน หากใช้แหล่งอ้างอิงมากกว่า 1 รายการ ให้ เรียงลำดับตามตัวอักษรตัวแรกของชื่อผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล หากผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศ) โดยนำภาษาไทยขึ้น ก่อนภาษาต่างประเทศ

2. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ให้เขียนเฉพาะรายการที่ใช้อ้างอิงในเนื้อหาเท่านั้น ซึ่ง การเขียนเกี่ยวกับผู้แต่งและปีพิมพ์คล้ายการเขียนอ้างอิงหน้าข้อความในครั้งแรก โดยผู้แต่งชาวต่างประเทศให้ ระบุชื่อสกุล ค้นด้วยจุลภาค (,) ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อต้น และจุด (.) เว้นวรรค 1 เคาะ แล้วตามด้วยชื่อ กลาง และจุด ซึ่งแนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงแต่ละประเภท พร้อมตัวอย่าง รายละเอียดดังนี้

การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

2.1 หนังสือในรูปแบบเล่ม

2.1.1 ผู้แต่ง 1 คน

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). สำนักพิมพ์. /URL (ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล./อักษรย่อชื่อ/(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

วิรุณ ตั้งเจริญ. (2553). *พลังวัฒนธรรม*. สันติศิริการพิมพ์.

Strunk, W, & White, E. B. (1979). *The elements of style* (3rd ed.). Macmillan.

2.1.2 ผู้แต่ง 2 คน

ไทย ชื่อ/สกุล และ/ชื่อ/สกุล. /(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). สำนักพิมพ์. /URL (ถ้ามี)
อังกฤษ สกุล,/อักษรย่อชื่อ./&/สกุล,/อักษรย่อชื่อ. (ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป).
/////สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

กุลภา วจนสาระ และกฤตยา อาชวนิจกุล. (2566). *ทางเลือกรับความเหลื่อมล้ำของบริการ
ทำแท้งหลังแก้กฎหมาย*. สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม และสำนักงานกองทุน
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

Best, J. W., & Kahn, J. V. (1993). *Research in education*. Allyn and Bacon

2.1.3 ผู้แต่ง 3-20 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน

ชื่อผู้แต่งคนที่ 1, ชื่อผู้แต่งคนที่ 2, ชื่อผู้แต่งคนที่ 3, ชื่อผู้แต่งคนที่ 4, ชื่อผู้แต่งคนที่ 5, ชื่อผู้แต่งคนที่ 6,
ชื่อผู้แต่งคนที่ 7, ชื่อผู้แต่งคนที่ 8, ชื่อผู้แต่งคนที่ 9, ชื่อผู้แต่งคนที่ 10, ชื่อผู้แต่งคนที่ 11,
ชื่อผู้แต่งคนที่ 12, ชื่อผู้แต่งคนที่ 13, ชื่อผู้แต่งคนที่ 14, ชื่อผู้แต่งคนที่ 15, ชื่อผู้แต่งคนที่ 16,
ชื่อผู้แต่งคนที่ 17, ชื่อผู้แต่งคนที่ 18, ชื่อผู้แต่งคนที่ 19, และชื่อผู้แต่งคนที่ 20. (ปีพิมพ์).
ชื่อเรื่อง (พิมพ์ครั้งที่). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

อมราภรณ์ หมี่ปาน, ศิริพร สว่างจิตร, ไพจิตต์ เพิ่มพูล, เบญจวรรณ วงศ์ปราชญ์, จุฑารัตน์
บันดาลสิน, นัยนา วงศ์สายตา, กุสุมา กังหลี, นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ, และสุชาดา ศรี
โยธี. (2566). *หลักการพยาบาลเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาการพยาบาล
เบื้องต้น วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก.

Hinkle, J. L., Cheever, K.H., & Overbaugh, K. J. (2022). *Brunner & Suddarth's
textbook of medical-surgical nursing* (15th ed.). Wolters Kluwer.

2.1.4 ผู้แต่ง 21 คนขึ้นไป ให้ใส่ชื่อและสกุลผู้แต่งคนที่ 1-19 ตามด้วยเครื่องหมาย , ... ก่อนชื่อ คนสุดท้าย

