ISSN 2985-2900 (ONLINE)

BCN SURIN TCI 1

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
JOURNAL OF BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, SURIN

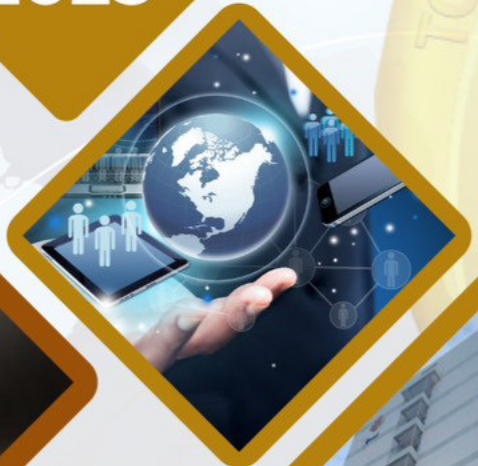
ปีที่ 15 เล่ม 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2568)
VOL. 15 NO. 2 JULY - DECEMBER 2025

ราชาวดีสาร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

2025







https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin
www.bcnsurin.ac.th

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin

ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 Volume 15 Number 2 July-December 2025

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

ISSN 2985-2900 (online)

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์เป็นวารสารวิชาการและการวิจัย ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

จุดมุ่งหมายของวารสาร

1. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ทั้งทางด้านวิชาการเทคโนโลยีสมัยใหม่ และผลงานการวิจัยให้แก่ พยาบาล อาจารย์ บุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไป
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านการพยาบาล 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 และผู้ที่สนใจ

กำหนดการออกวารสาร

กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ (ตั้งแต่ 1 มกราคม 2569 เป็นต้นไป) ดังนี้

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นหน่วยงานที่ไม่แสวงหาผลกำไรซึ่งเปิดโอกาสรับตีพิมพ์ให้กับต้นฉบับที่มีคุณภาพ เพื่อการเผยแพร่สู่สาธารณชน อัตราค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความในราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ดังนี้

1. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาไทย สำหรับบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นเงิน 4,000 บาท/เรื่อง
2. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาอังกฤษ สำหรับบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นเงิน 6,000 บาท/เรื่อง
3. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาไทย สำหรับบุคคลภายนอก เป็นเงิน 5,000 บาท/เรื่อง
4. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาอังกฤษ สำหรับบุคคลภายนอก เป็นเงิน 8,000 บาท/เรื่อง

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความดังกล่าวเป็นค่าใช้จ่ายในกระบวนการตรวจสอบบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และกระบวนการบริหาร ขั้นตอนการชำระเงินมีดังนี้:

1. เมื่อส่งบทความแล้ว กระบวนการคัดกรองครั้งแรกของวารสารจะดำเนินการโดยทีมบรรณาธิการ หากเอกสารที่ส่งมาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดกรอง บทความจะถูกปฏิเสธผ่านทางระบบ **ในขั้นตอนคัดกรองนี้ ผู้ส่งบทความยังไม่ต้องชำระเงินและสามารถขอคำอธิบายเพิ่มเติมสำหรับการปฏิเสธการพิจารณาการยอมรับการตีพิมพ์ได้**
2. **เมื่อบทความผ่านการคัดกรองครั้งแรกแล้วให้ผู้แต่งดำเนินการชำระค่าธรรมเนียม**
3. โปรดทราบว่าบทความที่ส่งเข้ามาสามารถถูกปฏิเสธได้ในภายหลัง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคำแนะนำในการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและการตัดสินใจขั้นสุดท้ายของทีมบรรณาธิการวารสาร **ทั้งนี้ ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์เมื่อชำระเงินไม่สามารถขอคืนได้** หากบทความผ่านการพิจารณาแล้วว่าไม่พร้อมที่จะได้รับการตีพิมพ์

หมายเหตุ: ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ไม่มีนโยบายในการรับตีพิมพ์บทความแบบเร่งด่วน

การชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

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

การเผยแพร่วารสาร : ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น ผู้อ่านสามารถติดตามอ่านราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ติดตามอ่านวารสารที่เว็บไซต์ https://tcithaijo.org/index.php/bcnsurin/index

สำนักงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ กองบรรณาธิการราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ งานวิจัยและบริการวิชาการ เลขที่ 320 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 32000 โทรศัพท์ 0-4451-4422 โทรสาร 0-4451-1737; E-mail: journalrachawadee@gmail.com

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

เจ้าของ : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ผกาทิพย์ สิงห์คำ
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิตรา เศลวัตนะกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
ศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปียซื่อ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการ

ดร.ธิดารัตน์ คณึงเพียร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการผู้ช่วย

อาจารย์ธวัชชัย ยืนยาว	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
ดร.วรรณพร บุญเปล่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
อาจารย์กุสุมล แสนบุญมา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

กองบรรณาธิการ

นาวาอากาศเอกหญิงผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัชราภรณ์ เปาโรหิตย์	ข้าราชการบำนาญ
รองศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง ธีระทองคำ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรียา ปทุมวัน	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรีมาลย์ นีละไพจิตร	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.ศรัญญา จุฬารี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ดง	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติภูมิ ภิญโย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
ดร.พัชรี ใจการุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

กองบรรณาธิการ (ต่อ)

ดร.สาดี แฮมิลตัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มาสริน ศุกลปักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
ดร.สุริยา ฟองเกิด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรินยา พลสิงห์ชาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
ดร.วรนาถ พรหมศวร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุตม์ชญาน์ อินทเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์กร ชัยวงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
ดร.นพดล พิมพ์จันทร์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จงกิจ วงษ์พินิจ	คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษ)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณวัตร สันประโคน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษ)

ฝ่ายจัดการ

นางสาวสุณิสา สำเร็จดี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วารสารได้รับการรับรองเป็นวารสารกลุ่มที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572

บทความและรายงานวิจัยในราชาวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนมิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมิใช่ความรับผิดชอบของคณะผู้จัดทำ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณากลั่นกรองบทความ
ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 ISSN 2985-2900 (online)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล		สังกัด
1	ผศ.ดร.วิญญ์ทัญญู	บุญทัน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
2	ดร.สุริยา	ฟองเกิด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
3	ดร.ณัฐฐิตา	เพชรประไพ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
4	ดร.บุญธิดา	เทือกสุบรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
5	ผศ.ดร.ศรินยา	พลสิงห์ชาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
6	ดร.เพ็ญจันทร์	วันแสน	โรงพยาบาลสุรินทร์
7	ผศ.ดร.สุพิตรา	เศลวัตนะกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
8	ผศ.ดร.ภคิน	ไชยช่วย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
9	ผศ.ดร.อรอุมา	แก้วเกิด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
10	ผศ.ดร.สมจิตต์	เวียงเพิ่ม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
11	ดร.ทัศนีย์	ทิพย์สูงเนิน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
12	ดร.ชุลีพร	ภูโสภา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
13	ผศ.ดร.เนติยา	แจ่มทิม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
14	ผศ.ดร.ณิชาภัทร	มณีพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
15	ผศ.ดร.อรดี	โชคสวัสดิ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
16	ผศ.ดร.คมวัฒน์	รุ่งเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
17	ผศ.ดร.ประทุมา	ฤทธิ์โพธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
18	ผศ.สิริกรานต์	สุทธิสมพร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณากลั่นกรองบทความ
ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ (ต่อ)

ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 ISSN 2985-2900 (online)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล		สังกัด
19	รอ.ดร.กิตติพงษ์	พลทิพย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
20	ผศ.ดร.อนุพันธ์	สุวรรณพันธ์	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
21	ผศ.ดร.สุจรรยา	โลหาชีวะ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
22	ดร.ดวงมน	ทรัพย์สินเสรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
23	ดร.ผาณิต	หลีเจริญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
24	ผศ.ดร.มาสริน	ศุกลปักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
25	ผศ.ดร.พัชรินทร์	เงินทอง	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
26	ผศ.ดร.กิตติภูมิ	ภิญโย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
27	ผศ.ดร.ณรงค์กร	ชัยวงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

วารสารได้รับการรับรองเป็นวารสารกลุ่มที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572

บทความและรายงานวิจัยในราชาวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนมิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมิใช่ความรับผิดชอบของคณะผู้จัดทำ

สารจากบรรณาธิการ

สวัสดีผู้อ่านทุกท่าน

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ฉบับนี้เป็นฉบับสุดท้ายของปีพุทธศักราช 2568 ซึ่งมีกำหนดออกปีละ 2 ฉบับ สำหรับในปีพุทธศักราช 2569 ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เปลี่ยนแปลงกำหนดออก **เป็นวารสารราย 4 เดือน กำหนดออกปีละ 3 ฉบับ** ดังนี้

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม

สำหรับผู้นิพนธ์ที่สนใจส่งผลงาน สามารถส่งผลงานวิชาการด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ เพื่อเผยแพร่ในวารสาร ซึ่งทุกบทความผ่านการกลั่นกรองบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้พิจารณาประเมินกลั่นกรองบทความด้วยความเข้มข้น ทำให้ผลงานมีคุณภาพ

สำหรับบทความในฉบับนี้ มีบทความวิจัย จำนวน 14 เรื่อง ซึ่งมาจากผู้นิพนธ์หลากหลายหน่วยงานทั้งในและนอกสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ทางบรรณาธิการและกองบรรณาธิการ มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพ และมีเนื้อหาที่เข้มข้น สำหรับเป็นแหล่งข้อมูลในการสืบค้นองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสาขาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในนามกองบรรณาธิการ ขอขอบคุณท่าน ผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ส่งผลงานเผยแพร่ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณากลั่นกรองบทความ และขอบคุณผู้อ่านทุกท่าน ที่ให้ความสนใจติดตามราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เสมอมา แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ

ดร.ธิดารัตน์ คณึงเพียร

บรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

บทความวิจัย

- **ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิง** 1
  ชัชฎาพร จันทรสุข กุสุมล แสนบุญมา
- **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของประชากรเพศหญิง อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์** 18
  อรุณี ขุมทอง กฤติยาณี ธรรมสาร
- **ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายต่อความปวด และภาวะท้องอืด ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง** 37
  อนุตร์ธิดา ศรีศักดิ์นอก อุมาภรณ์ กั้วสิทธิ์ กชพร สิงหะหล้า
- **ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแนงมุด อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์** 53
  ชูชัย ชื่นบาน
- **ผลของชุดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่และการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และครอบครัวปลอดบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาล** 70
  อรทัย รุ่งวชิรา พีรยา สุธีรางกูร
- **ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงาน ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้** 88
  สุวิดา โชติสุวรรณ ศศิธร ลายเมฆ ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา
- **ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพในครอบครัว กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช** 104
  อำไพ โพธิ์คำ มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์ โสภิณ แสงอ่อน
- **สมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ** 122
  อังสนา ศิริวัฒนเมธานนท์ ระวีวัฒน์ นุมานิต จิราภรณ์ ชวนรัมย์ โสภา บุตรดา
  สายพิณ ยอดกุล อมรรัตน์ ศรีเหมือน สมจิตร์ จำปาแดง ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์
- **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม และระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระดับที่ควบคุมไม่ได้** 137
  วรรณพร บุญเปล่ง ดาริณ โพธิ์แก้ว ชรินรัตน์ ศิริทวี
- **การพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน** 152
  ประภัสรา เข็มเงิน สุทธีพร มูลศาสตร์ รังสิมันต์ สุนทรไชยา

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทความวิจัย (ต่อ)

- **ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ และพลังละมุนของเด็กปฐมวัย จังหวัดยโสธร** 168
  วัชรินทร์ จากผา สุทธีพร มูลศาสตร์ พนิดา ศิริอำพันธ์กุล
- **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด** 187
  น่ารัก จุดาบุตร เยาวพา วรรณแก้ว อุษณีย์ สุขนิตย์
- **ความต้องการการศึกษาต่อเนื่องหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ในเขตกรุงเทพมหานคร** 199
  ยุพา วงศ์รสไตร ขจี พงศธรวิบูลย์ สุภาพ ไทยแท้ ปาริชาติ ทาโน
- **ประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร** 216
  จินัฐตา พงประเสริฐ จินัฐตา พงประเสริฐ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ 234

ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิง

ชัชฎาพร จันทรสุข, M.S.N.[*]
กุสุมล แสนบุญมา, M.S.N.[**]

Received: April 21, 2025
Revised: November 9, 2025
Accepted: November 15, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิง กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นหญิงในชุมชนเขตนอกเมือง จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 98 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับวัยรุ่นหญิง ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่า 0.89, 0.95, 0.96, 0.85, 0.92, 0.96 และ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติความสัมพันธ์ และสถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ และการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p< .001$ ส่วนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p< .01$ โดยความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ร้อยละ 36.1 (R^2=0.361, F=26.820, p=.000) จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมโดยเน้นส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร วัยรุ่นหญิง

[*] อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[**] อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก;
ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: kusumon@bcnsurin.ac.th

The Relationship and Predictive Power between Health Literacy and Preventive Behaviors Against Unwanted Pregnancy among Adolescent Female

Chutchadaporn Jantarasuk, M.S.N.[*]
Kusumon Saenbunma, M.S.N.[**]

Abstract

The descriptive research aims to examine the relationship and predictive power between health literacy and preventive behaviors against adolescent pregnancy among adolescent females. The sample consisted of 98 female adolescents in a suburban community in Surin Province, Thailand, who were selected purposively from those meeting the specified criteria. Data collection tools included a general information questionnaire, a health literacy scale for premature pregnancy prevention for female adolescents (including health understanding, access to health information and services, communication for expertise enhancement, self-management of health conditions, media and information literacy, making correct practical decisions), and premature pregnancy prevention behaviors. The reliability of the tools was 0.89, 0.95, 0.96, 0.85, 0.92, 0.96, and 0.80. Data were analyzed using descriptive statistics, correlation statistics, and stepwise multiple regression analysis.

The research findings indicate that health literacy, communication for expertise enhancement, and self-management of health conditions are positively correlated with early pregnancy prevention behaviors, with statistical significance at the level of $p < .001$. Access to health information and services, Media and information literacy is positively correlated with early pregnancy prevention behaviors, with statistical significance at the level of $p < .01$. Health literacy and access to health information and services together can predict 36.1% of early pregnancy prevention behaviors ($R^2 = 0.361$, $F = 26.820$, $p = .000$). Based on the research results, it is recommended that relevant public health personnel organize activities or programs focusing on promoting health literacy and access to health information and services to prevent early pregnancy.

Keywords: Health literacy, Prevent behavior adolescent pregnancy, Female adolescent

[*] Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
[**] Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; Corresponding Author: E-mail: kusumon@bcnsurin.ac.th

บทนำ

การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่น ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2020) หมายถึง การตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี องค์การระหว่างประเทศ เช่น องค์การสหประชาชาติ และองค์การอนามัยโลก นิยมใช้อัตราการคลอดในวัยรุ่น (adolescent birth rate) สำหรับกลุ่มอายุ 15–19 ปี เป็นตัวชี้วัดในการติดตามสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแทนการใช้เพียงอัตราการตั้งครรภ์โดยรวม ปัจจุบันสถานการณ์ทั่วโลกแสดงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งถือเป็นปัญหาสุขภาพและสังคมที่สำคัญระดับนานาชาติ จากข้อมูลทางสถิติพบว่าการตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี กว่าร้อยละ 90 เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา ช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงที่มีพัฒนาการด้านความคิด อารมณ์ จิตใจ และสังคม ซึ่งมักมีการเปลี่ยนแปลงช้ากว่าการเจริญเติบโตด้านร่างกาย ส่งผลให้วัยรุ่นมีความอยากรู้อยากทดลอง มีความต้องการเป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน และแสวงหาของรางวัลต่าง ๆ ทั้งนี้เนื่องจากสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์หรือระบบลิมบิก (limbic system) มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้อย่างมาก ในขณะที่สมองส่วนหน้าสุด (prefrontal cortex) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจและการควบคุมตนเอง ยังอยู่ในช่วงพัฒนาการและแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ จึงทำให้วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจหรือแสดงพฤติกรรมเสี่ยงได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ (Cerniglia & Di Pomponio, 2024) ด้วยเหตุนี้วัยรุ่นจึงเป็นช่วงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น และส่วนใหญ่เป็นเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Thepthien & Celyn, 2022) ซึ่งส่งผลให้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่แล้วปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดจากนักเรียนวัยรุ่นหญิงมีความนับถือตนเองต่ำและขาดทักษะชีวิต การถูกกระตุ้นจากสื่อและเทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสม ขาดอำนาจในการต่อรอง ความอดทนต่อแรงกดดัน และความสามารถในการปฏิเสธ รวมถึงวุฒิภาวะในการจัดการปัญหาชีวิตที่ต่ำ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและอนาคตของวัยรุ่นหญิงอย่างมาก (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2560) ในบริบทนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับวัยรุ่นเพื่อป้องกันผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว ความรอบรู้ด้านสุขภาพถือเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดคุณภาพสุขภาพของบุคคล ทำให้บุคคลสามารถสื่อสาร เข้าใจ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะสุขภาพของประชากรโลก (WHO, 1998; Nutbeam, 2008)

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย พบว่าส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการศึกษากลุ่มผู้ใหญ่ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง (ธัญชนก ขุมทอง และคณะ, 2559) ขณะที่มีการศึกษาเพียงบางส่วนที่เริ่มขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังเด็กอายุ 9–14 ปี ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือรูปร่างท้วม (อารยา ทิพย์วงศ์ และจารุณี นุมพูล, 2557) ในต่างประเทศมีงานวิจัยเพียงจำนวนจำกัดที่มุ่งเน้นการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นโดยตรง (Broder et al., 2017) สำหรับการศึกษาที่เน้นเฉพาะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนวัยรุ่นหญิง พบว่ามีหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน ได้แก่ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ความสามารถในการตัดสินใจ และการเลือกปฏิบัติอย่างเหมาะสม (จุฑารัตน์ สนุกแสน และคณะ, 2565; นันทิวา สิงห์ทอง และคณะ, 2563; เมตตา รสุวรรณรักษ, 2567) ดังนั้นบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ย่อมมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญต่อการสร้างครอบครัวที่มีสุขภาพดีในอนาคต

จากสถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดสุรินทร์ รายงานข้อมูลปี 2566 แสดงให้เห็นจำนวนและสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ตั้งครรภ์ โดยมีจำนวนทั้งสิ้น 36 คน เพิ่มขึ้นจาก

ปี 2565 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 0.2 และร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในสตรีที่อายุต่ำกว่า 20 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยในปี 2565 การตั้งครรภ์ซ้ำในสตรีที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 12.2 และในปี 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 14.2 ตามลำดับ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเป็นปัญหาที่สำคัญไม่ควรมองข้ามอย่างยิ่ง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งช่วยเสริมสร้างให้วัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรที่ถูกต้องเหมาะสม จะส่งผลให้วัยรุ่นลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ดีขึ้น สามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ และช่วยสร้างครอบครัวที่มีสุขภาพดีตามไปด้วย อย่างไรก็ตามการศึกษาอำนาจการทำนายเพื่อระบุปัจจัยเหตุนั้นยังไม่มีการวิจัยที่บ่งชี้ชัดเจน ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิงจะได้มาซึ่งข้อมูลปัจจัยที่บ่งชี้สำคัญซึ่งหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องสามารถนำใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาวางแผนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรแก่วัยรุ่นและเยาวชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

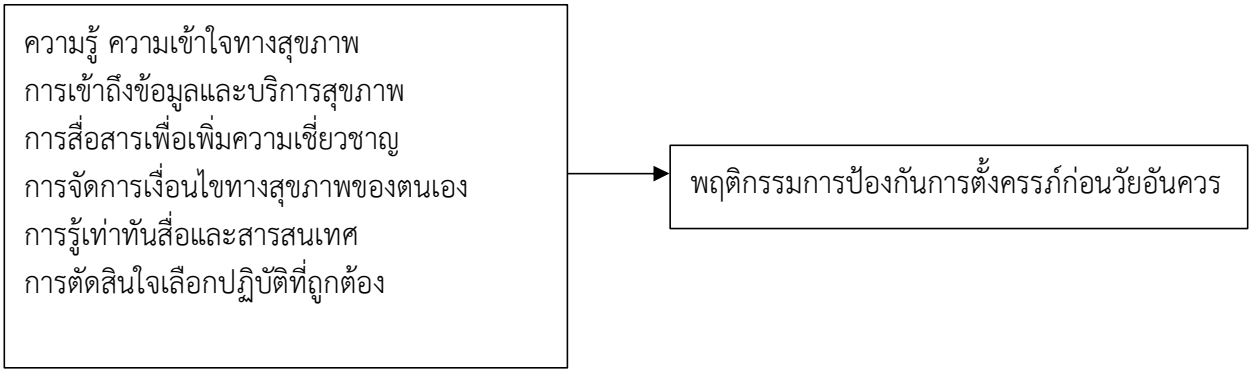
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ถือเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถสื่อสาร เข้าใจ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง อีกทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะสุขภาพของประชากรในระดับโลก (WHO, 1998; Nutbeam, 2008) สำหรับวัยรุ่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์และสังคมซึ่งยังไม่สมบูรณ์ ทำให้วัยรุ่นมีแนวโน้มเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว (Broder et al., 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ การตัดสินใจและการเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิง โดยวัยรุ่นที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ดีขึ้น ลดพฤติกรรมเสี่ยง และยังมีโอกาสสร้างครอบครัวที่มีสุขภาพดีในอนาคต ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิงในชุมชน โดยเชื่อว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันและสร้างความเข้มแข็งในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของวัยรุ่นได้อย่างยั่งยืน ดังภาพ 1

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (study design) การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

หญิงไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15-18 ปี ในพื้นที่ชุมชนจังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง

หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15-18 ปี ในพื้นที่ชุมชนนอกเมืองจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 98 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria) ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

1. หญิงไทยมีอายุระหว่าง 15-18 ปี และมีสติสัมปชัญญะครบถ้วน
2. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองในการเข้าร่วมการวิจัย
3. สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยได้อย่างครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่ถึง 6 เดือน
2. ไม่เป็นกลุ่มที่เคยตั้งครรภ์มาแล้ว

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.2 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากพื้นฐาน power analysis 13 กำหนดค่า effect size = 0.15 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 และค่า power = 0.8 ตัวแปรทำนาย 6 ตัว คำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 98 ราย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

ผู้วิจัยมีการดัดแปลงแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15-21 ปี ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กองสุขศึกษา และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2557) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทนิยามการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในการศึกษาในช่วงอายุ 15-18 ปี ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ อายุ ศาสนา ที่พักอาศัย สถานภาพสมรสของพ่อแม่ ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครองหลัก อาชีพของผู้ปกครองหลัก ความพอเพียงของรายได้ของครอบครัวที่อาศัยพึ่งพิง ความสัมพันธ์ในครอบครัว ประวัติบุคคลใกล้ชิดมีประวัติตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เป็นข้อคำถามที่ให้เลือกตอบมี 4 ตัวเลือก ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวม 8 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน : แบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินทางการศึกษาของ Bloom (1971) ใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนทางด้านความรู้ เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับไม่ถูกต้อง ได้คะแนน น้อยกว่า 4.8 คะแนน (<ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม)
ระดับถูกต้องบ้าง ได้คะแนน 4.80-6.39 คะแนน (≥ร้อยละ60-79.99 ของคะแนนเต็ม)
ระดับถูกต้องที่สุด ได้คะแนน 6.40-8 คะแนน (≥ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม)

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ให้เลือกตอบตามช่องความถี่ในการปฏิบัติ โดยใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert's scale) มีลักษณะเป็นตัวเลือก 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนน : แบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินทางการศึกษาของ Bloom (1971) มีเกณฑ์การให้คะแนนทางด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 5 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 25 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ไม่ดีพอ ได้คะแนน น้อยกว่า 15 คะแนน หรือ<ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม
พอใช้ได้ ได้คะแนน 15-19.99 คะแนน หรือ ≥ 60 -79.99 % ของคะแนนเต็ม
ดีมาก ได้คะแนน 20-25 คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม

ตอนที่ 4 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ให้เลือกตอบตามช่องความถี่ในการปฏิบัติ โดยใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert's scale) มีลักษณะเป็นตัวเลือก 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนน : แบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินทางการศึกษาของ Bloom (1971) มีเกณฑ์การให้คะแนนทางด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 6 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 30 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ไม่ดีพอ ได้คะแนน น้อยกว่า 18 คะแนน หรือ <ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม
พอใช้ได้ ได้คะแนน 18-23.99 คะแนน หรือ ≥ 60 -79.99 % ของคะแนนเต็ม
ดีมาก ได้คะแนน 24-30 คะแนน หรือ ≥80 % ของคะแนนเต็ม

ตอนที่ 5 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภก่อนวัยอันควร ให้เลือกตอบตามช่องความถี่ในการปฏิบัติ โดยใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert's scale) มีลักษณะเป็นตัวเลือก 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนน : แบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินทางการศึกษาของ Bloom (1971) มีเกณฑ์การให้คะแนนทางด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของ

ตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภก่อนวัยอันควร 5 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 25 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้

ไม่ดีพอ ได้คะแนน น้อยกว่า 15 คะแนน หรือ< ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม

พอใช้ได้ ได้คะแนน 15-19.99 คะแนน หรือ ≥ 60 -79.99 % ของคะแนนเต็ม

ดีมาก ได้คะแนน 20-25 คะแนน หรือ ≥80 % ของคะแนนเต็ม

ตอนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ให้เลือกตอบตามช่องความถี่ในการปฏิบัติ โดยใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert's scale) มีลักษณะเป็นตัวเลือก 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนน : แบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินทางการศึกษาของ Bloom (1971) มีเกณฑ์การให้คะแนนทางด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 5 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 25 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้

ไม่ดีพอ ได้คะแนน น้อยกว่า 15 คะแนน หรือ<ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม

พอใช้ได้ ได้คะแนน 15-19.99 คะแนน หรือ ≥ 60 -79.99% ของคะแนนเต็ม

ดีมาก ได้คะแนน 20-25 คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม

ตอนที่ 7 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร มีตัวเลือก ก ข ค และ ง ที่ตรงกับการปฏิบัติ หรือคาดว่าจะปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนน : แบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินทางการศึกษาของ Bloom (1971) มีเกณฑ์การให้คะแนนทางด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกัน การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (9 ข้อ) ข้อละ 4 คะแนน คะแนนเต็ม 36 คะแนน แบ่งคะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ไม่ดีพอ ได้คะแนน น้อยกว่า 21.60 คะแนน หรือ<ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม

พอใช้ได้ ได้คะแนน 21.60-28.79 คะแนน หรือ ≥ 60-79.99% ของคะแนนเต็ม

ดีมาก ได้คะแนน 28.80-36.00 คะแนน หรือ ≥80 % ของคะแนนเต็ม

ตอนที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ให้เลือกตอบตามช่องความถี่ในการปฏิบัติ โดยแบ่งช่องความถี่เป็น 5 ช่อง คือ 6-7 ครั้ง/สัปดาห์ 4-5 ครั้ง/สัปดาห์ 3 ครั้ง/สัปดาห์ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์และไม่ได้ปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนน : แบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินทางการศึกษาของ Bloom (1971) มีเกณฑ์การให้คะแนนด้านพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (13 ข้อ) ข้อละ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 65 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ไม่ดีพอ ได้คะแนน น้อยกว่า 39 คะแนน หรือ<ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม

พอใช้ได้ ได้คะแนน 39-51.99 คะแนน หรือ ≥ 60 -79.99% ของคะแนนเต็ม

ดีมาก ได้คะแนน 52-65 คะแนน หรือ ≥80 % ของคะแนนเต็ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) นำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ 3 ท่าน นำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้วมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม (Index Item Objective Congruence [IOC]) โดยคัดเลือก

เฉพาะข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นมาใช้ ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 นั้น มีการนำปรับปรุงให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) นำแบบสอบถาม ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายและนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของระดับความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้วยค่า KR-20 ได้ค่า 0.89 และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันค วร ได้ค่า 0.95, 0.96, 0.85, 0.92, 0.96 และ 0.80

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ COA 14/2568 เลขที่โครงการ 7/2568 โครงการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่มีการทดลองใด ๆ การเข้าร่วมการดำเนินการวิจัยครั้งนี้จึงไม่มีความเสี่ยงต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลคำตอบจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้จะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้ทำวิจัยจะเผยแพร่นำเสนอข้อมูลในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อการมารับบริการของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการชี้แจงจุดประสงค์ ขั้นตอนในการศึกษา และเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอความร่วมมือและขอคำยินยอมในการตอบแบบสอบถามจากผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองทุกราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผ่าน ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในเก็บรวบรวมข้อมูลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

2. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลส่วนตัวที่ได้จะเก็บเป็นความลับการนำเสนอผลหรืออภิปรายข้อมูลของการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมทั้งหมด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมและผู้ปกครองอนุญาตให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงทำการเก็บข้อมูล

4. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น ภายหลังเสร็จสิ้น ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ มีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่นโดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ด้วยสถิติ Pearson’s correlation และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <.05

4.วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ด้วยสถิติถดถอย (Stepwise regression analysis)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุ 17 ปี จำนวน 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.43 รองลงมา คือ อายุ 16 ปี จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.35 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 97 ราย คิดเป็นร้อยละ 99 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ จำนวน 80 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.63 รองลงมาคือ ญาติพี่น้อง จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.35 สถานภาพสมรสบิดา มารดา ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน จำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.21 รองลงมา หย่าร้าง จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.57 อาชีพหลักของผู้ปกครองส่วนใหญ่ รับจ้างทั่วไป จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.82 รองลงมา ทำไร่ทำนาทำสวน จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.36 รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่ พอเพียงมีเหลือเก็บ จำนวน 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.37 พอเพียงไม่มีเหลือเก็บ จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ18.37 ความสัมพันธ์ครอบครัว ส่วนใหญ่ รักใคร่กันดี จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.82 รองลงมาคือ ดีบ้างไม่ดีบ้าง จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.63 ประวัติบุคคลใกล้ชิดมีประวัติตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี ส่วนใหญ่ ไม่มี จำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.22 รองลงมาคือ คนรู้จัก จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.30 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (n=98)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
16	17	17.35
17	70	71.43
18	11	11.22
ศาสนา		
พุทธ	97	99.0
คริสต์	1	1.0
การพักอาศัย		
พ่อแม่	80	81.63
ญาติพี่น้อง	17	17.35
คนเดียว	1	1.02
สถานภาพสมรสบิดา มารดา		
อยู่ด้วยกัน	59	60.21
หย่าร้าง	28	28.57
แยกกันอยู่	10	10.20
บิดาหรือมารดาเสียชีวิต	1	1.02

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลักของผู้ปกครอง		
ค้าขาย	14	14.29
รับจ้างทั่วไป	40	40.82
ทำไร่ทำนาทำสวน	18	18.36
พนักงานเอกชน	12	12.24
ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	13	13.27
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	1.02
รายได้ครอบครัว		
พอเพียงไม่มีเหลือเก็บ	18	18.37
พอเพียงมีเหลือเก็บ	67	68.37
ไม่เพียงพอมีภาระหนี้สินบ้าง	8	8.16
ไม่เพียงพอมีภาระหนี้สินมาก	5	5.10
ความสัมพันธ์ครอบครัว (ต่อ)		
รักใคร่กันดีมาก	22	22.45
รักใคร่กันดี	40	40.82
ดีบ้างไม่ดีบ้าง	31	31.63
ดีบ้างส่วนใหญ่ไม่ดี	5	5.10
ประวัติบุคคลใกล้ชิดมีประวัติตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี		
เพื่อน	12	12.24
พี่น้อง	1	1.02
คนรู้จัก	14	14.30
แม่ ย่า ยาย	11	11.22
ไม่มี	60	61.22

ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพแต่ละองค์ประกอบพบว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 29.63 (*SD* = 3.81) อยู่ในระดับดีมาก ระดับความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.46 (*SD* = 1.47) ส่วนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.20 (*SD* = 4.99) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.18 (*SD* = 5.41) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.37 (*SD* = 5.65) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.79 (*SD* = 6.15) และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.74 (*SD* = 13.31) อยู่ในระดับไม่ดีพอ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (n=98)

หัวข้อการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	5.46	1.47	ระดับถูกต้องบ้าง
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	14.20	4.99	ไม่ดีพอ
การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ	16.18	5.41	ไม่ดีพอ
การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง	15.37	5.65	ไม่ดีพอ
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	14.79	6.15	ไม่ดีพอ
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	29.63	3.81	ดีมาก
พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร	23.74	13.13	ไม่ดีพอ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร พบว่า ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ และการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ส่วนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (n=98)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร	1	.330***	.272*	.425***	.358***	.254**	-.122
2. ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	.330***	1	.265**	.201*	.226*	.153	.383***
3. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.272**	.265**	1	.694***	.780***	.736	.222*
4. การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ	.425***	.201*	.694***	1	.760***	.675***	.183*
5. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง	.358***	.226*	.780***	.760***	1	.642***	.242**
6. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	.254**	.153	.736***	.675***	.642***	1	.221*
7. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	-.122	.383***	.222*	.183*	.242**	.221**	1

**p <.01 *p <.05 ***p <.001

อำนาจการทำนายระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิง

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

จากผลการวิจัยพบว่าความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ร้อยละ 36.1 (R^2 = 0.361 , F= 26.820, p =.000) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีอยู่ 2 ตัวแปร โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายสูงสุดคือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) = .512 รองลงมาคือ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) = .433 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยวิธี Stepwise Regression เพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (n = 98)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	*t*	*p-value*
ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	3.883	.750	.433	5.176	.000*
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	1.244	.203	.512	6.118	.000*
Constant = 24.807, R^2= .361 $R^2_{Adjusted}$ = .347, F = 26.820, * p < .001					

จากตารางที่ 4 จากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อทดสอบอำนาจการทำนายของตัวแปรต้นทั้งหมด 6 ตัวแปร พบว่ามีตัวแปร 2 ตัวแปรคือ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ถูกเลือกเข้าสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สามารถสรุปได้ว่า ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิง ได้ร้อยละ 36.1 (R^2 = 0.361 , F = 26.820, p =.000)

จากการวิเคราะห์ความถดถอยและสหสัมพันธ์ในขั้นที่ 3 ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายที่จะได้เส้นสมการถดถอยที่ดีที่สุดและเมื่อเพิ่มตัวทำนายในขั้นตอนต่อไปของการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า อำนาจการทำนายเปลี่ยนไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งไม่สามารถเพิ่มอำนาจการทำนายพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ ดังนั้นการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน เพื่อหาอำนาจการทำนายพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ของกลุ่มตัวอย่างจึงยุติลงและสามารถสร้างสมการทำนาย ในรูปคะแนนดิบดังนี้

สมการทำนาย Y = a+b1x1+b2x2...bnxn

เมื่อ Y = พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

a = ค่าคงที่ (24.807)

b 1 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระดับความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ (3.883)

x 1 = ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ

b 2 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (1.244)

x 2 = การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

สมการที่ได้คือ

พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร = 24.807 + 3.883 (ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ) + 1.244 (การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ)

จากสมการ แสดงว่า ปัจจัยความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพ และ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในทิศทางบวก โดยตัวแปรทั้งสองมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ 3.883 และ 1.244 ตามลำดับ หมายความว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่นไว้คงที่ คะแนนความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้น 3.883 หน่วย ขณะที่การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนพฤติกรรมดังกล่าวเพิ่มขึ้น 1.244 หน่วย และสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

Z (พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร) = 1+3.883 (ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ) + 1.244 (การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ)

อภิปรายผล

ระดับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในกลุ่มวัยรุ่นหญิง ภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดีพอ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.74 (*SD* = 13.13) สะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังขาดการปฏิบัติที่เหมาะสมในการป้องกันการตั้งครรภ์ เช่น การใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ การเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และการตัดสินใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ ขณะเดียวกันค่าความแปรปรวนที่สูง (*SD* = 13.13) ชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลอย่างมาก กลุ่มวัยรุ่นหญิงบางส่วนมีพฤติกรรมการป้องกันที่ดี ขณะที่บางส่วนแทบไม่มีการป้องกันเลย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของธนิดา ผาติเสนะ และคณะ (2565) ที่พบว่านักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในระดับปานกลางและต่ำ และงานวิจัยของเสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ และเทพไทย โชติชัย (2564) ที่พบว่านักเรียนมัธยมปลายจำนวนมากยังขาดความรู้และทักษะในการใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ Nutbeam (2008) อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) มีบทบาทสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยวัยรุ่นที่มีระดับความรอบรู้ต่ำมักมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรมากกว่า ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ความเชื่อ ทักษะชีวิต และค่านิยมทางสังคม เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของพฤติกรรมในกลุ่มวัยรุ่นหญิง

จากผลการวิจัยพบว่าความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .001$ จากการศึกษาพบว่าความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับถูกต้องบ้าง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยเรียนจากโรงเรียน แหล่งข้อมูลต่าง ๆ และจากผู้ปกครองซึ่งสามารถนำความรู้ไปใช้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยเรียนได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ และครอบครัวมีความรักใคร่กันดี ซึ่งผู้ที่ได้รับความรักความอบอุ่นและการอบรมสั่งสอนให้ความรู้ที่ดีส่งผลให้บุตรสามารถคิดวิเคราะห์และตัดสินใจมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมได้ (อัจฉรา พันธุ์ศิลป์, 2565) สอดคล้องกับการศึกษา

ของณัฏฐนันท์ โปธิ และวราภรณ์ บุญเชียง (2566) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ จากการศึกษาพบว่าการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่ไม่ดีพอ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นวัยเรียนที่ยังขาดประสบการณ์ในการสื่อสารหรือการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ให้กับบุคคลอื่น จึงทำให้มีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์อยู่ในระดับไม่ดีพอ แต่อย่างไรก็ตามการที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับพ่อแม่มีความอบอุ่นในครอบครัวจะมีความสะดวกใจในการสื่อสารเรื่องเพศซึ่งมีผลเพียงพอที่จะให้บุตรมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของเมตตา วรสุวรรณรักษ์ (2567) ที่พบว่าการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p< .001$ เป็นการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพเพื่อวางแผนในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรถึงแม้ว่าจะมีการคบเพื่อนต่างเพศแต่ก็ยังสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม แต่ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการจัดการสุขภาพของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดีพอ ซึ่งอาจสะท้อนถึงกลุ่มตัวอย่างขาดประสบการณ์หรือทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองทางเพศอย่างครบถ้วน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของระบบสืบพันธุ์ อารมณ์ และความสนใจทางเพศของตนเองมากที่สุด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักและให้ความสนใจต่อการเฝ้าระวังตนเอง เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร แม้การจัดการสุขภาพในภาพรวมยังไม่เต็มประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของเมตตา วรสุวรรณรักษ์ (2567) ที่พบว่าการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p< .01$ ซึ่งหมายความว่ายิ่งสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและบริการที่เหมาะสมได้มากขึ้น พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก็มีแนวโน้มดีขึ้นตามไปด้วย อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดีพอ ซึ่งอาจสะท้อนถึงปัจจัยหลายประการ เช่น ขาดความรู้เกี่ยวกับแหล่งบริการหรือไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นได้ ผู้ปกครองหรือชุมชนอาจไม่ให้ข้อมูลหรือสนับสนุนการใช้บริการอย่างเพียงพอ จึงส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์แต่ยังไม่เต็มที่ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของธนิดา ผาติเสนะ และคณะ (2565) ที่พบว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียน

การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ซึ่งหมายความว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการคัดกรอง วิเคราะห์ และประเมินคุณภาพของข้อมูลจากสื่อได้ดีขึ้น พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรก็จะพัฒนาในทิศทางที่เหมาะสมมากขึ้น อย่างไรก็ตามผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในระดับไม่ดีพอ ซึ่งสะท้อนว่าแม้วัยรุ่นยุคปัจจุบันจะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านเพศศึกษาได้ง่าย แต่ข้อมูลที่พบอาจบิดเบือน ไม่ครบถ้วน หรือไม่เหมาะสมต่อการนำไปใช้จริง นอกจากนี้วัยรุ่นอาจยังขาดทักษะในการแยกแยะข้อมูลเชิงวิชาการออกจากข้อมูลที่ขาดหลักฐานรองรับ ทำให้พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ยังไม่เต็มประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเมตตา วรสุวรรณรักษ์ (2567)

ที่พบว่าการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ร้อยละ 36.1 (R^2 = 0.361, F= 26.820, p =.000) อธิบายได้ว่า ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเป็นองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การมีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพดีจะทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางสังคมและปัญญาของบุคคล ซึ่งก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจและใช้สารสนเทศที่ได้รับนั้นสำหรับการส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพของตนเองต่อไป (ธีรศักดิ์ ศรีพิทักษ์ และคณะ, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิวา สิงห์ทอง และคณะ (2563) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิงโรงเรียนแห่งหนึ่งจากในเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าองค์ประกอบในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของเมตตา รสุวรรณรักษ (2567) ที่พบว่าปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิง (จุฑารัตน์ สนุกแสนและคณะ, 2565) พบว่าความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิงในด้านการจัดการปัญหาส่วนตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การศึกษาของงามพิศ จันทร์ทิพย์ (2560) ศึกษาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่เขตชุมชนใกล้เมือง ผลการศึกษา พบว่าวัยรุ่น ร้อยละ 90 ไม่มีความรู้เรื่องเพศศึกษา ไม่มีการป้องกันตนเองและไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเสมือนกุญแจสำคัญสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้และกระบวนการสื่อสารสุขภาพซึ่งจะส่งผลต่อการส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในระดับ บุคคล รวมไปถึงการปฏิบัติตัวโดยรวม จากการอภิปรายผลการวิจัย บ่งชี้ได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่สามารถทำนายการมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรด้านสาธารณสุขควรพัฒนาและจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ตลอดจนการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นหญิง เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นหญิงเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในระดับชุมชนหรือสถานศึกษา

เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2557). ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15-21 ปี. http://bsris.swu.ac.th/hl-wellbeing/q/q3.pdf

กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2560). *รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2560.* https://rh.anamai.moph.go.th/th/surveillance-report/2510#wow-book/

งามพิศ จันทร์ทิพย์. (2560). การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ของวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่เขตชุมชนใกล้เมือง. *วารสารสาธารณสุขล้านนา, 13*(2), 64-71.

จุฑารัตน์ สนุกแสน, นภสร คงมีสุข, และรัชนี ลักษิตานนท์. (2563*). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิง เขตสุขภาพที่ 5.* ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20231216210136_2816/20231216210148_778.pdf

ธนิดา ผาติเสนะ, จิรารัตน์ วิเศษสัตย์, ธิดาพร งวดชัย, และอัจฉราพรรณ ไทยภักดี. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารราชพฤกษ์, 20*(1), 71–81.

ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ, และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 3*(6), 67–85.

ธีรศักดิ์ ศรีพิทักษ์, นิรชร ชูติพัฒนะ, และอิสระ ทองสามสี. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการ บริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดยะลา. ใน มหาวิทยาลัยหาดใหญ่, *การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10.* (น. 1529-1545). มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.

ณัฏฐนันท์ โปธิ, และวราภรณ์ บุญเชียง. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 23*(1), 38–49.

นันทิวา สิงห์ทอง, ณัฐธวัลย์ เพ็งแจ่ม, วันฉัตร โสพส, ศุภรดา โมขุนทด, ณัฐมน เนตรภักดี, เขมิกา วิเศษเพ็ง, นิภาพร ปลื้มมะลัง, เกษรวี ศรีศุภนัน, ต่วนนูรีซัน อิแต, และนาเดียร์ อาแซ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิงโรงเรียนแห่งหนึ่งจากในเมือง จังหวัดนครราชสีมา. ใน วิทยาลัยนครราชสีมา, *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติครั้งที่ 7 วิทยาลัยนครราชสีมา* (น. 1106–1115). สำนักวิจัยและพัฒนาวิทยาลัยนครราชสีมา. http://journal.nmc.ac.th/th/admin/Journal/2563Vol12No1_106.pdf

เมตตา รสุวรรณรักษ์. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา, 12*(2), 1–13.

เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, และเทพไทย โชติชัย. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียนและการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 37*(1), 99–111.

อัจฉรา พันธุ์ศิลป์. (2565). *ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพ ในอำเภอขาณุวรลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.

อารยา ทิพย์วงศ์, และจารุณี นุ่มพูล. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางด้านสุขภาวะเกี่ยวกับโรคอ้วนกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 28*(2), 1–11.

Bloom, B. S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. McGraw-Hill.

Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., Saboga-Nunes, L., Bond, E., Sørensen, K., Bitzer, E. M., Jordan, S., Domanska, O., Firnges, C., Carvalho, G. S., Bittlingmayer, U. H., Levin-Zamir, D., Pelikan, J., Sahrai, D., Lenz, A., Wahl, P., … Pinheiro, P. (2017). Health literacy in childhood and youth: A systematic review of definitions and models. *BMC Public Health, 17*(1), 361. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4267-y

Cerniglia, L., & Di Pomponio, I. (2024). Decoding adolescent decision-making: Neurocognitive processes, risk perception, and the influence of peers. *Adolescents, 4*(2), 222–225. https://doi.org/10.3390/adolescents4020015

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

Thepthien, B. O., & Celyn. (2022). Risky sexual behavior and associated factors among sexually-experienced adolescents in Bangkok, Thailand: Findings from a school web-based survey. *Reproductive Health, 19*(1), 127. https://doi.org/10.1186/s12978-022-01429-3

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary.* WHO Publications.

World Health Organization. (2020, October 19). *Adolescent health and development.* https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/adolescent-health-and-development

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของประชากรเพศหญิง อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์

อรุณี ขุมทอง, สม.[*]
กฤติยาณี ธรรมสาร, สด.[**]

Received: April 18, 2025
Revised: November 12, 2025
Accepted: November 13, 2025

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งเต้านมพบบ่อยในเพศหญิง รักษาให้หายได้ หากได้รับการวินิจฉัยในระยะเริ่มต้น การศึกษาวิจัยแบบเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ประชากรคือประชาชนเพศหญิงที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นมะเร็งเต้านม อาศัยอยู่ในอำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์ อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป จำนวน 5,392 คน กลุ่มตัวอย่างคือหญิงอายุ 30–70 ปี สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวน 836 ราย เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านม และแบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ด้วยวิธีการคลำเต้านมตนเองย้อนหลัง 6 เดือน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ หาค่าสัมประสิทธิแอลฟาของครอนบาค ได้ค่า 0.96 เก็บข้อมูลเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยลอจิสติกพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม โดยรวมอยู่ในระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 75.72 พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 84.45 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ได้แก่ อายุ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การตรวจสุขภาพประจำปี การเคยได้รับการตรวจเต้านมจากบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรค ข้อเสนอแนะ หน่วยงานสาธารณสุขควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ สนับสนุนการออกกำลังกาย ตรวจสุขภาพ เพื่อกระตุ้นให้สตรีมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

[*] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: arunee.k@kkumail.com
[**] อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Health Literacy and Factors Associated with Breast Self-Examination Screening Behavior among Women in Non-Narai District, Surin Province

Arunee Khumthong, M.PH. [*]
Krittiyanee Thammasarn, Dr.PH. [**]

Abstract

Breast cancer is common in women and is curable if diagnosed early. This analytical cross-sectional study aimed to examine the level of health literacy and the factors associated with breast self-examination (BSE) behaviors among women. The study population consisted of 5,392 women who had not been diagnosed with breast cancer and had lived in Non Narai District, Surin Province, for at least one year. A total of 836 women aged 30–70 years were selected as the sample. The research instruments included a general information questionnaire, a health literacy questionnaire on breast cancer, and a BSE behavior questionnaire based on breast palpation during the past six months. The index of item–objective congruence ranged from 0.67 to 1.00. The reliability of the health literacy questionnaire, tested using Cronbach's Alpha coefficient, was 0.96. Data were collected in November 2024 and analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression.

The results showed that overall health literacy regarding breast cancer is at a good level or higher, at 75.7%. 84.45% of participants had performed BSE within the past six months. Factors significantly associated with BSE behavior ($p< 0.05$) included age, regular exercise, annual health check-ups, prior clinical breast examinations by healthcare professionals, access to breast cancer information from multiple sources, and overall health literacy, particularly in accessing health information and understanding breast cancer prevention. Recommendations, public health agencies should promote health literacy, support exercise, and provide health checkups to encourage women to engage in more self-breast examinations.

Keywords: Health literacy, Breast cancer, Breast self-examination

[*] Master of Public Health Student in Public Health, Faculty of Public Health, Khon Kaen University; Corresponding Author E-mail: arunee.k@kkumail.com

[**] Lecturer, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งอันดับหนึ่งที่พบในเพศหญิง พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่เป็นเพศหญิงในปี พ.ศ. 2565 ประมาณ 2,296,840 คน และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมมากถึง 666,103 คน เกือบครึ่งของจำนวนผู้เสียชีวิตอาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชีย (World Cancer Research Fund, 2022) สถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 พบว่าเพศหญิงป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 38,559 ราย (กรมอนามัย, 2566) ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ในเขตสุขภาพที่ 9 อัตราป่วย 3,000 คนต่อแสนประชากร พบอยู่จังหวัดสุรินทร์มากกว่า 1 ใน 5 เท่า จากการป่วยด้วยโรคมะเร็งทั้งหมด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564) เป็นโรคมะเร็งเต้านม อัตราป่วย 5,000 คนต่อแสนประชากร จะเห็นได้ว่าจังหวัดสุรินทร์มีอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมมากกว่าอัตราป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์, 2566) สาเหตุของการเป็นมะเร็งเต้านมยังไม่ทราบแน่นอน แต่พบปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ได้แก่ ความผิดปกติของเต้านม เพศหญิงวัยหมดประจำเดือน การมีประวัติรับฮอร์โมนทดแทน และมีญาติสายตรงมีประวัติเป็นโรคมะเร็งเต้านม กลุ่มเสี่ยงเป็นเพศหญิงที่มีอายุ 40 ขึ้นไป หรือเคยป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมมาก่อนและเคยได้รับการรักษาแล้ว เคยตรวจพบก้อนบริเวณเต้านม ประวัติการมีประจำเดือนครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี หรือมีภาวะของการหมดประจำเดือนช้า ประวัติเคยรับการฉายรังสีบริเวณเต้านม ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย และเป็นผู้มีค่าดัชนีมวลกายมาก มีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นร้อยละ 18 รวมถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม (กรมอนามัย, 2566; ถนอมศรี อินทนนท์ และรุจิรา อ่ำพันธ์, 2566; สุนันทินี ศรีประจันทร์ และปาริชา นิพพานนทน์, 2565; ทิพวรรณ สมควร และคณะ, 2565)

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมสามารถทำได้ด้วยตนเอง จากการสังเกตลักษณะอาการผิดปกติของเต้านม เช่น การคลำบริเวณเต้านม การดูความผิดปกติของเต้านมที่มีขนาดรูปร่างที่มีการเปลี่ยนแปลงไป สีผิวบริเวณเต้านม การบุ๋มหรือความหนาของผิวคล้ายเปลือกส้ม หรือมีของเหลวไหลออกจากหัวนม มีผื่นคันบริเวณเต้านม บางครั้งอาจมีอาการเจ็บหรือไม่เจ็บเต้านม (ชนินทร์ อภิวาณิชย์, 2568) ผู้ที่ตรวจพบความผิดปกติสามารถรักษาให้หายขาดได้หากตรวจพบในระยะเริ่มแรก กลุ่มเสี่ยงสามารถตรวจคัดกรองเต้านมได้ด้วยตนเอง โดยวิธีการคลำบริเวณเต้านมด้วยตนเอง ควรตรวจเป็นประจำทุกเดือน โดยเริ่มตรวจด้วยตนเองตั้งแต่อายุ 20 ปี และตรวจหลังช่วงหมดประจำเดือนแล้วอย่างน้อย 3 วัน อย่างสม่ำเสมอ เพื่อหาความผิดปกติของเต้านม (วรเศรษฐ์ สายฝน, 2565) สำหรับกลุ่มเสี่ยงช่วงอายุ 30-70 ปี ควรได้รับความรู้และสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง รวมถึงสังเกตความผิดปกติของเต้านม และได้รับการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565)

การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมเบื้องต้น ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมตนเอง เนื่องจากมีความสนใจในการดูแลสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม สามารถเข้าถึงข้อมูลและการบริการด้านสาธารณสุขได้ มีทักษะการสื่อสารและการจัดการตนเอง รวมถึงการตัดสินใจกระทำการบางอย่างเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง และแสวงหาความรู้และการรู้เท่าทันสื่อในการตัดสินใจเชื่อถือและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องจากการคิดวิเคราะห์เหตุและผลด้วยความสามารถตนเอง รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมตนเอง เช่น อายุ ประวัติการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเป็นประจำ ประวัติการตรวจสุขภาพประจำปี การเข้ารับบริการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมจาก

แหล่งข้อมูลต่าง ๆ (ทิพวรรณ สมควร และคณะ, 2565; ฐาพัชร์ลดา เกียรติเลิศเดชา และคณะ, 2564; ชลวิทย์ บุญศรี, 2565; ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ และคณะ, 2564; รังสินพดล โถทอง และคณะ, 2562)

จากสถานการณ์พบเป็นผู้ป่วยในจังหวัดสุรินทร์และมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 2 ราย ในปี พ.ศ. 2566 อาศัยอยู่ในอำเภอโนนนารายณ์ จึงเกิดการดำเนินงานการตรวจมะเร็งเต้านมเคลื่อนที่ขึ้นในพื้นที่อำเภอโนนนารายณ์ จากรายงานทะเบียนรายชื่อผู้แจ้งความจำนงประสงค์เข้ารับการตรวจเต้านมในโครงการการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม โดยเครื่องเอกเรย์เต้านม (Mammogram) ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาสในโอกาสมหามงคลเจริญพระชนพรรษา 70 พรรษา วันที่ 29 พฤษภาคม 2566 ณ โรงเรียนนารายณ์คำผง อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์ พบสตรีกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านมเข้าร่วมการตรวจเต้านมจำนวน 220 คน ส่วนใหญ่ขาดทักษะและมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยมาก จึงได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธีการคลำบริเวณหน้าอกและเต้านม โดยบุคลากรทางการแพทย์ ผลการตรวจพบความผิดปกติบริเวณเต้านม และส่งตรวจเพิ่มด้วยเครื่องเอกเรย์เต้านมร้อยละ 19.10 ผลการคัดกรองด้วยวิธีการคลำเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าผลการตรวจเต้านมปกติ แต่ขาดทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและมีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ จึงได้รับการอบรมฝึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (โรงพยาบาลโนนนารายณ์, กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม, 2566)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม มีความสำคัญกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของประชากรหญิง อายุ 30-70 ปี อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์ เพื่อนำผลการศึกษาครั้งนี้ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมะเร็งเต้านมให้กับประชาชนเพศหญิง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถตรวจคัดกรองสุขภาพได้ด้วยตนเอง เพิ่มโอกาสรอดชีวิตให้กับผู้ป่วย หากตรวจพบความผิดปกติบริเวณเต้านมได้ตั้งแต่เบื้องต้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

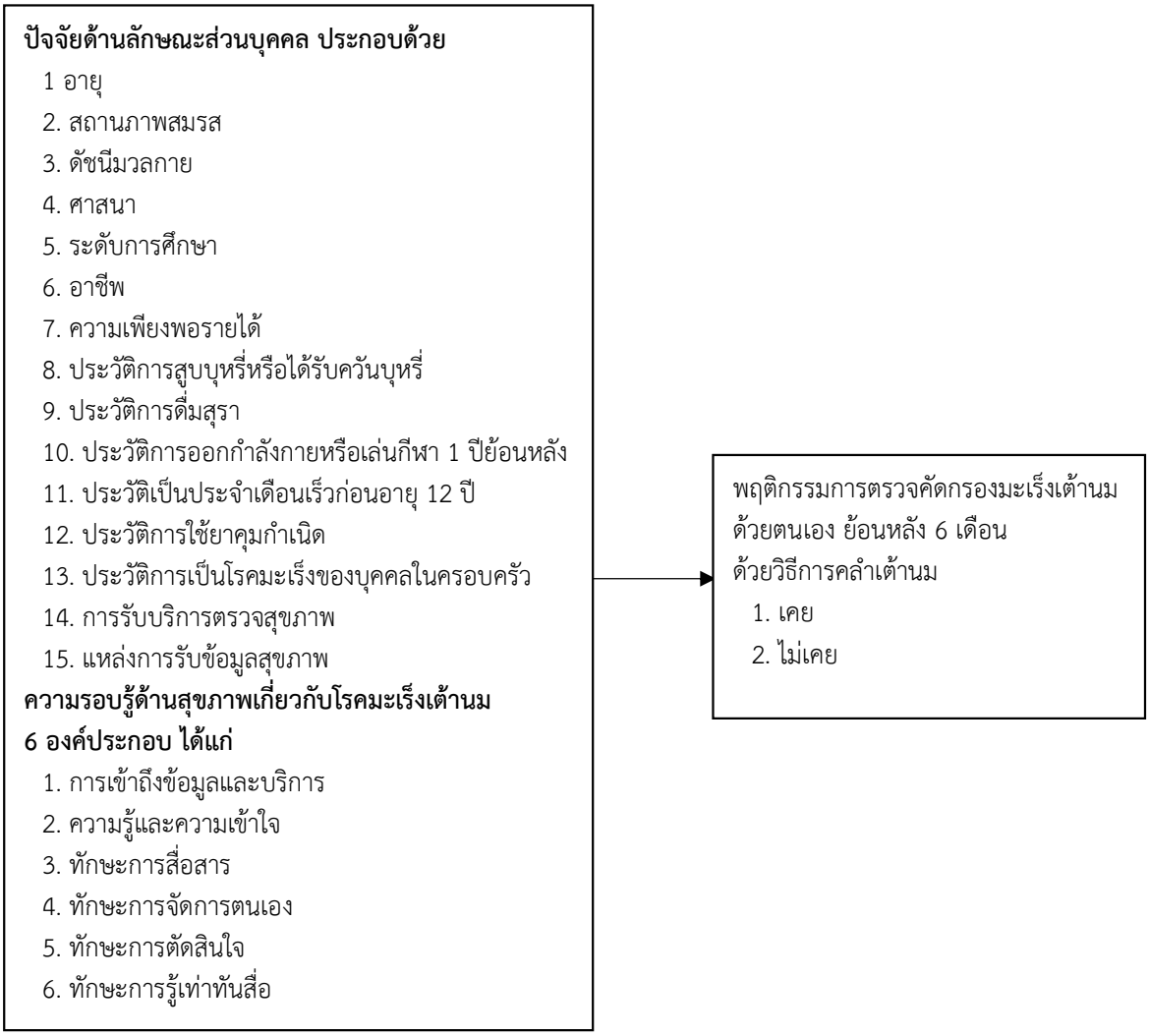
1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของประชากรเพศหญิง อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของประชากรเพศหญิง อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของประชากรเพศหญิง อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2559) แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้และความเข้าใจในประเด็นสำคัญ ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจ และการจัดการตนเอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเพศหญิง พบตัวแปรที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้ศึกษาจึงสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดสำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้ ดังแสดงในภาพ 1

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนเพศหญิง อายุ 30-70 ปี ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม อาศัยอยู่จริงในพื้นที่อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์ อย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป จำนวน 5,392 คน ในช่วงวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ เพศหญิง อายุ 30-70 ปี อาศัยอยู่จริงในพื้นที่อำเภอโนนนารายณ์ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากสูตรการคำนวณของ Hsieh et al. สำหรับกรณีการศึกษาวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกพหุคูณ (multiple logistic regression) (Hsieh et al., 1998) สามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ดังนี้

สูตร

$$n = \frac{\left[z_{1-\frac{\alpha}{z}}\sqrt{\frac{P(1-P)}{B}} + z_{1-\beta}\sqrt{P_0(1-P_0) + \frac{P_1(1-P_1)(1-B)}{B}}\right]^2}{(1-B)(P_O - P_1)^2}$$

ผู้วิจัยใช้ค่า P_0, P_1 และ B จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยเจริญพันธ์ในจังหวัดลำปาง (ทิพวรรณ สมควร และคณะ, 2564)

n = จำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมดในการวิเคราะห์ถดถอยพหุลอจิสติก

$z_{1-\frac{\alpha}{z}}$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญของสมการ (α= 0.05) มีค่าเท่ากับ 1.96

$z_{1-\beta}$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 ($1-\beta$ = 0.80) มีค่าเท่ากับ 0.84

P_O = ค่าสัดส่วนของพฤติกรรมการไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีค่าเท่ากับ 0.57 (ทิพวรรณ สมควร และคณะ, 2564)

P_1 = ค่าสัดส่วนของการเกิดพฤติกรรมการเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีค่าเท่ากับ 0.43 (ทิพวรรณ สมควร และคณะ, 2564)

B = ค่าสัดส่วนของการเกิดพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง มีค่าเท่ากับ 0.5

P = ค่าสัดส่วนของตัวแปร หาได้จาก $(1-B)P_0 + BP_1$ มีค่าเท่ากับ 0.50 แทนค่า ในสูตรเพื่อหาค่า P ดังนี้

$$P = (1-B)P_0 + BP_1$$
$$P = (1-0.50)0.57 + (0.50)(0.43)$$
$$P = 0.50$$

แทนค่าในสูตรการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกพหุคูณ เพื่อหาค่า n ดังนี้

$$n = \frac{\left[z_{1-\frac{\alpha}{z}}\sqrt{\frac{P(1-P)}{B}} + z_{1-\beta}\sqrt{P_0(1-P_0) + \frac{P_1(1-P_1)(1-B)}{B}}\right]^2}{(1-B)(P_O - P_1)^2}$$

$$n = \frac{\left[1.96\sqrt{\frac{0.50(1-0.50)}{0.50}} + 0.84\sqrt{0.57(1-0.57) + \frac{0.43(1-0.43)(1-0.50)}{0.50}}\right]^2}{(1-0.50)(0.57-0.43)^2}$$

$n = 397.63$ หรือประมาณ 398 คน

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา มีตัวแปรอิสระเข้า model หลายตัวแปร จึงทำการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก multiple logistic regression (Hsieh et al., 1998) โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการทำการศึกษาวิจัยให้สำเร็จ จึงเลือกสัมประสิทธิสหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ 0.5 สามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ดังนี้

สูตร

$$n_P = \frac{n_1}{\left(1 - P^2_{1,2,3,\ldots,P}\right)}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่างทั้งหมดในตอนต้นที่ได้จากการคำนวณ

n_P = ขนาดตัวอย่างทั้งหมดที่ต้องการ

$P^2_{1,2,3,\ldots,P}$ = จากการทบทวนวรรณกรรมหรือการสำรวจนำร่อง โดยใช้ค่าเท่ากับ 0.5

แทนค่าในสูตร เพื่อหาค่า n_P

$$\mathrm{n_P} = \frac{398}{(1-0.5)}$$

$$\mathrm{n_P} = 796 \text{ คน}$$

ดังนั้นขนาดตัวอย่างของการศึกษาจึงมีค่าเท่ากับ 796 คน

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจากการเก็บตัวอย่างในผู้สูงอายุที่อาจมีความจำคลาดเคลื่อนชั่วขณะในระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงทำการเก็บตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด จำนวน 836 คน โดยมีการกำหนดเกณฑ์การศึกษาดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

1. เพศหญิงตั้งแต่กำเนิด อายุ 30-70 ปี
2. ไม่เป็นผู้ป่วยโรคร้ายแรงหรือพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
3. ไม่เป็นผู้เคยผ่าตัดเต้านม หรือเสริมหน้าอก
4. ไม่เคยป่วยหรือถูกวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งเต้านม
5. เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ สามารถสื่อสารพูดคุยด้วยภาษาไทยได้
6. ยินดีเข้าร่วมการศึกษา ให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ถูกวินิจฉัยป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมในระหว่างการศึกษา
2. มีเหตุฉุกเฉินหรือมีความจำเป็นต้องขอออกจากการศึกษา
3. ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ไม่ให้ข้อมูลและไม่ประสงค์ตอบ

เกณฑ์การถอนตัว (withdrawal criteria) กรณีกลุ่มตัวอย่างมีการย้ายออกนอกพื้นที่วิจัย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามเขตหน่วยบริการด้านสุขภาพ โดยมีประชากรเป้าหมายทั้งหมด 5,392 คน เป็นการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (sample random sampling) โดยสุ่มตามจำนวนเป้าหมายของหน่วยบริการสุขภาพ เป็นการสุ่มโดยการจับฉลาก (lottery) จากรายชื่อในแต่ละพื้นที่หน่วยบริการสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

การสุ่มขนาดตัวอย่างของหน่วยบริการสุขภาพ โดยแบ่งตามสัดส่วนตามหน่วยบริการด้านสุขภาพ

ตำบล	หน่วยบริการสุขภาพ	จำนวน (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (ราย)
ตำบลหนองหลวง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองใหญ่	601	93
ตำบลหนองเทพ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเทพ	892	138
ตำบลหนองเทพ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผำ	490	76
ตำบลคำผง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำผง	1069	166
ตำบลโนน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนน	1011	157
ตำบลระเวียง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระเวียง	582	90
ตำบลระเวียง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซาต	747	116
รวม		**5,392**	**836**

หมายเหตุ. จาก *ข้อมูลการเฝ้าระวังมะเร็งเต้านมของประชากรอยู่จริงในพื้นที่อำเภอโนนนารายณ์ ตามช่วงอายุ 30–55 ปี ปีงบประมาณ 2566*, โดย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนนารายณ์, 2566.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ด้านลักษณะส่วนบุคคล โดยแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส น้ำหนักและส่วนสูง ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับความเพียงพอรายได้ของตนเองต่อเดือน ประวัติการสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา 1 ปีย้อนหลัง ประวัติการใช้ยาคุมกำเนิด ประวัติการเป็นโรคมะเร็งเต้านมของบุคคลในครอบครัว การรับบริการตรวจสุขภาพ ประวัติเป็นประจำเดือนเร็วก่อนอายุ 12 ปี และการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมจากแหล่งข้อมูล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย 6 ด้าน จำนวน 46 ข้อ โดยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert type scale) มาตรวัดเป็น 5 ระดับ ได้แก่ จริงมากที่สุด จริงมาก ปานกลาง จริงน้อย จริงน้อยที่สุด (บุรินทร์ รุจจนพันธุ์, 2556) โดยกำหนดเกณฑ์การเลือกตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบคำถาม

การแปลผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้วิธีการรวมคะแนน และนำคะแนนรวมมาจัดกลุ่มโดยเกณฑ์การประเมินประยุกต์ใช้การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับดีมากคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป 2) ระดับดี คะแนนร้อยละ 70-79 คะแนน 3) ระดับพอใช้ คะแนนร้อยละ 60-69 คะแนน 4) ระดับไม่ดี คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 คะแนน (กองสุขศึกษา, 2559)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ด้วยวิธีการคลำเต้านมตนเองย้อนหลัง 6 เดือน โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ เคยและไม่เคยมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ด้วยวิธีการคลำเต้านมตนเอง ย้อนหลัง 6 เดือนจำนวน 1 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน จากวิเคราะห์ข้อคำถามทุกข้อได้ค่าดัชนี IOC อยู่ระหว่าง

0.67 ถึง 1.00 ได้ค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ 0.94 ผลการวิเคราะห์ค่า CVI (content validity index) ค่าเฉลี่ยรวมทุกข้อเท่ากับ 0.91 ซึ่งผู้วิจัยได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ค่าเฉลี่ยรวมทั้งหมดเท่ากับ 0.88 ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient methods) ได้ค่าสัมประสิทธิแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 13 กันยายน 2567 โดยหมายเลขสำคัญประจำโครงการวิจัย คือ HE: HE 672153 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2567 เลขที่โครงการวิจัย COA No. 57/2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดสำคัญและสิทธิเลือกตัดสินใจเข้าร่วมและยินยอมการให้ข้อมูลในการศึกษา สามารถปฏิเสธการยินยอมไม่ให้ข้อมูลหรือถอนตัวจากการศึกษาวิจัยได้ การยินยอมให้ข้อมูลจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดำรงชีวิต การรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอผลในภาพรวม โดยไม่มีการระบุชื่อ-สกุลของผู้ยินยอมให้ข้อมูล และแบบสอบถามการวิจัยจะทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอโนนนารายณ์ จำนวน 7 แห่ง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาและชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความอนุเคราะห์ จากนั้นประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละพื้นที่ เพื่อดำเนินการชี้แจงรายละเอียดและทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถาม และการลงพื้นที่เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีทักษะในการเก็บข้อมูลในทิศทางเดียวกับ โดยเก็บแบบสอบถามในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา

1.1 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) การพรรณนาลักษณะข้อมูลทั่วไป จำแนกประเภทของข้อมูลตัวแปรที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม (categorical variable) นำเสนอข้อมูลในรูปแบบจำนวน (number) ร้อยละ (percentage) และความถี่ (frequency) ตัวแปรที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous variables) นำเสนอข้อมูลในรูปแบบค่าเฉลี่ย (mean) ค่าสูงสุด (maximum) ค่าต่ำสุด (minimum) ค่ามัธยฐาน (median) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน

2.1 การวิเคราะห์ถดถอยแบบลอจิสติกอย่างง่าย (simple logistic regression) การวิเคราะห์ข้อมูลทดสอบหาความสัมพันธ์อย่างง่ายระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ (1) คุณลักษณะส่วนบุคคล (2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมกับตัวแปรตาม ได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของประชาชนเพศหญิง อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์

2.2 การวิเคราะห์ถดถอยแบบลอจิสติกพหุคูณ (multiple logistic regression) การวิเคราะห์ข้อมูลทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมากกว่าหนึ่งตัว การวิเคราะห์ข้อมูลมีการควบคุมคำนึงถึงผลกระทบและปัจจัยอื่น ๆ ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบลอจิสติกพหุคูณ (multiple logistic regression analysis) การนำเสนอผลความสัมพันธ์ โดยการรายงานค่า adjusted odds ratios (AOR) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% CI (95% confidence interval) และกำหนดนัยสำคัญสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.05)

ผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของประชากรเพศหญิง อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม โดยรวมอยู่ในระดับดีถึงระดับดีถึงดีมาก ร้อยละ 75.72 ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 183.35 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, *SD* เท่ากับ 13.43) ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 176.50 ค่าคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 91 และ มีคะแนนสูงสุด เท่ากับ 228 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

ระดับความรอบรู้	ช่วงคะแนนเฉลี่ย	*M* (*SD*)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพอใช้/ไม่ดี	< 161	144.42 (12.94)	203	24.28
ระดับดี/ดีมาก	>= 161	183.35 (13.43)	633	75.72
ค่าคะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		173.90 (21.35)		
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)		176.50 (91 : 228)		

เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมในแต่ละด้านของประชากรเพศหญิง อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์

ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้อยู่ในระดับดีถึงดีมาก ร้อยละ 85.77 มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 37.26 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, *SD* เท่ากับ 3.57) ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 36 ค่าคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 13 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 71 คะแนน รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ระดับความรอบรู้ด้าน 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

ระดับความรอบรู้	ช่วงคะแนนเฉลี่ย	*M* (*SD*)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพอใช้/ไม่ดี	< 32	27.54 (3.59)	119	14.23
ระดับดี/ดีมาก	>= 32	37.26 (3.57)	717	85.77
ค่าคะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		35.88 (4.93)		
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)		36 (13 : 71)		

ด้านการเข้าใจข้อมูลและการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีถึงดีมาก ร้อยละ 78.35 มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 24.46 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, *SD* เท่ากับ 3.07) ค่ามัธยฐานเท่ากับ 23 ค่าคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 9 คะแนน ค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 73 คะแนน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

ระดับความรอบรู้ด้าน 2 การเข้าใจข้อมูลและการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

ระดับความรอบรู้	ช่วงคะแนนเฉลี่ย	*M* (*SD*)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพอใช้/ไม่ดี	< 21	17.54 (2.52)	181	21.65
ระดับดี/ดีมาก	>= 21	24.46 (3.07)	655	78.35
ค่าคะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			22.95 (4.11)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)			23 (9 : 73)	

ด้านการสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม พบว่าอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ร้อยละ 71.77 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.13 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, *SD* เท่ากับ 3.38) ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 35 ค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 13 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 45 คะแนน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

ระดับความรอบรู้ด้าน 3 การสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

ระดับความรอบรู้	ช่วงคะแนนเฉลี่ย	*M* (*SD*)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพอใช้/ไม่ดี	< 32	27.37 (3.41)	236	28.23
ระดับดี/ดีมาก	>= 32	37.13 (3.38)	600	71.77
ค่าคะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			34.38 (5.55)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)			35 (13 : 45)	

ด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ร้อยละ 76.56 มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 24.44 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, *SD* เท่ากับ 2.67) ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 23 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 10 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 60 คะแนน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6

ระดับความรอบรู้ด้าน 4 การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

ระดับความรอบรู้	ช่วงคะแนนเฉลี่ย	*M* (*SD*)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพอใช้/ไม่ดี	< 21	17.67 (2.24)	196	23.44
ระดับดี/ดีมาก	>= 21	24.44 (2.67)	640	76.56
ค่าคะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			22.85 (3.85)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)			23 (10 : 60)	

ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้าน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีถึงดีมาก ร้อยละ 59.81 มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 43.68 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, *SD* เท่ากับ 3.81) ค่ามัธยฐานเท่ากับ 40 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 19 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 55 คะแนน รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7

ระดับความรอบรู้ด้าน 5 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

ระดับความรอบรู้	ช่วงคะแนนเฉลี่ย	*M* (*SD*)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพอใช้/ไม่ดี	< 39	33.40 (4.14)	336	40.19
ระดับดี/ดีมาก	>= 39	43.68 (3.81)	500	59.81
ค่าคะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			39.55 (6.40)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)			40 (19 : 55)	

ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีถึงดีมาก ร้อยละ 71.53 มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 19.50 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, *SD* เท่ากับ 2.16) ค่ามัธยฐานเท่ากับ 18 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 10 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 59 คะแนน รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8

ระดับความรอบรู้ด้าน 6 การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

ระดับความรอบรู้	ช่วงคะแนนเฉลี่ย	*M* (*SD*)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพอใช้/ไม่ดี	< 18	15.24 (1.75)	238	28.47
ระดับดี/ดีมาก	>= 18	19.50 (2.16)	598	71.53
ค่าคะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			18.28 (2.81)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)			18 (10 : 59)	

2. พฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของประชากรเพศหญิง อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ด้วยวิธีการคลำเต้านมตนเอง ย้อนหลัง 6 เดือน พบว่าส่วนใหญ่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 84.45 โดยตรวจ 1-2 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 69.71 พบมีผู้ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้วยวิธีการคลำเต้านม ร้อยละ 15.55 สาเหตุเนื่องจากไม่รู้วิธีการตรวจเต้านมตนเอง คิดว่าไม่สามารถตรวจได้ด้วยตนเองต้องให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ตรวจ ร้อยละ 66.40 รายละเอียดตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9

จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้วยวิธีการคลำเต้ามนม	จำนวน	ร้อยละ
1. เคย	706	84.45
ตรวจ 1-2 ครั้งต่อเดือน	497	69.71
ตรวจ 1-2 ครั้ง ต่อ 6 เดือน ถึง 1 ปี	216	30.29
2. ไม่เคย	130	15.55
ไม่มีใครแนะนำ/เห็นว่าไม่จำเป็น/ไม่มีเวลา/ลืม/กลัวการตรวจพบสิ่งผิดปกติ	42	33.60
ไม่รู้วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง/คิดว่าไม่สามารถตรวจได้ด้วยตนเอง ต้องให้บุคลากรทางการแพทย์ตรวจ	83	66.40

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของประชากรเพศหญิง อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์

จากการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประกอบด้วย 7 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ประวัติการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ประวัติการตรวจสุขภาพประจำปี การเข้ารับบริการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและด้านการเข้าใจข้อมูลและการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ($p<.05$) ผลการวิเคราะห์ตัวแปรระหว่างตัวแปรต่าง ๆ รายละเอียดดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ด้วยวิธีการคลำ โดยควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่น

ปัจจัย	พฤติกรรมการตรวจเต้านมตนเอง ด้วยวิธีการคลำ		Crude OR	Adjusted OR	95%CI	*p-value*
	ไม่เคยตรวจ (n=836)	เคยตรวจ (n=836)				
1. อายุ (ปี)						0.026*
อายุน้อยกว่า 51 ปี	68 (18.43)	301 (81.57)	1.00	1.00	*Ref*	
อายุ 51 ปีขึ้นไป	62 (13.28)	405 (86.72)	1.48	1.71	(1.06 - 2.74)	
2. ประวัติการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา						<0.001*
ไม่ออกกำลังกาย	55 (37.67)	91 (62.33)	1.00	1.00	*Ref*	
ออกกำลังกาย	75 (10.87)	615 (89.13)	4.96	2.40	(1.47 - 3.93)	
3. ประวัติตรวจสุขภาพประจำปี						0.005*
ไม่เคย	95 (24.87)	287 (75.13)	1.00	1.00	*Ref*	
เคย	35 (7.71)	419 (92.29)	3.96	2.07	(1.25 - 3.42)	
4. การเข้ารับบริการตรวจเต้านมโดยบุคคลากรการแพทย์						0.032*
ไม่เคย	118 (20.19)	468 (79.86)	1.00	1.00	*Ref*	
เคย	12 (4.80)	238 (95.20)	5.00	2.16	(1.07 - 4.37)	
5. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมจากแหล่งข้อมูล						0.033*
ไม่เคย	16 (41.03)	23 (58.97)	1.00	1.00	*Ref*	
เคย	114 (14.30)	683 (85.70)	4.17	2.52	(1.07 - 5.90)	
6. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม โดยภาพรวม						0.001*
ระดับพอใช้/ไม่ดี	88 (43.35)	115 (56.65)	1.00	1.00	*Ref*	
ระดับดี/ดีมาก	42 (6.64)	591 (93.36)	10.76	3.07	(1.58 - 5.94)	
ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม						0.044*
ระดับพอใช้/ไม่ดี	97 (28.87)	239 (71.13)	1.00	1.00	*Ref*	
ระดับดี/ดีมาก	33 (6.60)	467 (93.40)	6.67	1.82	(1.02 - 3.26)	
ด้านที่ 2 การเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม						<0.001*
ระดับพอใช้/ไม่ดี	80 (44.20)	101 (55.80)	1.00	1.00	*Ref*	
ระดับดี/ดีมาก	50 (7.63)	605 (92.37)	9.58	3.05	(1.65 - 5.61)	

*Ref=กลุ่มอ้างอิง, *p-value<0.05*

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของประชากรเพศหญิง อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม โดยรวมอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ร้อยละ 75.72 เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ มีความรอบรู้อยู่ในระดับดีถึงดีมาก ร้อยละ 85.77 ด้านการเข้าใจข้อมูลและการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ร้อยละ 78.35 ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ร้อยละ 71.77 ด้านการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ร้อยละ 76.56 ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ร้อยละ 59.00 และด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ร้อยละ 71.53 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมในระดับดีขึ้นไปน้อย ควรมีการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนป้องกันโรค และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านม จึงควรจะได้รับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในทุกด้าน เพื่อเพิ่มทางเลือกการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนในการป้องกันโรคในระดับตัวบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวรรณ สมควร และคณะ (2565) กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จึงควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ แม้ยังมีข้อจำกัดด้านวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง การตัดสินใจตรวจคัดกรองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ประชาชนสามารถประเมินความเสี่ยงและเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมได้เหมาะสมกับตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ศึกษาพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของประชากรเพศหญิง อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ด้วยวิธีการคลำเต้านมตนเองย้อนหลัง 6 เดือน พบว่าส่วนใหญ่เคยตรวจเต้านม ร้อยละ 84.45 โดยตรวจเต้านม 1-2 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 69.71 และมีผู้ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 15.55 พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่จากไม่รู้วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คิดว่าไม่สามารถตรวจเต้านมได้ด้วยตนเองต้องให้บุคลากรทางการแพทย์ตรวจ ร้อยละ 66.40 จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างขาดความรู้และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จึงควรได้รับการสนับสนุนความรู้และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิต หากค้นพบความผิดปกติของเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งเป็นโรคที่สามารถตรวจคัดกรองได้ด้วยตนเองและสามารถรักษาหายได้ ถ้าตรวจพบในระยะเริ่มต้น ศูนย์มะเร็ง ชีวารักษ์ (2567) ผู้หญิงชนบทไทยจำนวนไม่น้อยยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทั้งนี้การส่งเสริมความรู้ควรดำเนินควบคู่กับการฝึกปฏิบัติจริง เพื่อสร้างความมั่นใจและเพิ่มความต่อเนื่องในการตรวจคัดกรอง ซึ่งจะช่วยเพิ่มโอกาสในการค้นพบความผิดปกติในระยะเริ่มแรก และลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมในระยะยาว

3. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของประชากรเพศหญิง อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของประชากรเพศหญิง อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์ มีดังนี้

3.1 อายุ ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.026) โดยสตรีอายุ 51 ปีขึ้นไปมีโอกาสตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า 1.71 เท่า แสดงให้เห็นว่าสตรีวัยสูงอายุมักตระหนักและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิพวรรณ สมควร และคณะ (2564) Grimley et al. (2020) และ Kayan & Cinar (2022) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยสตรีวัยหมดประจำเดือนมักมีความสนใจตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้นเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและฮอร์โมน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2567)

3.2 ประวัติการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเป็นประจำ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้วยวิธีการคลำเต้านม โดยเพศหญิงที่มีประวัติการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเป็นประจำ มีโอกาสตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าเพศหญิงที่ไม่ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา เท่ากับ 2.40 เท่า ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001 ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผู้ที่มีประวัติการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเป็นประจำเป็นผู้ให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพและปฏิบัติตนในการป้องกันการเกิดโรค เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของรังษีนพดล โถทอง และคณะ (2562) ที่พบว่าการออกกำลังกายสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.001) รวมทั้งสอดคล้องกับงานของทิพวรรณ สมควร และคณะ (2564) ที่พบว่าผู้ที่ออกกำลังกายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมสูงกว่า อธิบายได้ตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (TRA) ว่าผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำมีเจตนาและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง (ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง และคณะ, 2567)

3.3 ประวัติการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่าเพศหญิงที่มีประวัติเคยตรวจสุขภาพประจำปีมีโอกาสตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้วยวิธีการคลำเต้านมมากกว่าเพศหญิงที่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีเท่ากับ 2.07 เท่า ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.005 สอดคล้องกับการศึกษาของ Grimley et al. (2563) ได้ศึกษาปัจจัยด้านสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในยุโรป พบว่าการตรวจสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพนำไปสู่การมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม สอดคล้องกับการศึกษา ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ และคณะ (2564) ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พบว่าการได้รับความสนับสนุนความรู้และทักษะการป้องกันตนเองเป็นปัจจัยส่งเสริมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม สอดคล้องกับการศึกษาของ Thabane et al. (2021) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 15-49 ปี ในประเทศเลโซโท พบว่า การเข้ารับบริการด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.025 ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ผู้เคยตรวจสุขภาพประจำปีมีความตระหนักในการตรวจสุขภาพตนเอง และรู้เท่าทันภัยสุขภาพที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้สามารถเลือกปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้ จากการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (Becker et al., 1975)

3.4 การเข้ารับบริการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าเพศหญิงที่มีประวัติเข้ารับบริการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ มีโอกาสตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้วยวิธีการคลำเต้านมมากกว่าเพศหญิงที่ไม่เคยมีประวัติเข้ารับบริการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ เท่ากับ 2.16 เท่า ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.032 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ และคณะ (2567) ที่พบว่า การสนับสนุนความรู้และทักษะจากบุคลากรสาธารณสุข เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ชลวิทย์ บุญศรี (2565) ที่รายงานว่า ผู้หญิงที่เคยได้รับการตรวจจากบุคลากร

ทางการแพทย์ภายใน 3 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับบริการ สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support theory) ของ Caplan (1976) ซึ่งชี้ว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งในด้านข้อมูล การให้คำแนะนำ และการฝึกปฏิบัติ ช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความสามารถในการกำกับตนเองให้ปฏิบัติพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

3.5 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้วยวิธีการคลำเต้านม โดยเพศหญิงที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มีโอกาสตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้วยวิธีการคลำเต้านมมากกว่าเพศหญิงที่ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม เท่ากับ 2.52 เท่า ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.033 สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐาพัชร์ลดา เกียรติเลิศเดชา และคณะ (2564) ได้ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก พบว่าสื่อนวัตถกรรมเป็นตัวช่วยทำให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลและเกิดทักษะการป้องกันโรค และสามารถปฏิบัติตนดูแลสุขภาพตนเองได้มากขึ้น อาจกล่าวได้ว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมสร้างความตระหนักรู้เพิ่มทักษะการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งเต้านมสู่การปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากการสนับสนุนข้อมูลจากสังคมโดยทางอ้อม จากการดำเนินชีวิตประจำวัน ช่วยส่งเสริมการมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะจิตวิทยา, 2562)

3.6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม โดยภาพรวม พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้วยวิธีการคลำเต้านม โดยเพศหญิงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมโดยภาพรวม มีระดับความรอบรู้อยู่ในระดับดีถึงดีมาก มีโอกาสตรวจเต้านมตนเองด้วยวิธีการคลำเต้านมมากกว่าเพศหญิงที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมโดยภาพรวมในระดับไม่ดีถึงระดับพอใช้ เท่ากับ 3.07 เท่า ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธารัตน์ ชำนาญช่าง และคณะ (2562) และถนอมศรี อินทนนท์ และรุจิรา อ่ำพันธ์ (2566) ที่พบว่า ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$) ทั้งนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมการเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การสื่อสาร และการจัดการตนเอง ช่วยกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจและปฏิบัติตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาความรอบรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมในแต่ละด้านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้วยวิธีการคลำเต้านม โดยเพศหญิงที่มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมในระดับดีถึงดีมาก มีโอกาสตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้วยวิธีการคลำเต้านมมากกว่าเพศหญิงที่มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในระดับไม่ดีถึงพอใช้เท่ากับ 1.82 เท่า ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.044 ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานของ ฐาพัชร์ลดา เกียรติเลิศเดชา และคณะ (2564) ที่พบว่า การเข้าใจข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมช่วยกระตุ้นให้เกิดทักษะการดูแลสุขภาพและส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยเจริญพันธุ์ สามารถอธิบายได้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ซึ่งชี้ว่า การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคในการตรวจเต้านม มีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติตนในการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม (Becker et al., 1975)

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ส่งเสริมความรู้และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยจัดกิจกรรมรณรงค์ สาธิตวิธีการคลำเต้านมที่ถูกต้อง และสนับสนุนการเข้ารับการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

2. พัฒนานโยบายและโครงการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะสตรีอายุ 51 ปีขึ้นไป เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งเต้านมอย่างทั่วถึง

3. สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันในชุมชน โดยส่งเสริมการออกกำลังกาย จัดสรรสถานที่กิจกรรมสุขภาพ และเผยแพร่ข้อมูลด้านมะเร็งเต้านมผ่านหลายช่องทาง เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยเชิงลึกที่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยเฉพาะด้านแรงจูงใจความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) และอุปสรรคในการตรวจด้วยตนเอง เพื่อเข้าใจกลไกทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจริง

2. พัฒนาและทดสอบโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องมะเร็งเต้านม และขยายกลุ่มเป้าหมายหมายในถึงช่วงอายุของเข้าสู่วัยเจริญพันธ์

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567). *ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งเต้านม.* https://healthmedia.hss.moph.go.th/infographic/41/

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กองสุขศึกษา. (2559). *การสร้างเสริมและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน.* นิวธรรมดาการพิมพ์.

กรมอนามัย. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy).* https://hpc9.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/hpc9/n2675_ddf10028623feb9077c3b17b661f1301_article_20200225102224.pdf

กรมอนามัย. (2566, 14 มีนาคม). *กรมอนามัยเผยหญิงไทยป่วยมะเร็งเต้านมสูงสุด แนะควรตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน.* https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/140366/

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะจิตวิทยา. (2562, 30 กันยายน). *Social support-การสนับสนุนทางสังคม.* https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/social-support/

ชลวิทย์ บุญศรี. (2022). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของผู้หญิงอายุ 30–70 ปี ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน, 5*(2), 90-101.

ชนินทร์ อภิวาณิชย์. (2568, 8 กรกฎาคม). *6 สัญญาณเตือนมะเร็งเต้านม อาการมะเร็งระยะแรก.* โรงพยาบาลสมิติเวช. https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/สัญญาณมะเร็งเต้านม

ฐาพัชร์ลดา เกียรติเลิศเดชา, อารยา เชียงของ, ปราลีณา ทองศรี, และอนงค์นุช สารจันทร์. (2564). ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมและโรคมะเร็งปากมดลูก: กรณีศึกษาการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 8*(1), 211-221.

ถนอมศรี อินทนนท์, และรุจิรา อ่ำพันธ์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30–70 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 2*(1), 113-124..

ทิพวรรณ สมควร, สินีนาฏ ชาวตระการ, และวรางคณา นาคเสน. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดลำปาง. *วารสารสาธารณสุขล้านนา, 18*(1), 45–56.

บุรินทร์ รุจจนพันธ์. (2556). *Likert*. [บล็อกโพสต์]. IT Blog. https://www.thaiall.com/blog/tag/likert

ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, สรัลรัตน์ พลอินทร์, และพัชรรินทร์ เนียมเกิด. (2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารพยาบาลทหารบก, 22*(3), 423-432.

ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง, จิริยา อินทนา, นงนุช วงศ์สว่าง, และชลธิชา บุญศิริ. (2024). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 4*(1), 83–94.

วรเศรษฐ์ สายฝน. (2565, 21 มกราคม). *รู้จักมะเร็งเต้านม.* มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก. https://www.gj.mahidol.ac.th/main/knowledge-2/breast-cancer

รังษีนพดล โถทอง, โสภิตตรา สมหารวงค์, ศุลีพร แสงกระจ่าง, ณัฐจาพร พิชัยณรงค์, ปรารถนา สถิตวิภาวี, ศุภชัย ปิติกุลตัง, และวิศิษฏ์ ฉวีพจนกำจร. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน. *วารสารโรคมะเร็ง, 39*(1), 16-27.

โรงพยาบาลโนนนารายณ์, กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม. (2566). *โครงการการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอกซเรย์เต้านม (Mammogram) ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาส ในโอกาสมหามงคลเจริญพระชนมพรรษา 70 พรรษา อำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์.* กรมประชาสัมพันธ์.

ศูนย์มะเร็ง ชีวารักษ์. (2567, 27 มีนาคม). *มะเร็งเต้านม.* https://chgcancercenter.com/en/know-about-breast-cancer

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2564). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2564.* https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2564/index.html

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). *นิยามตัวชี้วัด Service Plan สาขามะเร็ง ปี 2561–2565.* https://www.nci.go.th/th/File_download/filePlan/Template%20นิยามตัวชี้วัด%20Service%20Plan%20สาขามะเร็ง%20ปี61-65.pdf

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2566). *อัตราป่วยโรคมะเร็งเต้านมต่อประชากร จังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ 2566.* https://hdc.moph.go.th/srn/public/standard-report-detail/825c7fbfdbde936cf821a9b16dc4189b

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนนารายณ์. (2566). *ข้อมูลการเฝ้าระวังมะเร็งเต้านมของประชากรอยู่จริงในพื้นที่อำเภอโนนนารายณ์ ตามช่วงอายุ 30–55 ปี ปีงบประมาณ 2566*. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนนารายณ์.

สุธารัตน์ ชำนาญช่าง, วรรณรัตน์ ลาวัง, และอโนชา ทัศนาธนชัย. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในจังหวัดชลบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 12*(3), 104-119.

สุนันทินี ศรีประจันทร์, และปาริชา นิพพานนท์. (2565). ผลของโปรแกรมการใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีอายุ 30–50 ปี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 45*(1), 103-116.

Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, *13*(1), 10-24. https://doi.org/10.1097/00005650-197501000-00002

Caplan, G. (1976). *Support systems and community mental health.* Behavioral Publications.

Grimley, C. E., Kato, P. M., & Grunfeld, E. A. (2020). Health and health belief factors associated with screening and help-seeking behaviours for breast cancer: A systematic review and meta-analysis of the European evidence. *British Journal of Health Psychology*, *25*(1), 107–128. https://doi.org/10.1111/bjhp.12397

Hsieh, F. Y., Bloch, D. A., & Larsen, M. D. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*, *17*(14), 1623–1634. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1097-0258(19980730)17:14%3C1623::AID-SIM871%3E3.0.CO;2-S

Kayan, S., & Cinar, I. O. (2022). An examination of variables associated with breast cancer early detection behaviors of women. *African Health Sciences*, *22*(3), 133–144. https://doi.org/10.4314/ahs.v22i3.16

Thabane, K., Mashologu, Y., & Thabane, L. (2021). Exploring factors associated with breast cancer screening among women aged 15-49 years in Lesotho. *The Pan African medical journal*, *38*, 108. https://doi.org/10.11604/pamj.2021.38.108.21110

World Cancer Research Fund. (2022). *Breast cancer statistics.* https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-statistics/breast-cancer-statistics/

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายต่อความปวด และภาวะท้องอืด ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

อนุตร์ธิดา ศรีศักดิ์นอก, พย.บ.*
อุมาภรณ์ กั้วสิทธิ์, ปร.ด.**
กชพร สิงหะหล้า, ปร.ด.***
Received: April 11, 2025
Revised: November 22, 2025
Accepted: November 22, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายต่อ ความปวด และภาวะท้องอืด ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเป็นมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 118 ราย แบ่งออกเป็น กลุ่มควบคุม 59 คน และกลุ่มทดลอง 59 คน เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ประกอบด้วย แผนการส่งเสริมความสุขสบายด้านร่างกาย ด้านจิตวิญญาณ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคู่มือส่งเสริมความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกความปวด 3) แบบประเมินภาวะท้องอืด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า 0.84, 0.80, 0.92 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินภาวะท้องอืด ได้ค่า .87 ทดสอบการวัดซ้ำของแบบบันทึกคะแนนความปวดได้ .80 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทีอิสระ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวด คะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืด 24 และ 48 ชั่วโมงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ข้อเสนอแนะ พยาบาลในหอผู้ป่วยหลังคลอดควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความสุขสบาย ความปวด ภาวะท้องอืด โปรแกรมส่งเสริมความสุขสบาย

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
** อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: umapron.k@msu.ac.th
*** อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Effects of Enhanced Comfort Program on Pain and Abdominal Distention for Postpartum Mothers with Cesarean Section

Anutrthida Srisaknok, B.N.S.[*]
Umaporn Kuasit, Ph.D.[**]
Kochaporn Singhala, Ph.D.[***]

Abstract

This study is quasi-experimental with a posttest control group design. The research aimed at investigating the effects of a comfort program on pain and abdominal distention in postpartum mothers who underwent cesarean section. The sample was purposive selected from individuals meeting the specified criteria, comprising 118 mothers who had cesarean sections. They were divided into a control group of 59 and an experimental group of 59. The research intervention was the postpartum cesarean section comfort program divided into 2 parts: 1) before cesarean, build relationships and provide advice to promote well-being, and 2) after cesarean, plan to promote physical, spiritual, social, and environmental comfort, as well as a manual to promote comfort after cesarean section. Data collection tools included 1) a personal information questionnaire, 2) a pain record form, and 3) an abdominal distention assessment form. Content validity was assessed and yielded values of 0.84, 0.80, and 0.92. The reliability of the data collection tool was examined by calculating Cronbach's alpha for the abdominal distention assessment form, which yielded a value of 0.87. Test-retest reliability of the pain score record form was 0.80. General data were analyzed using descriptive statistics, and pain between the experimental and control groups was compared using independent t-tests.

The study results showed that the experimental group had significantly lower average pain scores and average abdominal distention scores at 24 and 48 hours compared to the control group ($p < .001$). Recommendations, nurses in the postpartum ward should implement the program in the care of mothers after cesarean section to help reduce postoperative complications and serve as a guideline for improving the efficiency of nursing care.

Keywords: Comfort, Pain, Abdominal distention, Enhanced comfort program

[*] Graduate Student, Master of Nursing Science (Midwifery), Faculty of Nursing, Mahasarakham University

[**] Lecturer, Department of Maternal-Newborn Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Mahasarakham University; Corresponding Author E-mail: umaporn.k@msu.ac.th

[***] Lecturer, Department of Maternal-Newborn Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

บทนำ

ในปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก ในปีค.ศ. 1990 อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 7 ซึ่งปัจจุบันปีค.ศ. 2023 อัตราผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 21 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราเพิ่มสูงสุดอยู่ที่เอเชียตะวันออกร้อยละ 63 (World Health Organization [WHO], 2021) อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในประเทศไทยปีพ.ศ. 2564 ร้อยละ 39.3 ปีพ.ศ. 2565 ร้อยละ 40.6 ปีพ.ศ. 2566 ร้อยละ 43.2 อัตราการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องของเขตสุขภาพที่ 7 ในปีพ.ศ. 2564 ร้อยละ 46.22 ปีพ.ศ. 2565 ร้อยละ 48.12 ปีพ.ศ. 2566 ร้อยละ 50.86 อัตราการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องของจังหวัดมหาสารคามในปีพ.ศ. 2564 ร้อยละ 46.77 ปีพ.ศ. 2565 ร้อยละ 51.56 ปีพ.ศ. 2566 ร้อยละ 59.79 อัตราการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องของโรงพยาบาลบรบือในปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 54.29 ปีพ.ศ. 2565 ร้อยละ 59.62 ปีพ.ศ. 2566 ร้อยละ 61.27 (กระทรวงสาธารณสุข, กองบริหารการสาธารณสุข, 2566) จะเห็นได้ว่าอัตราการผ่าคลอดของโรงพยาบาลบรบือเพิ่มขึ้น และมีอัตราการผ่าคลอดสูงกว่าคลอดทางช่องคลอด ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นหัตถการทางศัลยศาสตร์ที่สำคัญ เป็นการผ่าตัดที่หน้าท้องและมดลูกเพื่อนำทารกออกมาซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ มีความเสี่ยงสูงผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาหลังคลอดอย่างมาก เช่น อาการปวด และภาวะท้องอืด เป็นต้น

สำหรับอาการแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพบได้บ่อยคือ อาการปวด และภาวะท้องอืด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อความสุขสบายของมารดาหลังคลอด งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าอาการปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและมีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการดูแลบุตร (สุพรรษา จิตสม และคณะ, 2565; Aksoy Derya, & Pasinlioğlu, 2017) ขณะเดียวกันภาวะท้องอืดที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดช่องท้องก็เป็นภาวะที่พบบ่อยจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ซึ่งอาจส่งผลร้ายแรงหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม (ณัชชารินทร์ วรโชติทวีวัฒน์ และคณะ, 2566) ปัญหาทั้งสองนี้ไม่เพียงแต่ทำให้มารดาเกิดความไม่สุขสบายทางร่างกาย แต่ยังสร้างผลกระทบต่อด้านจิตใจ ทำให้เกิดความกังวล กลัว และลดคุณภาพชีวิตในช่วงหลังคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีการศึกษาที่มุ่งเน้นการจัดการปัญหาความปวดและภาวะท้องอืดร่วมกันอย่างเป็นระบบและครอบคลุม โดยเฉพาะในช่วงแรกหลังการผ่าตัดคลอดซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มารดาต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายมากที่สุดและต้องการการสนับสนุนจากพยาบาล (สุพรรษา จิตสม และคณะ, 2565; มาวศรี มานุช และสุนันทา ศรีมาคำ, 2562) ดังนั้นนักวิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความปวดและลดภาวะท้องอืด เพื่อเพิ่มความสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดคลอด ทั้งนี้ความสุขสบายถือเป็นความต้องการพื้นฐานและเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาลที่สามารถส่งเสริมให้เกิดขึ้นได้

จากทฤษฎีความสุขสบาย (comfort theory) ของ Kolcaba (2010) กล่าวถึงการบรรเทาปวดเป็นความรู้สึกที่แต่ละบุคคลประสบหลังจากความเจ็บปวดสิ้นสุดลงเนื่องจากความต้องการของตนได้รับการตอบสนอง บุคคลที่เอาชนะปัญหาและก้าวข้ามความท้าทายของตนได้ บุคคลซึ่งความต้องการความสุขสบายได้รับการตอบสนองจะสามารถเข้าถึงความสุขสบายในระดับสูงสุดได้ การก้าวข้ามขีดจำกัด การตอบสนองเพื่อความสุขสบายประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย (physical comfort) เป็นความรู้สึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวภาพ เช่น การรักษาสมดุลการทำหน้าที่ของร่างกาย การได้รับน้ำ อาหาร อิเล็กโตรไลต์ การเผาผลาญ การไหลเวียนเลือดการขับถ่าย ตลอดจนการวินิจฉัย 2) ด้านจิตวิญญาณ (psychospiritual comfort) เป็นความรู้สึกสุขสบายเกี่ยวกับจิตใจ (mental) อารมณ์ (emotional) และจิตวิญญาณ (spiritual) เช่น ตระหนักรู้ถึงตัวตนของบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อัตมโนทัศน์แห่งตน เพศสัมพันธ์และ

ความหมายในชีวิต ความสัมพันธ์กับสิ่งที่อยู่เหนือตัวตน เช่น ศาสนา และความเชื่อต่าง ๆ 3) ด้านสังคม (sociocultural comfort) เป็นความรู้สึกสุขสบายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว สังคม และวัฒนธรรม รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากสังคมในด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม เช่น การเงิน การศึกษา เป็นต้น 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environmental comfort) จะเห็นได้ว่าความรู้สึกสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายนอกสถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสะอาดเป็นสัดส่วน การสื่อสารจากพยาบาลที่เหมาะสมอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมจัดให้อยู่ร่วมกับบุตรและสามีหรือบุคคลในครอบครัวและมารดาหลังคลอดสามารถดำเนินกิจกรรมในระยะหลังคลอดได้อย่างเหมาะสมต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่นำทฤษฎีความสุขสบาย โดยใช้ทฤษฎีความสุขสบายในการบรรเทาการปวดในการคลอดระยะที่ 2 ซึ่งสามารถบรรเทาความปวดในระยะที่ 2 ของการคลอดได้ (มาวศรี มานุช, 2562) ส่วนการใช้ทฤษฎีความสุขสบายกับมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดยให้การพยาบาลโดยใช้ข้อวินิจฉัยของ Nanda เพิ่มความสุขสบายให้มารดาหลังผ่าตัดคลอด ให้ความรู้มารดาก่อนผ่าตัดคลอดและให้คู่มือการปฏิบัติตัวแก่มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Aksoy Derya & Pasinlioğlu, 2017) ซึ่งเป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาโดยนำเรื่องการส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ซึ่งเป็นการส่งเสริมความสุขบายในมาดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องด้านร่างกาย และจิตวิญญาณ (จัณทร์ปภัสร์ เครือแก้ว, 2557) การดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลเฉพาะเนื่องจากมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ และการปรับบทบาทการเป็นมารดา จะเห็นได้ว่าพยาบาลแผนกหลังคลอดถือเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลให้การพยาบาลและต้องส่งเสริมความสุขสบายมารดาหลังคลอดกลุ่มนี้เพื่อป้องกันอันตรายและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในระยะหลังคลอด อันได้แก่ อาการปวดและภาวะท้องอืด ที่พบว่ายังมีการศึกษาในกลุ่มมารดาหลังผ่าตัดคลอดน้อย

ผู้วิจัยตระหนักและเห็นความสำคัญของความสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้รับการดูแลความสุขสบายได้ครบทั้ง 4 มิติ ร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีความสุขสบายมาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขสบายมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อนำผลศึกษาไปเป็นแนวทางในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและพัฒนากิจกรรมการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะท้องอืดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

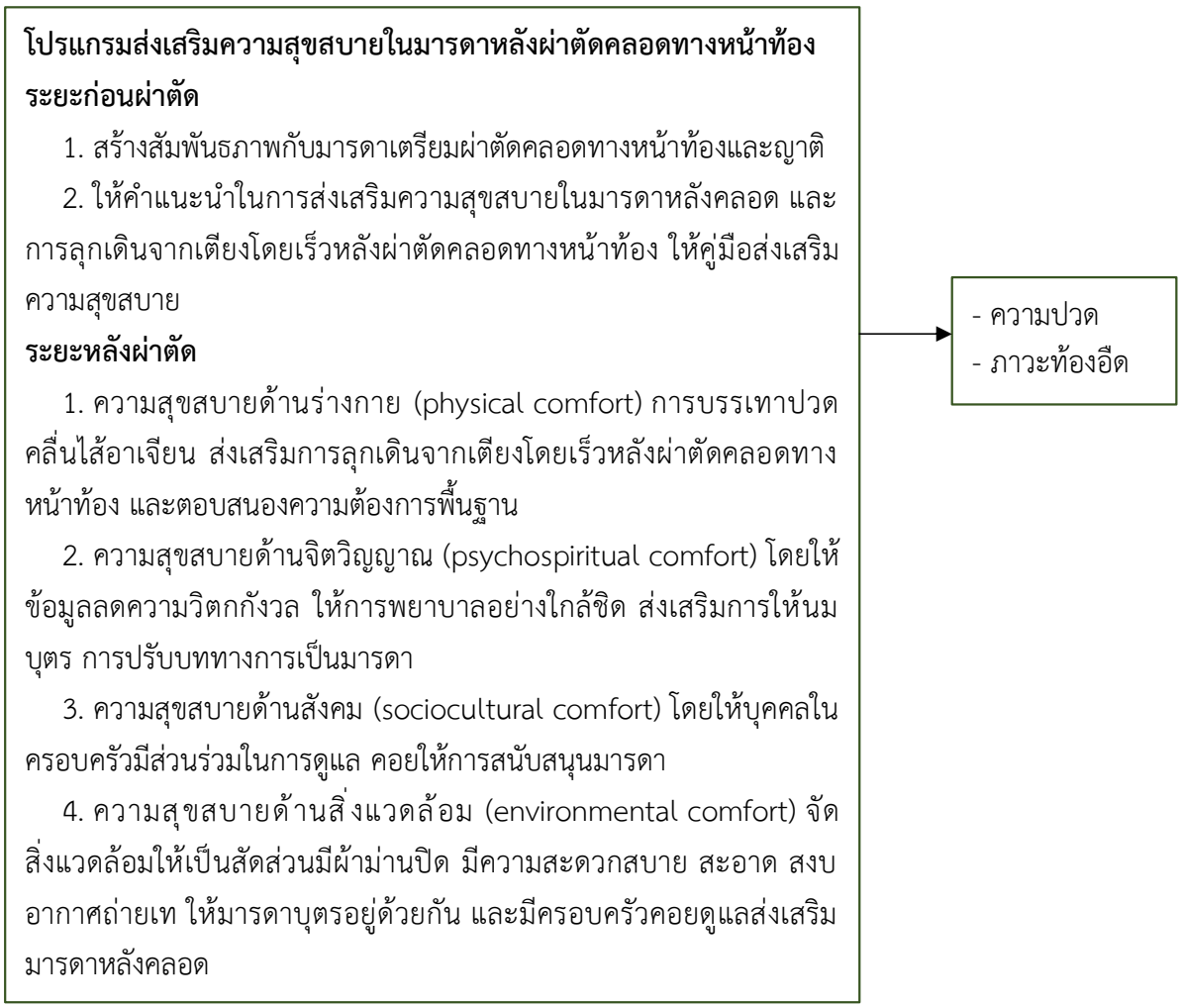
1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีระดับความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีระดับคะแนนท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba (2010) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งทฤษฎีความสุขสบาย (comfort theory) มารดาหลังผ่าตัดคลอดจะต้องได้รับการตอบสนองเพื่อความสุขสบายประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย (physical comfort) 2) ด้านจิตวิญญาณ (psychospiritual comfort) เป็นความรู้สึกสุขสบายเกี่ยวกับจิตใจ (mental) อารมณ์ (emotional)และจิตวิญญาณ (spiritual) 3) ด้านสังคม (sociocultural comfort) 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environmental comfort) โดยโปรแกรมนี้มารดาจะได้รับการเตรียมตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดคลอดเพื่อให้ได้เข้าใจ และมีความรู้ในการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอด ซึ่งเมื่อมารดาหลังคลอดได้รับโปรแกรมครบทุกขั้นตอนแล้ว จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีอาการปวดลดลง และอาการท้องอืดซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอด ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมความสุขสบายนี้จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อมารดาและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมา

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดหลังการทดลอง (posttest control group design)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในหญิงตั้งครรภ์รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ช่วงเวลา 28 พฤศจิกายน 2567 - 28 กุมภาพันธ์ 2568 ที่ไม่มีภาวะฉุกเฉิน ที่มีสติสัมปชัญญะดี เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี ที่ห้องคลอดและพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลบรบือ จำนวน 118 ราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลบรบือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและแพทย์มีการวางแผนให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป มาคลอดที่โรงพยาบาลบรบือ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา (inclusion criteria)

1) สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย
2) อายุในอายุ 20 ขึ้นไป
3) วางแผนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลบรบือ
4) ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง
5) ไม่มีภาวะครรภ์แฝด
6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการพิจารณาคัดออก (exclusion criteria)

1) เสียเลือดหลังผ่าตัด 1,000 มิลลิลิตร ขึ้นไป
2) ต้องตัดมดลูกหลังผ่าตัดคลอด
3) แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดวินิจฉัยว่าเป็นการผ่าตัดที่ไม่เป็นไปตามปกติ
4) ทารกเจ็บป่วยต้องได้แยกมารดาบุตร

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G*POWER (version 3.1) ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สถิติ t-test เลือก one tail กำหนดขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง (effect size) เท่ากับ 0.5 (ขนาดอิทธิพลปานกลาง) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power analysis) 0.8 กำหนดระดับนัยสำคัญ (significant level) ที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มละ 51 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันอัตราการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทำวิจัย (Polit & Beck, 2022) เป็นเพิ่มกลุ่มละ 8 ราย ดั้งนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง 59 ราย กลุ่มควบคุมจำนวน 59 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 118 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba (2010) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แผนการส่งเสริมความสุขสบายและคู่มือส่งเสริมความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง **ระยะก่อนผ่าตัด** 1) สร้างสัมพันธภาพกับมารดาเตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและญาติ 2) ให้คำแนะนำในการส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังคลอด และการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ให้คู่มือส่งเสริมความสุขสบาย **ระยะหลังผ่าตัด** 1) ความสุขสบายด้านร่างกาย (physical comfort) การบรรเทาปวดคลื่นไส้อาเจียน ส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และตอบสนองความต้องการพื้นฐาน 2) ความสุขสบายด้านจิตวิญญาณ (psychospiritual comfort) โดยให้ข้อมูลลดความวิตกกังวล ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ส่งเสริมการให้นมบุตร การปรับบททางการเป็นมารดา 3) ความสุขสบายด้านสังคม (sociocultural comfort) โดยให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล คอยให้การสนับสนุนมารดา 4) ความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม (environmental comfort) จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วนมีผ้าม่านปิด มีความสะดวกสบาย สะอาด สงบ อากาศถ่ายเท ให้มารดาบุตรอยู่ด้วยกัน และมีครอบครัวคอยดูแลส่งเสริมมารดาหลังคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ จำนวนครั้งที่คลอด ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ รูปแบบระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ลักษณะแผลผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดจากการผ่าตัด ชนิดและยาแก้ปวดที่ได้รับ เวลาการเกิดของทารก น้ำหนักทารกแรกเกิด

2.2 แบบบันทึกความปวด มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale: NRS) ซึ่งสร้างโดย McCaffery and Beebe (1993) โดยมีศุภรดา มั่นยืน และคณะ (2563) มาปรับใช้เป็นภาษาไทย การแปลความหมายของความปวดมีดังนี้

0 คะแนน	หมายถึง	ไม่มีความปวด
1-3 คะแนน	หมายถึง	ปวดเล็กน้อย
4-6 คะแนน	หมายถึง	ปวดปานกลาง
7-10 คะแนน	หมายถึง	ปวดมาก

2.3 แบบประเมินภาวะท้องอืด ใช้แบบประเมินอาการท้องอืดของ หนูเพียร ชาทองยศ (2550) ที่สร้างขึ้นมาเพื่อใช้ในการศึกษาผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัด นิ่วในไต ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ข้อละ 1-5 คะแนน แบ่งระดับของภาวะท้องอืดเป็น 4 ระดับ ดังนี้

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน	เท่ากับ	ไม่มีอาการท้องอืด
คะแนนระหว่าง 5.01-10.00 คะแนน	เท่ากับ	มีอาการท้องอืดเล็กน้อย
คะแนนระหว่าง 10.01-15.00 คะแนน	เท่ากับ	มีอาการท้องอืดปานกลาง
คะแนนมากกว่า 15.00 คะแนน	เท่ากับ	มีอาการท้องอืดมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านสูติศาสตร์ 2 ท่าน อาจารย์ผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านผดุงครรภ์ 2 ท่าน พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอด 1 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษาถูกต้อง ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม และความ

เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างของโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกความปวด 3) แบบประเมินภาวะท้องอืด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า 0.84, 0.80, 0.92

2. การหาความเที่ยง (reliability) นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) แบบประเมินภาวะท้องอืด ได้ค่า .87 ทำการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) แบบบันทึกคะแนนความปวด ได้ค่า r = .80

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 710-656/2567 รับรอง ณ วันที่ 28 พฤศจิกายน 2567 โดยผู้วิจัยได้มีการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ บอกลำดับขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาให้ทราบว่าสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ หากมีข้อสงสัยสามารถซักถามได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ประโยชน์เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ข้อมูลที่เก็บมาเป็นความลับ การเสนอข้อมูลดำเนินการจัดทำในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ขั้นตอนและวิธีการในการศึกษาครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับกลุ่มตัวอย่าง และคำนึงถึงอันตรายของกลุ่มตัวอย่าง และไม่มีการรบกวนเวลาพักผ่อนของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการศึกษาจึงจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่อไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการเตรียมการทดลอง หลังจากการได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ ชี้แจงรายละเอียดในการวิจัยให้พยาบาลห้องคลอดและหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลบรบือ ทราบ

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

2.1 การดำเนินการในกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน เมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้การพยาบาลตามปกติโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เมื่อหลังคลอด 24 ชั่วโมง ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยหลังการดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ให้มารดาหลังคลอดคิดพิจารณาก่อนลงชื่อเพื่อร่วมวิจัยโดยมารดาหลังคลอดสอบถามข้อมูลจนเข้าใจและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดตามมาตรฐานการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของโรงพยาบาลบรบือ ประเมินระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว ความปวด ภาวะท้องอืด และความสุขสบาย และประเมินอีกครั้งเมื่อหลังคลอด 48 ชั่วโมง

2.2 การดำเนินการในกลุ่มทดลอง เมื่อเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมครบจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยพบหญิงตั้งครรภ์ก่อนผ่าตัดคลอด 1 วัน โดยเริ่มกิจกรรมได้แก่ สร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวที่มานอนพักแผนกห้องคลอดเพื่อเตรียมผ่าตัดลอดที่โรงพยาบาลในวันต่อมา ผู้วิจัยได้เข้าชี้แจ้งวัตถุประสงค์และ ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อมารดายินยอมร่วมวิจัยโดยมารดาหลังคลอดสอบถามข้อมูลจนเข้าใจ วิจัยได้ชี้แจงสิทธิที่ได้รับในระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย ประเมินสุขภาพมารดา อธิบายถึงการส่งเสริมความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องให้มารดาหลังคลอดและญาติทราบ ให้คู่มือส่งเสริมความสุขสบายมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื้อหาประกอบไปด้วย

ขั้นตอนผ่าคลอด การเปลี่ยนแปลงร่างกายหลังผ่าตัดคลอด การส่งเสริมความสุขสบายในด้านร่างกาย การส่งเสริมความสุขสบายในด้านจิตวิญญาณ การส่งเสริมความสุขสบายในด้านสังคม การส่งเสริมความสุขสบายในด้านสังคมสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ได้ทบทวนด้วยตนเองได้ตลอด เข้ากลุ่มมารดาเตรียมผ่าตัด ฝึกทักษะการหายใจหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2.2.2 เยี่ยมมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเมื่อกลับจากห้องผ่าตัดเพื่อประเมินความพร้อมในการร่วมวิจัย และคอยดูแลช่วยเหลือกิจกรรมมารดาหลังผ่าตัดคลอดอย่างใกล้ชิด อยู่ช่วยเหลือกิจกรรมและส่งเสริมมารดาหลังผ่าตัดคลอดหลังผ่าตัด 5-12 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ดูแลความสุขสบายตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นดังนี้

1) ส่งเสริมความสุขสบายด้านร่างกาย (physical comfort) มุ่งเน้นการบรรเทาปวดและเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม โดยให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ประเมินความพร้อมและข้อจำกัดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ซึ่งมีกิจกรรมดังนี้ ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารเพียงพอ สนับสนุนให้มารดาได้ทำกิจวัตรประจำวัน อาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ได้แก่ ให้สารน้ำ สัญญานชีพ ห้องทางปฏิบัติการ ดูแลการขับถ่ายให้กระเพาะปัสสาวะ ดูแลกระตุ้นให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องบริหารการหายใจโดยหายใจเข้าช้า ๆ ลึก ๆ ให้ท้องป่อง กลั้นไว้ชั่วขณะหนึ่งแล้วจึงหายใจออก ทำต่อเนื่องเป็นเวลา 5 นาที แล้วพักหายใจปกติ แล้วทำซ้ำอีกรอบทุกชั่วโมง เมื่อหลังคลอด 8 ชั่วโมงหลังผ่าตัดและกระตุ้นให้มารดาลุกนั่งและนั่งห้อยขาข้างเตียง เท่าที่ทำได้ โดยมีบุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุนและให้กำลังใจมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เมื่อหลังคลอด 12 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดูแลกระตุ้นให้มารดาลุกจากเตียงนั่งข้างเก้าอี้ โดยมีบุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุนประครองมารดาและให้กำลังใจมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2) ส่งเสริมความสุขสบายด้านจิตวิญญาณ (psychospiritual comfort) โดยให้ข้อมูลลดความวิตกกังวล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่จะเกิดขึ้น ให้กำลังใจ ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด เตรียมความพร้อมมารดาในการให้นมบุตร ฝึกทักษะแนะนำการให้นมบุตรและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกวิธีในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีข้อจำกัดโดยเฉพาะการอุ้มทารกเข้าเต้าอย่างถูกวิธี อาบน้ำบุตร ส่งเสริมการปรับบทบาทการเป็นมารดา ให้บุตรอยู่กับมารดากระตุ้นให้อุ้มโอบกอดสัมผัสทารกเพื่อส่งเสริมสัมผัสทภาพมารดาทารก ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

3) ส่งเสริมความสุขสบายด้านสังคม (sociocultural comfort) แจ้งแผนการรักษาและให้เหตุผลในการให้การพยาบาลโดยให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ให้บุคคลในครอบครัวคอยช่วยเหลือกิจกรรมของมารดาและช่วยมารดาดูแลบุตรโดยช่วยประคองมารดา ให้ญาติช่วยอาบน้ำบุตรกระตุ้นในช่วง 5-12 ชั่วโมง

4) ส่งเสริมความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม (environmental comfort) จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วนมีผ้าม่านปิด มีความสะดวกสบาย สะอาด สงบ อากาศถ่ายเท ให้มารดาบุตรอยู่ด้วยกัน และมีครอบครัวคอยดูแลส่งเสริมมารดาหลังคลอด

โดยสรุปขั้นตอนการเยี่ยมมารดา 5-12 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มารดาหลังคลอดจะได้ดูแลความสุขสบายทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตวิญาณ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอย่างเฉพาะเจาะจงและมีการติดตามประเมินอาการและอาการแสดงอย่างใกล้ชิดและครอบครัวได้มีส่วนร่วม

2.2.3 เยี่ยม 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดูแลกระตุ้นให้มารดาลุกเดินไปทำความสะอาดร่างกายและเดินไปรับประทานอาหารและลุกเดินเพิ่ม 2 รอบต่อวัน บันทึกการลุกเดินของมารดา

ในคู่มือส่งเสริมความสุขสบาย โดยมีบุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุนและให้กำลังใจมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพร้อมประเมินความปวด ภาวะท้องอืด

2.2.4 เยี่ยม 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดูแลกระตุ้นให้มารดาลุกเดินไปทำความสะอาดร่างกายและเดินไปรับประทานอาหารและลุกเดินเพิ่ม 2 รอบต่อวัน พร้อมประเมินความปวด ภาวะท้องอืดโดยมีบุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุนและให้กำลังใจมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพร้อมประเมินความปวด ภาวะท้องอืด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา วิธีการคลอดที่ผ่านมา ประวัติแท้งบุตร ประวัติการขูดมดลูก รูปแบบระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ลักษณะแผลผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือด การได้รับยาแก้ปวดใน 24 ชั่วโมงแรก น้ำหนักทารกแรกเกิด เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลได้แก่ อายุ อายุครรภ์ รายได้ ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent t-test

3. ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พิจารณาการแจกจงปกติด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ถ้าค่านัยสำคัญที่คำนวณได้มากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($p > .05$) พบว่าคะแนนความปวดแจกแจงปกติ คะแนนภาวะท้องอืดแจกแจงปกติ

4. เปรียบเทียบคะแนนความปวด คะแนนภาวะท้องอืด ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

การตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 39 ผ่านการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 39 เคยแท้งบุตร ร้อยละ 22 และได้รับการขูดมดลูกหลังแท้ง ร้อยละ 10.2 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 40.7 ผ่านการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 37.3 เคยแท้งบุตร ร้อยละ 27.1 และได้รับการขูดมดลูกหลังแท้ง ร้อยละ 15.3 ระดับการศึกษากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 61 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 78 อาชีพกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 35.6 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 39 สิทธิการรักษากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 62.7 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 47.5 รูปแบบระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ร้อยละ 100 ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ลักษณะการผ่าตัดกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีลักษณะการผ่าตัดแนวนอน ร้อยละ 57.6 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีลักษณะการผ่าตัดแนวนอน ร้อยละ 50.8 ปริมาณการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีปริมาณการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด น้อยกว่า 500 ml ร้อยละ 89.9 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีปริมาณการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด น้อยกว่า 500 ml ร้อยละ 93.2 การได้รับยาแก้ปวดใน 24 ชั่วโมงแรก กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้รับยาแก้ปวด ร้อยละ 91.5 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้รับยาแก้ปวด ร้อยละ 96.6 น้ำหนักทารกแรกเกิด กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่น้ำหนักทารก 2,500-3,500 กรัม ร้อยละ 74.6 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่น้ำหนักทารก 2,500-3,500 กรัม ร้อยละ 81.4 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's

exact test พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันด้านลักษระขอมูลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

อายุกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 28.97 ปี (*SD* = 4.657) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 29.03 ปี (*SD* = 5.69) รายได้กลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ย 22,305 บาท (*SD* = 10029.7) กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 22,689.8 บาท (*SD* = 10801.8) อายุครรภ์กลุ่มควบคุมมีอายุครรภ์เฉลี่ย 38.37 (*SD* = 0.717) กลุ่มทดลองมีอายุครรภ์เฉลี่ย 38.42 (*SD* = 0.770) ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดควบคุมมีระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 44.72 นาที (*SD* = 18.26) กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 49.17 นาที (*SD* = 20.11) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติที พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณลักษณะ อายุ รายได้ อายุครรภ์ และระยะเวลาในการผ่าตัดคลอดทางหน้า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2. ข้อมูลความปวดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบาย 24 ชั่วโมงหลังคลอดเท่ากับ 6.58 (*SD* = 1.66) ปวดมาก และของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายเท่ากับ 4.37 (*SD* = 1.13) ปวดปานกลาง เมื่อทดสอบด้วย Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด 24 ชั่วโมงในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 1)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบาย 48 ชั่วโมงหลังคลอดเท่ากับ 6.56 (*SD* = 1.43) ปวดมาก และของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายเท่ากับ 3.95 (*SD* = 0.80) ปวดปานกลาง เมื่อทดสอบด้วย independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด 48 ชั่วโมงในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความปวด ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติที (independent t-test)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 59)		กลุ่มทดลอง (n = 59)		t	*p*- value
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ความปวด 24 ชั่วโมง	6.58	1.66	4.37	1.13	8.42	<.001
ความปวด 48 ชั่วโมง	6.56	1.43	3.95	0.80	12.25	<.001

*$p < .001$

3. ข้อมูลภาวะท้องอืดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบาย 24 ชั่วโมงหลังคลอดเท่ากับ 14.58 (*SD* = 2.28) มีอาการท้องอืดปานกลาง และของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายเท่ากับ 8.46 (*SD* = 2.56) มีอาการท้องอืดเล็กน้อย เมื่อทดสอบด้วย independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะท้องอืด 24 ชั่วโมงในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 2)

ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบาย 48 ชั่วโมงหลังคลอดเท่ากับ 13.80 (*SD* = 3.38) มีอาการท้องอืดปานกลาง และของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายเท่ากับ 5.29 (*SD* = 1.05) มีอาการท้องอืดเล็กน้อย เมื่อทดสอบด้วย independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะท้องอืด 48 ชั่วโมงในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความปวด และภาวะท้องอืด ของกลุ่มควบคุมระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติที (independent t-test)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 59)		กลุ่มทดลอง (n = 59)		t	*p* - value
	Mean	SD	Mean	SD		
ภาวะท้องอืด 24 ชั่วโมง	14.58	2.28	8.46	2.56	13.72	<.001
ภาวะท้องอืด 48 ชั่วโมง	13.80	3.38	5.29	1.05	18.48	<.001

*$p < .001$

อภิปรายผล

จากผลวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมุติฐานข้อที่ 1 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีระดับความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษา พบว่า มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$) สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1

จากผลการศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (cesarean section) เป็นการทำคลอดทารกผ่านรอยผ่าตัดที่ผนังมดลูกและผนังหน้าท้อง ทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) ความปวดเกิดจากที่เนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องและผนังกล้ามเนื้อมดลูกได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดเนื้อเยื่อปล่อยสารกระตุ้น ความเจ็บปวด ได้แก่ ซีโรโทนีน (serotonin) โปแตสเซียม (potassium) ฮีสตามีน (histamine) แบรดดี้ไคนิน (bradykinins) พรอสตาแกลนดิน (prostaglandins) และซับแสตนพี (substance P) ก่อให้เกิดการอักเสบต่อเนื้อเยื่อรอบ ๆ แผลผ่าตัดและไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกที่ปลายประสาท ส่งสัญญาณอาการปวดไปตามเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ (A-delta fiber) และเส้นใยประสาทขนาดเล็ก (C-fiber) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดอร์ซอล (dorsal horn) ในไขสันหลัง นอกจากนี้เมื่อสัญญาณอาการปวดถูกส่งต่อ ไปยังสมอง ซึ่งเป็นแหล่งรับรู้และแปลข้อมูลอาการปวด สามารถทำให้เพิ่มระดับความรุนแรงและระยะเวลา ของอาการ

ปวดนานขึ้น (Melzack & Wail, 1996) ทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba กล่าวถึงความปวดเมื่อร่างกายได้รับสิ่งเร้าที่เป็นอันตราย จะส่งสัญญาณผ่านระบบประสาทรับความรู้สึกไปยังสมอง สมองจะแปลผลเป็นความรู้สึกเจ็บปวด การแปลผลนี้ขึ้นอยู่กับสภาพจิตใจ ความสามารถในการเผชิญกับความเจ็บปวด ประสบการณ์เดิม สิ่งแวดล้อมและผู้ดูแล ดังนั้นหากสามารถปรับสิ่งแวดล้อม หรือส่งเสริมความสุขสบายได้ สมองจะรับความเจ็บปวดน้อยลง (Kolcaba, 2010) ซึ่งงานวิจัยนี้มารดาหลังคลอดได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายโดยมีส่งเสริมครอบคลุมทุกด้านโดยเฉพาะความปวดที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ต้องเผชิญภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอดได้รับการดูแลและส่งเสริมครอบคลุมทุกมิติจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมทีความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การดูแลความสุขสบายตามทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba นอกจากการใช้ยาบรรเทาปวดแล้วยังสร้างความสุขสบายทั้งร่างกาย จิตวิญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผ่อนคลายและปวดลดลง (Kolcaba, 2010) มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความปวดลดลง การศึกษาดังกล่าวคล้ายคลึงกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เรืองศรี (2564) ได้ศึกษาแนวปฏิบัติลดความปวดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ประกอบไปด้วย การให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติการลดความปวด การพลิกตะแคงตัว เปลี่ยนอิริยาบถ มีกลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มควบคุม 35 คน มีความปวดลดลงแตกต่างกัน Aksoy Derya & Pasinlioğlu (2017) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบความปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างมารดาได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความปวดหลังผ่าตัดเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Akgün & Aksoy (2020) พบว่าความปวดมีผลต่อคะแนนความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และสุพรรษา จิตสม (2565) พบว่าความปวดหลังผ่าตัดคลอดการจัดท่าให้สุขสบาย ดูแลการให้นมบุตร และให้ข้อมูลกับมารดามีผลต่อความปวดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

โปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายของผู้วิจัยมีการดูแลความสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ด้านร่างกาย ให้มารดาฝึกหายใจหลังผ่าตัดคลอด ดูแลท่านอนท่านั่งมารดาให้สุขสบาย ด้านจิตวิญญาณ ให้ข้อมูลสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ให้กำลังใจ ด้านสังคม สนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและช่วยดูแลบุตร ส่งเสริมการให้มารดาบุตรอยู่ร่วมกัน ปรับบทบาทการเป็นมารดา ด้านสิ่งแวดล้อม จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยให้ครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน จากการส่งเสริมความสุขบายหลังผ่าตัดคลอดนี้ ทำให้มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายมีคะแนนความปวดเฉลี่ยน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขบายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สมุติฐานข้อที่ 2 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีระดับคะแนนท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษา พบว่า มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีคะแนนภาวะท้องอืดเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2

จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่าภายหลังจากมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้รับการระงับความรู้สึกแบบดมยาสลบหรือฉีดยาชาเข้าบริเวณไขสันหลัง ฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกจะส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติเกิดการคลายตัวทำให้หลอดอาหารกระเพาะอาหารและลำไส้คลายตัว มีการเคลื่อนไหวน้อยลง ส่งผลทำให้เกิดอาการท้องอืดหรือคลื่นไส้ในระยะเวลา 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด นอกจากนี้เมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีการปวดแผลผ่าตัด แพทย์มีแผนการรักษาโดยให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัดคลอด

ทางหน้าท้อง เช่น มอร์ฟีน (morphine) หรือเฟนทานิล (fentanyl) ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้มีการเคลื่อนไหวลดลงในระยะ 12-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด (ยุทธนา จันวะโร, 2565) เมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องรู้สึกปวดแผลผ่าตัดทำให้มารดาเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ส่งผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ทำงานลดลง ส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีอาการท้องอืดตามมา การให้มารดาฝึกหายใจหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและการกระตุ้นการลุกเดินเร็ว ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว ลดภาวะท้องอืดลดลง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ El-Sayed et al. (2020) เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 100 ราย พบว่าการกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยการเคลื่อนไหวบนเตียงในระยะแรกหลังผ่าตัดเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และคุ้มค่า สามารถส่งเสริมฟื้นตัวและเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้ และสิริอร ข้อยุ่น และคณะ (2562) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับเครื่องพยุงเดินหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ระยะเวลา 3 วันหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับโปรแกรมฯ ประกอบด้วย การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การลุกจากเตียงโดยเร็ว และการบริหารร่างกายหลังผ่าตัดร่วมกับการใช้เครื่องพยุงเดินหลังผ่าตัด พบว่าคะแนนอาการท้องอืดหลัง ผ่าตัดวันที่ 2 และ 3 กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ Akgün & Aksoy (2020) พบว่าความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพบว่าลดอาการภาวะท้องอืดมีผลต่อคะแนนความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 526 ราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

โปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายของผู้วิจัย มีการดูแลความสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ด้านร่างกาย ให้มารดาฝึกหายใจหลังผ่าตัดคลอด ดูแลท่านอนท่านั่งมารดาให้สุขสบาย กระตุ้นให้ลุกเดินเร็ว ด้านจิตวิญญาณ ให้ข้อมูลสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ให้กำลังใจ ด้านสังคม สนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและช่วยดูแลบุตร ส่งเสริมการให้มารดาบุตรอยู่ร่วมกัน ปรับบทบาทการเป็นมารดา ด้านสิ่งแวดล้อม จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยให้ครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน จากการส่งเสริมความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดนี้ทำให้มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายมีภาวะท้องอืดน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาในครั้งนี้จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสามารถลดระยะเวลาในการลุกจากเตียงโดยเร็ว บรรเทาความปวดและลดอาการท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และในระหว่างการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่พบการเกิดการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกด้านลบที่อาจเกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการใช้โปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง สามารถนำไปใช้ส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและการลดระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว ความปวด และภาวะท้องอืดเพิ่มขึ้นจากการพยาบาลตามปกติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดระยะเวลาลุกเดินเร็วจากเตียง การบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้

โปรแกรมส่งเสริมความสุขบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องนี้ใช้ได้กับมารดาที่มีการวางแผนผ่าตัดคลอด (elective C/S) เท่านั้นไม่สามารถใช้กับมารดาที่ผ่าตัดคลอดฉุกเฉินได้ (emergency C/S) ได้ เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายต้องเยี่ยมการผ่าตัดคลอด หากเป็นการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

ไม่สามารถเตรียมมารดาเข้ากลุ่มรับคำแนะนำก่อนผ่าตัดคลอดได้ ซึ่งผู้วิจัยจะต้องพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมในกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉิน โดยเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อให้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไปใช้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อบรรเทาความปวด และภาวะท้องอืด

2. เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความสุขสบายในกลุ่มผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน หรือในมารดากลุ่มอื่น ๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และปัญหาสุขภาพหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

3. นำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ให้กับสตรีตั้งครรภ์ และมารดาหลังคลอดที่มีบริบทที่แตกต่างเพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพในการให้พยาบาล เพื่อเพิ่มความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีศึกษาวิจัยพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความสุขสบายในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดเพื่อพัฒนาคุณภาพในการพยาบาลต่อไป

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรตามที่เป็นปัจจัยเชิงผลลัพธ์ของการส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะฉุกเฉินหรือ มีความผิดปกติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข, กองบริหารการสาธารณสุข. (2566). *อัตราผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องประเทศไทย.* https://cmi.moph.go.th/isp/sp_obs/index?menu_id=6

จัณทร์ปภัสร์ เครือแก้ว. (2557). *ผลของโปรแกรมพลังบำบัดทางการพยาบาลต่อความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. คลังปัญญามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/9872

ณัชชารินทร์ วรโชติทวีวัฒน์, พัชรี จำเนียร, ศุภานัน ทองทวีโภคิน, และนลินี เกิดประสงค์. (2566). ผลของโปรแกรมการกระตุ้นลุกจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลพิจิตร. *วารสารแพทย์เขต 4-5, 42*(4), 583-592.