ชื่อผู้แต่งคนที่ 1, ชื่อผู้แต่งคนที่ 2, ชื่อผู้แต่งคนที่ 3, ชื่อผู้แต่งคนที่ 4, ชื่อผู้แต่งคนที่ 5, ชื่อผู้แต่งคนที่ 6,
ชื่อผู้แต่งคนที่ 7, ชื่อผู้แต่งคนที่ 8, ชื่อผู้แต่งคนที่ 9, ชื่อผู้แต่งคนที่ 10, ชื่อผู้แต่งคนที่ 11,
ชื่อผู้แต่งคนที่ 12, ชื่อผู้แต่งคนที่ 13, ชื่อผู้แต่งคนที่ 14, ชื่อผู้แต่งคนที่ 15, ชื่อผู้แต่งคนที่ 16,
ชื่อผู้แต่งคนที่ 17, ชื่อผู้แต่งคนที่ 18, ชื่อผู้แต่งคนที่ 19,...ชื่อคนสุดท้าย. (ปีพิมพ์). ชื่อเรื่อง
(พิมพ์ครั้งที่). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

กรณีการ วิจิตรสุคนธ์, ฉันทิกา จันท์เปีย, ทศนี ประสภกิตติคุณ, นางลักษณ์ จินตนาติลิก, บุญเพียร จันทวัฒนา, บัญจรงค์ สุขเจริญ, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ยุวดี พงษ์สาระนันท์-กุล, วณิดา เสนะสุทธิพันธ์, วิรัตน์ ตั้งใจรบ, วิไล เลิศธรรมเทวี, วีรยา จึงสมเจต-ไพศาล, ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์, สมพร สุนทรภา, สมหญิง โควสวนนท์, สุดารัตน์ สุวรรณทေးคุปต์, อาภาวรรณ หนูคง, อัจฉรา เปรื่องเวทย์, อรุณรัศมี บุญนา, ... อุดมญา พันธินิตย์. (2561). *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ภาค วิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

2.1.5 ผู้แต่งที่เป็นหน่วยงาน นิติบุคคล ให้ลงชื่อหน่วยงาน เรียงลำดับจากหน่วยงานใหญ่ ไปหาหน่วยงานรอง โดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างชื่อหน่วยงานใหญ่และหน่วยงานรอง หากหน่วยงานเป็นผู้จัดพิมพ์หนังสือ ในตำแหน่งสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์ไม่ต้องระบุให้เว้นว่าง

ชื่อหน่วยงาน 1-2 ระดับ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สำนักพิมพ์/โรงพิมพ์.

ตัวอย่าง

กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กรมสุขภาพจิต, และกรมควบคุมโรค. (2559). *คู่มือ
อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ฉบับบูรณาการ*. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์.

2.2 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สำนักพิมพ์. <https://doi.org/เลข DOI>

ตัวอย่าง

Jackson, L. M. (2019). *The psychology of prejudice: From attitudes to social action* (2nd ed.). American Psychological Association.
[https://doi.org/ 10.1037/0000168-000](https://doi.org/10.1037/0000168-000)

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มี DOI

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สำนักพิมพ์. สืบค้นจาก url

ตัวอย่าง

พรรณณี ปานเทวัญ, อภิญา อินทรรัตน์, และองศ์อร ประจันเขตต์. (2566). *พยาบาลกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม: แนวคิด ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*.

สืบค้นจาก <https://elibrary-bcnsurin.cu-elibrary.com>

2.3 หนังสือที่มีบรรณาธิการ เป็นผู้รับผิดชอบ

ชื่อผู้แต่ง. (บ.ก./Ed./Eds.). (ปีที่พิมพ์). *ชื่อหนังสือ* (พิมพ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สัมพันธ์ สันทนาคณิต, สุมาลี โพธิ์ทอง และสุภวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์ (บ.ก.). (2560).

ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน 2 (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาการบริบาลการพยาบาลและ
พื้นฐานวิชาชีพ.

Ignatavicius, D. D., Rebar, C. R., & Heimgartner, N. M. (Eds.). (2024). *Medical-surgical nursing: Concepts for clinical judgment and collaborative care* (11th ed.). Elsevier.

2.4 บทหนึ่งในหนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทหรือชื่อบทความ. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บ.ก.), *ชื่อหนังสือ* (น. xx-xx/p./pp. xx-xx).
สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สุปราณี แจ้งบำรุง. (2546). ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน. ใน สุปราณี แจ้งบำรุง (บ.ก.), *ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2546* (น. 21-26). โรงพิมพ์
องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (รสพ).

Hammond, K. R., & Adelman, L. (1986). Science, values, and human judgment. In H. R. Arkes, & K. R. Hammond (Eds.), *Judgement and decision making: An interdisciplinary reader* (pp. 127-143). Cambridge University Press.

2.5 วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์

วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์ที่ไม่ได้ตีพิมพ์

รูปแบบภาษาไทย

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). *ชื่อวิทยานิพนธ์*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. ชื่อมหาวิทยาลัย.

รูปแบบภาษาต่างประเทศ

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อวิทยานิพนธ์. [Unpublished doctoral dissertation หรือ Unpublished master's thesis]. ชื่อมหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

ประวิต เอราวรรณ์. (2549). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจครูในโรงเรียน : กรณีศึกษาโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม. [วิทยานิพนธ์ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Jung, M. S. (2014). A structural equation model on core competence of nursing students [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University.

วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์ จากเว็บไซต์ (ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์)

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อวิทยานิพนธ์. [ระดับปริญญา, ชื่อมหาวิทยาลัย]. ชื่อเว็บไซต์. URL.

ตัวอย่าง

จุฬาลักษณ์ สอนไชยา. (2546). ผลของการจัดโปรแกรมนันทนาการที่มีต่อการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต]. Chulalongkorn University Intellectual Repository. <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/65704>

วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์ที่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อวิทยานิพนธ์. (หมายเลข UMI หรือเลขลำดับอื่นๆ) [ระดับปริญญา, ชื่อมหาวิทยาลัย]. ชื่อฐานข้อมูล.

ตัวอย่าง

McNiel, D. S. (2006). *Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother* (UMI No. 1434728) [Master's thesis, California State University–Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.

2.6 รายงานการวิจัย/รายงาน ที่จัดทำโดยผู้เขียนรายบุคคลสังกัดหน่วยงานรัฐหรือองค์กรอื่น

ชื่อผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2552). รายงานการวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพ การศึกษาไทย : การวิเคราะห์ทอภิมาน (Meta-analysis). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

2.7 บทความวารสาร

บทความในวารสารรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ.

ตัวอย่าง

สาธิต เมืองสมบูรณ, ทวีศักดิ์ เตชะเกรียงไกร, พรทิพย์ พสุกมลเศรษฐ์, อาพร แจ่มผล, ปาริสุทธิ์ เณิมชัยวัฒน์, ฤทัย เรืองธรรมสิงห์, อัญชนีย์ อุทัยพัฒนาชีพ, ทิพากร ม่วงถึก และวัลลภา โพธาสินธ์. (2562). ผล ของตำรับอาหารไทยมื้อกลางวันที่มีต่อภาวะโภชนาการของเด็กรัยเรียน :กรณีศึกษาโรงเรียนสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครนายก. *วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี*, 13(1), 284-301

Chomsky, N., Halle, M., & Harris, Z. (1960). Toward a generative model of Pig Latin syntax.

Pigology : Current issues in Pig Latin research, 26(2), 247-289.

บทความในวารสาร อีเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ. เลข DOI

ตัวอย่าง

การุณย์ ประทุม. (2564). การจัดการกับความเอนเอียงจากคุณลักษณะร่วมของวิธีการวัดและการอนุมานความ เป็นเหตุและผลในงานวิจัยทางธุรกิจและการจัดการ: การสำรวจภาคตัดขวางและระยะ ยาว. *จุฬาลงกรณ์ธุรกิจปริทัศน์*, 169, 22 - 39. DOI: 10.14456/cbsr.2021.10

บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ ตอนพิเศษหรือฉบับพิเศษ

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ [ฉบับพิเศษ], เลขหน้าบทความ.

ตัวอย่าง

ฉัตรวรรณ ลัญฉวรรณะกร และใจทิพย์ ณ สงขลา. (2561). การส่งเสริมทักษะการอ่านและการคิดอย่างมี วิจารณ์ญาณของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีปัญหาทางการอ่านโดยใช้ระบบเสริมศักยภาพ ทางการอ่านบนฐานของมายด์ทูลตามข้อมูลเชิงหลักฐาน. *วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* [ฉบับพิเศษ], 46(4), 1-17.

<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/152108>

บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ ฉบับเพิ่มเติม

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับเพิ่มเติม เลขของฉบับที่), เลขหน้า
บทความ. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

ณิชภาพ เจริญวานิชกุล และ ไพโรจน์ น่วมนุ่ม. (2562). ผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้คณิตศาสตร์ที่เน้น
แบบอย่างและกลวิธีตามแนวคิดของเมย์เนสและจูเลียน-ชูลต์ซ ที่มีต่อความรู้ทางคณิตศาสตร์และ
ความสามารถในการแก้ปัญหาทางคณิตศาสตร์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5. *วารสารครุศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 47 (ฉบับเพิ่มเติม 2), 88–100.

<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/232424>

2.8 หนังสือพิมพ์และหนังสือพิมพ์ออนไลน์

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์/วัน/เดือน). ชื่อคอลัมน์. ชื่อหนังสือพิมพ์, เลขหน้าบทความ. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

ทีมข่าวการศึกษา. (2554, 23 กุมภาพันธ์). ผ่านร่าง พ.ร.ฎ. ตั้งสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ. *เดลินิวส์*, 12.