เพ็ญศรี เรืองศรี. (2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลเกาะสมุย. *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, 8*(9), 144-160.

มาวศรี มานุช, และสุนันทา ศรีมาคำ. (2562). ความสุขสบายท่ามกลางความปวดในระยะคลอด: แนวคิดสู่การปฏิบัติ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29*(2), 1-11.

ยุทธนา จันวะโร. (2565). การศึกษาประสิทธิภาพของการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อการกระตุ้นการทำงานของลำไส้หลังการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โรงพยาบาลพุทธโสธร. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, *37*(6), 596-601.

สิริอร ข้อยุ่น, วริศรา ภู่ทวี, และอาภา ศรีสร้อย. (2562). ผลของการใช้โปรแกรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับเครื่องพยุงเดินหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 34*(4), 386-392.

ศุภรดา มั่นยืน, วรวุฒิ แสงทอง, และอรอนงค์ เพชรงาม. (2563). ผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อคะแนนความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 7*(3), 86-98.

สุพรรษา จิตสม, บานเย็น แสนเรียน, และพรผกาย์ ต้นทอง. (2565). การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตร. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16*(3), 868-881.

หนูเพียร ชาทองยศ. (2550). *ผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไต โรงพยาบาลขอนแก่น.* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Akgün, Ö., & Aksoy, Ö. D. (2020).Determination of mothers' postpartum comfort levels and affecting factors. *Journal of Contemporary Medicine, 10*(3), 385-393.

Aksoy Derya, Y., & Pasinlioğlu, T. (2017). The effect of nursing care based on comfort theory on women's postpartum comfort levels after caesarean sections. *International Journal of Nursing Knowledge, 28*(3), 138-144. https://doi.org/10.1111/2047-3095.12100

Kolcaba, K. (2010). *An introduction to comfort theory*. http://www.thecomfortline.com

Kolcaba K. (2015). Katherine Kolcaba's comfort theory. In Smith M. C., Parker M. E. (Eds.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 381-391). F.A. Davis.

El-Sayed, H. E. M., Elmashad, H. A. M., & Kandeel, H. A. M. (2020). Effect of early progressive bed exercise and movement on recovery after caesarean section. *IOSR Journal of Nursing and Health Science, 9*(1), 47–56. DOI: 10.9790/1959-0901114756

McCaffery, M., & Beebe, A. (1993) *Pain: Clinical manual for nursing practice.* V.V. Mosby Company, Baltimore.

Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science (New York, N.Y.)*, *150*(3699), 971–979. https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2022). Essential of nursing research: Appraising evidence for nursing practice (10th ed.). Wolters Kluwer.

World Health Organization. (2021, 16 June). *Caesarean section rates rising globally, though unequally, with increases projected to continue.* https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแนงมุด อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

ชูชัย ชื่นบาน, ส.ม. *

Received: March 21, 2025
Revised: November 20, 2025
Accepted: November 20, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแนงมุด อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัย แบ่งออกเป็น 1) เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรม และแบบสอบถาม ได้ค่า 0.92, 0.86 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่า 0.76 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 31 มีนาคม 2568 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์และดัชนีสภาวะเหงือก ค่าน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม (HbA1C) กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีประสิทธิผลในการส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและพัฒนาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จึงควรบูรณาการโปรแกรมดังกล่าวในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พร้อมติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2 สภาวะปริทันต์ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพช่องปาก

*นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: ohm_chuchai@hotmail.com

Effectiveness of a Health Behavior Modification Combined with Oral Health Care Program among Type 2 Diabetes Patients in Naengmut Sub district, Kap Choeng District, Surin Province

Chuchai Chuenban, M.P.H. *

Abstract

This two-group pretest–posttest design quasi-experimental research, aims to investigate the effectiveness of a health behavior modification program combined with oral health care in patients with type 2 diabetes in Naeng Mut Subdistrict, Kap Choeng District, Surin Province. The sample size is 60 participants, divided into an experimental group and a control group, with 30 people in each group. The research tools are divided into 1) intervention tools, including the health behavior modification program, and 2) data collection tools, including questionnaires on health and dental care behaviors. The content validity of the program and the questionnaire was assessed, yielding values of 0.92 and 0.86, respectively. The reliability of the questionnaire was assessed by calculating Cronbach's alpha coefficient, which was found to be 0.76. Data collection will be conducted from December 1, 2024, to March 31, 2025, and data will be analyzed using descriptive and inferential statistics.

The research findings indicate that scores for health and oral care behaviors were significantly higher than before the intervention and compared to the control group ($p< 0.001$). Plaque index and gingival index values, as well as average blood sugar levels (HbA1C), were significantly lower than before the intervention ($p< 0.001$). Average blood sugar levels (HbA1C) in the intervention group were significantly lower than in the control group ($p< 0.05$). This study indicates that a health behavior modification program combined with oral health care is effective in promoting blood sugar control and improving oral health in patients with type 2 diabetes. Therefore, such programs should be integrated into primary healthcare services, with long-term follow-up to assess the sustainability of patients' health behaviors.

Keywords: Type 2 diabetes, Periodontal status, Behavior modification program, Oral care

* Public Health Technical Officer, Practitioner Level, Surin Provincial Public Health Office; Corresponding Author
E-mail: ohm_chuchai@hotmail.com

บทนำ

โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของการหลั่งหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังและนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญ เช่น ตา ไต ระบบประสาท หัวใจ และหลอดเลือด จากรายงานระดับโลกปี ค.ศ. 2021 พบว่าผู้ใหญ่ร้อยละ 10.5 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.2 ภายในปี ค.ศ. 2045 โดยมากกว่าร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ชูชัย ชื่นบาน และพลากร สืบสำราญ, 2567) สำหรับประเทศไทยการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562–2564) พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2564) เขตสุขภาพที่ 9 (นครชัยบุรินทร์) มีผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 397,374 คน คิดเป็นร้อยละ 6.52 ของประชากรทั้งหมด โดยจังหวัดสุรินทร์มีผู้ป่วยจำนวน 105,208 คน (ร้อยละ 11.53) และในอำเภอกาบเชิงมีผู้ป่วยจำนวน 4,009 คน (ร้อยละ 10.83) แสดงให้เห็นว่าโรคเบาหวานเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ โรคไต โรคจอประสาทตา และโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งมีความสัมพันธ์แบบสองทิศทางกับโรคเบาหวาน กล่าวคือ โรคเบาหวานทำให้เกิดการอักเสบของปริทันต์ได้ง่ายและรุนแรงขึ้น ขณะที่โรคปริทันต์อักเสบส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยากขึ้น (รัตนาพร สุวานิช และคณะ, 2565; จรูญ บุญธกานนท์, 2565; สำนักทันตสาธารณสุข, กรมอนามัย, 2565) การศึกษาความชุกของโรคปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ป่วยด้วยโรคปริทันต์ถึงร้อยละ 80.3 โดยมีความรุนแรงระดับ 3 และ 4 ร้อยละ 55.4 และ 43.6 ตามลำดับ (ชูชัย ชื่นบาน และพลากร สืบสำราญ, 2567)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีหลายด้าน ทั้งความรู้ ทัศนคติ สมรรถนะตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (สุเมธ นาจรัส และคณะ, 2566; วิทวัส มุขพิทักษ์กุล, 2567) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า งานวิจัยที่ประยุกต์โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้แนวคิดการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) รายงานว่าช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและปรับปรุงสภาวะปริทันต์ได้อย่างมีนัยสำคัญ (ศรุตา แสงทิพย์บวร, 2562) ในการพัฒนาโปรแกรมลักษณะนี้ สามารถประยุกต์ใช้แนวคิดจากหลายทฤษฎีด้านสุขภาพร่วมกัน โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy theory) (Bandura, 1997) เป็นหลัก เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นของผู้ป่วยผ่านกิจกรรมให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการติดตามต่อเนื่อง นอกจากนี้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support theory) (House, 1981) ช่วยกำกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัวในการสนับสนุนและติดตามพฤติกรรมสุขภาพอย่างใกล้ชิด ขณะเดียวกันแนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) (Miller & Rollnick, 2013) ถูกใช้เป็นเครื่องมือหลักในการให้คำปรึกษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจภายในของผู้ป่วย และทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) (Becker & Rosenstock, 1984) ช่วยออกแบบกิจกรรมที่เน้นการรับรู้ประโยชน์ ความเสี่ยง และลดอุปสรรคในการปรับพฤติกรรม การบูรณาการแนวคิดทฤษฎีเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมขึ้น ทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งท้ายที่สุดนำไปสู่ระดับ HbA1c ที่ลดลง รวมถึงค่าดัชนีครบจุลินทรีย์และเหงือกอักเสบที่ดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตามการศึกษาที่

ผ่านมานั้นยังไม่มีพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้

ด้วยพื้นที่ตำบลแนงมุด อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ มีความชุกของโรคปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สูง ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่บูรณาการการดูแลสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปากจึงมีความสำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการดูแลทันตสุขภาพดีขึ้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดความรุนแรงของโรคปริทันต์ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการดูแลทันตสุขภาพ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการดูแลทันตสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบดัชนีคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดัชนีสภาวะเหงือก ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม 2-3 เดือน (HbA1c) ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบดัชนีคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดัชนีสภาวะเหงือก ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม 2-3 เดือน (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการดูแลทันตสุขภาพ กลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการดูแลทันตสุขภาพ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. ภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดัชนีคราบจุลินทรีย์ ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม 2-3 เดือน (HbA1c) กลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง
4. ภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดัชนีคราบจุลินทรีย์ ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม 2-3 เดือน (HbA1c) กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

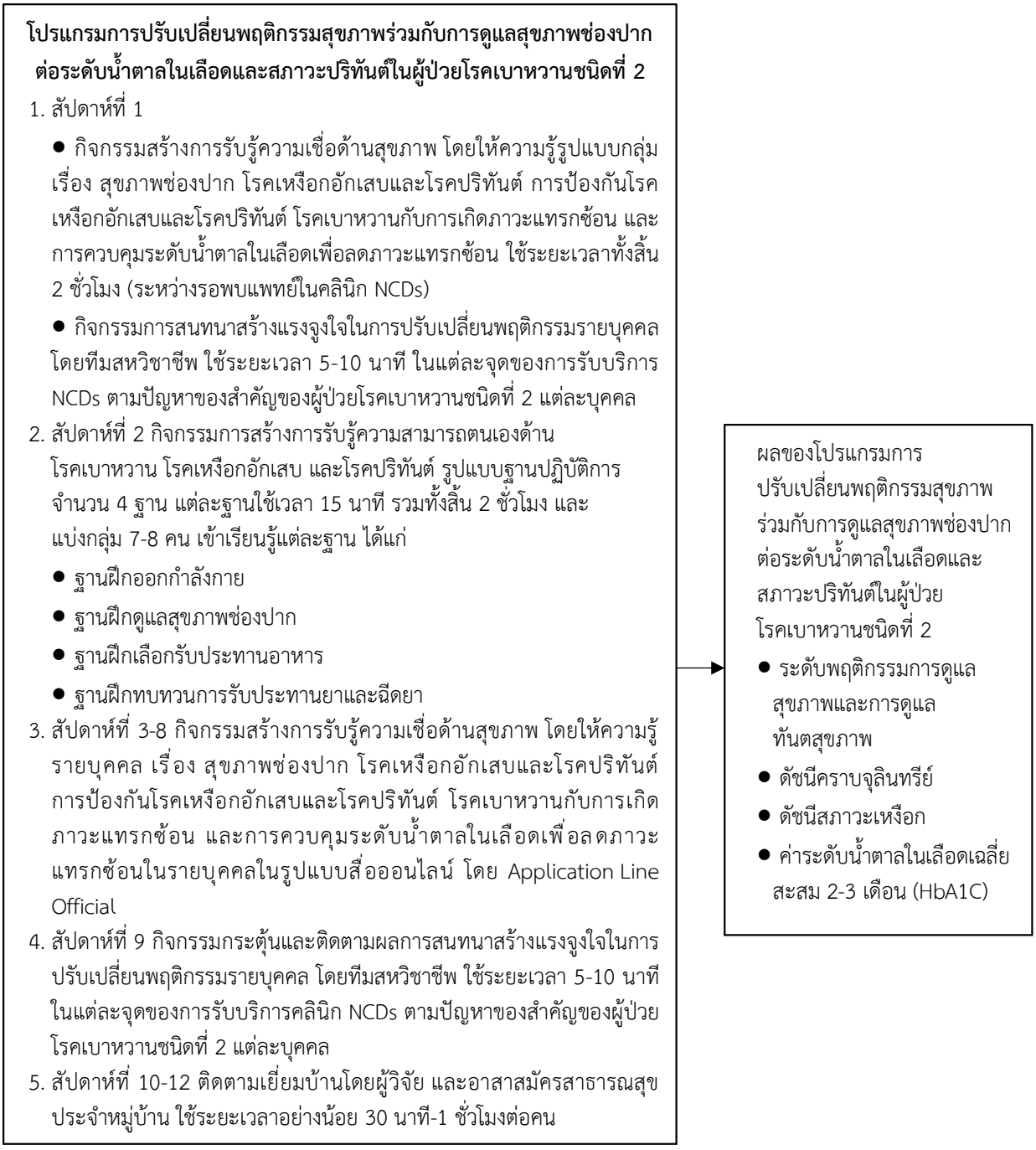
กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้รับการพัฒนาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมถึงควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โปรแกรมอิงแนวคิดจากหลายทฤษฎีด้านสุขภาพ โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Bandura, 1997) เป็นแนวคิดหลักเพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นของผู้ป่วยผ่านกิจกรรมให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติ และการติดตามต่อเนื่อง ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและติดตามพฤติกรรมสุขภาพนอกจากนี้ โปรแกรมประยุกต์ ทฤษฎีการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Miller & Rollnick, 2013) ในการให้คำปรึกษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อกระตุ้น

แรงจูงใจภายในของผู้ป่วย และใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker & Rosenstock, 1984) ในการออกแบบกิจกรรมให้ความรู้และสื่อสารผ่านสื่อดิจิทัล เพื่อกระตุ้นการรับรู้และลดอุปสรรคในการปรับพฤติกรรม กิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติ การเยี่ยมบ้าน และการใช้สื่อออนไลน์ เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจภายใน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น ทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งนำไปสู่ระดับ HbA1C ที่ลดลง และค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์และเหงือกอักเสบที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงภาพกรอบแนวคิดการวิจัย (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 20-79 ปี ที่ได้รับวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีผลการตรวจค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) มากกว่า 7 mg% มีฟันแท้ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ว่าจะถอนเหลืออยู่อย่างน้อย 2 ซี่ มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแนงมุด และตำบลบ้านสระทอง อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 321 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 20-79 ปี ที่ได้รับวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีผลการตรวจค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) มากกว่า 7 mg% มีฟันแท้ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ว่าจะถอนเหลืออยู่อย่างน้อย 2 ซี่ มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ตำบลแนงมุด และตำบลบ้านสระทอง อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน ประกอบด้วย กลุ่มทดลองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแนงมุด จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระทอง จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานแต่ละพื้นที่ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ด้วยการให้ตัวเลขแทนชื่อของผู้ป่วยเบาหวาน และสุ่มหมายเลขจากโปรแกรม random number generator ให้ได้จำนวนตัวอย่างตามที่กำหนดโดยแยกสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษา และลดอคติในการเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 2 ปี
2. มีอายุระหว่าง 20-79 ปี
3. สามารถสื่อสารและเข้าใจในภาษาไทยได้
4. อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตหน่วยบริการสาธารณสุขตำบลแนงมุด อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์
5. มีฟันแท้ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ว่าจะถอนเหลืออยู่อย่างน้อย 2 ซี่
6. มีผลการตรวจค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) มากกว่า 7 mg% ไม่เกิน 1 ปี
7. มีสมาร์ทโฟนและสามารถใช้งาน Applications Line ได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการรุนแรง ติดเตียง หรือเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. มีภาวะแทรกซ้อนที่ตาระดับความรุนแรง เช่น ตาบอดมองไม่ชัด ไตวายเรื้อรังจำเป็นต้องฟอกไต เท้ามีลักษณะสีผิวเปลี่ยน บวม มีเนื้อตายและแผลเรื้อรัง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบสัดส่วน (proportion) ระหว่าง 2 กลุ่มอิสระ (Lemeshow et al., 1990)

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \cdot [p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)]}{(p_1 - p_2)^2}$$

โดยที่

- n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม
- p1,p2 = สัดส่วนของผลลัพธ์ในแต่ละกลุ่ม
- α = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (มักใช้ 0.05 $\longrightarrow$ $Z_{1-\alpha}/2=1.96$)
- β = ความน่าจะเป็นที่จะไม่สามารถตรวจจับความแตกต่างได้ (Type II error) $\longrightarrow$ $Z_{1-\beta}$ = 0.84

• p1−p2 = ความแตกต่างที่คาดว่าจะพบ (effect size)

แทนค่า

- $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$
- $Z_{1-\beta} = 0.84$
- $p_1 = 0.55,\ p_2 = 0.20,\ d = 0.35$

$$n = \frac{(1.96 + 0.84)^2\ [0.55(0.45) + 0.20(0.80)]}{(0.35)^2}$$

$$n = \frac{(2.80)^2\ [0.2475 + 0.16]}{0.1225} = \frac{7.84 \times 0.4075}{0.1225}$$

$$n = \frac{3.194}{0.1225} \approx 26.07$$

ดังนั้น ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 20-79 ปี ที่ได้รับวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีผลการตรวจค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) มากกว่า 7 mg% มีฟันแท้ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ว่าจะถอนเหลืออยู่อย่างน้อย 2 ซี่ มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ตำบลแนงมุด และตำบลบ้านสระทอง อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ แต่ไม่น้อยกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้โดยไม่น้อยกว่า 26 คน เผื่อความสูญเสียผู้วิจัยจึงใช้ขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 15 ซึ่งเป็นจำนวนกลุ่มละ 4 คน จึงเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน จึงได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Bandura, 1997) เป็นแนวคิดหลัก เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นของผู้ป่วยผ่านกิจกรรมให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติ และการติดตามต่อเนื่อง ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ทฤษฎีการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Miller & Rollnick, 2013) และทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker & Rosenstock, 1984) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากต่อระดับน้ำตาลในเลือดและสภาวะปริทันต์ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแนงมุด อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ดังนี้

1.1 สัปดาห์ที่ 1 มีการจัดกิจกรรม 2 กิจกรรมได้แก่ กิจกรรมสร้างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยให้ความรู้รูปแบบกลุ่ม เรื่อง สุขภาพช่องปาก โรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์ การป้องกันโรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์ โรคเบาหวานกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนใน ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 2 ชั่วโมง (ระหว่างรอพบแพทย์ในคลินิก NCDs) และกิจกรรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล โดยทีมสหวิชาชีพ ใช้ระยะเวลา 5-10 นาที ในแต่ละจุดของการรับบริการ NCDs ตามปัญหาของสำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แต่ละบุคคล

1.2 สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองด้านโรคเบาหวาน โรคเหงือกอักเสบ และโรคปริทันต์ รูปแบบฐานปฏิบัติการ จำนวน 4 ฐาน แต่ละฐานใช้เวลา 15 นาที รวมทั้งสิ้น 2 ชั่วโมง และแบ่งกลุ่ม 7-8 คน เข้าเรียนรู้แต่ละฐาน ได้แก่

1) ฐานฝึกออกกำลังกาย เป็นการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายโดยใช้กายอุปกรณ์ ได้แก่ รอกกะลามะพร้าว ไม้พลอง

2) ฐานฝึกดูแลสุขภาพช่องปาก มีกิจกรรมฝึกการตรวจช่องปากด้วยตนเองโยใช้กระจกเงา สังเกตการเปลี่ยนแปลงของเหงือกและฟัน ฝึกตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์โดยใช้เม็ดสีย้อมฟันและหยอดพลาสติก ในการตรวจเช็คด้วยตนเอง และการฝึกแปรงฟันด้วยวิธี 2 2 2

3) ฐานฝึกเลือกรับประทานอาหาร โดยใช้โมเดลแลกเปลี่ยนอาหารในโรงเรียนเบาหวานวิทยา และภาพพลิกเรื่องการนับคาร์บ

4) ฐานฝึกทบทวนการรับประทานยาและฉีดยา โดยกระบวนการแลกเปลี่ยนทบทวนการรับประทานยา และฉีดยา ที่ปฏิบัติเป็นประจำ

1.3 สัปดาห์ที่ 3-8 กิจกรรมสร้างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยให้ความรู้รายบุคคล เรื่องสุขภาพช่องปาก โรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์ การป้องกันโรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์ โรคเบาหวานกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในรายบุคคลในรูปแบบสื่อออนไลน์ โดย Application Line Official ใช้ระยะเวลาในการทบทวนต่อวัน ครั้งละ 15-20 นาที

1.4 สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมกระตุ้นและติดตามผลการสนทนาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล โดยทีมสหวิชาชีพ ใช้ระยะเวลา 5-10 นาที ในแต่ละจุดของการรับบริการคลินิก NCDs ตามปัญหาของสำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แต่ละบุคคล

1.5 สัปดาห์ที่ 10-12 ติดตามเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 30 นาที - 1 ชั่วโมงต่อคน

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสืบค้นเวชระเบียน ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ประเภทการรักษาโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเฉลี่ย 2-3 เดือน (HbA1c)

2.2 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลทันตสุขภาพ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยแบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบส่วนประเมินค่า (rating scale) มี 3 ตัวเลือก ได้แก่ เป็นประจำ นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เป็นประจำ 3 คะแนน นาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน ไม่เคยเลย 1 คะแนน คะแนน 28-36 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพอยู่ในระดับสูง คะแนน 20-27 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 12-19 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

2.3 แบบบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์ (Plaque Index : PI) เป็นการตรวจหาการสะสมของแผ่นคราบจุลินทรีย์ ของ Silness and Loe index (สายรุ้ง บุญเลื่อน, 2567) เพื่อหาความหนาแน่นของแผ่นคราบจุลินทรีย์ โดยการมองด้วยสายตาและใช้ปลายเครื่องมือตรวจฟัน (explorer หรือ periodontal probe) ลากผ่านผิวฟันบริเวณใกล้เหงือก

การบันทึกคะแนน โดยบันทึกให้คะแนนตามเกณฑ์ Silness-Loe Index การให้คะแนนคราบจุลินทรีย์บนฟันแต่ละซี่ 4 ตำแหน่ง ได้แก่ ด้านกระพุ้งแก้ม (buccal) ด้านลิ้น (lingual) ด้านใกล้กลาง (mesial) และด้านไกลกลาง (distal) นั้นตามเกณฑ์การให้คะแนน

คะแนน	เกณฑ์
0	ไม่มีคราบจุลินทรีย์หรือไม่มีการติดสี
1	มองด้วยตาเปล่าตา ไม่มีคราบจุลินทรีย์ แต่เมื่อใช้ปลายเครื่องมือตรวจฟันลากผ่านผิวฟันบริเวณที่ตรวจ ถึงจะเห็นคราบจุลินทรีย์ อาจเห็นติดสีย้อมเป็นจุด ๆ บริเวณคอฟัน
2	มีคราบจุลินทรีย์เป็นแถบ สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า เห็นติดสีบริเวณคอฟันคลุมบนตัวฟันจากขอบเหงือกไม่เกิน 1/3 ของตัวฟัน
3	มีคราบจุลินทรีย์จำนวนมากบริเวณขอบเหงือก ผิวฟัน และซอกฟัน

คำนวณดัชนีคราบจุลินทรีย์ด้วยเกณฑ์ ดังนี้ (สายรุ้ง บุญเลื่อน, 2567)

$$\text{ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนคราบจุลินทรีย์ที่ตรวจทั้งหมด}}{\text{จำนวนด้านที่ตรวจทั้งหมด}}$$

เกณฑ์การแปลความหมายดัชนีคราบจุลินทรีย์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	0.0	หมายถึง มีสุขภาพช่องปากดีมาก
คะแนนเฉลี่ย	0.1-0.9	หมายถึง มีสุขภาพช่องปากระดับดี
คะแนนเฉลี่ย	1.0-1.9	หมายถึง มีสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	2.0-3.0	หมายถึง มีสุขภาพช่องปากระดับแย่

การตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์รอบตัวฟันด้วยเม็ดสีย้อมฟันโดยผู้วิจัย แล้วให้คะแนนตามเกณฑ์โดยใช้ Plaque Index (PL Index) ของ Quigley Hein แล้วนำคะแนนที่วัดได้มาหาค่าเฉลี่ย ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงแสดงว่าบุคคลนั้นมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์รอบตัวฟันมาก ซึ่งหมายความว่า บุคคลนั้นยังมีการทำความสะอาดช่องปากได้ไม่ดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำแสดงว่า บุคคลนั้นมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์รอบตัวฟันน้อย ซึ่งหมายความว่าบุคคลนั้นมีการทำความสะอาดฟันได้ดี

2.4 แบบบันทึกดัชนีสภาวะเหงือก (Gingival Index : GI) โดยแบบตรวจสภาวะเหงือกอักเสบโดยใช้เกณฑ์ของ Silness and Loe index (สายรุ้ง บุญเลื่อน, 2567) โดยตรวจฟันซี่ 16, 11, 26, 36, 31 และ 46 โดยใช้เครื่องมือตรวจปริทันต์ (probe) สอดลงไป ในร่องเหงือกเบา ๆ แต่ละซี่ 4 บริเวณ ได้แก่ บริเวณด้านแก้มกึ่งกลาง (midbuccal) ด้านแก้มไกลกลาง (disto-buccal) ด้านแก้มใกล้กลาง (mesio-baccal) และบริเวณด้านลิ้นกึ่งกลาง (midlingual) ด้านลิ้นไกลกลาง (disto- lingual) ด้านลิ้นใกล้กลาง (mesio-lingual) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

0	หมายถึง	ลักษณะเหงือกปกติ ไม่บวมและไม่มีการอักเสบ
1	หมายถึง	เหงือกอักเสบเล็กน้อย ลักษณะบวมเล็กน้อย สีของเหงือกเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย
2	หมายถึง	เหงือกอักเสบปานกลาง ลักษณะบวมแดง เป็นมันเงา และมีเลือดออกเมื่อใช้เครื่องมือสอดเข้าไปในร่องเหงือก
3	หมายถึง	เหงือกอักเสบรุนแรง เหงือกมีสีแดงจัด มีเลือดออกได้เอง

การคำนวณ

$$\text{สภาวะเหงือกของฟันแต่ละซี่} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนแต่ละด้านที่ตรวจ}}{4}$$

$$\text{สภาวะเหงือกต่อคน} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนสภาวะเหงือกอักเสบของฟันแต่ละซี่}}{\text{จำนวนฟันที่ตรวจทั้งหมด}}$$

เกณฑ์การแปลความหมายสภาวะเหงือก (สายรุ้ง บุญเลื่อน, 2567)

คะแนนเฉลี่ย	0.0	หมายถึง	สภาวะเหงือกปกติ
คะแนนเฉลี่ย	0.1-0.9	หมายถึง	สภาวะเหงือกบวมเล็กน้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.0-1.9	หมายถึง	สภาวะเหงือกบวมปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	2.0-3.0	หมายถึง	สภาวะเหงือกบวมรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมและแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบไปด้วย แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมชุมชน และพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ตรวจสอบความเหมาะสมและความสมบูรณ์ของเนื้อหา และนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ นำโปรแกรมและแบบสอบถามด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา หาความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.92, 0.86

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยดำเนินการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพ เท่ากับ 0.76

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) หาความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ประเภทการรักษาโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเฉลี่ย 2-3 เดือน (HbA1c) วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics)

2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ independent t-test กรณีที่มีการแจกแจงปกติ และสถิติ Mann-Whiteny U test กรณีที่มีการแจกแจงไม่ปกติ พร้อมช่วงค่าความเชื่อมั่น (95% confidence interval) และค่า *p*-value < 0.05 ในด้านต่อไปนี้

1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพ

2) ดัชนีคราบจุลินทรีย์ (Plaque Index : PI)

3) ดัชนีสภาวะเหงือก (Gingival Index : GI)

4) ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม 2-3 เดือน (HbA1C)

2.2 วิเคราะห์ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ paired t- test กรณีที่มีการแจกแจงปกติ และสถิติ Wilcoxon signed ranks test กรณีที่มีการแจกแจงไม่ปกติ โดยที่ค่า *p*-value < 0.05 ในด้านต่อไปนี้

1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพ

2) ดัชนีคราบจุลินทรีย์ (plaque index : PI)

3) ดัชนีสภาวะเหงือก (gingival index : GI)

4) ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม 2-3 เดือน (HbA1C)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ โดยได้รับหนังสือรับรองโครงการเลขที่ COA No. 89/2567 ลงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2567 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลทุกขั้นตอน ผู้วิจัยยึดมั่นในการปกป้องสิทธิ ความปลอดภัย และศักดิ์ศรีของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด ข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมจะถูกเก็บรักษาอย่างเป็นความลับ ไม่เปิดเผยตัวตน และจำกัดการเข้าถึงเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเท่านั้น ผลการศึกษาใด ๆ ที่เผยแพร่จะนำเสนอในลักษณะภาพรวม เพื่อป้องกันการระบุตัวบุคคล และใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น ก่อนเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงข้อมูลที่ครบถ้วน และให้ความยินยอมโดยสมัครใจ ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ทุกเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิหรือความต่อเนื่องของการรับบริการสุขภาพใด ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะเตรียมการ

1. ผู้วิจัยได้ขอหนังสืออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและสืบค้นเวชระเบียนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกาบเชิง ตำบลกาบเชิง อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

2. สำรวจพื้นที่ดำเนินการศึกษาและประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวางแผนการดำเนินงานร่วมกันในแต่ละพื้นที่

3. ประสานงานและชี้แจงแนวทางการตรวจและบันทึกข้อมูลสภาวะปริทันต์แก่ทันตบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแนงมุด

4. จัดทำทะเบียนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหน่วยบริการ และแจ้งรายชื่อให้ผู้รับผิดชอบงานแต่ละหน่วยดำเนินการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูล

ระยะดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ และขั้นตอนการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างชัดเจน พร้อมเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามและปรึกษาผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความสมัครใจและความเป็นอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษา

2. กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามก่อนการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีเจ้าหน้าที่หน่วยบริการร่วมสังเกตการณ์ เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและให้ได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์

3. ดำเนินการทดลอง โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ตามระยะเวลาและกิจกรรมที่กำหนด รวม 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ

ระยะหลังการทดลอง

1. กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามหลังการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยเครื่องมือวิจัยเช่นเดียวกับก่อนการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง

2. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลทั้งหมด ก่อนดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยที่กำหนดไว้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐาน

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.30 ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 83.30 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.30 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 63.30 รายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 63.30 ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 63.3 ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด 2-3 เดือน (HbA1C) 8.73$\pm$1.28 และส่วนใหญ่รักษาโรคเบาหวานด้วยการทานยาอย่างเดียว ร้อยละ 83.30 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 ส่วนใหญ่อายุ 20-59 ปี ร้อยละ 60 สถานภาพสมรส ร้อยละ 86.70 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 83.30 รายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 90.00 ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 53.3 ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด 2-3 เดือน (HbA1C) 9.01$\pm$1.63 และส่วนใหญ่รักษาโรคเบาหวานด้วยการทานยาอย่างเดียว ร้อยละ 80.00. ซึ่งลักษณะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพ ดัชนีคราบจุลินทรีย์ ดัชนีสภาวะเหงือก และค่าน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม 2-3 เดือน (HbA1C) ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากต่อระดับน้ำตาลในเลือดและสภาวะปริทันต์ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแนงมุด อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -44.21$, $p < 0.001$) นอกจากนี้ในขณะที่ค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์และดัชนีสภาวะเหงือก ค่าน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.61$, $p < .001$, $t = 11.02$, $p < 0.001$, $t = 4.08$, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพ ดัชนีคราบจุลินทรีย์ ดัชนีสภาวะเหงือก และค่าน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม 2-3 เดือน (HbA1C) ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

	กลุ่มทดลอง (n=30)		t	df	*p*-value
	Mean	*SD*			
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพ					
ก่อนทดลอง	18.97	1.71	-44.21	29	.001*
หลังทดลอง	35.17	0.83			
ดัชนีคราบจุลินทรีย์				29	
ก่อนทดลอง	1.94	0.50	16.61		.001*
หลังทดลอง	0.58	0.36			
ดัชนีสภาวะเหงือก				29	
ก่อนทดลอง	1.37	0.50	11.02		.001*
หลังทดลอง	0.45	0.35			
ค่าน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม 2-3 เดือน (HbA1C)				29	
ก่อนทดลอง	8.75	1.25	4.08		.001*
หลังทดลอง	7.20	1.94			

*p<.001

3. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ independent t-test ภายใต้สมมติฐานความแปรปรวนเท่ากัน (equal variances assumed) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพ ดัชนีคราบจุลินทรีย์ ดัชนีสภาวะเหงือก และค่าน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม 2-3 เดือน (HbA1C) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในทุกตัวแปร หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 47.99$, $p < 0.001$) ขณะที่ค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ ($t = -12.95$, $p < 0.001$) ดัชนีสภาวะเหงือก ($t = -8.35$, $p < 0.001$) และค่าน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม 2-3 เดือน (HbA1C) ($t = -2.07$, $p<.05$) มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพ ดัชนีคราบจุลินทรีย์ ดัชนีสภาวะเหงือก และค่าน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม 2-3 เดือน (HbA1C) ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		t	*p*-value
	Mean	*SD*	Mean	*SD*		
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพ						
ก่อนการทดลอง	18.97	1.71	19.17	1.66	-0.46	.648
หลังการทดลอง	35.17	0.83	19.63	1.56	47.99	.001**
ดัชนีคราบจุลินทรีย์						
ก่อนการทดลอง	1.94	0.50	2.04	0.48	-0.79	.434
หลังการทดลอง	0.58	0.36	1.90	0.42	-12.95	.001**
ดัชนีสภาวะเหงือก						
ก่อนการทดลอง	1.37	0.49	1.56	0.40	-1.69	.096
หลังการทดลอง	0.45	0.35	1.38	0.50	-8.35	.001**
ค่าน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม 2-3 เดือน (HbA1C)						
ก่อนการทดลอง	8.75	1.25	9.07	1.57	-0.88	.386
หลังการทดลอง	7.20	1.94	8.21	1.81	-2.07	.043*

*p<.0.5, **p<0.001

อภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีประสิทธิภาพในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแนงมุด อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ โดยสามารถสรุปและอภิปรายผลตามสมมุติฐานและวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทันตสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p < .001) โดยเฉพาะการออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างถูกต้อง และการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างไรก็ตามยังพบพฤติกรรมบางด้านที่ต้องปรับปรุง เช่น การบริโภคอาหารและการอ่านฉลากโภชนาการ ผลการวิจัยนี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎี Health Belief Model (HBM) ของ Rosenstock (1974) ซึ่งชี้ว่าความเชื่อเกี่ยวกับความเสี่ยง (perceived susceptibility) และประโยชน์จากการปฏิบัติ (perceived benefits) มีผลต่อการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2) คราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือกอักเสบ ผลการทดลองพบว่าคราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือกอักเสบลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p < .001) จากกิจกรรมการฝึกแปรงฟันที่ถูกวิธีตามสูตร 2-2-2 และการติดตามผลโดยบุคลากรสุขภาพและอสม. ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศรุตา แสงทิพย์บวร (2562) และศุภศิลป์ ดีรักษา และคณะ (2563) ที่ยืนยันว่าโปรแกรมทันตสุขภาพที่มีการฝึกทักษะและติดตามต่อเนื่องสามารถลดปัญหาช่องปากได้จริง และ 3) ค่าน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม (HbA1C) หลังการทดลองค่าน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม 2-3 เดือน (HbA1C) ในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p < .05) จากกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการติดตามเยี่ยมบ้านโดย อสม. ผลการศึกษา

นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของชนันพร มงคลรังสฤษฎ์ (2567) ที่ยืนยันว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพช่วยลด HbA1C ได้

จากมุมมองเชิงทฤษฎี โปรแกรมสะท้อนการให้แรงสนับสนุนทางสังคม (social support theory) ผ่านบทบาทของอสม. และทีมสุขภาพในด้านข้อมูล (informational support) กำลังใจ (emotional support) และความช่วยเหลือเชิงปฏิบัติ (instrumental support) ซึ่งช่วยสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการปฏิบัติตัว ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดของ House (1981) ที่ระบุว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้การให้คำปรึกษาเฉพาะรายและติดตามผลต่อเนื่องสอดคล้องกับหลักการของ Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2013) ที่เน้นการฟังอย่างตั้งใจ การสะท้อนความคิด และกระตุ้นแรงจูงใจภายใน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและแรงผลักดันภายใน ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพช่องปาก รวมถึงค่า HbA1C ดีขึ้น สอดคล้องกับหลักการ MI ที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจปรับพฤติกรรมด้วยตนเอง

โดยสรุป โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากนี้ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy theory) เป็นกรอบแนวคิดหลัก ร่วมกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการสร้างแรงจูงใจผ่านการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพและผู้ป่วย โปรแกรมนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่นเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและสภาวะปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิผล

2. ควรเสริมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำชุมชนในการติดตาม ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากกับรูปแบบอื่น เพื่อหาวิธีการหรือกิจกรรมที่เหมาะสมและมีประสิทธิผลสูงสุดในการป้องกันและลดปัญหาโรคเหงือกอักเสบในกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายมากขึ้น

2. ขยายผลการวิจัยโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย, สำนักทันตสาธารณสุข. (2565). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ.* กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *รายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ.* https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-subcatalog/6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11

จรูญ บุญธกานนท์. (2565). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 37*(2), 341–351.

ชนันพร มงคลรังสฤษฎ์. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ), 34*(2), 34–45.

ชูชัย ชื่นบาน, และพลากร สืบสำราญ. (2567). ความชุกของการเกิดโรคปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์. ใน มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, *Proceedings การประชุมวิชาการระดับชาติ มอบ.วิจัย ครั้งที่ 18 Green-growth-gate: 18-19 กรกฎาคม 2567 : ผลงานการนำเสนอแบบบรรยาย* (น. 145–156). สำนักงานส่งเสริมบริหารงานวิจัย บริการวิชาการและทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. https://www.ubu.ac.th/web/files_up/00008f2024083016002952.pdf

มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2564*. มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัตนาพร สุวานิช, ลดา เลยหยุด, ปัทมา ล้อพงค์พานิชย์, และเจษฎา สุราวรรณ์. (2565). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 4*(2), 163–176.

สายรุ้ง บุญเลื่อน. (2567). *ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์* [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร-มหาบัณฑิต]. วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.

ศรุตา แสงทิพย์บวร. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากฉบับย่อต่อระดับน้ำตาลในเลือดและสภาวะปริทันต์ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2: การทดลองทางคลินิกแบบมีกลุ่มควบคุม. *วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์, 69*(4), 417–430.

ศุภศิลป์ ดีรักษา, รัชฎา ฉายจิต, และเบญจา มุกตพันธ์. (2563). ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองด้านทันตสุขภาพด้วยกิจกรรมฐานการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองทางทันตสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. *วารสารทันตาภิบาล, 31*(1), 165–184.

สุเมธ นาจรัส, ญาณี โชคสมงาม, ธิติพันธุ์ อวนมินทร์, วิทธวัช จอมคำ, และวิชุดา จิรพรเจริญ. (2566). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระดับตำบลของจังหวัดพะเยา. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 6*(2), 144–153.

วิทวัส มุขพิทักษ์. (2567). รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านส้มเสี้ยว ตำบลท่างิ้ว อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น, 5*(2), 16–32.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* W.H. Freeman.

Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1984). Compliance with medical advice. In A. Steptoe & A. Matthews (Eds.), *Health care and human behavior* (pp. 135–152). Academic Press.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support.* Addison-Wesley.

Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies.* World Health Organization.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*, *2*(4), 328-335.

ผลของชุดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่และการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และครอบครัวปลอดบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาล

อรทัย รุ่งวชิรา, ปร.ด.*
พีรยา สุธีรางกูร, Dr.P.H.**
Received: April 8, 2025
Revised: November 15, 2025
Accepted: November 15, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของชุดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ และการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และครอบครัวปลอดบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยการสุ่มแบบง่ายด้วยการจับฉลาก เป็นนักศึกษาพยาบาล 52 คน และผู้สูบบุหรี่ในครอบครัว 52 คน เครื่องมือวิจัย แบ่งออกเป็น 1) เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ชุดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ โดยใช้หลัก 5A, 5R, และ 5D ในการช่วยเลิกบุหรี่ และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แบบประเมินติดตามครอบครัวปลอดบุหรี่ และแบบสอบถามความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนฯ ตรวจสอบความตรงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง .67-1.00 หาความเชื่อมั่นแบบสอบถามความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนฯ ได้ .94 แบบประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงการติดนิโคตินของ Fagerstrom test for Nicotine Dependence ฉบับมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทีคู่

ผลการวิจัย พบว่าหลังทดลอง ทุกครอบครัวมีการออกกฎงดสูบบุหรี่ มีการติดสัญลักษณ์ครอบครัวปลอดบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 100 มีผู้เลิกสูบบุหรี่สำเร็จ ร้อยละ 9.6 ผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยระดับการติดนิโคติน ต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p< .05$ และนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนฯ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p< .05$ สรุปได้ว่า ชุดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ โดยใช้หลักการ 5A, 5R, และ 5D ในการช่วยเลิกบุหรี่ และการพัฒนาความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาล ส่งผลให้พฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงและมีครอบครัวปลอดบุหรี่เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ครอบครัวปลอดบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน การช่วยให้เลิกสูบบุหรี่

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: peeraya_s@rmutt.ac.th

The Effects of Learning Module for Smoking Cessation and Development of Self-Efficacy to Smoking Behavior and Smoke-Free Family of Nursing Students

Orathai Rungvachira, Ph.D. [*]
Peeraya Suteerangkul, Dr.P.H. [**]

Abstract

A one-group pre- and post-experimental study aimed to investigate the effects of a smoking cessation learning package and self-efficacy development on smoking behavior and smoke-free families among nursing students. The sample was selected by simple random sampling using a lottery, consisting of 52 nursing students and 52 family members who smoke. The research tools were divided into 1) research implementation tools, including a smoking cessation learning package using the 5A, 5R, and 5D principles for smoking cessation, and data collection tools, including a smoking behavior assessment form and a self-efficacy belief questionnaire. Content validity was assessed, with a content validity index ranging from .67 to 1.00. The reliability of the self-efficacy belief questionnaire was .94, and the reliability of the smoking behavior assessment form using the standard Fagerstrom test for Nicotine Dependence was .94. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The research findings showed that after the intervention, all families had a no-smoking rule and displayed a smoke-free family symbol, representing 100%. 9.6% of participants successfully quit smoking. Family smokers had a significantly lower average nicotine dependence score after the intervention ($p < 0.05$). Nursing students had a significantly higher average self-efficacy score after the intervention ($p < 0.05$). In conclusion, the learning package designed to help quit smoking, utilizing the 5A, 5R, and 5D principles, and aimed at developing self-efficacy beliefs in nursing students, resulted in a decrease in smoking behavior and an increase in smoke-free families.

Keywords: Smoke-free family, Smoking behavior, Self-efficacy, Smoking cessation

[*] Lecturer College of Nursing, Dhurakij Pundit University
[**] Lecturer Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi;
Corresponding Author E-mail: peeraya_s@rmutt.ac.th

บทนำ

ควันบุหรี่มือสองทำให้มีผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรและยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ ด้วยยังไม่สามารถแก้ไขได้หมดไป ควันบุหรี่มือสองเป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคที่เกี่ยวเนื่องจากการใช้ยาสูบ (tobacco-induced disease) เช่น หอบหืด หลอดลมอักเสบ ปอดอักเสบในเด็ก (Kleier et al., 2017) โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจ และโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024; World Health Organization [WHO], 2025) การบริโภคยาสูบและการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง เป็นสาเหตุให้มีผู้เสียชีวิตมากถึงเกือบสามแสนรายต่อปีในเพศชาย และประมาณสองแสนรายต่อปีในเพศหญิง ทั้งนี้ผู้ที่บริโภคยาสูบจะมีช่วงชีวิตที่สั้นกว่าผู้ที่ไม่บริโภคยาสูบถึง 10 ปี การเลิกบริโภคยาสูบก่อนอายุ 40 ปี ทำให้ลดการเกิดโรคที่เกี่ยวเนื่องจากยาสูบได้มากถึงร้อยละ 90 (CDC, 2024) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหนึ่งในสามของเยาวชนมีประวัติการได้รับควันบุหรี่มือสองภายในบ้านและจากคนในครอบครัว (Phetphum & Noosorn, 2020; Suteerangkul et al., 2021) ดังนั้นจึงควรหามาตรการป้องกันและควบคุมการบริโภคยาสูบในครอบครัวต่อไป

บ้านปลอดบุหรี่ คือสถานที่ที่ทุกพื้นที่ในบ้านไม่อนุญาตให้มีการสูบบุหรี่ หรือมีการออกกฎห้ามสูบบุหรี่ในทุกห้องที่อยู่ภายในบ้าน (total smoking-ban rules) และบริเวณรั้วบ้าน (Suteerangkul et al., 2019) โอกาสสำเร็จที่จะทำให้บ้านปลอดบุหรี่คือการมีส่วนร่วมของชุมชนและสมาชิกในครอบครัว โดยชุมชนออกมาตรการและนโยบายควบคุมการสูบบุหรี่ภายในบ้านและในชุมชน การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ไปยังชุมชนให้ทุกครัวเรือนทราบนโยบายและปฏิบัติตาม การให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกันออกกฎงดการสูบบุหรี่ในบ้าน มีการติดสัญลักษณ์บ้านปลอดบุหรี่ และร่วมให้แรงใจสนับสนุนผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ ชี้ให้เห็นความรุนแรงของควันบุหรี่มือสองที่มีต่อสุขภาพ และความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว การเจรจาต่อรองกับผู้สูบบุหรี่ให้งดสูบบุหรี่ในบ้าน หากไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ก็ควรออกไปสูบบุหรี่นอกบริเวณบ้าน (Suteerangkul et al., 2019)

บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ และนักศึกษาพยาบาล มีความสำคัญที่จะช่วยผู้รับบริการและผู้ที่บริโภคยาสูบให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ดังเช่น ชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่ในประเทศไทย ที่มีความเข้มแข็งมากและเป็นส่วนหนึ่งของผลสำเร็จที่ทำให้สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ได้รับรางวัลด้านการควบคุมยาสูบในปี 2021 จากองค์การอนามัยโลก ด้วยหลักสูตรพยาบาลศาสตร์หลายแห่งมีการให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยยาสูบ การดูแลผู้ติดสารเสพติด จากในรายวิชาที่เรียนแต่ความรู้เรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบและการช่วยให้คนเลิกสูบยังมีอยู่น้อย (สุปาณี เสนาดิสัย และคณะ, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่านักศึกษาขาดความมั่นใจและขาดทักษะในการชักชวนคนให้เลิกสูบบุหรี่ หลักสูตรพยาบาลจึงควรจัดกิจกรรมการเรียนการสอน หรือหลักสูตรเสริมในเรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบ และการช่วยให้คนเลิกสูบ รวมทั้งการสร้างทักษะ ความมั่นใจในการโน้มน้าวให้คนเลิกสูบ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการช่วยผู้สูบเลิกสูบ เพราะการรับรู้ถึงความสามารถของตนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อการควบคุมยาสูบของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (สาธกา พิมพ์รุณ และคณะ, 2563) ดังนั้นการพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเพื่อช่วยให้ผู้สูบเลิกสูบบุหรี่ จะนำไปสู่กำลังสำคัญในการสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่ต่อไป

จากสถานการณ์ดังกล่าว ในปีพ.ศ. 2564 - พ.ศ. 2565 เครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบ ได้มีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อบ้านปลอดบุหรี่โดยชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง นั่นคือสามารถช่วยให้บ้านปลอดจากควันบุหรี่ได้อย่างน้อยร้อยละ 80 และทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้นาน 6 เดือน ร้อยละ 12 โดยกลยุทธ์ที่ช่วยให้โน้มน้าวใจผู้สูบบุหรี่เกิดแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คือ 5A's (Kumar & Prasad, 2014; Mak et al., 2018) อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีการจัดทำโปรแกรม/กลยุทธ์ที่ช่วยเลิกสูบบุหรี่ (smoking cessation) เป็นจำนวนมากและหลากหลาย แต่ผลสรุปของรายงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าประมาณเกือบ 3 ใน 4 ของผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ มีเพียงร้อยละ 29.3 เท่านั้นที่ได้รับคำแนะนำ/หรือการช่วยเหลือเพื่อเลิกสูบบุหรี่ อัตราความสำเร็จของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่มีน้อย เพราะร่างกายต้องการสารนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นสิ่งที่เลิกยาก อีกทั้งผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับอันตรายของยาสูบประเภทต่าง ๆ กล่าวคือ คนไทยประมาณร้อยละ 40 เชื่อว่าการใช้ยาเส้นอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่จากที่ผลิตในโรงงาน (สุปาณี เสนาดิสัย และสุรินธร กลัมพากร, 2563)

จากการสำรวจข้อมูลนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี ที่ลงทะเบียนในปีการศึกษา 2564 จำนวน 403 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับ จำนวน 283 คน (ร้อยละ 70.2) พบว่า มีคนในครอบครัวใช้ยาสูบจำนวน 108 คน (ร้อยละ 38.4) โดยส่วนใหญ่เป็นญาติ ได้แก่ พี่ ป้า น้า อา ลูกพี่ลูกน้อง ฯลฯ จำนวน 68 คน (ร้อยละ 55.3) รองลงมาเป็นบิดา-มารดา จำนวน 39 คน (ร้อยละ 31.7) และปู่ ย่า ตา ยาย จำนวน 14 คน (ร้อยละ 11.4) ประเภทของยาสูบที่ใช้ ส่วนใหญ่เป็นบุหรี่มวนเอง จำนวน 72 คน (ร้อยละ 57.6) บุหรี่โรงงาน จำนวน 47 คน (ร้อยละ 37.6) และบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 6 คน (ร้อยละ 4.8) ทำให้มีผู้สัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านและอาจส่งผลกระทบต่อการรักษาโรคประจำตัว โดยพบว่าคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ (ร้อยละ 11.5) โรคในระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 3.8) และโรคมะเร็ง (ร้อยละ 1.9) ตามลำดับ (พีรยา สุธีรางกูร, 2565) ซึ่งถ้านักศึกษาพยาบาลมีทักษะในการช่วยให้ผู้สูบเลิกสูบบุหรี่ได้อาจช่วยลดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ในครอบครัวลงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการพัฒนาโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ในกลุ่มประชาชนหลายรูปแบบ เช่น การศึกษาของเตือนใจ หล้าอ่อน และศิริพร พัฒนาราช (2561) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการติดนิโคตินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่การศึกษาของจารุวรรณ ศุภศรี และไพจิตร พุทธรอด (2567) ซึ่งใช้เทคนิค 5A5R5D โดยนักศึกษาพยาบาล เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ พบว่าโปรแกรมดังกล่าวมีผลต่อการลดความรุนแรงของการติดบุหรี่และเพิ่มความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิผล นอกจากนี้การศึกษาของศรัณย์พิชญ์ ปาประลิต และคณะ (2559) ที่ใช้โปรแกรมการให้ความรู้แบบกระชับร่วมกับการติดตามผลทางโทรศัพท์ในกลุ่มพนักงานอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์หลังคา จังหวัดสระบุรี พบว่า ผู้ที่เลิกบุหรี่ได้มีร้อยละ 40 กลับมาสูบอีกภายในสามวันหลังจากหยุดสูบ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยเสริมความต่อเนื่องและความมั่นคงของการเลิกบุหรี่ในระยะยาว อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาที่มุ่งเน้นการออกแบบชุดการเรียนรู้เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบและการได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้านของครอบครัวนักศึกษาพยาบาลอย่างเป็นระบบ ซึ่งนักศึกษาพยาบาลถือเป็นบุคลากรสุขภาพในอนาคตที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถเลิกใช้ยาสูบได้อย่างยั่งยืน

ดังนั้นการพัฒนาชุดการเรียนรู้เพื่อเลิกบุหรี่ โดยอาศัยหลักการ 5A, 5R และ 5D ในการช่วยเลิกบุหรี่ (สุปาณี เสนาดิสัย และสุรินธร กลัมพากร, 2563; พีรยา สุธีรางกูร และทัศนีย์ รวิวรกุล, 2565) ร่วมกับทฤษฎี

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลในการช่วยผู้สูบเลิกบุหรี่ โดยเน้นองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ การปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง การเรียนรู้จากแบบอย่างของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูดเชิงบวก และการสร้างแรงเสริมทางอารมณ์ในเชิงบวก จะพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลมีความมั่นใจและเกิดทักษะในการช่วยให้คนในครอบครัวสามารถลด ละ เลิกการใช้ยาสูบ และสามารถนำไปใช้ในการช่วยผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ หรือผู้ใช้ยาสูบในการลด ละ เลิกการใช้ยาสูบต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของชุดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ต่อการเป็นครอบครัวปลอดบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาผลของชุดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของครอบครัวนักศึกษาพยาบาล
3. เพื่อศึกษาผลของชุดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ต่อการเป็นครอบครัวปลอดบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในครอบครัวโดยผ่านความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่

สมมติฐานการวิจัย

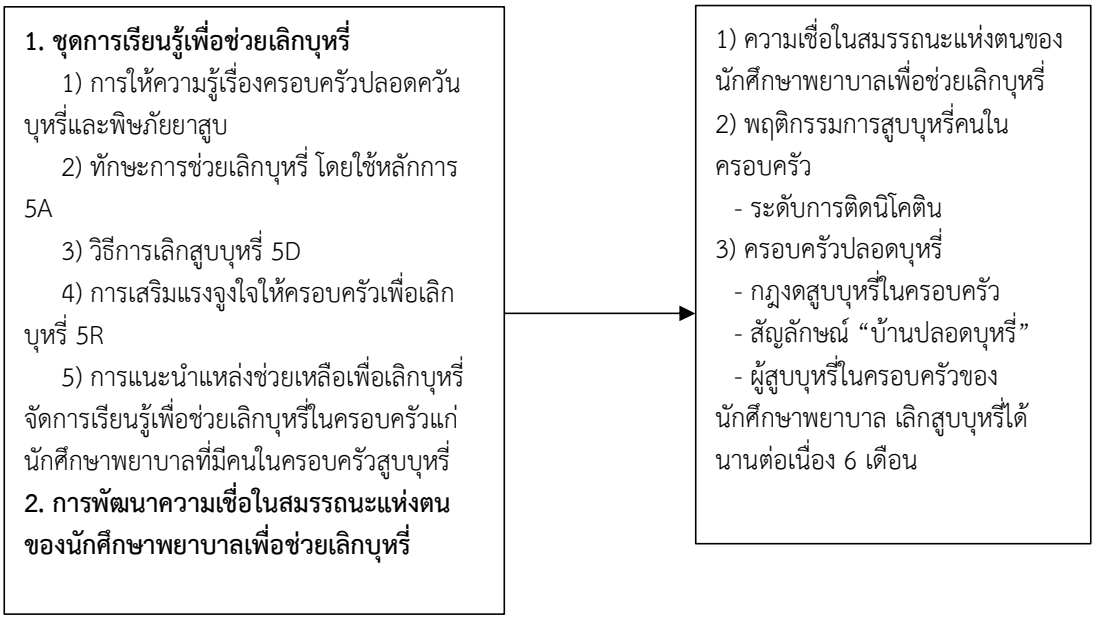
1. หลังใช้ชุดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ครอบครัวของนักศึกษาพยาบาล มีจำนวนการมีกฎงดสูบบุหรี่ในครอบครัว การติดสัญลักษณ์ครอบครัวปลอดบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ได้นานต่อเนื่อง 6 เดือน มากกว่าก่อนทดลอง
2. หลังใช้ชุดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวของนักศึกษาพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยระดับการติดนิโคติน ต่ำกว่าก่อนทดลอง
3. หลังใช้ชุดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ สูงกว่าก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ชุดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยออกแบบโดยใช้หลักการ 5A, 5R, และ 5D ในการช่วยเลิกบุหรี่ (สุปาณี เสนาดิสัย และสุรินธร กลัมพากร, 2563; พีรยา สุธีรางกูร และทัศนีย์ รวิวรกุล, 2565) และทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ประกอบด้วย กิจกรรมการเรียนรู้ ชุดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ดังนี้ 1) การให้ความรู้เรื่องครอบครัวปลอดควันบุหรี่และพิษภัยยาสูบ 2) ทักษะการช่วยเลิกบุหรี่โดยใช้หลักการ 5A 3) วิธีการเลิกสูบบุหรี่ 5D 4) การเสริมแรงจูงใจให้ครอบครัวเพื่อเลิกบุหรี่ 5R 5) การแนะนำแหล่งช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่ จัดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในครอบครัวแก่นักศึกษาพยาบาลที่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ การพัฒนาความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ซึ่งนำไปสู่การประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับไปดำเนินการช่วยคนในครอบครัวเพื่อเลิกบุหรี่ ประเมินผลจากพฤติกรรมการใช้ยาสูบของคนในครอบครัวนักศึกษาพยาบาล โดยวัดจากระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom's test for nicotine dependence) (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2563) ครอบครัวปลอดบุหรี่ วัดจากการออกกฎงดสูบบุหรี่ การติดสัญลักษณ์ "บ้านปลอดบุหรี่" การเลิกสูบบุหรี่ได้นานต่อเนื่อง 6 เดือน เขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest posttest design) ดำเนินการทดลองตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2566 - เดือนธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี ที่มีสมาชิกในครอบครัวใช้ยาสูบ ในปีการศึกษา 2564 จำนวน 108 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฯ ที่มีสมาชิกในครอบครัวใช้ยาสูบ คัดเลือกจากการสุ่มแบบง่ายด้วยการจับฉลาก (simple random sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

- เกณฑ์ในการคัดเข้าคือ เป็นนักศึกษาพยาบาล อายุ 18 ปีบริบูรณ์ ที่มีสมาชิกในครอบครัวใช้ยาสูบประเภทหนึ่งประเภทใด ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูบบุหรี่/ใช้ยาสูบ ในครอบครัวไม่มีโรค หรือปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย เช่น โรคสมองเสื่อม โรคอัลไซเมอร์ หรือ จิตเภท เป็นต้น และนักศึกษาพยาบาลกับผู้สูบบุหรี่/ใช้ยาสูบในครอบครัว มีอุปกรณ์ในการสื่อสาร และสามารถอยู่ร่วมวิจัยเป็นระยะเวลา 6 เดือน

- เกณฑ์ในการคัดออก คือ มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย เช่น โรคสมองเสื่อม โรคอัลไซเมอร์ หรือ จิตเภท เป็นต้น และไม่มีอุปกรณ์ในการสื่อสาร และเข้าร่วมการวิจัยไม่ครบทุกระยะ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G* power สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูล 2 กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กัน (paired t-test) แบบ one tail โดยใช้อำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ .95 กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (significance level) ที่ .5 และคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของนิสิตพยาบาล (นริสา วงศ์พนารักษ์ และอภิญญา วงศ์พิริยโยธา, 2565) มีค่าเท่ากับ .8 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 19 คน ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดำเนินการวิจัย จึงกำหนดค่า effect size ระดับกลาง คือ .50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 45 คน ซึ่งคาดว่าผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ครบตามจำนวน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10-15 ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 52 คน (Krajcie & Morgan, 1970) เป็นผู้สูบบุหรี่/ใช้ยาสูบในครอบครัวของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 52 คน และจำนวนนักศึกษาพยาบาล 52 คน (อัตราส่วน 1 ต่อ 1)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ชุดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ โดยใช้หลักการ 5A, 5R, และ 5D ในการช่วยเลิกบุหรี่ (สุปาณี เสนาดิสัย และสุรินธร กลัมพากร, 2563; พีรยา สุธีรางกูร และทัศนีย์ รวิวรกุล, 2565) และทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลเพื่อช่วยผู้สูบเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง 2) การดูตัวอย่างการปฏิบัติที่สำเร็จจากผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูด และ 4) การกระตุ้นอารมณ์ทางบวก รายละเอียดหัวข้อในการอบรม และรูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ดังตารางที่ 1 รายละเอียดชุดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่

ตารางที่ 1

แสดงรายละเอียดชุดการเรียนรู้เพื่อเลิกบุหรี่

หัวข้อ/ประเด็น ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่	ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	รายละเอียดกิจกรรม
การให้ความรู้เรื่องครอบครัวปลอดควันบุหรี่มือสองและพิษภัยยาสูบ (ใช้เวลา 90 นาที)	- การชักจูงด้วยคำพูด ด้วยการอธิบาย/อภิปรายข้อมูลเกี่ยวกับพิษภัยจากการสูบบุหรี่ และการที่ครอบครัวได้รับควันบุหรี่มือสองภายในบ้าน - การกระตุ้นอารมณ์ทางบวก ด้วยการชื่นชมที่ผู้เรียนตอบคำถาม และสรุปเนื้อหาได้ถูกต้อง - การปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง โดยให้ผู้เรียนนำความรู้ไปปฏิบัติจริงกับผู้สูบบุหรี่ในครอบครัว	จัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยการชมวีดิทัศน์และอภิปรายเกี่ยวกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ในครอบครัว ประเภทผลิตภัณฑ์ยาสูบ และพิษภัยจากการสูบบุหรี่ และการที่ครอบครัวได้รับควันบุหรี่มือสองภายในบ้าน กิจกรรมเล่นเกมส์ถาม-ตอบ แล้วผู้สอนกับผู้เรียนทำการสรุปเนื้อหาร่วมกัน

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ/ประเด็น ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่	ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	รายละเอียดกิจกรรม
วิธีการช่วยเลิกบุหรี่ 5D (ใช้เวลา 30 นาที)	- การชักจูงด้วยคำพูด โดยให้ข้อมูลหลักการ 5D - การดูตัวอย่างการปฏิบัติที่สำเร็จจากผู้อื่นด้วยการยกตัวอย่างกรณีศึกษาของพยาบาลในการช่วยเลิกบุหรี่ - การกระตุ้นอารมณ์ทางบวก ด้วยการชื่นชมที่ผู้เรียนสามารถวิเคราะห์เชื่อมกรณีศึกษากับหลักการได้ - การปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง โดยให้ผู้เรียนนำหลักการ 5D ปฏิบัติจริงกับผู้สูบบุหรี่ในครอบครัว	อภิปรายกลุ่มย่อย จากกรณีศึกษาของพยาบาลในการช่วยเลิกบุหรี่ โดยให้ผู้เรียนวิเคราะห์เชื่อมหลักการ 5D ได้แก่ เลื่อนเวลาสูบบุหรี่ออกไป (delay) สูดหายใจลึก ๆ (deep breath) ดื่มน้ำเมื่ออยากสูบ (drink water) หาสิ่งอื่นทำทดแทน (do something else) และย้ำ ๆ ตนเองเสมอว่ากำลังเลิกบุหรี่ (destination)
การเสริมแรงจูงใจให้ครอบครัวเพื่อเลิกบุหรี่ 5R (ใช้เวลา 60 นาที)	- การชักจูงด้วยคำพูด ให้คำแนะนำแนวทางการเสริมแรงจูงใจให้ครอบครัวเพื่อเลิกบุหรี่ 5R - การกระตุ้นอารมณ์ทางบวก ด้วยการชื่นชมที่ผู้เรียนสะท้อนความรู้ในหลักการ 5R ได้ - การปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง โดยให้ผู้เรียนนำหลักการ 5R ปฏิบัติจริงกับผู้สูบบุหรี่ในครอบครัว	จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการถามตอบด้วยการสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์กับสุขภาพของคนในบ้านจากการสูบบุหรี่ในบ้าน (relevance) ความเสี่ยงผลกระทบในการสูบบุหรี่ (risk) ให้รางวัลตนเอง คนที่รักและครอบครัว (rewards) อุปสรรคของการเลิกบุหรี่ คนในครอบครัวร่วมกันแก้ไข (roadblocks) และพูดให้กำลังใจทุกครั้งให้คำแนะนำจนเลิกได้ (repetition)
การแนะนำแหล่งช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่ (ใช้เวลา 30 นาที)	-การชักจูงด้วยคำพูด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่ง/องค์กรที่ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ - การปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง โดยให้ผู้เรียนนำความรู้ไปปฏิบัติจริงกับผู้สูบบุหรี่ในครอบครัว	โดยการบรรยายและสรุปร่วมกันเกี่ยวกับแหล่ง/องค์กรที่ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ในกรณีผู้สูบบุหรี่ต้องการ
การฝึกทักษะ 5A (ใช้เวลา 120 นาที)	-การชักจูงด้วยคำพูดในหลักการ 5As - การปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง โดยให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติหลักการ 5As ในช่วงอบรม และปฏิบัติจริงกับผู้สูบบุหรี่ในครอบครัว -การกระตุ้นอารมณ์ทางบวก ด้วยการชื่นชมที่ปฏิบัติได้ถูกต้องตามหลักการ	บรรยายหลักการ 5A ได้แก่ ถามการใช้ยาสูบ (ask) แนะนำให้เลิกบุหรี่ (advise) ประเมินการติดนิโคตินและความตั้งใจเลิกสูบ (assess) ช่วยให้เลิกบุหรี่ (assist) และติดตามประเมินผลการเลิกบุหรี่เป็นระยะ ๆ (arrange follow-up) หลังจากนั้นผู้สอนทำการสาธิต และผู้เรียนฝึกปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปี ความสัมพันธ์กับผู้สูบบุหรี่ในครอบครัว

2.2 ข้อมูลของผู้สูบบุหรี่ในครอบครัว ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว พฤติกรรมการใช้ยาสูบ และความต้องการเลิกสูบบุหรี่

2.3 แบบประเมินระดับความรุนแรงการติดนิโคตินของ Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) ฉบับมาตรฐานแปลเป็นภาษาไทย (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2563) มีจำนวน 6 ข้อ แปลผลภาวะติดนิโคติน ดังนี้ ไม่ติดนิโคติน สามารถเลิกได้ด้วยตนเอง (0-2 คะแนน) ระดับต่ำ (3-4 คะแนน) ระดับปานกลาง (5 คะแนน) ระดับสูง (6-7 คะแนน) และระดับสูงมาก (8-10 คะแนน)

2.4 แบบประเมินติดตามครอบครัวปลอดบุหรี่ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) ครอบครัวติดป้าย “บ้านปลอดบุหรี่” 2) กฎงดสูบบุหรี่ในครอบครัว ได้แก่ คนในครอบครัวไม่มีการสูบในบ้าน คนในครอบครัวไม่อนุญาตให้แขกหรือญาติเข้ามาสูบบุหรี่ในบ้าน หากคนในครอบครัวยังไม่เลิกสูบบุหรี่ เขาออกไปสูบบุหรี่นอกบ้าน ผู้สูบบุหรี่คอยระมัดระวังไม่ให้มีควันบุหรี่ลอยเข้ามาในบ้าน 3) เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ลักษณะคำตอบเป็นการเลือกตอบใช่ (1 คะแนน) ไม่ใช่ (2 คะแนน)

2.5 แบบสอบถามความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ มั่นใจมากที่สุด (5 คะแนน) มั่นใจมาก (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่มั่นใจเล็กน้อย (2 คะแนน) ไม่มั่นใจมากที่สุด (1 คะแนน) คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 15-75 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ที่ปรึกษามูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และที่ปรึกษาเครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทยฯ อาจารย์ประจำ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และอาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ โดยชุดการเรียนรู้เพื่อเลิกบุหรี่ แบบประเมินครอบครัวปลอดบุหรี่ และแบบสอบถามความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .67-1.00 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไข ดำเนินการทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนอย่างน้อย 30 ราย แล้วนำแบบสอบถามความเชื่อมั่นในตนเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยวิธี Cronbach’s alpha coefficient มีค่าเท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

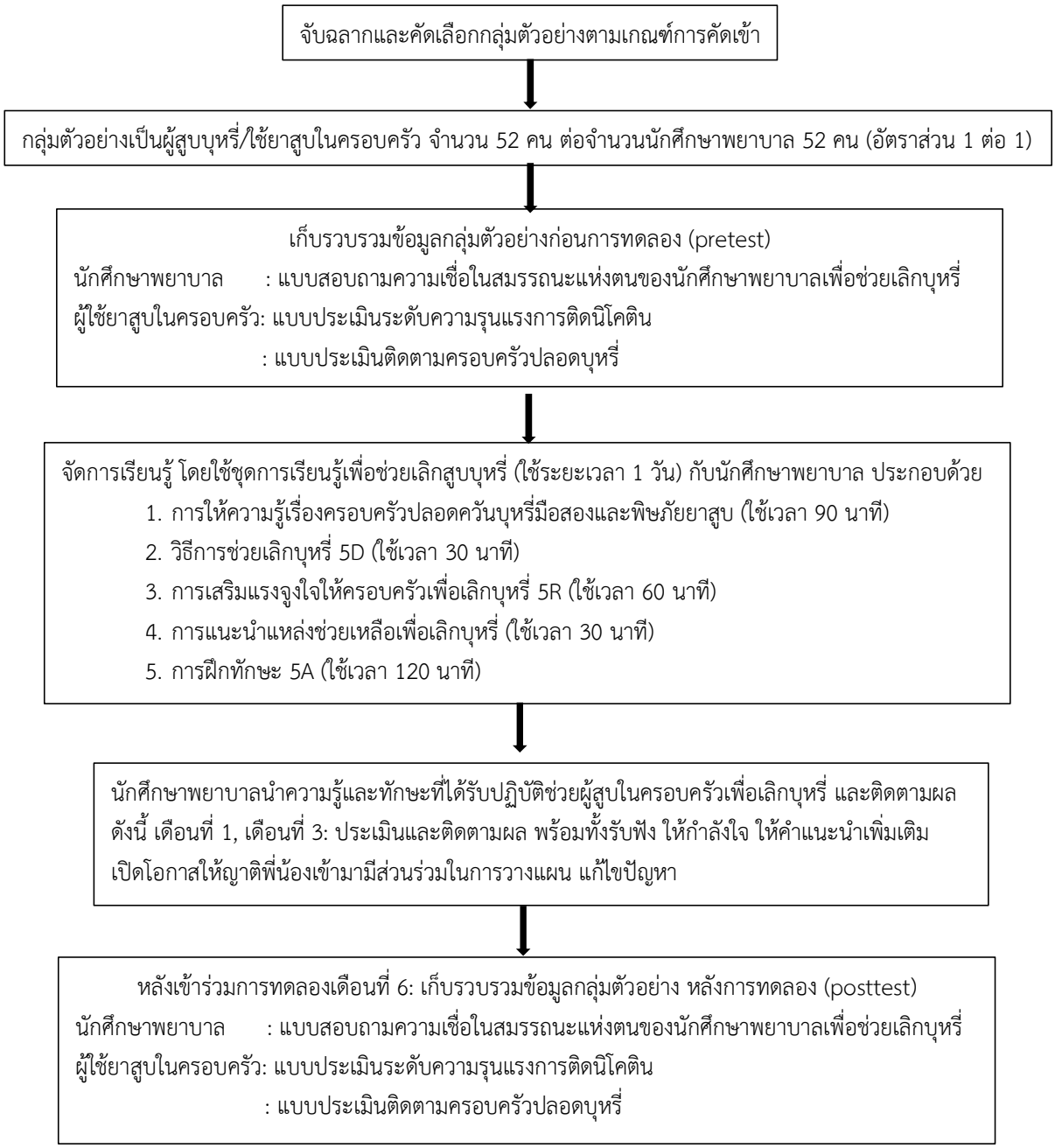
โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา หมายเลข COA.1-026/2023 ลงวันที่ 20 เมษายน 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย สิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2

แสดงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล



การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล และผู้สูบบุหรี่ในครอบครัว ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ

2. เปรียบเทียบการเป็นครอบครัวปลอดบุหรี่ จากจำนวนการมีกฎงดสูบบุหรี่ในครอบครัว การติดสัญลักษณ์ครอบครัวปลอดบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ได้นานต่อเนื่อง 6 เดือน ก่อนทดลอง หลังทดลองที่ระยะ 6 เดือน โดยใช้สถิติพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ

3. ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ ด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 50 จึงทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล ด้วยสถิติการทดสอบ Shapiro-Wilk (Ghasemi & Zahediasl, 2012) ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรระดับการติดนิโคติน และสมรรถนะแห่งตนเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p >.05) จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรในแต่ละกลุ่มมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ paired t-test

4. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ระดับการติดนิโคติน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ระหว่างก่อนทดลอง และหลังทดลองที่ระยะ 6 เดือน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลที่มีครอบครัวใช้ยาสูบประเภทหนึ่งประเภทใด ได้แก่ บุหรี่มวนเอง บุหรี่โรงงาน หรือบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 52 คน/ครอบครัว ผู้สูบบุหรี่/ใช้ยาสูบ ในครอบครัว จำนวน 52 คน (อัตราส่วน 1 ต่อ 1)

นักศึกษาพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 98.10 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-21 ปี กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.40 คนในครอบครัวที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นญาติ ได้แก่ พี่ ป้า ลุง น้า เป็น คิดเป็นร้อยละ 75.00 สำหรับข้อมูลผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 86.50 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.53 จบการศึกษาในชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 40.40 มีอาชีพ รับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.30 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 21.20 โดยเป็นกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.55 ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้บุหรี่มวนโรงงาน คิดเป็นร้อยละ 75.00 มีการสูบบุหรี่บริเวณหน้าบ้านและขอบรั้วบ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.50 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 78.80 ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 51.90

2. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของการเป็นครอบครัวปลอดบุหรี่ ก่อนและหลังทดลอง

ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมชุดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่ พบว่า หลังการทดลอง พบว่าทุกครอบครัวมีการออกกฎงดสูบบุหรี่ในครอบครัว มีการติดสัญลักษณ์ครอบครัวปลอดบุหรี่ และสามารถเลิกบุหรี่ได้ใน 6 เดือน (คิดเป็นร้อยละ 9.6) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งนี้ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างไม่มีการออกกฎงดสูบบุหรี่ในครอบครัวและการติดสัญลักษณ์ครอบครัวปลอดบุหรี่ และไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ 0) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

แสดงการเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละการมีกฎงดสูบบุหรี่ในครอบครัว การติดสัญลักษณ์ครอบครัวปลอดบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ได้นานต่อเนื่อง 6 เดือน ก่อนและหลังทดลอง

การส่งเสริมครอบครัวปลอดบุหรี่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีกฎงดสูบบุหรี่ในครอบครัว	0	0	52	100.00
ติดสัญลักษณ์ครอบครัวปลอดบุหรี่	0	0	52	100.00
เลิกบุหรี่ได้ใน 6 เดือน	0	0	5	9.6

3. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละพฤติกรรมการสูบบุหรี่ผู้สูบบุหรี่ โดยประเมินจากระดับการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังทดลอง

ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมชุดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่ พบว่า หลังการทดลอง พบว่าครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ดีขึ้น โดยพบว่าส่วนใหญ่ไม่ติดนิโคตินและติดนิโคตินในระดับต่ำ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 32.69 รองลงมา มีการติดนิโคตินในระดับปานกลาง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 17.30 ขณะที่ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ติดนิโคติน จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 30.76 รองลงมา มีการติดนิโคตินในระดับต่ำ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 และติดนิโคตินระดับปานกลาง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 21.20 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

แสดงจำนวนและร้อยละการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังทดลอง (n= 52)

ระดับ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
การติดนิโคติน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ติดนิโคติน (0-2 คะแนน)	16	30.76	17	32.69
ติดนิโคตินในระดับต่ำ (3-4 คะแนน)	13	25.00	17	32.69
ติดนิโคตินในระดับปานกลาง (5 คะแนน)	11	21.20	9	17.30
ติดนิโคตินระดับสูง (6-7 คะแนน)	6	11.52	5	9.62
ติดนิโคตินระดับสูงมาก (8-10 คะแนน)	6	11.52	4	7.70
ค่าเฉลี่ย	4.08		2.42	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.59		2.21	

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ผู้สูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวนักศึกษาพยาบาล พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ผู้สูบบุหรี่ โดยประเมินจากคะแนนเฉลี่ยระดับการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวนักศึกษาพยาบาล หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยระดับการติดนิโคติน

(Fagerstrom's test for nicotine dependence) (*M* = 3.59, *SD* = 2.21) ต่ำกว่า ก่อนทดลอง (*M*= 4.08, *SD* = 2.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p* < .05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ผู้สูบบุหรี่ ของผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังทดลอง

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ระดับนิโคติน)	*M*	*SD*	*t*	*df*	*p*-value
ก่อนทดลอง	4.08	2.42	-3.776	51	.000*
หลังทดลอง	3.59	2.21			

p< .05

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ก่อนและหลังทดลอง

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนเพื่อช่วยให้คนในครอบครัวเลิกบุหรี่ หลังการทดลอง (*M* = 63.57, *SD* = 8.58) สูงกว่าก่อนการทดลอง (*M* = 22.19, *SD* = 2.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (*p* < .05) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ก่อนและหลังทดลอง

ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่	*M*	*SD*	*t*	*df*	*p*-value
ก่อนทดลอง	22.19	2.64	53.403	51	.000*
หลังทดลอง	63.57	8.58			

p< .05

อภิปรายผล

ผลการเปรียบเทียบการเป็นครอบครัวปลอดบุหรี่ ก่อนและหลังทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างไม่มีการออกกฎงดสูบบุหรี่ในครอบครัวและการติดสัญลักษณ์ครอบครัวปลอดบุหรี่ และไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ หลังการทดลอง พบว่า ทุกครอบครัวมีการออกกฎงดสูบบุหรี่ในครอบครัว มีการติดสัญลักษณ์ครอบครัวปลอดบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 100 สามารถอภิปรายได้ว่า สืบเนื่องจากการที่นักศึกษาพยาบาลได้รับการจัดการเรียนรู้เรื่อง ครอบครัวปลอดควันบุหรี่มือสองและพิษภัยยาสูบ และนำความรู้สู่สมาชิกในครอบครัวและผู้สูบบุหรี่ในครอบครัว เพื่อสมาชิกในครอบครัวได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่และพิษภัยควันบุหรี่มือสอง ได้แก่ เป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด (CDC, 2024; WHO, 2018) รวมถึงสาเหตุของการเกิดมะเร็ง (National Cancer Institute, 2018) ทำให้สมาชิกใน

ครอบครัวเกิดความตระหนักถึงพิษภัยบุหรี่ที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งผู้สูบ และผู้ได้รับควันบุหรี่ ประกอบกับการที่นักศึกษาพยาบาลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรง เปรียบเสมือนการนำสมาชิกในครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับความรู้ทางสุขภาพ เกิดการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการส่งเสริมบ้านปลอดบุหรี่ (พีรยา สุธีรางกูร และทัศนีย์ รวิวรกุล, 2565) จึงทำให้เกิดการออกกฎงดสูบบุหรี่ในครอบครัวและการติดสัญลักษณ์ครอบครัวปลอดบุหรี่ในทุกครอบครัว

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยประเมินจากระดับการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยระดับการติดนิโคติน (M = 3.59, SD = 2.21) ต่ำกว่าก่อนทดลอง (M= 4.08, SD = 2.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อาจเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลได้ให้ผู้สูบในครอบครัวมีบทบาทร่วมในการเลิกบุหรี่ ตั้งแต่การรับรู้ผลเสียของควันบุหรี่ต่อตนเอง และครอบครัว จนเกิดการออกกฎงดสูบบุหรี่ในครอบครัวและการติดสัญลักษณ์ครอบครัวปลอดบุหรี่ ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนภูมิทัศน์ สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ที่มักจะสูบบุหรี่เป็นประจำ (พีรยา สุธีรางกูร และทัศนีย์ รวิวรกุล, 2565) ส่งผลให้การสูบมีความยุ่งยากขึ้น การให้ผู้สูบร่วมประเมินระดับการติดนิโคตินของตนเอง ทำให้ทราบข้อมูลของระดับการติดบุหรี่ และนักศึกษาพยาบาลได้นำความรู้และเทคนิค 5A5R5D ที่ได้รับจากการอบรมชุดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ มาใช้กับคนในครอบครัวที่สูบบุหรี่เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ซึ่งเทคนิคดังกล่าวจะมีวิธีการประเมิน วิธีการช่วยเหลือ เสริมแรงจูงใจ การประเมินติดตามผล ทำให้ผู้สูบเกิดความพยายามในการเลิกบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมเลิกบุหรี่ของประชาชน พบว่า ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการติดนิโคตินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เตือนใจ หล้าอ่อน และศิริพร พัฒนาราช, 2561) และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการช่วยเลิกบุหรี่ ด้วยเทคนิค 5A5R5D โดยนักศึกษาพยาบาลต่อความรุนแรงของการติดบุหรี่ และความตั้งใจเลิกบุหรี่ (จารุวรรณ ศุภศรี และไพจิตร พุทธรอด, 2567) พบว่าหลังการช่วยเลิกบุหรี่ด้วยเทคนิค 5A5R5D โดยนักศึกษาพยาบาล ในวันที่ 7, 28 และ 84 ผู้สูบบุหรี่มีความรุนแรงของการติดบุหรี่ต่ำกว่าก่อนการช่วยเลิกบุหรี่ด้วยเทคนิค 5A5R5D อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้พบว่ามีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้นาน 6 เดือนเพียงร้อยละ 9.6 (5 คน) ซึ่งค่อนข้างน้อย โดยนักศึกษาพยาบาลได้ให้ข้อมูลถึงอุปสรรคในการใช้เทคนิค 5A5R5D ในเรื่องการประเมินผลทำได้ยาก ด้วยนักศึกษาพยาบาลกับครอบครัวอยู่คนละพื้นที่ ทำให้การติดตามประเมินผล การให้กำลังใจ หรือการควบคุม กำกับติดตามครอบครัวนั้น เป็นเรื่องที่ค่อนข้างลำบาก จากเวลาที่ไม่เหมาะสมตรงกัน จึงเกิดความไม่ต่อเนื่องในการช่วยคนในครอบครัวเลิกบุหรี่ ทำให้ผลสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวของนักศึกษามีน้อย ซึ่งการติดตามหลังจากลด ละ เลิกบุหรี่มีความสำคัญมาก เพราะนิโคตินจัดเป็นสารเสพติด เมื่อลดเลิกบุหรี่ระดับของนิโคตินจะลดลง เกิดอาการขาดนิโคติน เช่น กระวนกระวาย หงุดหงิด ขาดสมาธิ เป็นต้น ทำให้ผู้สูบหันกลับไปสูบเพื่อระงับอาการ ดังเช่นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับร่วมกับการใช้โทรศัพท์ติดตามผลการเลิกบุหรี่ของพนักงานอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์หลังคา จังหวัดสระบุรี พบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ที่เลิกบุหรี่ จะกลับไปสูบในวันที่ 3 หลังหยุดสูบ (ศรัณย์พิชญ์ ปาประลิต และคณะ, 2559) ดังนั้นการติดตามประเมินผล การสนับสนุนให้กำลังใจ จากสมาชิกในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ จึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยเลิกบุหรี่

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังการทดลอง นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนเพื่อช่วยให้คนในครอบครัวเลิกบุหรี่ (M = 63.57, SD = 8.58) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 22.19, SD = 2.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากชุดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพิษภัยจากการสูบบุหรี่ และการที่ครอบครัวได้รับควันบุหรี่มือสองภายในบ้าน การแนะนำแนวทางในการช่วยเลิกบุหรี่ ตามหลักการ 5A5R5D และมีการบูรณาการสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ในการจัดการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลช่วยผู้สูบเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง ด้วยการจัดประสบการณ์ให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิค 5A ในช่วงการอบรม และให้นักศึกษานำความรู้เรื่องครอบครัวปลอดควันบุหรี่มือสองและพิษภัยยาสูบรวมทั้งเทคนิคการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ สู่การปฏิบัติจริงกับผู้สูบบุหรี่ในครอบครัว 2) การดูตัวอย่างการปฏิบัติที่สำเร็จจากผู้อื่น ผ่านกิจกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ ตามหลัก 5D โดยใช้กรณีศึกษาของพยาบาลในการช่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ และให้ผู้เรียนวิเคราะห์เชื่อมหลักการ 5D 3) การชักจูงด้วยคำพูด ผ่านกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และแนวทางช่วยการเลิกบุหรี่ และ 4) การกระตุ้นอารมณ์ทางบวก ด้วยการชื่นชม และชมเชย ในสิ่งที่นักศึกษาปฏิบัติได้ เพื่อให้นักศึกษามีความภูมิใจในตนเอง ซึ่งรูปแบบการจัดการเรียนรู้ดังกล่าวทำให้นักศึกษาเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองมากขึ้น ส่งผลให้เขามีแรงจูงใจ มีความพยายามในการช่วยเหลือผู้สูบเลิกสูบให้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ หรือการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ที่ใช้ทฤษฎีแบนดูราเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนในหลายงานวิจัย ที่พบว่า หลังทดลองผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สมบูรณ์ ขอสกุล, 2564; นริสา วงศ์พนารักษ์ และอภิญญา วงศ์พิริยโยธา, 2565) สอดคล้องกับการวิจัย ผลของกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการช่วยเลิกบุหรี่ (ธิดารัตน์ คณึงเพียร และคณะ, 2565) ซึ่งพัฒนากิจกรรมโดยใช้แนวคิดของแบนดูรา พบว่า ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการช่วยเลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการช่วยเลิกบุหรี่ และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

จากผลการวิจัยในครั้งนี้สรุปได้ว่า ชุดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ส่งผลให้เกิดครอบครัวปลอดบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในครอบครัวดีขึ้น และความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถาบันการศึกษาการพยาบาล นำ ชุดการเรียนรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ไปสอดแทรกและบูรณาการกับการเรียนการสอนทุกสาขาวิชา เพื่อพัฒนาการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน นักศึกษาพยาบาลในการช่วยเลิกบุหรี่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาชุดการเรียนรู้เพื่อเลิกบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่โดยตรง โดยใช้หลักการ 5A5R5D และการสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ในการจัดการเรียนรู้ และเพิ่มการประเมินผลลัพธ์อื่นที่สะท้อนประสิทธิภาพของชุดการเรียนรู้ เช่น ภาวะสุขภาพของผู้สูบ เป็นต้น

2. ศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง เพื่อยืนยันประสิทธิผลชุดการเรียนรู้เพื่อเลิกบุหรี่และการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาล ดีกว่าแบบไม่ใช้ชุดการเรียนรู้หรือการเรียนรู้ด้วยวิธีอื่น

3. ควรมีการศึกษา ติดตามผลความคงทนของความรู้ และความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาล เพื่อศึกษาความยั่งยืนของชุดการเรียนรู้เพื่อเลิกบุหรี่เมื่อเวลาผ่านไป และค้นหาช่วงเวลาที่เหมาะสมในการกระตุ้นซ้ำ เพื่อให้ความรู้ และความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่มีการคงทนอยู่ต่อไป และนำไปใช้ช่วยผู้สูบเลิกสูบทั้งในสถานบริการพยาบาล หรือในชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนโดย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เอกสารอ้างอิง

จารุวรรณ ศุภศรี, และไพจิตร พุทธรอด. (2567). ผลของการช่วยเลิกบุหรี่ด้วยเทคนิค 5A5R5D โดยนักศึกษาพยาบาลต่อความรุนแรงของการติดบุหรี่และความตั้งใจเลิกบุหรี่. *วารสารพยาบาล*, *73*(1), 10-18.

เตือนใจ หล้าอ่อน, และศิริพร พัฒนาราช. (2561). ผลของโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของประชาชน ตำบลหนองกุงธนสาร อำเภอเวียง จังหวัดขอนแก่น: กรณีศึกษาหมู่ 4 ตำบลหนองกุงธนสาร อำเภอเวียง จังหวัดขอนแก่น. ใน ผ่องศรี ศรีมรกต (บ.ก.), *รวมเล่มรายงานวิจัย Routine to research พยาบาลไทยกับการควบคุมยาสูบ* (น. 123-132). อัพทรูยู.

ธิดารัตน์ คณึงเพียร, กรวรรณ ผมทอง, อรนุช ประดับทอง, และนิสากร เห็มชนาน, (2565). ผลของกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการช่วยเลิกบุหรี่. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 30*(3), 73-83.

นริสา วงศ์พนารักษ์, และอภิญญา วงศ์พิริยโยธา. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับนิสิตพยาบาลต่อความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, *49*(2), 139-152.

พีรยา สุธีรางกูร. (2565). *สรุปผลสำรวจพฤติกรรมการใช้ยาสูบในครอบครัวของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต.* [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย.

พีรยา สุธีรางกูร, และทัศนีย์ รวิวรกุล. (2565). *คู่มือปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบ้านปลอดบุหรี่*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2563). *คู่มือเลิกบุหรี่...คุณทำได้.* (พิมพ์ครั้งที่ 6). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

ศรัณยพิชญ์ ปาประลิต, สุรินธร กลัมพากร, และจุฑาธิป ศีลบุตร. (2559). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับร่วมกับการใช้โทรศัพท์ติดตามผลการเลิกบุหรี่ ของพนักงานอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์หลังคา จังหวัดสระบุรี. *วารสารพยาบาล*, *65*(1), 28-38.

สมบูรณ์ ขอสกุล. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นชายในสถานศึกษาระดับอุดมศึกษา. *วารสารวิชาการ สถาบันวิทยาการแห่งแปซิฟิค สาขามนุษยศาสตร์และ*

สังคมศาสตร์, *7*(3), 161-173.

สาธกา พิมพ์รุณ, ฤดี ปุงบางกะดี่, ยุพา จิ๋วพัฒนกุล, และธิราวรรณ เชื้อตาเล็ง. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อควบคุมยาสูบของพยาบาลวิชาชีพที่เคยเป็นแกนนำของชมรมนักศึกษาพยาบาลสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *22*(1), 216-225.

สุปาณี เสนาดิสัย, กรองจิต วาทีสาธกกิจ, และสุรินธร กลัมพากร (บ.ก.). (2555). *การบูรณาการเนื้อหาการควบคุมบริโภคยาสูบเข้าสู่หลักสูตรการศึกษาพยาบาลระบบปกติ: บทเรียนจากสถาบันนำร่อง.* อัพทรูยู ครีเอทนิว.

สุปาณี เสนาดิสัย, และสุรินธร กลัมพากร. (2563). *บุหรี่กับสุขภาพ: พยาบาลและการควบคุมการบริโภคยาสูบ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.

Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Tobacco-Related Motality.* https://archive.cdc.gov/www_cdc_gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/tobacco_related_mortality/index.htm

Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, *10*(2), 486–489. https://doi.org/10.5812/ijem.3505

Kleier, J. A., Mites-Campbell, M., & Henson-Evertz, K. (2017). Children's exposure to secondhand smoke, parental nicotine dependence, and motivation to quit smoking. *Pediatric Nursing*, *43*(1), 35-39.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, *30*(3), 607-610. https://doi.org/10.1177/001316447003000308

Kumar, R., & Prasad, R. (2014). Smoking cessation: An update*. The Indian Journal of Chest Diseases & Allied Sciences, 56*(3), 161-169.

Mak, Y. W., Loke, A. Y., & Wong, F. K. Y. (2018). Nursing intervention practices for smoking cessation: A large survey in Hong Kong. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(5), 1046. https://doi.org/10.3390/ijerph15051046

National Cancer Institute. (2018, December 4). *Secondhand Smoke and Cancer.* https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/tobacco/second-hand-smoke-fact-sheet

Phetphum, C., & Noosorn, N. (2020). Prevalence of secondhand smoke exposure at home and associated factors among middle school students in Northern Thailand. *Tobacco Induced Diseases, 18*, 11. https://doi.org/10.18332/tid/117733

Suteerangkul, P., Lagampan, S., Auemaneekul, N., & Kalampakorn, S. (2019). Thai community perspectives on suburban smoke-free homes: Qualitative findings from a mixed method study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *23*(2), 106-117.

Suteerangkul, P., Lagampan, S., Kalampakorn, S., & Auemaneekul, N. (2021). The effects of community participation program on smoke-free homes in a suburban community of Thailand. *Tobacco Induced Diseases*, *19*, 35. https://doi.org/10.18332/tid/133876

World Health Organization. (2025, June 25). *Tobacco: Key facts*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco

ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงาน ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้

สุวิดา โชติสุวรรณ, พย.บ.[*]
ศศิธร ลายเมฆ, ปร.ด.[**]
ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา, ปร.ด.[***]

Received: March 15, 2025
Revised: December 1, 2025
Accepted: December 5, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงาน และภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้ จำนวน 120 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดพฤติกรรมเชิงจริยธรรม แบบวัดบรรยากาศทางจริยธรรม และแบบวัดภาวะผู้นำเชิงจริยธรรม ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ได้ค่า 0.91, 1.00 และ 0.98 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่า 0.95, 0.96 และ 0.98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับดี (M = 4.13, SD = 0.25) โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือการซื่อสัตย์ (M = 4.20, SD = 0.43) ขณะที่บรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงานอยู่ในระดับสูง (M = 4.07, SD = 0.28) และภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง (M = 4.11, SD = 0.23) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า บรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมในระดับต่ำมากอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.10, p=.23) ขณะที่ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.18, p=.04) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้กำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมให้หัวหน้าหอผู้ป่วยควรเป็นแบบอย่างด้านจริยธรรมในการบริหารและการทำงานร่วมกับทีม สนับสนุนการอบรมด้านจริยธรรมเพื่อเสริมสร้างทักษะและสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: บรรยากาศทางจริยธรรม ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรม พฤติกรรมเชิงจริยธรรม

[*]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: suwida2015.c@gmail.com
[**] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
[***] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

The Relationships between the Ethical Climate in the Workplace, the Ethical Leadership of Head nurses, and the Ethical Behaviors of Professional Nurses in Southern Tertiary Hospitals

Suwida Chotsuwan, B.N.S.[*]
Sasithorn Laimek, Ph.D.[**]
Pratyanan Thiangchanya, Ph.D.[***]

Abstract

This correlational research aimed to examine the relationships between the ethical climate in the workplace, the ethical leadership of head nurses, and the ethical behaviors of professional nurses in southern tertiary hospitals. The sample group consisted of 120 professional nurses from a tertiary hospital in Southern Thailand, selected through multi-stage sampling. Data collection took place between September and November 2024. The research instruments used were a general information questionnaire, an ethical behavior scale, an ethical climate scale, and an ethical leadership scale. Content validity was assessed, yielding values of 0.91, 1.00, and 0.98, respectively. The reliability of the questionnaires was assessed, yielding values of 0.95, 0.96, and 0.98, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation coefficients.

The findings revealed that the ethical behaviors of the nurses were at a good level (M = 4.13, SD = 0.25), with the highest score in honesty (M = 4.20, SD = 0.43). The workplace ethical climate was at a high level (M = 4.07, SD = 0.28), and the ethical leadership of the head nurses was at a high level (M = 4.11, SD = 0.23). The workplace ethical climate had a very low positive relationship but was not statistically significant with ethical behaviors (r=.10, p=.23), while the ethical leadership of the head nurses showed a very low positive relationship with ethical behavior (r=.18, p=.04). The findings of this study can be used to develop policies that encourage nurse managers to serve as ethical role models in leadership and team collaboration. Additionally, it highlights the importance of supporting ethics training programs to enhance skills and foster a sustainable organizational culture.

Keywords: Ethical climate, Ethical leadership, Ethical behaviors

[*] Advanced Professional Nurse, Chumphon Khet Udomsak Hospital; Corresponding Author E-mail: suwida2015.c@gmail.com
[**] Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University
[***] Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันมีความซับซ้อนและความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการและผลลัพธ์ของผู้ป่วย เช่น ภาวะวิกฤต ระยะเวลาการรักษาที่ยืดเยื้อ ความพิการ หรือการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน นอกจากนี้เทคโนโลยีสุขภาพที่พัฒนาอย่างรวดเร็วและการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความคาดหวังต่อบุคลากรทางสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ความคาดหวังเหล่านี้ไม่ได้จำกัดเฉพาะผลการรักษา แต่ครอบคลุมถึงคุณภาพของการบริการ ความเอาใจใส่ ความคาดหวังที่เพิ่มขึ้นจากผู้รับบริการจึงกลายเป็นแรงกดดันต่อพยาบาล ซึ่งอาจทำให้ต้องเผชิญกับภาวะขัดแย้งทางจริยธรรมในการตัดสินใจและปฏิบัติงาน สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาด้านจริยธรรมในระบบบริการสุขภาพที่ทวีความซับซ้อนมากขึ้นตามไปด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการร้องเรียนที่เผยแพร่ผ่านสื่อสังคม ซึ่งสามารถแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว และกระทบทั้งต่อผู้ปฏิบัติงานและภาพลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาล (วีณา จีระแพทย์ และคณะ, 2563) ปัญหาดังกล่าวยังส่งผลต่อชื่อเสียงขององค์กร รวมถึงความน่าเชื่อถือและการยอมรับในวิชาชีพพยาบาล (มณี อาภานันทิกุล และคณะ, 2557) นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านจริยธรรมของพยาบาล เช่น การขาดความรู้และทักษะด้านจริยธรรม การมีทัศนคติที่ไม่เหมาะสม รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่ไม่สนับสนุนการปฏิบัติด้านจริยธรรม (รัตนา ทองแจ่ม, 2564) ซึ่งส่งผลให้คุณค่าทางจริยธรรมของพยาบาลไม่ตรงกับความคาดหวังของสังคม (กนกวรรณ ฉันธนะมงคล, 2562) บรรยากาศทางจริยธรรมซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมภายในองค์กรที่สะท้อนถึงค่านิยม มาตรฐาน และแนวทางในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับความถูกต้องดีงาม ซึ่งถูกส่งผ่านทั้งในระดับนโยบาย การบริหารจัดการ และพฤติกรรมของบุคลากรในองค์กร จึงเป็นปัจจัยสำคัญ เพราะองค์กรที่มีบรรยากาศทางจริยธรรมที่ดี บุคลากรจะมีพฤติกรรมจริยธรรมที่เหมาะสม สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ (จุฑามาศ ทวีไพบูลย์วงษ์, 2554) ผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมมีบทบาทสำคัญในการเป็นแบบอย่างและกระตุ้นให้บุคลากรแสดงพฤติกรรมเชิงจริยธรรม (Mostafa, 2018) โดยเฉพาะหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะของผู้นำทางจริยธรรม สามารถสร้างแรงบันดาลใจให้กับพยาบาลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปตามมาตรฐานจริยธรรม (กลีบแก้ว สองเมือง และคณะ, 2565) นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและการมีส่วนร่วม ทำให้เกิดการพัฒนาทั้งในระดับบุคคลและองค์กร (El-Gazar & Zoromba, 2021) ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (เสาวนีย์ วงษ์พัชรวรากูล และคณะ, 2561)

การส่งเสริมบรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงานและภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างและพัฒนาพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับจริยธรรมการพยาบาลควบคู่กับทักษะการปฏิบัติงาน เพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยแก่ทั้งผู้ป่วยและพยาบาล รวมถึงสร้างความพึงพอใจในบริการ (ดุจดาว พูลติ้ม และคณะ, 2559) การส่งเสริมพฤติกรรมเชิงจริยธรรมในพยาบาลช่วยสร้างความเชื่อมั่นและความปลอดภัยในระบบการพยาบาล การสนับสนุนให้พยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรมและส่งเสริมให้พยาบาลเป็นแบบอย่างที่ดีด้านจริยธรรมจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (มณี อาภานันทิกุล และคณะ, 2556) จะเห็นได้ว่า บรรยากาศทางจริยธรรมในองค์กรและภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาล ซึ่งช่วยให้สามารถพัฒนาและรักษามาตรฐานทางจริยธรรมของวิชาชีพได้อย่างยั่งยืน (Borhani et al., 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศทางจริยธรรมกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรม และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรม พบได้ใน

หลากหลายสาขา แต่เป็นการศึกษาในบริบทต่างประเทศ (Mostafa, 2018; El-Gazar & Zoromba, 2021) ซึ่งมีโครงสร้างองค์กร วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างจากประเทศไทย ถึงแม้จะเริ่มมีงานวิจัยในบริบทของไทยบ้างแล้ว แต่ยังคงมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะในเขตภาคใต้ของประเทศไทย ที่มีลักษณะเฉพาะทั้งด้านวัฒนธรรม สังคม และโครงสร้างประชากร ซึ่งอาจส่งผลต่อบริบทการดำเนินงานของบุคลากรพยาบาล โดยเฉพาะภาคใต้ ที่มีโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีจำนวนทั้งหมด 21 แห่ง และถือเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับสูงที่รองรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและซับซ้อนจากหลายจังหวัด พยาบาลเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ต้องเผชิญกับปัญหาด้านจริยธรรมตลอดเวลาและมากกว่าบุคลากรกลุ่มอื่น ๆ ในโรงพยาบาล ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงาน ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ นำไปสู่แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงจริยธรรมอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทการทำงานจริงของพยาบาลในระดับตติยภูมิ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้
2. เพื่อศึกษาระดับบรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงานโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้
3. เพื่อศึกษาระดับภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมในที่ทำงานกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิในภาคใต้
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิในภาคใต้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ กรอบแนวคิดการวิจัยถูกกำหนดขึ้นเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงาน และภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำแนวคิดที่เหมาะสมมาประยุกต์ใช้ในการสร้างกรอบแนวคิดดังนี้

บรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่สะท้อนถึงค่านิยมและบรรทัดฐานทางจริยธรรมในองค์กร ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยอ้างอิงแนวคิดของ Victor และ Cullen (1988) ร่วมกับ Olson (1995) แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในองค์กรของพยาบาลกับบุคคลอื่น กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ กฎระเบียบข้อบังคับ การยึดมั่นผลประโยชน์ขององค์กร และหลักจริยธรรมส่วนบุคคล บรรยากาศทางจริยธรรมที่ดีและเอื้อต่อจริยธรรมจะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติตนตามมาตรฐานจริยธรรมอย่างเหมาะสม

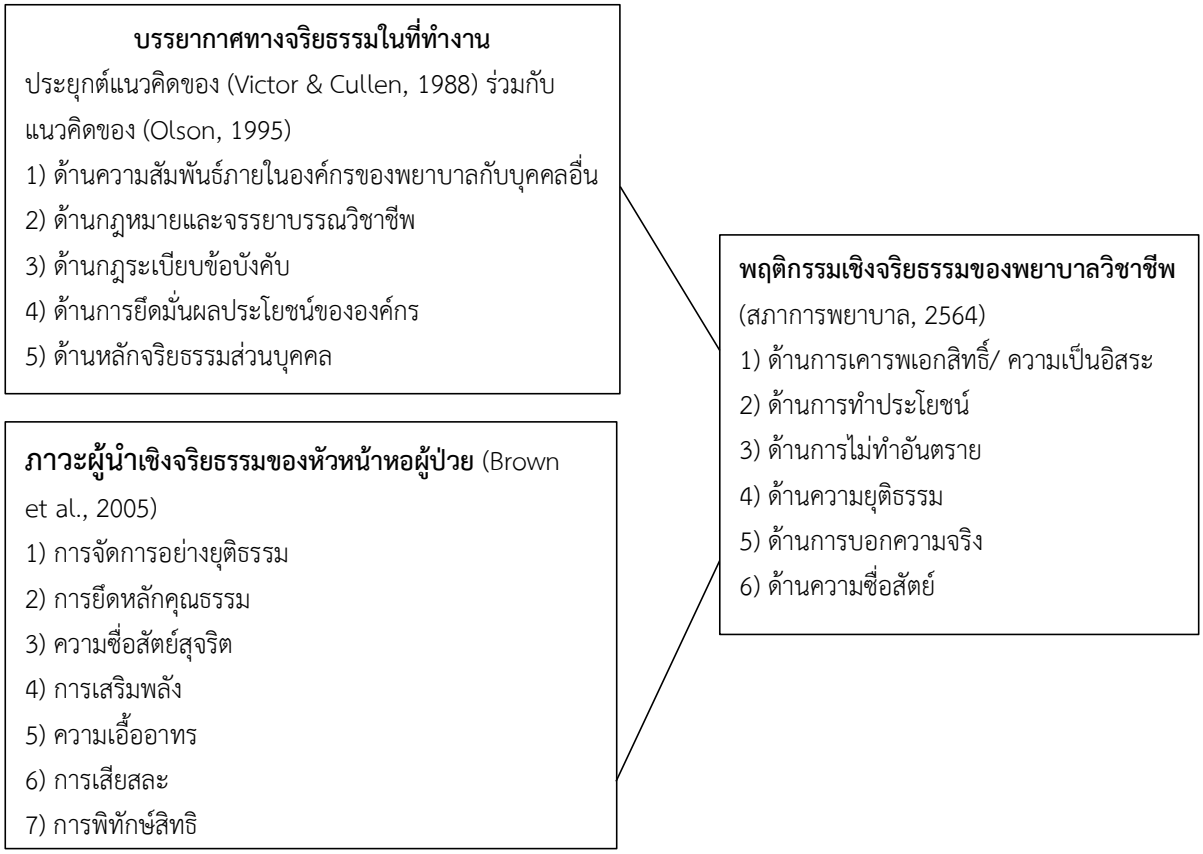
ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาล เนื่องจากหัวหน้าที่มีคุณธรรมจะสามารถสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ยุติธรรม ซื่อสัตย์ และเอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรมที่ถูกต้องตามหลักจริยธรรม โดยผู้วิจัยอ้างอิงแนวคิดของ Brown et al. (2005) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งองค์ประกอบออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ การจัดการอย่างยุติธรรม การยึดหลักคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต การเสริมพลัง ความเอื้ออาทร การเสียสละ และการพิทักษ์สิทธิ

พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ เป็นตัวแปรตามที่สะท้อนถึงการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับมาตรฐานจริยธรรมของวิชาชีพ โดยอ้างอิงองค์ประกอบพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพตามสภาการพยาบาล (2562) ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเคารพเอกสิทธิ์/ความเป็นอิสระ การทำประโยชน์ การไม่ทำอันตราย ความยุติธรรม การบอกความจริง และความซื่อสัตย์ พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลจะได้รับอิทธิพลจากทั้งบรรยากาศทางจริยธรรมและภาวะผู้นำเชิงจริยธรรม

ดังนั้น กรอบแนวคิดการวิจัยนี้สรุปได้ว่า บรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงาน และภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นตัวแปรต้นที่คาดว่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเหล่านี้จะช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมเชิงจริยธรรมในองค์กรพยาบาลและสามารถนำไปพัฒนาการบริหารจัดการและฝึกอบรมบุคลากรให้เหมาะสมต่อไป

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (correlational research) เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้ ตั้งแต่เดือนกันยายน 2567- เดือนพฤศจิกายน 2567 โดยมีรายละเอียดของวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้ โดยศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิทั่วไปขนาดใหญ่ จำนวน 15 โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลพังงา โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลพัทลุง โรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลสตูล

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้ โดยเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi stage sampling) จำนวน 120 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

- เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้ 2) มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานปัจจุบัน 3) ปฏิบัติงานร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยคนปัจจุบันเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี

- เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) 1) ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย 2) มีการเจ็บป่วยรุนแรง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% มีความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ระดับปานกลาง (medium traditional effect size) เท่ากับ 0.3 จำนวน 120 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi stage sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามเขตบริการสุขภาพเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 โรงพยาบาลที่อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 11 ได้แก่ จังหวัดภูเก็ต จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดพังงา จังหวัดกระบี่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดระนอง และจังหวัดชุมพร กลุ่มที่ 2 ได้แก่ โรงพยาบาลที่อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 12 ได้แก่ จังหวัดตรัง จังหวัดยะลา จังหวัดสงขลา จังหวัดนราธิวาส จังหวัดปัตตานี จังหวัดพัทลุง และจังหวัดสตูล

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกโรงพยาบาลในแต่ละกลุ่มด้วยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) แบบไม่คืนที่ กลุ่มละ 3 โรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 จำนวน 60 คน และกลุ่มที่ 2 จำนวน 60 คน โดยกำหนดโรงพยาบาลละ 20 คน

ขั้นตอนที่ 4 เลือกกลุ่มตัวอย่างภายในโรงพยาบาลด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานอยู่ในหอผู้ป่วยตามลักษณะงาน คือ หอผู้ป่วยใน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก งานห้องคลอด งานห้องผ่าตัด และงานผู้ป่วยหนัก โดยสุ่มตามสัดส่วนประชากรของแต่ละงาน แบบไม่คืนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด หน่วยงานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับจริยธรรม จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ใช้แบบประเมินพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาล ที่สร้างตามหลักจริยธรรมวิชาชีพ 6 หลักของสภาการพยาบาล ประกอบด้วย การเคารพในความเป็นเอกสิทธิ การทำประโยชน์ การไม่ทำอันตราย ความยุติธรรม การบอกความเป็นจริง และความซื่อสัตย์ (สภาการพยาบาล, 2564) จำนวน 23 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ 2 หมายถึงแสดงออกนาน ๆ ครั้ง 3 หมายถึง แสดงออกเป็นบางครั้ง 4 หมายถึง แสดงออกบ่อยครั้ง และ 5 หมายถึง แสดงออกทุกครั้ง การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของสรชัย พิศาลบุตร (2555) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00- 1.80 หมายถึง อยู่ในระดับควรปรับปรุง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.61 -3.40 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 4.21- 5.00 หมายถึง อยู่ในระดับดีมาก

ส่วนที่ 3 แบบวัดบรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงาน สร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดวิกเตอร์และคูแลนด์ (Victor & Cullen, 1988) ร่วมกับแนวคิดของออลสัน (Olson, 1995) มีองค์ประกอบ 5 ด้าน ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ภายในองค์กรของพยาบาลกับบุคคลอื่น กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ กฎระเบียบข้อบังคับ การยึดมั่นผลประโยชน์ขององค์กร และหลักจริยธรรมส่วนบุคคล จำนวน 23 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ โดย 1 หมายถึง ตรงตามความเป็นจริงน้อยที่สุด 2 หมายถึง ตรงตามความเป็นจริงน้อย 3 หมายถึง ตรงตามความเป็นจริงปานกลาง 4 หมายถึง ตรงตามความเป็นจริงมาก และ 5 หมายถึง ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยบรรยากาศทางจริยธรรมของพยาบาล โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของสรชัย พิศาลบุตร (2555) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง อยู่ในระดับควรปรับปรุง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.61- 3.40 หมายถึงอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง อยู่ในระดับดีมาก

ส่วนที่ 4 แบบวัดภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมผู้วิจัยได้ปรับมาจากแบบประเมินผู้นำเชิงจริยธรรมของวลัยนารี พรมลา (2561) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของบราวด์และคณะ (Brown et al., 2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะผู้นำเชิงจริยธรรม ประกอบด้วย 7 ด้าน ประกอบด้วย การจัดการอย่างยุติธรรม การยึดหลักคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต การเสริมพลัง ความเอื้ออาทร การเสียสละ และการพิทักษ์สิทธิ จำนวน 27 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง ตรงกับการรับรู้น้อยที่สุด 2 หมายถึง ตรงกับการรับรู้น้อย 3 หมายถึง ตรงกับการรับรู้ปานกลาง 4 หมายถึง ตรงกับการรับรู้มาก และ 5 หมายถึง ตรงกับการรับรู้มากที่สุด การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะผู้นำเชิงจริยธรรม โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของสรชัย พิศาลบุตร (2555) ดังนี้โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง อยู่ในระดับต่ำมาก คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง อยู่ในระดับสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัย 1 คน 2) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านบริหารการพยาบาล 1 คน และ 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านงานจริยธรรม 1 คน ได้ค่าความตรงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 ได้ค่าเท่ากับ 0.91, 1.00 และ 0.98 ตามลำดับ และนำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรง (CVI) ได้ค่าความตรงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 ได้ค่าเท่ากับ 0.95, 0.96 และ 0.98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการภายจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ PSU IRB 2024-St-Nur-033 (Internal) รับรองวันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2567 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ยื่นขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

2. ทำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขใน 6 โรงพยาบาลที่สุ่มได้ โดยแนบสำเนาถึงหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อขอความอนุเคราะห์รายชื่อผู้ช่วยวิจัย ขอจำนวนและรายชื่อพยาบาลวิชาชีพแต่ละหน่วยงาน โดยสรรหาบุคลากรทางการพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยหรือมีความเข้าใจในกระบวนการทำวิจัยในแต่ละโรงพยาบาล

4. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานกับผู้ช่วยวิจัยของกลุ่มการพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลทางโทรศัพท์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ให้ผู้ประสานงานวิจัยเข้าใจอย่างชัดเจน เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม และการเก็บรวบรวมแบบสอบถามส่งคืน

ขั้นดำเนินการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถาม หนังสือชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ถึงกลุ่มการพยาบาลพร้อมซองเปล่าติดแสตมป์ โดยส่งทางไปรษณีย์ ประสานให้ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างพร้อมนัดหมายการเก็บแบบสอบถามกลับคืนหลังแจกแบบสอบถาม 2 สัปดาห์

2. หลังแจกแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับคืนทางไปรษณีย์ทั้งหมด 120 ชุด คิดเป็น 100% มาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกฉบับ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ระดับบรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงาน และระดับภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้

โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงาน ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าข้อมูลมีลักษณะเป็นเชิงเส้น ตัวแปรเป็นข้อมูลเชิงต่อเนื่อง การแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบปกติ และข้อมูลมีความเป็นอิสระต่อกัน ซึ่งสอดคล้องกับข้อกำหนดเบื้องต้นในการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้จำนวน 120 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 98.3 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 26-41 ปี ร้อยละ 56.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 71.7 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 52.5 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 99.2 ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน ร้อยละ 59.2 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน 5-7 ปี ร้อยละ 25 และประวัติการเข้าร่วมประชุม สัมมนา ร้อยละ 67.5

2. ระดับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิในภาคใต้ พบว่าระดับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับดี (M = 4.13, SD = 0.25) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพฤติกรรมเชิงจริยธรรมอยู่ในระดับดีทุกด้าน โดยด้านความซื่อสัตย์เป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (M = 4.20, SD = 0.43) รองลงมา ได้แก่ ด้านการไม่ทำอันตราย (M = 4.18, SD = 0.66) ด้านความยุติธรรม (M = 4.18, SD = 0.46) ตามด้วยด้านการบอกความจริง (M = 4.14, SD = 0.48) ด้านการทำประโยชน์ (M = 4.05, SD = 0.46) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านการเคารพเอกสิทธิ์/ความเป็นอิสระ (M = 4.03, SD = 0.41) (ตาราง 1)

ตาราง 1

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวม และรายด้าน (n=120)

ระดับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ	*M*	*SD*	ระดับ
ความซื่อสัตย์	4.20	0.43	ดี
การไม่ทำอันตราย	4.18	0.66	ดี
ความยุติธรรม	4.18	0.46	ดี
การบอกความจริง	4.14	0.48	ดี
การทำประโยชน์	4.05	0.46	ดี
การเคารพเอกสิทธิ์/ ความเป็นอิสระ	4.03	0.41	ดี
รวม	**4.13**	**0.25**	**ดี**

3. ระดับบรรยากาศจริยธรรมในที่ทำงานโรงพยาบาลตติยภูมิในภาคใต้ พบว่าระดับบรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับดี (*M* = 4.07, *SD* = 0.28) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าบรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงานอยู่ในระดับดีทุกด้าน โดยด้านกฎระเบียบข้อบังคับเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (*M* = 4.17, *SD* = 0.52) รองลงมาคือด้านกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ (*M* = 4.11, *SD* = 0.41) ตามด้วยด้านหลักจริยธรรมส่วนบุคคล (*M* = 4.10, *SD* = 0.52) ด้านการยึดมั่นผลประโยชน์ขององค์กร (*M* = 4.06, SD = 0.50) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านความสัมพันธ์ภายในองค์กรของพยาบาลกับบุคคลอื่น (*M* = 3.90, *SD* = 0.35) (ตาราง 2)

ตาราง 2

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับบรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงานโดยรวม และรายด้าน (n=120)

บรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงาน	*M*	*SD*	ระดับ
กฎระเบียบข้อบังคับ	4.17	0.52	ดี
กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ	4.11	0.41	ดี
หลักจริยธรรมส่วนบุคคล	4.10	0.52	ดี
การยึดมั่นผลประโยชน์ขององค์กร	4.06	0.50	ดี
ความสัมพันธ์ภายในองค์กรของพยาบาลกับบุคคลอื่น	3.90	0.35	ดี
โดยรวม	**4.07**	**0.28**	**ดี**

4. ระดับภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลตติยภูมิในภาคใต้ พบว่าระดับภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (*M* = 4.11, *SD* = 0.23) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงมากคือด้านการเสียสละเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (*M* = 4.30, SD = 0.41) ด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับสูงทุกด้าน ได้แก่ ด้านการพิทักษ์สิทธิ (*M* = 4.14, *SD* = 0.39) รองลงมาคือด้านความซื่อสัตย์สุจริต (*M* = 4.13, *SD* = 0.41) และด้านการเสริมพลัง (*M* = 4.13, *SD* = 0.34) ด้านยึดหลักคุณธรรม (*M* = 4.11, *SD* = 0.45) ด้านความเอื้ออาทร (*M* = 4.11, *SD* = 0.42) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านการจัดการอย่างยุติธรรม (*M* = 3.87, *SD* = 0.42) (ตาราง 3)

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวม และรายด้าน (n=120)

ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย	*M*	*S.D.*	ระดับ
การเสียสละ	4.30	0.41	สูงมาก
การพิทักษ์สิทธิ	4.14	0.39	สูง
ความซื่อสัตย์สุจริต	4.13	0.41	สูง
การเสริมพลัง	4.13	0.34	สูง
ยึดหลักคุณธรรม	4.11	0.45	สูง
ความเอื้ออาทร	4.11	0.42	สูง
การจัดการอย่างยุติธรรม	3.87	0.42	สูง
โดยรวม	**4.11**	**0.23**	**สูง**

5. ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมในที่ทำงานกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิในภาคใต้ พบว่า บรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้ ในระดับต่ำมาก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .10, *p*= .23) (ตาราง 4)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิในภาคใต้ พบว่าภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมในที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้ในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.18, *p*=.04) (ตาราง 4)

ตาราง 4

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างบรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงาน ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ (n=120)

ตัวแปร	พฤติกรรมเชิงจริยธรรม	*p*-value	ระดับความสัมพันธ์
บรรยากาศจริยธรรม	.10	.23	ต่ำมาก
ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรม	.18	.04*	ต่ำมาก

*$p<.05$

อภิปรายผล

พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับดี (*M* = 4.13, *SD* = 0.25) สะท้อนถึงการตระหนักรู้ในการปฏิบัติงานตามหลักจริยธรรมและการยึดมั่นในมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ เกิดจากการที่องค์กรพยาบาลให้ความสำคัญกับจริยธรรมในองค์กรตามที่สภาการพยาบาลกำหนด มีการกำหนดนโยบายให้การพัฒนาระบบและกลไกจริยธรรมเป็นภารกิจสำคัญขององค์กร (สภาการพยาบาล, 2558) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของดุจดาว พูลติ้ม และคณะ (2559) ที่พบว่าพยาบาลมีพฤติกรรมจริยธรรมในระดับสูง โดยเฉพาะด้านความซื่อสัตย์ การเคารพสิทธิผู้ป่วย และการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลในระดับดีถึงดีมาก (ถนอม จันทกุล, 2546) โดยเฉพาะในการให้ความเอาใจใส่และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องให้พฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในระดับสูง ได้แก่ อายุและประสบการณ์การทำงาน งานวิจัยนี้พยาบาลในกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 32.4 ปี และประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 8.23 ปี ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่พยาบาลได้เรียนรู้และปรับตัวต่อบทบาทการพยาบาลที่ซับซ้อน นอกจากนี้การสนับสนุนจากองค์กร เช่น การอบรมและการประชุมเกี่ยวกับจริยธรรมมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรม โดย 67.5% ของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการอบรม ส่วนด้านการเคารพเอกสิทธิ์และความเป็นอิสระของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (*M* = 4.03, *SD* = 0.41) อาจเกิดจากการทำงานภายใต้ภาวะความเครียดหรือภาระงานที่หนัก มีความเร่งรีบไม่สามารถให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการทำความเข้าใจหรือการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

บรรยากาศจริยธรรมในที่ทำงานของโรงพยาบาลตติยภูมิในภาคใต้ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับดี (*M* = 4.07, *SD* = 0.28) แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นการปฏิบัติงานอย่างมีจริยธรรมที่พยาบาลสามารถรับรู้ได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของจริยา สายวารี และคณะ (2560) ซึ่งพบว่าพยาบาลรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในระดับสูง โดยเฉพาะในด้าน

ความซื่อสัตย์และการบอกความจริง และสอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร ติคำ และคณะ (2565) ที่พบว่า บรรยากาศจริยธรรมในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพและเป็นจริยธรรม เมื่อพิจารณารายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านกฎระเบียบข้อบังคับ (*M* = 4.17, *SD* = 0.52) สะท้อนถึงการปฏิบัติงานภายใต้กรอบของการยึดมั่นในมาตรฐานจริยธรรม แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติตามนโยบายขององค์กรที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด แสดงถึงการตระหนักในความสำคัญของกฎระเบียบในระดับทั้งบุคคลและองค์กร ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านความสัมพันธ์ภายในองค์กรของพยาบาลกับบุคคลอื่น (*M* = 3.90, *SD* = 0.35) แสดงถึงบทบาทสำคัญของบรรยากาศจริยธรรมในที่ทำงาน โดยเฉพาะการรับฟังปัญหาของพยาบาลจากแพทย์ ซึ่งเป็นข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในด้านนี้ อาจเกิดจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ถือเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีขนาด 300-1,200 เตียง มีกลุ่มบุคลากรที่หลากหลาย การสร้างความสัมพันธ์ภายในองค์กรจึงอาจทำได้ไม่ทั่วถึงส่งผลให้พยาบาลรับรู้ว่าความสัมพันธ์ภายในองค์กรมีคะแนนเฉลี่ยน้อยได้ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของเอลซาเยด และคณะ (Elsayed et al., 2020) ที่พบว่าความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลและแพทย์จะมีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการทำงานร่วมกัน และทำให้เกิดการให้บริการที่มีคุณภาพและมีจริยธรรมสูง

ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (*M* = 4.11, *SD* = 0.23) อาจเป็นเพราะในปัจจุบัน ในระบบกระทรวงสาธารณสุขจะมีการเตรียมความพร้อมพยาบาลวิชาชีพที่จะก้าวไปในระดับบริหารโดยการอบรมฝึกฝนทักษะ และสมรรถนะการบริหารการพยาบาลในหลักสูตรผู้บริหารระดับต้น (ศิริมา ลีละวงศ์, 2560) ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงเป็นผู้ที่มีคุณธรรม จริยธรรม และประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุคลากร มีความรู้ความเข้าใจในหลักคุณธรรม ทำให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของกลีบแก้ว สองเมือง และคณะ (2565) ที่ศึกษาภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์พบว่าอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านการเสียสละ มีค่าเฉลี่ยในระดับสูงมาก (*M* = 4.30, *SD* = 0.41) ซึ่งการเสียสละเป็นค่านิยมในวิชาชีพพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างทุ่มเท สอดคล้องกับงานวิจัยของ Borhani (2021) พบว่า ผู้นำที่มีคุณธรรมสูงและแสดงพฤติกรรมการเสียสละมักกระตุ้นให้พยาบาลปฏิบัติงานด้วยความทุ่มเท ด้านการจัดการอย่างยุติธรรมมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (*M* = 3.87, *SD* = 0.42) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากหรือซับซ้อน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต พยาบาลต้องตัดสินใจในสถานการณ์ที่มีความเครียดความต้องการในการตัดสินใจที่เร็วและมีความสำคัญสูง อาจทำให้พยาบาลไม่สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม ซึ่งอาจทำให้เกิดความรู้สึกถึงความไม่เป็นธรรมต่อผู้ป่วยหรือเพื่อนร่วมงาน (Ulrich et al., 2010)

ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงานกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ (r= .10, *p*= .23) บรรยากาศทางจริยธรรมในที่ทำงานอาจยังไม่ใช่ปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลในบริบทการวิจัยนี้ อาจเป็นไปได้ว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้ เช่น ค่านิยมส่วนบุคคลและแรงจูงใจภายใน พยาบาลที่มีค่านิยมยึดมั่นในคุณธรรมและจริยธรรมอย่างเข้มแข็ง มักแสดงพฤติกรรมเชิงจริยธรรมมากกว่า ไม่ว่าจะอยู่ในสภาพแวดล้อมแบบใด (Numminen et al., 2017) โดยพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของค่านิยมทางจริยธรรมที่อยู่ในตัวพยาบาลเอง ความปรารถนาของพยาบาลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมทางจริยธรรมได้รับอิทธิพลจากทัศนคติและความเชื่อของพยาบาลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งในบางกรณีพฤติกรรมทางจริยธรรม

อาจไม่เกี่ยวข้องกับบรรยากาศทางจริยธรรม พยาบาลจะแสดงพฤติกรรมที่มีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรม โดยอ้างอิงจากจรรยาบรรณที่มีอยู่ ความเชื่อทางศีลธรรม รวมถึงวัฒนธรรมและค่านิยมในสังคมที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่ง และมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ควบคุมพฤติกรรมทางวิชาชีพของพยาบาล เช่น สิทธิของผู้ป่วย ความต้องการที่มีการแข่งขันสูง การใช้เทคโนโลยีที่มีราคาแพง ต้นทุนในการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้น รวมถึงค่านิยมทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญของผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Borhani (2021) ที่พบว่าบรรยากาศจริยธรรมในโรงพยาบาลมีผลต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาล แม้จะไม่พบความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการศึกษาของกลิ่นแก้ว สองเมือง และคณะ (2565) พบว่า ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าพยาบาล (ethical leadership) มีผลต่อพฤติกรรมเชิงบวกของพยาบาล เช่น การทำงานเกินหน้าที่เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย และการสนับสนุนเพื่อนร่วมงาน ซึ่งสอดคล้องกับมิติที่พยาบาลสนใจในงานวิจัยครั้งนี้ คือ การทำหน้าที่แทนเพื่อปกป้องผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิในภาคใต้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .18$, $p = .04$) อธิบายได้ว่าภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมยังคงมีบทบาทสำคัญในองค์กรด้านการพยาบาล แม้ระดับความสัมพันธ์ที่พบจะอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมทางจริยธรรมของของพยาบาลอาจไม่ได้ถูกกำหนดโดยปัจจัยจากหัวหน้าหรือผู้บังคับบัญชาเพียงอย่างเดียว ที่จะกำหนดพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาล และอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ด้วยที่มีผลต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรม การมีภาวะผู้นำที่ดีและมีคุณธรรมอาจส่งผลต่อการสร้างแบบอย่างและการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีในองค์กร (Mostafa, 2018) นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาปัจจัยด้านนโยบายต่าง ๆ เช่น การมีนโยบายจริยธรรมที่ชัดเจนและการบังคับใช้กฎเกณฑ์ในองค์กรมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมที่มีจริยธรรม (Loe et al., 2000) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกลีบแก้ว สองเมือง (2565) ที่พบว่าการรับรู้ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีของพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลต่อความพึงพอใจในการทำงานและบรรยากาศการทำงานในองค์กร

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยควรเป็นแบบอย่างที่ดีด้านจริยธรรมแก่พยาบาลวิชาชีพ ทั้งในการบริหารจัดการ การตัดสินใจที่ยึดหลักคุณธรรม และการปฏิบัติงานร่วมกับทีมอย่างมีจริยธรรม เพื่อส่งเสริมบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อพฤติกรรมที่เหมาะสมตามหลักจริยธรรมวิชาชีพ

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนการจัดอบรมด้านจริยธรรมสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและทักษะในการปฏิบัติงานตามหลักจริยธรรม เพื่อสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ยึดมั่นในจริยธรรมอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มอำนาจทางสถิติ ลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล และเพิ่มความแม่นยำของผลการวิเคราะห์ และพิจารณาการศึกษาพยาบาลจากโรงพยาบาลระดับอื่น เช่น โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลเอกชน เพื่อให้ผลการวิจัยมีความหลากหลาย ครอบคลุมบริบทที่แตกต่าง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนานโยบายหรือแนวปฏิบัติด้านจริยธรรมในวิชาชีพการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรม เช่น วัฒนธรรมองค์กร ความพึงพอใจในงาน หรือการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน

3. เก็บข้อมูลเชิงลึกจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อเข้าใจมุมมองและปัจจัยที่ซับซ้อนเกี่ยวกับจริยธรรมในที่ทำงาน

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ ฉันธนะมงคล. (2562). *จริยธรรมทางการพยาบาล*. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กลีบแก้ว สองเมือง, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, และอภิรดี นันท์ศุภวัฒน์. (2565). ภาวะผู้นำเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, *49*(3), 352–363.

จริยา สายวารี, ภมร แช่มรักษา, ประสบสุข อินทรักษา, และนิตยา ไกรวงศ์. (2560). บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 9*(2), 52–64.

จุฑามาศ ทวีไพบูลย์วงษ์. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้บรรยากาศจริยธรรมในการทำงานและบทบาทของการจัดการทรัพยากรมนุษย์ที่มุ่งส่งเสริมจริยธรรมของพนักงาน. ใน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, *เรื่องเต็มการประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 49: สาขาเศรษฐศาสตร์และบริหารธุรกิจ.* (น. 10-18). เปเปอร์เมท (ประเทศไทย). https://kukr.lib.ku.ac.th/kukr_es/index.php?/SRC/search_detail/result/12845

ดุจดาว พูลติ้ม, ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ, นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์, และพัชราพร เกิดมงคล. (2559). พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 2*(1), 1-13.

ถนอม จันทกุล. (2546). พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลจากประสบการณ์ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล, 18*(1), 16-29.

นภาพร ติคำ, บุญพิชชา จิตต์ภักดี, และสมใจ ศิรกมล. (2565). บรรยากาศจริยธรรมตามการรับรู้ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 40*(1), 54-63.

มณี อาภานันทิกุล. วรรณภา ประไพพานิช, สุปาณี เสนาดิสัย, และพิศสมัย อรทัย. (2557). จริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลไทยตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล, 29*(2), 5-20.

มณี อาภานันทิกุล, สุปาณี เสนาดิสัย, พิศมัย อรทัย, และวรรณา ประไพพานิช. (2556). *จริยธรรมในวิชาชีพพยาบาล: รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์*. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม.

รัตนา ทองแจ่ม. (2564). *การพัฒนาพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ.* [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

วลัยนารี พรมลา. (2561). การวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของภาวะผู้นำจริยธรรมของหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล. *วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, *4*(2), 158-170.

วีณา จีระแพทย์, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2563). ปัจจัยที่ทำให้เกิดคำร้องเรียนการประพฤติผิดจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติหน้าที่ตามความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ภายในและระหว่างมิติต่าง ๆ. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 12*(2), 488-497.

ศิริมา ลีละวงศ์. (2560). *แนวทางการวางแผนสืบทอดตำแหน่ง สายงานพยาบาลวิชาชีพตามหลักธรรมาภิบาล.* สื่อตะวัน.

สภาการพยาบาล. (2562). *คู่มือส่งเสริมจริยธรรมสำหรับองค์การพยาบาล : กลไกและการปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สภาการพยาบาล.

สภาการพยาบาล. (2564). *คู่มือส่งเสริมจริยธรรมสำหรับองค์การพยาบาล : กลไกและการปฏิบัติ.* สภาการพยาบาล.

สภาการพยาบาล. (2558). *คู่มือจริยธรรมสำหรับองค์การพยาบาล: กลไกและการปฏิบัติ*. สภาการพยาบาล.

สรชัย พิศาลบุตร. (2555). *การทำวิจัยในชั้นเรียน เรียนรู้กันได้ใน 5 ชั่วโมง (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. วิทยพัฒน์.

เสาวนีย์ วงษ์พัชรวรากูล, ศิวะนันท์ ศิวพิทักษ์, โสภณ แย้มกลิ่น, นิติ มุขยวงศา, และพิมญาดา ภางาม. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพกับประสิทธิผลการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจุฬาภรณ์. *วารสารสุทธิปริทัศน์*, *33*(105), 76-89.

Borhani, F., Abbaszadeh, A., Bahrampour, A., Ameri, G. F., & Aryaeenezhad, A. (2021). Investigating the relationship between the ethical atmosphere of the hospital and the ethical behavior of Iranian nurses. *Journal of Education and Health Promotion*, *10*(1), 193. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_891_20

Brown, M. E., Treviño, L. K., & Harrison, D. A. (2005). Ethical leadership: A social learning perspective for construct development and testing. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 97*(2), 117–134. https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2005.03.002

El-Gazar, H. E., & Zoromba, M. A. (2021). Ethical Leadership, Flourishing, and Extra-Role Behavior Among Nurses. *SAGE Open Nursing*, *7*, 23779608211062669. https://doi.org/10.1177/23779608211062669

Elsayed, B. K. M., Awad, N. H. A., & Bialy, G. G. E. (2020). The relationship between nurses' perception of ethical leadership and anti-social behavior through ethical climate as a mediating factor. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing. 7*(2), 471-484. https://www.noveltyjournals.com/upload/paper/paperpdf-1595325334.pdf

Loe, T. W., Ferrell, L., & Mansfield, P. M. (2000). A review of empirical studies assessing ethical decision making in business. *Journal of Business Ethics, 25*(3), 185-204. https://doi.org/10.1023/A:1006083612239

Mostafa, A. M. S. (2018). Ethical leadership and organizational citizenship behaviours: The moderating role of organizational identification. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *27*(4), 441–449. https://doi.org/10.1080/1359432X.2018.1470088

Numminen, O., Leino-Kilpi, H., Isoaho, H., & Meretoja, R. (2015). Ethical climate and nurse competence - newly graduated nurses' perceptions. *Nursing Ethics*, *22*(8), 845–859. https://doi.org/10.1177/0969733014557137

Olson, L. (1995). Ethical climate in health care organizations. *International Nursing Review*, *42*(3), 85–90.

Ulrich, C. M., Hamric, A. B., & Grady, C. (2010). Moral distress: A growing problem in the health professions?. *The Hastings Center report*, *40*(1), 20–22. https://doi.org/10.1353/hcr.0.0222

Victor, B., & Cullen, J. B. (1988). The organizational bases of ethical work climates. *Administrative Science Quarterly, 33*(1), 101-125. https://doi.org/10.2307/2392857

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพในครอบครัว กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช*

อำไพ โพธิ์คำ, พย.บ.*
มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์, Ph.D. **
โสภิณ แสงอ่อน, Ph.D.***

Received: April 1, 2025
Revised: November 29, 2025
Accepted: December 5, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 212 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 5 แบบประเมิน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย แบบสอบถามการรับรู้ตราบาป หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .95, .94 และ .73 ตามลำดับ และแบบสัมภาษณ์ทางคลินิกชนิดมีโครงสร้างอย่างย่อ ชุดภาวะฆ่าตัวตาย หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีแบ่งครึ่งแบบทดสอบ เท่ากับ .70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_{pb} = .14, p < .05) ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .57, p < .05; r_s = .34, p < .05 ตามลำดับ) อายุและสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = -.34, p < .05; r_s = -.40, p < .05 ตามลำดับ) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

คำสำคัญ: ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป สัมพันธภาพในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเวช

---

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

* นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล;
ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: malatee.run@mahidol.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

The Relationships among Gender, Age, Depression, Perceived Stigma, and Family Relationship with Suicide Risk in Psychiatric Patients*

Ampai Pokum, B.N.S.[*]
Malatee Rungruangsiripan, Ph.D.[**]
Sopin Sangon, Ph.D.[***]

Abstract

This descriptive correlational study examined relationships among gender, age, depression, perceived stigma, and family relationship with suicide risk in patients with psychiatric problems. The participants were 212 patients who visited the psychiatric outpatient unit of a psychiatric hospital in Northeast Thailand and met the inclusion criteria. Data were collected by interview using five questionnaires, including socio-demographic questionnaires, Family Relationships Questionnaire, Thai Depression Inventory, The Perceived Stigma Questionnaire. The reliability of questionnaires measured by Cronbach's alpha statistics values of .95, .94, and .73, respectively. And Mini International Neuropsychiatric Interview Module C. Suicidality using the split-half coefficient yielding values of .70. Descriptive statistics, Point-biserial correlation, and Spearman's rank-order correlation were used for data analysis.

Results showed that female was positively and significantly related to suicide risk (r_{pb} = .14, p < .05). Depression and perceived stigma had a positively significant relationship to suicide risk (r_s = .57, p < .05; r_s = .34, p < .05, respectively). Age and family relationship had a negatively significant relationship to suicide risk (r_s = -.34, p< .05; r_s = -.40, p < .05, respectively). The results of this study can be used as a basic information for the development of planning prevention and protocols for helping psychiatric patients with suicidal problems.

Keywords: Suicide risk, Depression, Perceived stigma, Family relationship, Psychiatric patients

---

*Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

[*] Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

[**] Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; Corresponding Author E-mail: malatee.run@mahidol.ac.th

[***] Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งเกิดขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก จากรายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลก พบว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั่วโลกมากกว่า 7 แสนคน (World Health Organization, 2025) สำหรับสถานการณ์การฆ่าตัวตายของประเทศไทย จากรายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรทั่วไปในปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 7.38, 7.75 และ 7.94 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และมีรายงานการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 24.2 (กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข, 2562) จากการศึกษาของ Nkporbu et al. (2023) พบว่าความผิดปกติทางจิตมีส่วนและเป็นสาเหตุหลักของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชกว่าร้อยละ 80 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในหรือหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป (Listabarth et al., 2020) จากอุบัติการณ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่าการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญและมีอุบัติการณ์ในการเกิดมากกว่าประชากรทั่วไป

การฆ่าตัวตายก่อให้เกิดผลกระทบด้านต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนทั่วไป และมีโอกาสเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จในภายหลังสูงถึงร้อยละ 10 (กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ส่วนผลกระทบด้านร่างกาย ทำให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ ทุพพลภาพ โดยผลกระทบที่รุนแรงที่สุดคือการเสียชีวิต (อรพิน ยอดกลาง และมธุรส ทิพยมงคลกุล, 2563) สำหรับผลกระทบต่อครอบครัว ญาติ และบุคคลใกล้ชิด พบว่าการเสียชีวิตของผู้ฆ่าตัวตายหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตายของคนในครอบครัวส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความสะเทือนใจ เกิดความเครียดหลังจากเหตุการณ์ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Spillane et al., 2018) ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การฆ่าตัวตายส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ในการดูแลรักษาและเยียวยา ซึ่งถือว่าเป็นภาระทางเศรษฐกิจของประเทศ ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการรายงานค่าใช้จ่ายการดูแลบุคคลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 58.4 พันล้านดอลลาร์ ซึ่งคิดเป็นเงินไทยมากกว่า 2 ล้านบาทต่อปี (Shepard et al., 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทตั้งแต่อายุยังน้อย การใช้สารเสพติดหรือการใช้สุราแบบติด (Balhara & Verma, 2012) ความร่วมมือในการรักษาที่ไม่ดี (Carlborg et al., 2010) ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกสิ้นหวัง (Marco et al., 2016; Scoliers et al., 2009) การรับรู้ตราบาป ประสบการณ์การถูกแบ่งแยกกีดกันทางสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาปภายในตนเอง (Oexle et al., 2018) ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Sinclair et al., 2004) ความรู้สึกสิ้นหวังในผู้ป่วยจิตเวช (Sinclair et al., 2004) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี (สุกัญญา เมืองมาคำ และคณะ, 2563) การสนับสนุนทางสังคมที่ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง และการมีความแข็งแกร่งในชีวิต (อนุกูล หุ่นงาม และคณะ, 2566)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่พบว่าผลการวิจัยยังไม่ชัดเจน ได้แก่ เพศ (Balhara & Verma, 2012; Lester & Walker, 2006) อายุ (Balhara & Verma, 2012; Valenstein et al., 2009) สถานภาพสมรส (กันตพัฒน์ ราชไชยา และมุทิตา พนาสถิตย์, 2566; Balhara & Verma, 2012) และการว่างงานหรือไม่มีงานทำ (Balhara & Verma, 2012)

การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในบริบทของต่างประเทศ การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในบริบทสังคมไทยยังมีค่อนข้างจำกัด และผลการศึกษาที่ผ่านมายังมีความไม่ชัดเจน การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือในการป้องกันความเสี่ยง เฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

สมมติฐานการวิจัย

เพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

เพศ (gender) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศชาย (Yeh et al, 2019) อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วพบว่า เพศชายมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง (Hansson et al., 2018)

อายุ (age) การศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มโรคต่าง ๆ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี พบอัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 36-60 ปี (Qin, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pan et al. (2021) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุในช่วง 25-34 ปี มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงที่สุดเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าช่วงอายุ 20-30 ปี มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (กันตพัฒน์ ราชไชยา และมุทิตา พนาสถิตย์, 2566)

ภาวะซึมเศร้า (depression) การศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เมื่อผู้ป่วยจิตเวชมีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไร้ค่า เศร้าหมอง และมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายสูง (Wang et al., 2020) ซึ่งบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามากจึงมีโอกาสหรือแนวโน้มที่จะนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ (Sheehan et al., 1998)

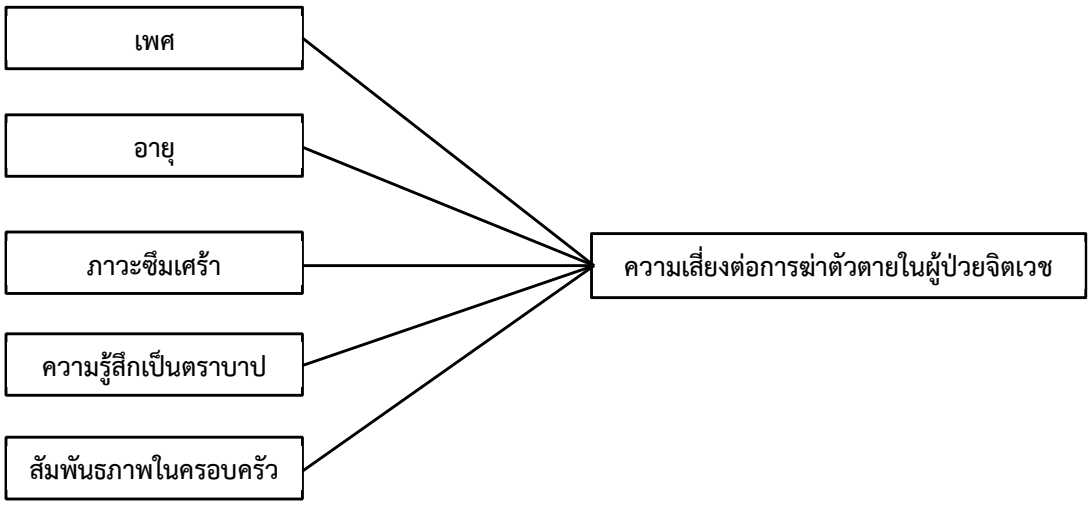
ความรู้สึกเป็นตราบาป (perceived stigma) เป็นผลที่เกิดจากกระบวนการทางสังคมที่บุคคลรับรู้ว่าไม่เป็นที่ยอมรับ อันเนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตเวชทำให้มีความแตกต่างจากคนทั่วไป ถูกแบ่งแยกกีดกันจากความมีอคติของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วย โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านการถูกตีตรา (stigma) และ 2) ด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน (discrimination) (Wahl, 1999) การศึกษาของ Wang et al. (2023) พบว่าการรับรู้ตราบาปมีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.060, p<.001)

สัมพันธภาพในครอบครัว (family relationship) แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของฟรายด์แมน (Friedman, 1982) และมอร์โร และวิลสัน (Morrow & Wilson, 1961) ได้กล่าวถึงสัมพันธภาพในครอบครัวว่าเป็นการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยมีสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวปฏิบัติต่อกันตามบทบาทหน้าที่ของตนเองเพื่อให้ความเป็นครอบครัวนั้นสามารถดำรงอยู่ได้ ผู้ป่วยที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติและทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ก็จะส่งผลให้มีอารมณ์ที่มั่นคง มีสุขภาพจิตที่ดี ทำให้สามารถปรับตัวได้ดีเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือความเครียด ลดภาวะวิกฤติในชีวิตได้ แต่ถ้าสมาชิกในครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ปฏิบัติต่อกันไม่เหมาะสมแล้ว ส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ก่อให้เกิดปัญหาในการปรับตัวทางอารมณ์และเกิดความเครียดได้ง่าย จึงไม่สามารถเผชิญกับอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิต เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ และมีความรู้สึกซึมเศร้าจนนำไปสู่การคิดทำร้ายตนเอง และพยายามฆ่าตัวตาย (สุกัญญา เมืองมาคำ และคณะ, 2563)

อาจกล่าวได้ว่า เพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพในครอบครัว น่าจะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (population) คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 98,227 คน

กลุ่มตัวอย่าง (sample) คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18-60 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวชตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรค ตามหลักของ ICD-10 หรือ DSM-V หรือ DSM-IV-TR 3) มีอาการทางจิตสงบ สามารถสนทนาโต้ตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการหูแว่วประสาทหลอนที่รุนแรง ประเมินโดยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) โดย

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน ถือว่าอาการทางจิตสงบ และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ 4) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางสมองและสติปัญญา 5) ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 6) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ และ 7) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนาม และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือถอนตัวจากงานวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ power analysis ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of the test) เท่ากับ .80 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .2 ซึ่งได้จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา (สุกัญญา เมืองมาคำ และคณะ, 2563; Oexle et al., 2018) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์ (correlation) คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 193 ราย เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์หรือการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้อีกร้อยละ 10 คิดเป็นจำนวน 19 ราย ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 212 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale) ที่พัฒนาจากแนวคิด Overall & Gorham (1962) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2544) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ โดยแบ่งระดับความรุนแรงของอาการเป็น 1-7 คะแนน (1 หมายถึง ไม่มีอาการจนถึง 7 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก) ให้คะแนนโดยพิจารณาจากการสังเกตอาการของผู้ป่วยและการรายงานจากตัวผู้ป่วยเอง คะแนนรวมทั้ง 18 ข้อ มีค่าตั้งแต่ 18-126 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรงมาก กลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน ถือว่าอาการทางจิตสงบ จะสามารถเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ยาที่ได้รับ การบำบัดรักษาที่ได้รับ อายุที่เริ่มเจ็บป่วยทางจิตเวช ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการฆ่าตัวตายที่ผ่านมา และวิธีการที่เคยใช้ในการฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ทางคลินิกชนิดมีโครงสร้างอย่างย่อ ชุดภาวะฆ่าตัวตาย ฉบับภาษาไทย (Mini International Neuropsychiatric Interview Module C. Suicidality) พัฒนาขึ้นโดย Sheehan et al. (1998) แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2550) ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน (current suicide risk) และการพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิตที่ผ่านมา ลักษณะของแบบสอบถามมีทั้งหมด 16 ชุดวินิจฉัยโรค (modules) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เฉพาะส่วนวินิจฉัยโรค modules C ของ suicidality โดยหัวข้อสัมภาษณ์ประกอบด้วย ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) การวางแผนฆ่าตัวตาย (suicidal plan) และการพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) โดยเป็นการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาและการพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิตที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามแบบให้เลือกตอบคำตอบเดียว (dichotomous question) มีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ

“ใช่” และ “ไม่ใช่” โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนแตกต่างกัน ตั้งแต่ 0-8 คะแนน การคิดคะแนนโดยนำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน ค่าคะแนนมีค่าตั้งแต่ 0-52 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย (Thai Depression Inventory: TDI) พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (2542) ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะอารมณ์เศร้าในผู้ป่วยไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ วัดระดับอาการซึมเศร้าในด้านอาการทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ความสนใจสิ่งแวดล้อม การปรับตัว และความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ของผู้ป่วยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่มีอาการดังกล่าว ถึง 3 หมายถึง อาการมีความรุนแรงมาก ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ตราบาป พัฒนาโดยวอล (Wahl, 1999) ฉบับภาษาไทยดัดแปลงโดย ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ และอรวรรณ วรรณชาติ (อรวรรณ วรรณชาติ, 2550) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ใช้สำหรับวัดการรับรู้ตราบาป 2 ด้าน คือ ด้านการถูกตีตรา จำนวน 9 ข้อ และด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางลบ จำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามทางบวก จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ 0-5 คะแนน (0 หมายถึง ไม่เคยมีสถานการณ์นั้นเลย ถึง 5 หมายถึง มีสถานการณ์นั้นบ่อยมาก) การแปลผลคะแนนข้อคำถามด้านบวกจะกลับคะแนนก่อน แล้วจึงรวมคะแนนทั้งหมด คะแนนการรับรู้ตราบาปมีค่าระหว่าง 0-105 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ตราบาปในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ของ รัตนา สำราญใจ (2541) ดัดแปลงมาจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของ อัญชลี ฐิตะปุระ (2536) โดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของ ฟรายด์แมน (Friedman, 1982) และมอร์โรและวิลสัน (Morrow & Wilson, 1961) ประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ โดยถามเกี่ยวกับด้านความรักและความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน 12 ข้อ ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว 6 ข้อ ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน 9 ข้อ และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน 6 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 31 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ คำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน (1 หมายถึง ไม่จริงเลย ถึง 5 จริงมากที่สุด) การคิดคะแนนจากผลรวมของทุกข้อคำถาม โดยคำถามที่มีความหมายทางลบให้กลับคะแนนก่อนนำคะแนนรวมกันเพื่อหาค่าเฉลี่ย การแปลผลค่าเฉลี่ยของคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวโดยคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึงสัมพันธภาพในครอบครัวดี

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยก่อนนำไปใช้ โดยนำแบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย แบบสอบถามการรับรู้ตราบาป และแบบสัมภาษณ์ทางคลินิกชนิดมีโครงสร้างอย่างย่อ ชุดภาวะฆ่าตัวตาย ฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน นำคะแนนที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .72, .95, .94, .73, และ .70 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่รับรอง COA.MURA 2022/435 ลงวันที่ 27 กรกฎคม 2565 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลขที่ 003/2566 ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2565 และได้ทำหนังสือขออนุญาตการดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นความลับ และนำเสนอเป็นภาพรวม กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรแล้วจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้วิจัยดำเนินการทำลายเอกสารทั้งหมดตามระยะเวลาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกำหนด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีขั้นเตรียมการและขั้นดำเนินการ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ขออนุมัติทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและจบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย อบรมการใช้เครื่องมือ แบบสัมภาษณ์ทางคลินิกชนิดมีโครงสร้างอย่างย่อชุดภาวะฆ่าตัวตาย ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินอาการทางจิต จากจิตแพทย์ และทำ inter-rater ในส่วนของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ชุดภาวะฆ่าตัวตาย และแบบประเมินอาการทางจิต ร่วมกับผู้ช่วยวิจัยและจิตแพทย์ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ค่าเท่ากับ .75 และ .98 ตามลำดับ

4. หลังจากได้รับอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประสานหัวหน้าพยาบาลกลุ่มงานบริการผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ประจำแผนกที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการดำเนินวิจัย ขออนุญาตใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูล และประสานงานกับพยาบาลประจำจุดคัดกรองผู้ป่วย ในการแนะนำผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ให้กับผู้วิจัย และประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยเตรียมสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ห้องที่เป็นส่วนตัว ประสานเจ้าหน้าที่ ในการสัมภาษณ์โดยไม่กระทบต่อคิวเข้าตรวจของกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชที่สนใจและยินดีเข้าร่วมและให้ลงนามในหนังสือยินยอม จากนั้นประเมินอาการทางจิตโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบประเมินอาการทางจิต ถ้าผลการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยขอยุติและประสานส่งต่อข้อมูล เพื่อให้จิตแพทย์ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมต่อไป

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 60 นาที มีการเตรียมอาหารว่างไว้สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการพักในระหว่างการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้า หรือมีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูง

จะได้รับคำแนะนำ และประสานพยาบาลห้องตรวจ เพื่อส่งต่อข้อมูลให้จิตแพทย์เพื่อการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมต่อไป

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ลงรหัสข้อมูลและวิเคราะห์สถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป สัมพันธภาพในครอบครัว และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คำนวณหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเพศกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (point biserial correlation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพในครอบครัว กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank-order correlation) เนื่องจากผู้วิจัยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ สเมอร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) ตัวแปรอายุ มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ส่วนตัวแปรภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป สัมพันธภาพในครอบครัว และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 212 คน เพศชาย ร้อยละ 52.36 เพศหญิงร้อยละ 47.64 อายุเฉลี่ย 41 ปี (*SD* = 11.47) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 86.79 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 98.11 สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 53.77 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพร้อยละ 68.87 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 25 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 24.06 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 98.58 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต (schizophrenia/schizoaffective/psychosis) โรคจิตเวชจากสารเสพติด (substance disorders) และโรคซึมเศร้า (depressive disorders) (ร้อยละ 48.59, 14.62 และ 14.15 ตามลำดับ) การบำบัดที่ได้รับส่วนใหญ่ได้รับการบำบัดด้วยยา ได้รับการบำบัดด้วยยาเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 74.53 ได้รับการบำบัดด้วยยาและจิตสังคมบำบัด ร้อยละ 25 ระยะเวลาเจ็บป่วยทางจิตเวชมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 87.74 อายุที่เริ่มเจ็บป่วยทางจิตเวชส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20-40 ปี ร้อยละ 76.42 มีประวัติการใช้สารเสพติด ร้อยละ 65.09 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 70.28

2. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช

ผลการศึกษาพบว่า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เท่ากับ 3.58 คะแนน (*SD* = 6.66) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 9.78 คะแนน (*SD* = 10.57) คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาป เท่ากับ 23.84 คะแนน (*SD* = 10.33) คะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวเท่ากับ 127.41 คะแนน (*SD* = 25.89) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพในครอบครัว (n = 212)

ระดับคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร	ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (*M* = 3.58, *SD* = 6.66)			
ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	0	130	61.32
มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับน้อย	1-8	52	24.53
มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง	9-16	16	7.55
มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับมาก	17-52	14	6.60
ภาวะซึมเศร้า (*M* = 9.78, *SD* = 10.57)			
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0-20	181	85.38
ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	21-25	13	6.13
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	26-34	7	3.30
ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	35-40	6	2.83
ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก	41-60	5	2.36
ความรู้สึกเป็นตราบาป (*M* = 23.84, *SD* = 10.33)			
ไม่มีการรับรู้ตราบาป	0-21	103	48.58
มีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ	22-43	98	46.23
มีการรับรู้ตราบาปในระดับปานกลาง	44-65	11	5.19
สัมพันธภาพในครอบครัว (*M* = 127.41, *SD* = 25.89)			
สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี	1.00-1.99	4	1.88
สัมพันธภาพในครอบครัวค่อนข้างไม่ดี	2.00-2.99	33	15.57
สัมพันธภาพในครอบครัวค่อนข้างดี	3.00-3.99	53	25
สัมพันธภาพในครอบครัวดี	4.00-5.00	122	57.55

3. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ point biserial correlation พบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_{pb}=.14, *p*=.04) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยซ์ไบซีเรียล (r_{pb}) ระหว่างเพศกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช (n=212)

ตัวแปร	r_{pb}	*p*-value
เพศ	.14	.04

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ Spearman's rank correlation coefficient พบว่าภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกเป็นตราบาป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s=.57, p=.00, r_s=.34, p=.00 ตามลำดับ) ส่วนอายุ และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s=-.34, p=.00, r_s=-.40, p=.00 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (r_s) ระหว่างอายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช (n=212)

ตัวแปร	r_s	*p*-value
อายุ	-.34	.00
ภาวะซึมเศร้า	.57	.00
ความรู้สึกเป็นตราบาป	.34	.00
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.40	.00

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า เพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช โดยสามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้ป่วยจิตเวชเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศชาย การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชที่พบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย (McQuaid et al., 2022) และสอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลและหลังออกจากโรงพยาบาล 1 ปี ที่พบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย (Listabarth et al., 2020) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง (Hansson et al., 2018) การที่พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อาจอธิบายได้จากความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับโรคทางจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเวชเพศหญิงที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศชาย 6.45 เท่า (OR=6.45, 95% CI 5.29–7.87) (Yeh et al., 2019) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Qin (2011) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชเพศหญิงที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะพบมากในโรค borderline personality disorders, bipolar disorder, recurrence depression, และ substance or alcohol use disorders ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคจิตเภทมากที่สุด (ร้อยละ 45.54) รองลงมาคือโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 23.76) และโรควิตกกังวล (ร้อยละ 15.84) ตามลำดับ จึงอาจอธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยจิตเวชเพศหญิงป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะทำให้มีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาความสัมพันธ์สอดคล้องกับการศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี พบอัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 36-60 ปี (Qin, 2011) และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ต่างกันโดยอายุที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงสุดจะเป็นช่วงอายุ 20-29 ปี (Song et al., 2020) อายุของบุคคลที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้บุคคลมีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น มีการศึกษาพบว่าการที่บุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับวุฒิภาวะที่เพิ่มขึ้น (Sheldon & Kasser, 2001) ในขณะที่การศึกษาของ Teenoth et al. (2024) ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาจากโรงเรียน 8 แห่ง ที่มีอายุเฉลี่ย 13.60 ปี (*SD* = 0.4) พบว่า ความหุนหันพลันแล่น (impulsiveness) มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=1.24, 95% CI 0.64-3.52) ซึ่งการที่บุคคลมีพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงไปตามช่วงวัย ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุน้อยจะมีลักษณะของการควบคุมอารมณ์ที่ไม่ดี ถูกกระตุ้นได้ง่าย ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุมากจะมีความมั่นคงทางอารมณ์มากกว่า สอดคล้องกับพัฒนาการตามวัย จึงมีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ลดลง จึงอาจมีส่วนในการอธิบายผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชอายุน้อยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากผลการศึกษาครั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามาก มีแนวโน้มที่จะเกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง การศึกษาของ Wang et al. (2023) พบว่า ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้า และจากการศึกษาของ Sheehan et al. (1998) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยจิตเวชที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Scoliers et al., 2009; Wang et al., 2020) นอกจากนี้การที่บุคคลมีอาการของภาวะซึมเศร้าหลายอาการ ก็จะนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การศึกษาอาการของภาวะซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยซึมเศร้าเพศหญิง พบว่า ความรู้สึกอยากอาหารลดลง (OR = 1.46, p<0.01) น้ำหนักลด (OR = 1.30, p<0.01) อาการนอนไม่หลับ ทำอะไรเชื่องช้า (OR=1.35, p<0.01) รู้สึกไร้ค่า (OR = 4.18, p<0.01) ความรู้สึกผิด สมาธิลดลง และการตัดสินใจบกพร่องมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย และในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าแย่ลง อารมณ์เศร้า รับประทานมากขึ้น น้ำหนักเพิ่ม และอาการอยู่ไม่นิ่ง กระวนกระวาย (OR = 1.20, p<0.05) จะมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย (Yan et al., 2013) นั่นคือผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการของภาวะซึมเศร้าหลายอาการจะมีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นตราบาปกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกเป็นตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Oexle et al. (2018) ที่พบว่าการรับรู้ตราบาป (perceived stigma) และประสบการณ์การถูกแบ่งแยกกีดกัน (experienced discrimination) มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย การศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุพบว่า การรับรู้ตราบาป (perceived stigma) และการถูกแบ่งแยกกีดกันที่ผู้ป่วยจิตเวชได้รับ (experienced discrimination) มีอิทธิพลทางอ้อมต่อความคิดฆ่าตัวตาย และการศึกษาของ Wang et al. (2023) ที่พบว่าการรับรู้ตราบาปมีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.06, p<.001) ตามแนวคิดของ Wahl (1999) อธิบายว่า

การรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเวชเป็นผลที่เกิดจากกระบวนการทางสังคมที่บุคคลได้รับผลกระทบ รับรู้ว่าไม่เป็นที่ยอมรับจากการที่มีลักษณะของความผิดปกติทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านการถูกตีตรา (stigma) กล่าวคือ ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติจากบุคคลอื่นจากการเป็นผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ การที่บุคคลอื่นปฏิบัติต่อผู้ป่วยในลักษณะของผู้ที่มีความสามารถน้อยกว่าที่มีอยู่เมื่อทราบว่าได้รับการรักษาทางจิตเวช การถูกบุคคลอื่น ๆ หลีกเลี่ยงไม่เข้าใกล้ เมื่อทราบว่าได้รับการรักษาทางจิตเวช เป็นต้น การถูกแสดงท่าทางรังเกียจหรือหลีกเลี่ยงอย่างตั้งใจ ประสบการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยโกรธ เจ็บปวด ท้อแท้ นอกจากอารมณ์ที่เกิดขึ้น การถูกตีตรายังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความมั่นใจ แยกตัวจากสังคม ไว้วางใจคนอื่นยาก และนำไปสู่อาการวิตกกังวล และ อารมณ์เศร้า เป็นต้น และ 2) ด้านการถูกแบ่งแยกกีดกัน (discrimination) โดยเป็นประสบการณ์ ที่ถูกเลือกปฏิบัติในกิจกรรมต่าง ๆ จากความเจ็บป่วยทางจิตเวช ได้แก่ การถูกให้ออกจากงานหรือปฏิเสธรับเข้าทำงาน การถูกตัดโอกาสทางการศึกษา การประสบปัญหาในการเช่าห้องพัก หรือหาที่พักอาศัย หลังจากที่โรคทางจิตเวชเปิดเผย เป็นต้น (อรวรรณ วรรณชาติ, 2550) ทำให้ผู้ป่วยไม่เปิดเผยความเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้อาการมีมากขึ้น อาการดังกล่าวเช่น อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า อาการหวาดระแวง และทำให้ผู้ป่วยลังเลใจในการสมัครงาน การเรียน หรือแม้กระทั่งการตัดสินใจเข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นหายของผู้ป่วย ดังนั้นอาจอธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยจิตเวช มีประสบการณ์ในการรับรู้พฤติกรรมที่บุคคลอื่นแสดงต่อตนเอง และมีความรู้สึกเป็นตราบาปในรูปแบบของการถูกตีตรา และการแบ่งแยกกีดกัน อาจนำไปสู่ความรู้สึก โกรธ เจ็บปวด ท้อแท้ ทำให้มีการแยกตัวเองจากสังคม ไม่ไว้วางใจใครและไม่อยากเปิดเผยความเจ็บป่วยให้คนอื่นรับรู้ และนำไปสู่การมองเห็นคุณค่าตนเองที่ลดลง อาการทางจิตที่เพิ่มมากขึ้น ความรู้สึกเป็นตราบาปดังกล่าวจึงนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชได้

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาในผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (สุกัญญา เมืองมาคำ และคณะ, 2563) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pan et al. (2021) ที่พบว่าสัมพันธภาพระหว่าง บิดา-มารดา และพี่น้อง มีความสัมพันธ์กับความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่สัมพันธภาพกับบิดา–มารดา และพี่น้องไม่ดี มีความเสี่ยงต่อความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มที่มีสัมพันธภาพดี 1.56 เท่า (OR = 1.56, p<.001) และ 1.15 เท่า (OR = 1.15, p=.014) ตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ความผูกพันในครอบครัว ความรู้สึกของการเป็นส่วนหนึ่งในครอบครัว เป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญต่อการฆ่าตัวตาย (Edwards et al., 2021) สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน สร้างความไว้วางใจในครอบครัว มีการส่งเสริมสนับสนุนทางอารมณ์ในครอบครัว (Morrow & Wilson, 1961) การแสดงออกของสัมพันธภาพในครอบครัวโดยที่สมาชิกในครอบครัวแสดงความรักห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน ใช้คำพูดและการกระทำที่แสดงว่ารักและห่วงใยผู้ป่วย มีการปลอบใจ ให้กำลังใจ มีการใช้เวลาร่วมกันในครอบครัว การเคารพซึ่งกันและกัน การรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน (รัตนา สำราญใจ, 2541; สุกัญญา เมืองมาคำ และคณะ, 2563) อาจส่งผลต่อการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์ควรนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชเพศหญิง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุน้อยเพื่อลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2. นำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงเฉพาะด้าน โดยการลดความรู้สึกเป็นตราบาป และเพิ่มคุณภาพสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่พบภาวะซึมเศร้า ไม่มีการรับรู้ตราบาปหรือรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในงานวิจัยครั้งนี้ จึงควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความแตกต่างของระดับของตัวแปรที่ศึกษาเพิ่มขึ้น

2. ด้วยงานวิจัยนี้เป็นแบบหาความสัมพันธ์ ดังนั้นในการวิจัยต่อไปควรศึกษาในระดับตัวแปรทำนายหรือตัวแปรเชิงสาเหตุ เพื่อจะได้ข้อมูลที่บ่งชี้ชัดต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้ช่วยวิจัย เจ้าหน้าที่ และบุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ให้ความอนุเคราะห์ สนับสนุนในการทำวิจัย และขอขอบพระคุณผู้ป่วยจิตเวชทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. (2562). *รายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย.* ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.

กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. (2563). *รายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย (พ.ศ. 2560-2563).* ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.

กันตพัฒน์ ราชไชยา, และมุทิตา พนาสถิตย์. (2566). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 68*(4), 380-393.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2544). โครงการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. ใน *เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประเมิน อาการผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนปรุง* (น. 1-10). โรงพยาบาลสวนปรุง.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, ธรณินทร์ กองสุข, กอบโชค จูวงษ์, หทัยชนนี บุญเจริญ, ปทานนท์ ขวัญสนิท, อัจฉรา จรัสสิงห์ และ Thai M.I.N.I. Core Group. (2550). *Mini International Neuropsychiatric Interview Thai version 5.0.0-Revised 2007*.

มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2542). แบบประเมินวัดความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 20* (1), 17-19.

รัตนา สำราญใจ. (2541). *สัมพันธภาพในครอบครัวและการปรับตัวของสตรีวัยหมดประจำเดือนในหน่วยทหารเรือพื้นที่สัตหีบ จังหวัดชลบุรี.* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุกัญญา เมืองมาคำ, สมบัติ สกุลพรรณ์, และหรรษา เศรษฐบุปผา. (2563). สัมพันธภาพในครอบครัวและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช. *พยาบาลสาร, 47*(3), 240-252.

อรพิน ยอดกลาง, และมธุรส ทิพยมงคลกุล. (2563). *การป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย.* โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต.

อรวรรณ วรรณชาติ. (2550). *ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ตราประทับของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.* [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อนุกูล หุ่นงาม, สมบัติ สกุลพรรณ, และภัทราภรณ์ ภทรสกุล. (2566). การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิตและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 18*(3), 244-252.

อัญชลี ฐิตะปุระ. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ.* [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

Balhara, Y. P.S., & Verma, R. (2012). Schizophrenia and suicide. *East Asian Archives Psychiatry, 22*(3), 126-133.

Carlborg, A., Winnerbäck, K., Jönsson, E. G., Jokinen, J., & Nordström, P. (2010). Suicide in schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *10*(7), 1153–1164. https://doi.org/10.1586/ern.10.82

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the behavioral sciences (2nd ed.).* Routledge.

Edwards, T. M., Patterson, J. E., & Griffith, J. L. (2021). Suicide prevention: The role of families and carers. *Asia‐Pacific Psychiatry, 13*(3), e12453. https://doi.org/10.1111/appy.12453

Friedman, P. H. (1982). The multiple roles of the integrative marital psychotherapist. *Family Therapy, 9*(2), 109.

Hansson, C., Joas, E., Pålsson, E., Hawton, K., Runeson, B., & Landén, M. (2018). Risk factors for suicide in bipolar disorder: a cohort study of 12 850 patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *138*(5), 456–463. https://doi.org/10.1111/acps.12946

Lester, D., & Walker, R. L. (2006). The stigma for attempting suicide and the loss to suicide prevention efforts. *Crisis*, *27*(3), 147–148. https://doi.org/10.1027/0227-5910.27.3.147

Listabarth, S., Vyssoki, B., Glahn, A., Gmeiner, A., Pruckner, N., Vyssoki, S., Wippel, A., Waldhoer, T., & König, D. (2020). The effect of sex on suicide risk during and after psychiatric inpatient care in 12 countries-an ecological study. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *63*(1), e85. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.83

Marco, J. H., Pérez, S., & García-Alandete, J. (2016). Meaning in life buffers the association between risk factors for suicide and hopelessness in participants with mental disorders. *Journal of Clinical Psychology*, *72*(7), 689–700. https://doi.org/10.1002/jclp.22285

McQuaid, R. J., Nikolitch, K., Vandeloo, K. L., Burhunduli, P., & Phillips, J. L. (2022). Sex differences in determinants of suicide risk preceding psychiatric admission: An electronic medical record study. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 892225. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.892225

Morrow, W. R., & Wilson, R. C. (1961). Family relations of bright high-achieving and under-achieving high school boys. *Child Development*, *32*, 501–510.

Nkporbu, A. K., Oti, I. K., & Stanley, P. C. (2023). Determinants of suicide behavior among the mentally ill in a Tertiary Hospital in South-South Nigeria. *Journal of Biomedical Research & Environmental Sciences, 4*(3), 502-511. doi: 10.37871/jbres1702

Oexle, N., Waldmann, T., Staiger, T., Xu, Z., & Rüsch, N. (2018). Mental illness stigma and suicidality: The role of public and individual stigma. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 27*(2), 169-175. https://doi.org/10.1017/s2045796016000949

Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports, 10*, 799-812. https://doi.org/10.2466/pr0.1962.10.3.799

Pan, C. H., Chen, P. H., Chang, H. M., Wang, I. S., Chen, Y. L., Su, S. S., Tsai, S. Y., Chen, C. C., & Kuo, C. J. (2021). Incidence and method of suicide mortality in patients with schizophrenia: A nationwide cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 56*(8), 1437-1446. https://doi.org/10.1007/s00127-020-01985-8

Qin P. (2011). The impact of psychiatric illness on suicide: Differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(11), 1445–1452. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.06.002

Scoliers, G., Portzky, G., van Heeringen, K., & Audenaert, K. (2009). Sociodemographic and psychopathological risk factors for repetition of attempted suicide: A 5-year follow-up study. *Archives of Suicide Research*, *13*(3), 201–213. https://doi.org/10.1080/13811110902835130

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *59 Suppl 20*, 22–57.

Sheldon, K. M., & Kasser, T. (2001). Getting older, getting better? Personal strivings and psychological maturity across the life span. *Developmental Psychology, 37*(4), 491-501. https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.4.491

Shepard, D. S., Gurewich, D., Lwin, A. K., Reed, G. A., Jr, & Silverman, M. M. (2016). Suicide and suicidal attempts in the United States: Costs and policy implications. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *46*(3), 352–362. https://doi.org/10.1111/sltb.12225

Sinclair, J. M., Mullee, M. A., King, E. A., & Baldwin, D. S. (2004). Suicide in schizophrenia: a retrospective case-control study of 51 suicides. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(4), 803–811. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007133

Song, Y., Rhee, S. J., Lee, H., Kim, M. J., Shin, D., & Ahn, Y. M. (2020). Comparison of suicide risk by mental illness: A retrospective review of 14-Year electronic medical records. *Journal of Korean Medical Science*, *35*(47), e402. https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e402

Spillane, A., Matvienko-Sikar, K., Larkin, C., Corcoran, P., & Arensman, E. (2018). What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? An observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ Open*, *8*(1), e019472. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019472

Teenoth, H., Sujith, A., Bose, S., & Shaveta, T. (2024). Association of childhood trauma, impulsivity, lower resilience, social support on daily stress in suicidal attempters and conceptualist. *Library Progress International, 44*(3), 1968-1983.

Valenstein, M., Kim, H. M., Ganoczy, D., McCarthy, J. F., Zivin, K., Austin, K. L., Hoggatt, K., Eisenberg, D., Piette, J. D., Blow, F. C., & Olfson, M. (2009). Higher-risk periods for suicide among VA patients receiving depression treatment: prioritizing suicide prevention efforts. *Journal of Affective Disorders*, *112*(1-3), 50–58. https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.08.020

Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin, 25*(3), 467-478. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033394

Wang, R., Zheng, S., Ouyang, X., Zhang, S., Ge, M., Yang, M., Sheng, X., Yang, K., Xia, L., & Zhou, X. (2023). Suicidality and Its Association with Stigma in Clinically Stable Patients with Schizophrenia in Rural China. *Psychology Research and Behavior Management*, *16*, 1947–1956. https://doi.org/10.2147/PRBM.S413070

Wang, S., Li, C., Jia, X., Lyu, J., Wang, Y., & Sun, H. (2020). From depressive symptoms to suicide risk: Roles of sense of belongingness and acquired capability for suicide in patients with mental disorders. *PsyCh Journal*, *9*(2), 185–198. https://doi.org/10.1002/pchj.334

World Health Organization. (2025, March 25). *Suicide*. WHO. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide

Yan, F., Xiang, Y. T., Hou, Y. Z., Ungvari, G. S., Dixon, L. B., Chan, S. S., Lee, E. H., Li, W. Y., Li, W. X., Zhu, Y. L., & Chiu, H. F. (2013). Suicide attempt and suicidal ideation and their associations with demographic and clinical correlates and quality of life in Chinese schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(3), 447–454. https://doi.org/10.1007/s00127-012-0555-0

Yeh, H. H., Westphal, J., Hu, Y., Peterson, E. L., Williams, L. K., Prabhakar, D., Frank, C., Autio, K., Elsiss, F., Simon, G. E., Beck, A., Lynch, F. L., Rossom, R. C., Lu, C. Y., Owen-Smith, A. A., Waitzfelder, B. E., & Ahmedani, B. K. (2019). Diagnosed Mental Health Conditions and Risk of Suicide Mortality. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *70*(9), 750–757. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800346

สมรรถนะด้านดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ

อังสนา ศิริวัฒนเมธานนท์, พย.ม.[*], ระวีวัฒน์ นุมานิต, ป.พ.ส.[*]
จิราภรณ์ ชวนรัมย์, พย.ม.[*], โสภา บุตรดา, พย.ม.[*]
สายพิณ ยอดกุล, พย.ม.[**], อมรรัตน์ ศรีเหมือน, พย.บ.[***]
สมจิตร์ จำปาแดง, ศศ.ม.[****], ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, Ph.D.[*****]

Received: April 3, 2025
Revised: December 8, 2025
Accepted: December 11, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางโดยใช้วิธีการสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัล ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าใจดิจิทัล การใช้ดิจิทัล การแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล และการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่มีอายุงานด้านบริหารตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 66 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัล มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.71, SD = 0.78) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเข้าใจดิจิทัลทางการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 3.93, SD = 0.79) รองลงมาคือ ด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล (M = 3.69, SD = 0.69) ด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล (M = 3.61, SD = 0.84) และด้านการใช้ดิจิทัลทางการพยาบาล (M = 3.59, SD = 0.79) ตามลำดับ โดยพบว่ากลุ่มที่มีสมรรถนะด้านดิจิทัลสูงกว่ากลุ่มอื่นคือ กลุ่มอายุ 40-45 ปี (M = 3.80, SD = 0.71) กลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาลที่เป็นหัวหน้างานการพยาบาล (M = 3.80, SD = 0.67) และกลุ่มที่มีประสบการณ์ 1-2 ปี (M = 3.74, SD = 0.63) ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัลและส่งเสริมการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบริหารการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: สมรรถนะดิจิทัล การพยาบาลดิจิทัล ผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ

[*]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบุรีรัมย์
[**] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบุรีรัมย์
[***] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบุรีรัมย์
[****] พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ โรงพยาบาลบุรีรัมย์
[*****]อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชธานี; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: prangthip.elter@rtu.ac.th

Digital Competencies Among Nursing Administrators in a Tertiary Hospital

Aungsana Siriwattanametanont , M.N.S.[*]
Raweewat Numanit, Dip in Nursing Science[*]
Jiraporn Chuanrum, M.N.S.[*]**, Sopa Budda, M.N.S**[*]
Saipin Yodkul, M.N.S.[**]**, Amonrat Srimuan, B.N.S.**[***]
Somjit Champadaeng, M.A[****]
Prangthip Thasanoh Elter, Ph.D.[*****]

Abstract

This cross-sectional descriptive survey research aimed to study digital competencies among nursing administrators in four dimensions: digital literacy, digital skills, problem-solving with digital tools, and adaptive digital transformation. The sample consisted of 66 nursing administrators, including nursing department heads, division heads, and ward head nurses with at least one year of administrative experience at Buriram Hospital. The research instrument was a digital competency questionnaire with a reliability coefficient of 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that the overall digital competency of nursing administrators was at a high level (*M* = 3.71, *SD* = 0.78). When considering each dimension, digital literacy had the highest mean score (*M* = 3.93, *SD* = 0.79), followed by adaptive digital transformation (*M* = 3.69, *SD* = 0.69), problem-solving with digital tools (*M* = 3.61, *SD* = 0.84), and digital nursing skills (*M* = 3.59, *SD* = 0.79), respectively. Interestingly, it was found that the groups with higher digital competencies than others were the 40-45 year old age group (*M* = 3.80, *SD* = 0.71), the nursing division heads (*M* = 3.80, *SD* = 0.67), and the group with 1-2 years of administrative experience (*M* = 3.74, *SD* = 0.63). These findings provide foundational insights for designing compentcy development programs and enchnaing the integration of digital technologies in nursing leadership.

Keywords: Digital competency, Digital nursing, Nursing administrators, Tertiary hospital

[*] Registered nurse, senior professional level, Buriram Hospital
[**] Registered nurse, professional level, Buriram Hospital
[***] Registered nurse, Buriram Hospital
[****] Registered nurse, expert level, Buriram Hospital
[*****] Lecturer, Ratchathani University; Corresponding Author E-mail: prangthip.elter@rtu.ac.th

บทนำ

เทคโนโลยีดิจิทัล (digital technology) เป็นพลังขับเคลื่อนหลักในการปฏิรูประบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลตติยภูมิที่กำลังเผชิญกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากระบบแบบดั้งเดิมสู่การใช้เทคโนโลยีขั้นสูง กระทรวงสาธารณสุข (2564) ได้กำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล (digital health strategy) เพื่อส่งเสริมการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาองค์กรให้มีความพร้อมด้านดิจิทัล รวมถึงการพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะดิจิทัลที่เหมาะสม สอดคล้องกับที่สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2562) ได้กำหนดกรอบสมรรถนะดิจิทัล (digital competency) สำหรับพลเมืองไทยไว้ 4 ด้าน ประกอบด้วย การเข้าใจดิจิทัล (digital literacy) การใช้ดิจิทัล (digital skill/ICT skill) การแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล (problem solving with digital tools) และการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล (adaptive digital transformation) ซึ่งศิริลักษณ์ ดีเลิศไพบูลย์ และคณะ (2566) ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องพัฒนาความรอบรู้ด้านดิจิทัล โดยเฉพาะความรู้ ความเข้าใจ และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อนำไปสู่การให้บริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยเฉพาะผู้บริหารทางการพยาบาล

สมรรถนะดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลมีความจำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพบริการและการบริหารจัดการองค์กรพยาบาล ดังที่สภาการพยาบาล (2566) ได้ให้นิยามผู้บริหารทางการพยาบาล (nurse administrator) ว่าเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบาย วางแผนองค์กร ออกแบบระบบบริการพยาบาล และบริหารจัดการทรัพยากรในองค์กร ทั้งนี้ภาวะผู้นำดิจิทัลในบริบทการดูแลสุขภาพต้องมีคุณลักษณะสำคัญหลายประการ เช่น การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง การมีความสามารถในการวิเคราะห์ มีความเด็ดขาด และมีทักษะการสื่อสาร (Alanazi, 2022) ต้องเป็นผู้นำที่เข้มแข็ง มีวิสัยทัศน์ และใช้ความคิดเชิงกลยุทธ์ในการพัฒนาการแก้ปัญหาดิจิทัล (Laukka et al., 2022) และต้องเปิดใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงสู่ดิจิทัล ซึ่งช่วยให้งานสะดวกและมีประสิทธิภาพ (Laukka et al., 2023) การศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสมรรถนะดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลยังคงเป็นทักษะใหม่ที่จะต้องศึกษาต่อไป

การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็วเป็นสิ่งท้าทายในการพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลของบุคลากรทางการพยาบาล Jarva et al. (2022) พบว่า แม้บุคลากรจะรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะที่เพียงพอในด้านการใช้บริการและเครื่องมือสุขภาพดิจิทัลพื้นฐาน และมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง แต่ยังคงรับรู้ว่าตนเองขาดทักษะในการใช้โปรแกรมที่ซับซ้อน และขาดความพร้อมขององค์กรในการสนับสนุนการนำแนวทางดิจิทัลไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ Seibert et al. (2020) ที่พบว่าแม้พยาบาลเห็นประโยชน์ของเทคโนโลยีดิจิทัลในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน แต่ยังมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ และ Laukka et al. (2023) พบว่าการปรับตัวเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีดิจิทัลอาจสร้างความหงุดหงิดและความเครียดได้ แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลควรได้รับการส่งเสริมอย่างเป็นระบบ

ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะดิจิทัลทางการพยาบาลมีจำนวนจำกัด แต่การศึกษาที่มีอยู่ได้วางรากฐานสำคัญในการทำความเข้าใจองค์ประกอบของสมรรถนะดิจิทัลในบริบทการพยาบาลไทย ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ (2562) ได้ศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพไทย โดยเก็บข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล และเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลตั้งแต่ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าหน่วยงานขึ้นไป พบว่าสมรรถนะดิจิทัลทางการพยาบาล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ องค์ประกอบด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านคุณลักษณะ ส่วนอมรทิพย์ อังกูรภัครวัฒน์ และคณะ (2565) ได้ศึกษาสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทาง

การพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ และพบว่าประกอบด้วย 3 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านทักษะทางคอมพิวเตอร์ ด้านทักษะทางวิทยาการสารสนเทศ และด้านทักษะการเป็นพยาบาลสารสนเทศ ผลการวิจัยเหล่านี้ให้แนวทางในการพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะดิจิทัลในพยาบาลวิชาชีพและผู้บริหารทางการพยาบาลบ้างแล้ว แต่ยังขาดการศึกษาที่ครอบคลุมสมรรถนะดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลในทุกระดับตามกรอบสมรรถนะดิจิทัลของสำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นอกจากนี้ยังพบประเด็นท้าทายในการพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ ความแตกต่างของโครงสร้างพื้นฐานด้านดิจิทัลในแต่ละองค์กร ข้อจำกัดในการปรับตัวของผู้บริหาร การขาดทักษะในการใช้เทคโนโลยี และการขาดแนวทางการเตรียมผู้บริหารด้านสมรรถนะดิจิทัลอย่างเป็นระบบ และยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับสมรรถนะดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิในส่วนภูมิภาค

โรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการดูแลสุขภาพระดับสูงของจังหวัดบุรีรัมย์และจังหวัดใกล้เคียง มีความจำเป็นต้องมีผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีสมรรถนะดิจิทัลที่เหมาะสมในการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการวินิจฉัยและรักษา อย่างไรก็ตามยังขาดการศึกษาที่ชี้เฉพาะถึงระดับสมรรถนะดิจิทัลที่แท้จริงของผู้บริหารทางการพยาบาลในบริบทดังกล่าว รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะดังกล่าว ยังไม่มีเครื่องมือวัดสมรรถนะดิจิทัลที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเฉพาะสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบสมรรถนะดิจิทัลของประเทศ ทำให้ไม่สามารถวางแผนการพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการขับเคลื่อนการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลและการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระดับสูงในยุคดิจิทัล

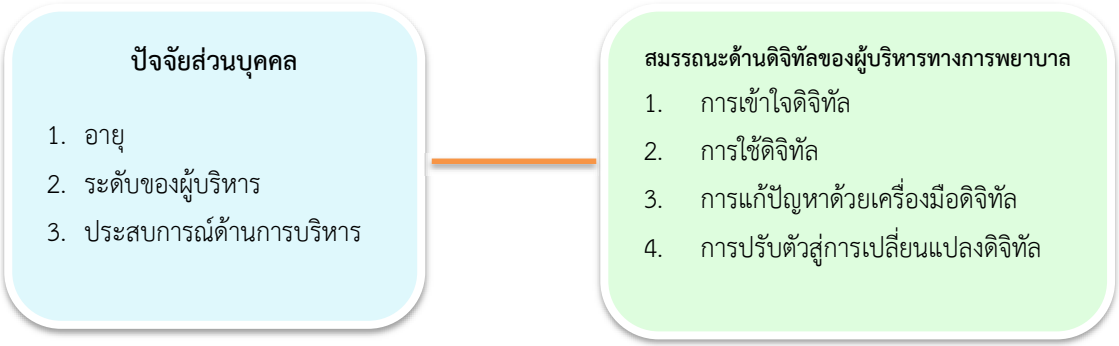
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัล ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การเข้าใจดิจิทัล การใช้ดิจิทัล การแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล และการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล
2. เพื่อศึกษาสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัลจำแนกตามช่วงอายุ ระดับของผู้บริหาร และประสบการณ์การทำงานด้านบริหาร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดสมรรถนะดิจิทัลของสำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2562) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ด้านการเข้าใจดิจิทัล (digital literacy) 2) ด้านการใช้ดิจิทัล (digital skill/ICT skill) 3) ด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล (problem solving with digital tools) และ 4) ด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล (adaptive digital transformation) เป็นกรอบในการศึกษาสมรรถนะดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล โดยพิจารณาความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับของผู้บริหาร และประสบการณ์ด้านการบริหาร ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงสมรรถนะดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลในบริบทของระบบสุขภาพไทยได้อย่างครอบคลุมและเป็นระบบ ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1
กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางโดยใช้วิธีการสำรวจ (a cross-sectional descriptive survey design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย รวมทั้งสิ้นจำนวน 73 คน การเลือกผู้บริหาร 3 ระดับนี้ เนื่องจากแต่ละระดับมีบทบาทและความรับผิดชอบด้านการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน ตั้งแต่การบริหารระดับนโยบาย การบริหารระดับกลาง และการบริหารระดับปฏิบัติการ ซึ่งจำเป็นต้องใช้สมรรถนะดิจิทัลในระดับและลักษณะที่หลากหลาย

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด (inclusion criteria) โดยมีประสบการณ์ด้านการบริหารตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปสำหรับการกำหนดขนาดกลุ่ม (Krejcie & Morgan, 1970) โดยเลือกขนาดประชากรที่ใกล้เคียงที่สุด คือ 75 คน กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 63 คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 เผื่อกรณีสูญเสียข้อมูล รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 66 คน เพื่อลดอคติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เชิญผู้บริหารทางการพยาบาลทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัย และได้รับการตอบกลับจำนวน 66 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 100

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามสมรรถนะดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน พัฒนาโดยผู้วิจัย มีจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งทางบริหาร ตำแหน่งทางวิชาการ ประสบการณ์ทางการบริหาร แผนกหรือหอที่ปฏิบัติงาน

การอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารการพยาบาล การติดต่อสื่อสาร การเรียนรู้ และการทำงานเป็นทีม)

2. แบบสอบถามสมรรถนะดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสมรรถนะดิจิทัล โดยใช้กรอบสมรรถนะด้านดิจิทัลของสำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ (สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) และประยุกต์ใช้ข้อคำถามจากแบบประเมินทัศนคติดิจิทัล ความเข้าใจและการใช้ดิจิทัลของกองการพยาบาล (กองการพยาบาล, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเข้าใจดิจิทัล (8 ข้อ) 2) ด้านการใช้ดิจิทัล (10 ข้อ) 3) ด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล (8 ข้อ) และ 4) ด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล (8 ข้อ) จำนวนรวม 34 ข้อ โดยมีเฉพาะด้านบวก ตัวเลือกในการตอบคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ มีค่าจาก 1 (เห็นด้วยกับข้อความนั้นในระดับน้อยมาก) ถึง 5 (เห็นด้วยกับข้อความนั้นในระดับมากที่สุด) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 34 ถึง 170 กำหนดเกณฑ์ในการประเมินค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นตามแนวคิดของ Best and Kahn (2014) ดังนี้ ระดับมากที่สุด (M = 4.50-5.00) ระดับมาก (M = 3.50-4.49) ระดับปานกลาง (M = 2.50-3.49) ระดับน้อย (M = 1.50-2.49) และระดับน้อยที่สุด (M = 1.00-1.49)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสารสนเทศ พยาบาลผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านบริหาร และพยาบาลประธานอนุกรรมการสารสนเทศ ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามที่ต้องการวัดและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้นนำความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item objective congruence: IOC) ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .67-1.0 หลังจากตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลระดับใกล้เคียง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้สำหรับการนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ หมายเลขการรับรองที่ บร. 0033.102.1/44 ลงวันที่ 5 กันยายน 2567 ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดทราบ ผู้ที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์พร้อมแบบสอบถามในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ผ่าน Google form ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจะกดปุ่มยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้จัดการข้อมูลให้ปลอดภัยโดยการเก็บข้อมูลในรูปแบบไฟล์ที่มีรหัสผ่านป้องกันจัดเก็บในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวของผู้วิจัยที่มีระบบรักษาความปลอดภัย และกำหนดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้วิจัยและที่ปรึกษาการวิจัยเท่านั้น รวมทั้งไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยในการนำเสนอผลการศึกษา นำเสนอผลการวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล และขออนุญาตเก็บข้อมูลในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล แล้วดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1. ติดต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถาม พร้อมแจ้งถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ

2. ส่งเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์และแบบสอบถามในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ผ่าน Google form และ Google sheet โดยระบุข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาความลับ โดยผู้ร่วมวิจัยไม่สามารถเห็นข้อมูลของผู้ร่วมวิจัยท่านอื่นได้ และการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

3. ผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์และตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้ด้วยตนเอง โดยหากยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงจะกดปุ่มยินยอมและตอบแบบสอบถามในขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 9 ข้อ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัลทั้ง 4 ด้าน วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean : *M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: *SD*)

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอข้อมูล เป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหารทางการพยาบาล (N = 66) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 98.5) มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 93.9) โดยมีการกระจายของช่วงอายุ คือ อายุระหว่าง 46-50 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 34.8) รองลงมาคือช่วงอายุ 51-55 ปี (ร้อยละ 27.3) และ 56-60 ปี (ร้อยละ 22.7) ขณะที่กลุ่มอายุ 40-45 ปี (ร้อยละ 9.1) และอายุน้อยกว่า 40 ปี (ร้อยละ 6.1) มีจำนวนน้อยที่สุด ด้านคุณวุฒิการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 81.8) ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย (ร้อยละ 65.2) เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญพิเศษ (ร้อยละ 84.8) และมีประสบการณ์ทำงานด้านบริหาร 1-2 ปี (ร้อยละ 30.3)

ส่วนที่ 2 สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัลในภาพรวมและจำแนกรายด้าน สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 3.71, *SD* = .78) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านการเข้าใจดิจิทัลทางการพยาบาล ระดับมาก (*M* = 3.93, *SD* = .79) รองลงมาคือด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล ระดับมาก (*M* = 3.69, *SD* = .69) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการใช้ดิจิทัลทางการพยาบาล ระดับมาก (*M* = 3.59, *SD* = .79) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัลจำแนกตามรายด้าน (N = 66)

สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัล	*M*	*SD*	ระดับ
ด้านการเข้าใจดิจิทัลทางการพยาบาล	3.93	.79	มาก
ด้านการใช้ดิจิทัลทางการพยาบาล	3.59	.79	มาก
ด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล	3.61	.84	มาก
ด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล	3.69	.69	มาก
ภาพรวม	**3.71**	**.78**	**มาก**

ส่วนที่ 3 สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัลจำแนกรายข้อ

การวิเคราะห์สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัลรายข้อพบว่า ข้อ การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อสร้างคุณค่าแก่งานบริการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ระดับมาก (*M* = 4.20, *SD* = .77) รองลงมาคือ ข้อ การรักษาความปลอดภัยของข้อมูล ระดับมาก (*M* = 4.07, *SD* = .82) เช่น การรักษาความลับ การเข้าถึงข้อมูล การรักษาความเป็นส่วนบุคคล การเปิดเผยข้อมูล เป็นต้น ซึ่งอยู่ในด้านการเข้าใจดิจิทัลทางการพยาบาล ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ สามารถกำหนดรูปแบบสมการ/แนวทางวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล เช่น โปรแกรม SPSS, Excel ได้ ระดับมาก (*M* = 3.46, *SD* =.94) ซึ่งอยู่ในด้านการใช้ดิจิทัลทางการพยาบาล รองลงมา คือ ข้อ การใช้เครื่องมือดิจิทัลช่วยคาดการณ์ และระบุความเสี่ยงทางการพยาบาล ระดับมาก (*M* = 3.50, *SD* = 384) ซึ่งอยู่ในด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัล จำแนกรายข้อ

ด้านที่ประเมิน	*M*	*SD*	ระดับ
1. ด้านการเข้าใจดิจิทัลทางการพยาบาล			
1.1 การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ เพื่อสร้างคุณค่าแก่งานบริการพยาบาลและงานบริหารการพยาบาล รวมทั้งองค์กร	4.20	.77	มาก
1.2 มีความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายและจริยธรรมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางการพยาบาลในการบริหารและบริการพยาบาล	3.71	.75	มาก
1.3 การรักษาความปลอดภัยของข้อมูล เช่น การรักษาความลับ การเข้าถึงข้อมูล การรักษาความเป็นส่วนบุคคล การเปิดเผยข้อมูล เป็นต้น	4.07	.82	มาก
1.4 การตรวจสอบคุณภาพการนำเทคโนโลยีดิจิทัลด้านข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาล (ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน)	3.96	.80	มาก
1.5 การวิเคราะห์และประเมินผลกระทบที่อาจเกิดจากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (เช่น ความปลอดภัยของข้อมูลองค์กร)	3.86	.78	มาก
1.6 การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลดี ผลเสีย และเลือกใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางการบริหารและบริการพยาบาล	3.86	.82	มาก
1.7 การป้องกันความเสี่ยงและภัยคุกคามจากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	3.89	.76	มาก
1.8 การแสดงความรับผิดชอบในการแสดงความคิดเห็นและการใช้อุปกรณ์ดิจิทัล	3.89	.82	มาก
ภาพรวม	**3.93**	**.79**	**มาก**

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ด้านที่ประเมิน	*M*	*SD*	ระดับ
2. ด้านการใช้ดิจิทัลทางการพยาบาล			
2.1 ความสามารถในการนำอุปกรณ์ดิจิทัล มาใช้ในการบริหารการพยาบาลได้หลากหลายชนิด	3.57	.76	มาก
2.2 การใช้โปรแกรมในการทำรายงานทางการพยาบาลด้านบริหารและบริการพยาบาล	3.63	.79	มาก
2.3 สามารถนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในการประมวลผลสารสนเทศทางการบริหารการพยาบาล ได้แก่ การบริหารอัตรากำลัง การบริหารงบประมาณ และการบริหารทรัพยากร	3.60	.76	มาก
2.4 สามารถนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการสืบค้นข้อมูลทางวิชาการ หรืองานวิจัยจากแหล่งข้อมูลที่ทันสมัย และน่าเชื่อถือมาประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติพยาบาล และการบริหารการพยาบาล	3.68	.76	มาก
2.5 สามารถกำหนดรูปแบบ วิธีการทางดิจิทัลในการติดตาม ประเมินผลการให้บริการพยาบาลตามตัวชี้วัด และเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย และจัดทำข้อเสนอแนะในการปรุงคุณภาพการพยาบาลได้	3.56	.74	มาก
2.6 สามารถนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการสร้างการสื่อสารสนเทศทางการพยาบาล	3.60	.78	มาก
2.7 สามารถนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการสร้างสรรค์ผลงานหรือนวัตกรรมการพยาบาล	3.57	.76	มาก
2.8 สามารถใช้โปรแกรมการประชุมทางไกล การสื่อสาร การ share ข้อมูล และจอภาพผ่านโปรแกรมได้ เช่น โปรแกรมประชุมออนไลน์ Zoom meeting, Microsoft Teams, Cisco Webex และ Google Meet เป็นต้น	3.59	.87	มาก
2.9 สามารถใช้โปรแกรมในการนำเสนอผลงานในการบริหารทางการพยาบาลและข้อมูลเกี่ยวกับการบริการทางการพยาบาล เช่น Power Point, Canva เป็นต้น	3.65	.81	มาก
2.10 สามารถกำหนดรูปแบบสมการ/แนวทางวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล เช่น โปรแกรม SPSS, Excel ได้	3.46	.94	มาก
ภาพรวม	**3.59**	**.79**	มาก
3. ด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล			
3.1 การใช้เครื่องมือดิจิทัลช่วยดักจับปัญหา หรือป้องกันการเกิดปัญหาทางการพยาบาล	3.54	.78	มาก
3.2 การใช้เครื่องมือดิจิทัลช่วยคาดการณ์ และระบุความเสี่ยงทางการพยาบาล	3.50	.84	มาก
3.3 การใช้เครื่องมือดิจิทัลช่วยวิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาล	3.62	.83	มาก
3.4 การใช้เครื่องมือดิจิทัลช่วยการวางแผนทางการพยาบาล	3.56	.82	มาก
3.5 การใช้เครื่องมือดิจิทัลช่วยการประเมินผลการแก้ปัญหาทางการพยาบาล	3.62	.87	มาก
3.6 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสร้างสรรค์นวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อการแก้ปัญหา	3.60	.85	มาก
3.7 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสารสนเทศในการจัดการด้านงบประมาณ (financial) ในการบริหารทางการพยาบาล	3.65	.85	มาก
3.8 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสารสนเทศในการจัดการด้านบริหารอัตรากำลัง (human resource management)	3.75	.84	มาก
ภาพรวม	**3.61**	**.84**	มาก

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ด้านที่ประเมิน	*M*	*SD*	ระดับ
4. ด้านการปรับตัวการเปลี่ยนแปลงดิจิทัลทางการพยาบาล			
4.1 รู้แนวคิดฉลาดรู้ดิจิทัล (digital literacy) เพื่อพัฒนาความรู้เกี่ยวกับ ดิจิทัลที่ทันสมัย และสามารถวิเคราะห์แยกแยะการใช้ดิจิตอลในการบริหารทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม	3.56	.72	มาก
4.2 การสื่อสารเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงสู่ดิจิทัลทางการพยาบาล และการขับเคลื่อนการทำงานที่สอดคล้องกับนโยบายองค์กรพยาบาลดิจิทัล	3.66	.70	มาก
4.3 กำหนดแผนการเปลี่ยนแปลง และสร้างกลไก สนับสนุนการพยาบาลโดยเทคโนโลยีดิจิทัล	3.54	.66	มาก
4.4 การสร้างความร่วมมือ และหลักคิด (mindset) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือรูปแบบการทำงานให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงดิจิทัลทางการพยาบาล	3.65	.66	มาก
4.5 การริเริ่มนำอุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัลใหม่ๆ มาใช้ในทางการพยาบาล	3.66	.70	มาก
4.6 การใช้ข้อมูลดิจิทัลทางการพยาบาลที่อ้างอิงจากแหล่งเชื่อถือได้ และเป็นแหล่งต้นกำเนิด	3.74	.70	มาก
4.7 การปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์	3.92	.68	มาก
4.8 การประเมินความเป็นไปได้ทางเทคโนโลยี ความเป็นไปได้ด้านกฎหมาย ประเมินความคุ้มค่าของแต่ละทางเลือกในการพัฒนาบริการพยาบาลด้านดิจิทัล	3.77	.71	มาก
ภาพรวม	**3.69**	**.69**	มาก

ส่วนที่ 4 สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัลจำแนกรายด้านและช่วงอายุ

สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัลจำแนกรายด้านและช่วงอายุ พบว่า โดยภาพรวมผู้บริหารทุกช่วงอายุมีสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง (*M* = 3.62–3.80) โดยกลุ่มอายุ 40–45 ปี มีค่าเฉลี่ยภาพรวมสูงที่สุด (*M* = 3.80, *SD*=.71) ในขณะที่กลุ่มอายุ 56–60 ปี มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (*M* = 3.62, *SD* = .70) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าใจดิจิทัลทางการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในทุกช่วงอายุ (*M* = 3.91-4.09, SD = .54-.87) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัลจำแนกรายด้านและช่วงอายุ

สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัล	< 40 ปี (n = 4)		40-45 ปี (n = 6)		45-60 ปี (n =23)		51-55 ปี (n = 18)		56-60 ปี (n = 5)	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
ด้านการเข้าใจดิจิทัลทางการพยาบาล	4.09	.74	3.94	.87	3.91	.72	3.96	.54	3.93	.70
ด้านการใช้ดิจิทัลทางการพยาบาล	3.43	.98	3.83	.73	3.60	.83	3.60	.54	3.55	.74
ด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล	3.56	.83	3.65	.66	3.67	.92	3.74	.47	3.43	.74
ด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล	3.59	.94	3.77	.58	3.72	.67	3.76	.48	3.58	.64
ภาพรวม	**3.67**	**.87**	**3.80**	**.71**	**3.73**	**.79**	**3.77**	**.51**	**3.62**	**.70**

ส่วนที่ 5 สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัลจำแนกรายด้านและระดับของผู้บริหาร

เมื่อจำแนกสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัลเป็นรายด้านตามระดับของผู้บริหาร พบว่า ในภาพรวม ผู้บริหารทุกระดับมีสมรรถนะอยู่ในระดับมาก (*M* = 3.71-3.80, *SD* = .67-.69) โดยผู้บริหารระดับหัวหน้างานมีค่าเฉลี่ยภาพรวมสูงที่สุด ระดับมาก (*M* = 3.80, *SD* = .67) และสมรรถนะด้านการเข้าใจดิจิทัลทางการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดของผู้บริหารทุกระดับ ระดับมาก (*M* = 3.94-4.14, *SD* = .63-.66) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัลจำแนกรายด้านและระดับของผู้บริหาร

สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัล	หัวหน้ากลุ่มงาน (n = 15)		หัวหน้างาน (n = 8)		หัวหน้าหอผู้ป่วย (n = 43)	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
ด้านการเข้าใจดิจิทัลทางการพยาบาล	3.95	.66	4.14	.63	3.94	.66
ด้านการใช้ดิจิทัลทางการพยาบาล	3.72	.72	3.71	.80	3.59	.72
ด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล	3.70	.76	3.59	.59	3.62	.73
ด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล	3.80	.62	3.78	.69	3.69	.61
ภาพรวม	**3.79**	**.69**	**3.80**	**.67**	**3.71**	**.68**

ส่วนที่ 6 สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัลจำแนกรายด้านตามประสบการณ์การทำงานด้านบริหาร

เมื่อวิเคราะห์สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัลจำแนกรายด้านและประสบการณ์การทำงานด้านบริหาร พบว่า ทุกกลุ่มมีสมรรถนะด้านดิจิทัลอยู่ในระดับมาก โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์ 1-2 ปี มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมสูงที่สุด (*M* = 3.74, *SD* = .63) รองลงมาคือกลุ่มที่ประสบการณ์มากกว่า 10 ปี (*M* = 3.71, *SD* = .72) ส่วนกลุ่มที่มีประสบการณ์ 8-10 ปี มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมต่ำสุด (*M* = 3.55, *SD* = .64) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัลจำแนกรายด้านและประสบการณ์การทำงานด้านบริหาร

สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัล	1-2 ปี (n =20)		3-4 ปี (n = 11)		5-7 ปี (n =11)		8-10 ปี (n = 10)		> 10 ปี (n =14)	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
ด้านการเข้าใจดิจิทัลทางการพยาบาล	3.98	.63	3.86	.68	3.94	.79	3.66	.60	3.94	.64
ด้านการใช้ดิจิทัลทางการพยาบาล	3.63	.67	3.51	.72	3.59	.78	3.49	.74	3.59	.80
ด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล	3.66	.63	3.69	.82	3.52	.91	3.55	.69	3.62	.78
ด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล	3.72	.62	3.65	.64	3.71	.61	3.51	.54	3.69	.66
ภาพรวม	**3.74**	**.63**	**3.67**	**.71**	**3.69**	**.77**	**3.55**	**.64**	**3.71**	**.72**

อภิปรายผล

การศึกษาสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านดิจิทัลครั้งนี้พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 3.71, *SD* = 0.78) สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ดิจิทัลของกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ที่มุ่งปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล และแสดงให้เห็นว่าผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิมีความพร้อมในการขับเคลื่อนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระดับที่น่าพอใจ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพไทยสู่ยุคดิจิทัล อย่างไรก็ตามผลการศึกษาของ Steenkamp et al. (2025) ในผู้นำทางการดูแลสุขภาพที่แอฟริกาใต้พบว่า แม้จะมีการลงทุนอย่างมากในเครื่องมือสุขภาพดิจิทัล แต่ความพร้อมด้านสุขภาพดิจิทัลยังคงจำกัด โดยเฉพาะในด้านการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงโดยผู้นำ (leadership promoting change) การที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์มีระดับสมรรถนะดิจิทัลในระดับมากอาจเป็นผลมาจากการที่โรงพยาบาลได้นำระบบดิจิทัลมาใช้อย่างครอบคลุมในหลายด้าน เช่น การให้คำปรึกษาทางไกล (telemedicine) ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) และระบบจัดการเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (paperless) ทำให้ผู้บริหารมีประสบการณ์และความคุ้นเคยกับเทคโนโลยีดิจิทัลมากกว่าบริบทอื่น ๆ ที่อาจยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การบริหารด้วยระบบดิจิทัลทราน

เมื่อพิจารณาสมรรถนะรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าใจดิจิทัลทางการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (*M* = 3.93, *SD* = 0.79) โดยข้อที่ได้คะแนนสูงสุดคือการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อสร้างคุณค่าแก่งานบริการพยาบาล (*M* = 4.20, *SD* = 0.77) แสดงให้เห็นว่าผู้บริหารทางการพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาคุณภาพงาน สอดคล้องกับแนวคิดของ Laukka et al. (2022) ที่เสนอว่าผู้นำพยาบาลจำเป็นต้องมีวิสัยทัศน์และความคิดเชิงกลยุทธ์ในการพัฒนาการแก้ปัญหาด้วยระบบดิจิทัล อย่างไรก็ตามภายในด้านเดียวกันนี้ ข้อที่เกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายและจริยธรรมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางการพยาบาลกลับได้คะแนนต่ำกว่า (*M* = 3.71, *SD* = 0.75) ทำให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาความรู้ด้านกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในยุคที่มีการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

ในทางตรงกันข้าม ด้านการใช้ดิจิทัลทางการพยาบาลเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (*M* = 3.59, *SD* = 0.79) โดยข้อที่ได้คะแนนต่ำสุดคือความสามารถในการกำหนดรูปแบบสมการและแนวทางวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล เช่น SPSS และ Excel (*M* = 3.46, *SD* = 0.94) แสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดในทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่จำเป็นต่อการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาของ Steenkamp et al. (2025) ที่พบว่าผู้นำทางการดูแลสุขภาพมีความพร้อมต่ำในด้านความสามารถในการเปลี่ยนแปลง ซึ่งรวมถึงทักษะการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าข้อที่เกี่ยวกับการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการสืบค้นข้อมูลทางวิชาการหรืองานวิจัยกลับได้คะแนนสูงสุด (*M* = 3.68, *SD* = 0.76) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ (2562) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพไทยต้องมีสมรรถนะในการนำเนื้อหาดิจิทัลมาประยุกต์ใช้กับงานพยาบาล โดยต้องสามารถวิเคราะห์และเลือกใช้องค์ความรู้จากฐานข้อมูลด้านสุขภาพ มาประยุกต์ใช้กับงานพยาบาลได้ ความแตกต่างของระดับทักษะในแต่ละด้านนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Jarva et al. (2022) ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีการรับรู้เกี่ยวกับสมรรถนะด้านสุขภาพดิจิทัลที่แตกต่างกัน โดยมีสมรรถนะเพียงพอในด้านพื้นฐาน แต่ขาดทักษะในการใช้โปรแกรมที่ซับซ้อนและการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสูง

เมื่อพิจารณาสมรรถนะดิจิทัลตามช่วงอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 40-45 ปี มีค่าเฉลี่ยสมรรถนะดิจิทัลสูงที่สุด (*M* = 3.80, *SD* = 0.71) ขณะที่กลุ่มอายุ 56-60 ปี มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (*M* = 3.62, *SD* = 0.70) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Steenkamp et al. (2025) ที่พบว่าผู้ตอบในกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไปมีความพร้อม

ในการรับรู้ความสามารถใช้เครื่องมือสุขภาพดิจิทัลต่ำกว่า (ร้อยละ 32.8) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ 25-30 ปี (ร้อยละ 60.9) ปรากฏการณ์นี้อาจอธิบายได้ด้วยแนวคิดของ Prensky (2001) ที่แบ่งคนเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เติบโตมาในยุคดิจิทัล (digital natives เกิดหลังปี พ.ศ. 2523 อายุปัจจุบันไม่เกิน 45 ปี) และกลุ่มที่ต้องเรียนรู้และปรับตัวเข้ากับเทคโนโลยีดิจิทัลในภายหลัง (digital immigrants เกิดก่อนปี พ.ศ. 2523 อายุปัจจุบันมากกว่า 45 ปี) การที่กลุ่มอายุ 40-45 ปี มีสมรรถนะสูงสุดอาจเป็นผลมาจากการที่กลุ่มนี้อยู่ในจุดสมดุลระหว่างการมีประสบการณ์การทำงานที่เพียงพอและความสามารถในการปรับตัวกับเทคโนโลยีใหม่

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยสมรรถนะตามระดับของผู้บริหาร พบว่าหัวหน้างานการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะดิจิทัลโดยรวมสูงที่สุด (*M* = 3.80, *SD* = 0.67) รองลงมาคือหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล (*M* = 3.79, *SD* = 0.69) และหัวหน้าหอผู้ป่วย (*M* = 3.71, *SD* = 0.68) ตามลำดับ ความแตกต่างอาจเกิดจากผลกระทบของลักษณะงานและบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน โดยหัวหน้างานการพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานระหว่างนโยบายระดับสูงและการปฏิบัติงานระดับหน่วย จึงจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการวิเคราะห์ข้อมูล และการสื่อสารกับหลายระดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของอมรทิพย์ อังกูรภัครวัฒน์ และคณะ (2565) ที่เน้นความสำคัญของสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ซึ่งมีบทบาทในการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติและเชื่อมโยงระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ในขณะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมีหน้าที่เน้นการบริหารจัดการในระดับหน่วยงานโดยตรง จึงใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในลักษณะที่เฉพาะเจาะจงกว่า นอกจากนี้บริบทองค์กรของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่มีการพัฒนาระบบดิจิทัลอย่างครอบคลุม ทำให้ผู้บริหารในระดับที่ต้องรับผิดชอบการขับเคลื่อนนโยบายและกำกับดูแลระบบมีโอกาสในการพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลมากกว่าผู้บริหารที่เน้นการปฏิบัติงานในระดับหน่วย ดังที่การศึกษาของ Laukka et al. (2023) พบว่าผู้นำพยาบาลในระดับต่าง ๆ ต้องทำงานเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มพัฒนาดิจิทัลแบบสหวิชาชีพ แต่ระดับของความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมจะแตกต่างกันตามบทบาทหน้าที่

ในด้านประสบการณ์การบริหาร ผลการศึกษาพบรูปแบบที่น่าสนใจ คือ ผู้บริหารใหม่ (ประสบการณ์การบริหาร 1-2 ปี) เป็นกลุ่มที่มีสมรรถนะดิจิทัลสูงที่สุด (*M* = 3.74, *SD* = 0.63) ขณะที่ผู้บริหารกลุ่มกลาง (ประสบการณ์การทำงาน 8-10 ปี) มีสมรรถนะดิจิทัลต่ำที่สุด (*M* = 3.55, *SD* = 0.64) ซึ่งน้อยกว่าผู้บริหารอาวุโส (มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี, *M* = 3.71, *SD* = 0.72) รูปแบบนี้สะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดของ Prensky (2001) ที่ว่าแม้ประชากรกลุ่มที่ต้องเรียนรู้และปรับตัวเข้ากับเทคโนโลยีดิจิทัลในภายหลัง จะสามารถปรับตัวและพัฒนาทักษะดิจิทัลได้เมื่อมีความจำเป็น แต่จะมีพฤติกรรมในการใช้เทคโนโลยีที่เฉพาะของตนเอง (digital immigrant accent) ที่แตกต่างจากคนรุ่นใหม่ จึงอธิบายได้ว่าผู้บริหารใหม่ อาจเป็นกลุ่มที่เติบโตมาในยุคดิจิทัลและได้รับการศึกษาที่เน้นเทคโนโลยีดิจิทัลมากกว่า ขณะที่ผู้บริหารอาวุโส ได้พัฒนาทักษะดิจิทัลจากความจำเป็นในการบริหารงานและการปรับตัวตามกาลเวลา ส่วนกลุ่มกลาง อาจเป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงการปรับตัวและยังไม่ได้รับการพัฒนาทักษะดิจิทัลอย่างเป็นระบบ

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ 1) การเก็บข้อมูลดำเนินการในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบสมรรถนะดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น โรงพยาบาลในพื้นที่ชนบทและเมือง โรงพยาบาลรัฐและเอกชน หรือโรงพยาบาลที่มีระดับการพัฒนาด้านเทคโนโลยีดิจิทัลที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการนำผลการศึกษาไปใช้ในบริบทอื่น 2) การใช้วิธีการประเมินตนเอง (self-assessment) อาจทำให้เกิดอคติในการรายงานข้อมูล (response bias) เนื่องจากผู้ตอบอาจประเมินความสามารถของตนเองสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริง หรืออาจตอบในลักษณะที่คิดว่าเป็นที่ยอมรับทางสังคม (social desirability bias) นอกจากนี้การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

ภาคตัดขวางจึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของตัวแปรต่าง ๆ ได้ และไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของสมรรถนะดิจิทัลตามกาลเวลาได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล โดยเน้นการจัดการข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยในระบบดิจิทัล การกำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูล และการรายงานเหตุการณ์การละเมิดข้อมูล และพัฒนาหลักสูตรเฉพาะด้านการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS และ Excel ขั้นสูง

2. ควรจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่มีประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลต่างกัน โดยให้ผู้บริหารที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี ถ่ายทอดประสบการณ์การปรับตัวและการแก้ไขปัญหา กับผู้บริหารใหม่ที่มีประสบการณ์ 1-2 ปี เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะดิจิทัลแบบสองทิศทาง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายขอบเขตการศึกษาเปรียบเทียบสมรรถนะดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลหลายแห่งที่มีบริบทแตกต่างกัน ทั้งโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ และพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความสามารถในการนำผลการศึกษาไปใช้ในบริบทที่หลากหลาย

2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลกับประสิทธิผลของการบริหารการพยาบาล เช่น คุณภาพการดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาล และประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร

3. ควรพัฒนาเครื่องมือวัดสมรรถนะดิจิทัลที่ครอบคลุมเทคโนโลยีใหม่ที่เกิดขึ้นในยุคการแพทย์ดิจิทัล เช่น การใช้ปัญญาประดิษฐ์และการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ในการบริหารการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข (2564 - 2568)*. https://ict.moph.go.th/upload_file/files/97c2287c8f04e13f81fec13e431e7a5e.pdf

ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, อารี ชีวเกษมสุข, และสุภมาส อังศุโชติ. (2562). สมรรถนะดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพไทย: การวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 42*(1), 1-12.

ศิริลักษณ์ ดีเลิศไพบูลย์, จาฟุฎา มาเมืองบน, สกฤษตา ตั้งกูลพิธพร, คัทรียา คุณคุณาเดช, อาภาภรณ์ ธนากรพรสวัสดิ์, จินตนคติ วรรณวิจิตร, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2566). การพัฒนาความรอบรู้ด้านดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพ. *วชิรสารการพยาบาล, 25*(1), 70-79.

สภาการพยาบาล. (2566). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง นโยบายสภาการพยาบาลเกี่ยวกับกำลังคนในทีมการพยาบาล*. https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/003(1).pdf

สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). *กรอบสมรรถนะด้านดิจิทัลสำหรับพลเมืองไทย*. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. https://web.parliament.go.th/assets/portals/1/files/digital_competence_framework_for_thai_citizens.pdf

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองการพยาบาล. (2565). *แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2565*. กระทรวงสาธารณสุข.

อมรทิพย์ อังกูรภัครวัฒน์, พัชราภรณ์ อารีย์, และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2565). สมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาล ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 30*(1), 113-125.

Alanazi, A. T. (2022). Digital leadership: Attributes of modern healthcare leaders. *Cureus, 14*(2), e21969. https://doi.org/10.7759/cureus.21969

Best, J. W., & Kahn, J. V. (2014). *Research in education* (10th ed.). Pearson Education.

Jarva, E., Oikarinen, A., Andersson, J., Tuomikoski, A. M., Kääriäinen, M., Meriläinen, M., & Mikkonen, K. (2022). Healthcare professionals' perceptions of digital health competence: A qualitative descriptive study. *Nursing Open, 9*(2), 1379-1393. https://doi.org/10.1002/nop2.1184

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607-610.

Laukka, E., Hammarén, M., Pölkki, T., & Kanste, O. (2023). Hospital nurse leaders' experiences with digital technologies: A qualitative descriptive study. *Journal of Advanced Nursing, 79*(1), 297-308. https://doi.org/10.1111/jan.15481

Laukka, E., Pölkki, T., & Kanste, O. (2022). Leadership in the context of digital health services: A concept analysis. *Journal of Nursing Management, 30*(7), 2763-2780. https://doi.org/10.1111/jonm.13763

Prensky, M. (2001). Digital natives, digital immigrants. *On the Horizon, 9*(5), 1-6. https://www.marcprensky.com/writing/Prensky%20-%20Digital%20Natives,%20Digital%20Immigrants%20-%20Part1.pdf

Seibert, K., Domhoff, D., Huter, K., Krick, T., Rothgang, H., & Wolf-Ostermann, K. (2020). Application of digital technologies in nursing practice: Results of a mixed methods study on nurses' experiences, needs and perspectives. *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen*, *158*-159, 94-106. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.10.010

Steenkamp, I., Peltonen, L. M., & Chipps, J. (2025). Digital health readiness - insights from healthcare leaders in operational management: A cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, *25*(1), 240. https://doi.org/10.1186/s12913-024-12129-y

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม และระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระดับที่ควบคุมไม่ได้

วรรณพร บุญเปล่ง, ปร.ด.[*]
ดาริณ โพธิ์แก้ว, พย.ม.[**]
ชรินรัตน์ ศิริทวี, พย.ม.[***]

Received: June 29, 2025
Revised: November 27, 2025
Accepted: December 8, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม และระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระดับที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 25 คน เครื่องมือวิจัย แบ่งออกเป็น 1) เครื่องมือทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม 2) เครื่องมือเก็บรวมรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม และการประเมินระดับความดันโลหิต ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามความรู้ได้ค่า IOC ของแต่ละข้อมีค่ามากกว่า 0.50 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ได้ค่า CVI 0.80 หาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่า 0.87 และ 0.70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed rank test และ paired t-test

ผลวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.01) พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 68 และหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว t = -4.43, p < 0.01; ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว t = -2.15, p = 0.04) สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำที่ใช้การสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมต่ำและการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำ แรงสนับสนุนทางสังคม

[*] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[**] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: darin1@bcnsurin.ac.th

[***] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนอกเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

The Effect of a Low-Sodium Dietary Promotion Program Using Social Support on Knowledge, Sodium Intake Behaviors, and Blood Pressure Levels among Patients with Uncontrolled Hypertension

Wannaporn Boonpleng, Ph.D.[*]
Darin Phokaew, M.N.S.[**]
Charinrat Sirithawee, M.N.S.[***]

Abstract

This one-group pre- and post-experimental study aimed to investigate the effects of a low-sodium dietary promotion program using social support on knowledge, sodium consumption behavior, and blood pressure levels in patients with uncontrolled hypertension. The sample consisted of 25 participants selected through purposive sampling. The research instruments were divided into 1) experimental instruments, including the low-sodium dietary promotion program using social support, and 2) data collection instruments, including a knowledge questionnaire about sodium consumption, a sodium consumption behavior questionnaire, and blood pressure level assessment. The content validity of the knowledge questionnaire was evaluated, and all items demonstrated IOC values greater than 0.50, and the CVI for the sodium consumption behavior questionnaire was 0.80. The reliability values were 0.87 and 0.70, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the paired t-test.

The research findings indicate that after the intervention, the average knowledge scores of hypertensive patients significantly increased compared to before the program (p = 0.01). Most sodium consumption behaviors were at a moderate level (68%), and after participating in the program, it was found that hypertensive patients with uncontrolled blood pressure had significantly lower average blood pressure values than before the program (systolic blood pressure t = -4.43, $p < 0.01$; diastolic blood pressure t = -2.15, p = 0.04). In conclusion, the low-sodium food consumption promotion program using social support is effective in increasing knowledge about low-sodium consumption and controlling blood pressure levels in uncontrolled hypertensive patients.

Keywords: Uncontrolled hypertension patients, Low-sodium food consumption program, Social support

[*] Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[**] Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; Corresponding Author E-mail: darin1@bcnsurin.ac.th

[***] Registered nurse, professional level, Nok Mueang subdistrict Health Promoting Hospital, Nok Mueang subdistrict, Mueang Surin district, Surin Province, Thailand

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย ปี 2565 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 2 แสนคน ส่วนในปี 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 507,104 คน (กรมควบคุมโรค, 2566) ในส่วนของจังหวัดสุรินทร์ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญโดยพบว่าในปี 2563 พบผู้ป่วย ร้อยละ 11.61 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.56 ในปี 2566 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์, 2567)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะทางสุขภาพที่เกิดจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น พันธุกรรม และเพศ รวมถึงปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น ภาวะอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การได้รับโพแทสเซียมไม่เพียงพอ การบริโภคไม่ถูกส่วน บริโภคผักผลไม้น้อย และการบริโภคโซเดียมสูง (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024) ซึ่งการรับประทานอาหารเค็มเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า การบริโภคโซเดียมที่มากเกินไปจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น โดยในปี 2562 พบผู้เสียชีวิตจากสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจที่เกิดขึ้นเกือบ 2 ล้านคน เนื่องมาจากการบริโภคโซเดียมเกินกว่าระดับที่เหมาะสม (World Health Organization [WHO], 2023) สำหรับคนไทยพบว่ามีการบริโภคโซเดียม 3,636 มก.ต่อวัน สูงกว่า WHO กำหนดไม่