Brody, J. E. (2007, December 11). Mental reserves keep brain agile. *The New York Times*.

<https://www.nytimes.com>

2.9 เว็บไซต์

ชื่อผู้แต่ง. (ปี, วัน/เดือนที่เผยแพร่). ชื่อบทความ. ชื่อเว็บไซต์. URL

*กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)

*กรณีที่ปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ปีเท่านั้น

*กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

ตัวอย่าง

อัคริมา สุ่มมาตย์. (2553). *Plagiarism การโจรกรรมทางวิชาการ*. สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

<http://www.library.kku.ac.th/kmlib/Mp=1674>

National Renewable Energy Laboratory. (2008). *Biofuels*.

http://www.nrel.gov/learning/re_biofuels.html

2.10 ราชกิจจานุเบกษา

ชื่อกฎหมาย./ (ปี./วัน/เดือน)./ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม/เลขเล่ม/ตอนที่/เลขตอน. หน้า/เลขหน้า.

ตัวอย่าง

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 พ.ศ. 2565. (2565, 20 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 223 ง. หน้า 1.

การเรียงลำดับเอกสารอ้างอิง

1. เรียงลำดับเอกสารอ้างอิงภาษาไทยไว้ก่อนภาษาอังกฤษ
2. เรียงลำดับตามอักษรตัวแรกของชื่อผู้แต่ง (หากเป็นผู้แต่งชาวต่างประเทศเรียงลำดับตามอักษรตัวแรกของชื่อสกุล) โดยไม่ใส่หมายเลขกำกับ หากอักษรตัวแรกเหมือนกัน ให้เรียงลำดับตามอักษรตัวถัดมาเรื่อย ๆ
3. หากเป็นผู้แต่งคนเดียวหรือคณะเดียวกัน ในเอกสารอ้างอิงหลายรายการ ให้เรียงลำดับตามปีที่พิมพ์ และหากปีที่พิมพ์เป็นปีเดียวกัน ให้ใช้อักษร ก ข ค ... (หากเป็นภาษาต่างประเทศ ให้ใช้อักษร a b c ...) กำกับหลังปีที่พิมพ์ เช่น 2565ก 2565ข 2019a 2019b
4. หากผู้แต่งชื่อแรกเป็นคนเดียวกันในเอกสารอ้างอิงหลายรายการ โดยมีทั้งรายการที่เป็นผู้แต่งคนเดียวและรายการที่มีผู้แต่งอื่นร่วมด้วย ให้เรียงลำดับตามจำนวนผู้แต่งทั้งหมด จากน้อยไปหามาก เช่น
อภาพร เฝ้าวัฒนา. (2566).
อภาพร เฝ้าวัฒนา, สุรินธร กลัมพากร, สุณีย์ ละกะปิ่น, และขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ. (2554).

การส่งต้นฉบับ

1. การส่งเรื่องตีพิมพ์ โดยให้ส่งในระบบวารสาร โดยสามารถเข้าระบบ และ Submission Online ได้ที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>
2. ค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ จำนวน 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)
3. การส่งต้นฉบับลงในวารสาร ฉบับที่ 1 ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี และฉบับที่ 2 ภายในวันที่ 30 ตุลาคม ของทุกปี หากพ้นกำหนดในระยะเวลาดังกล่าว ต้นฉบับจะเลื่อนการพิจารณาลงในฉบับต่อไป

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ติดต่อ :

1. อาจารย์ ดร.ธิดารัตน์ คณิงเพียร E-mail: thidarat@bcnsurin.ac.th
2. อาจารย์ธวัชชัย ยืนยาว E-mail: thawatthai@bcnsurin.ac.th
3. กองบรรณาธิการราชวดีสาร E-mail: journalrachawadee@gmail.com

การรับเรื่องต้นฉบับ

1. เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับทาง E-mail ให้ผู้เขียนทราบภายใน 3 อาทิตย์นับจากวันที่กองบรรณาธิการได้รับต้นฉบับที่ปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้ว
2. เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาจัดพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบภายใน 3 เดือน
3. ราชวาทีสสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนสามารถดาวน์โหลดบทความที่ตีพิมพ์ได้ที่ระบบวารสาร ที่เว็บไซต์
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin>
4. การส่งเรื่องตีพิมพ์ โดยให้ส่งในระบบวารสาร โดยสามารถเข้าระบบ และ Submission Online ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin>
5. ผู้วิจัยไม่สามารถนำบทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่อยู่ในกระบวนการพิจารณา/แก้ไขในราชวาทีสสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น และหากนำไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น จะต้องชำระค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน จำนวน 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

BCN SURIN

ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2567)

BCN SURIN



www.bcnsurin.ac.th

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin>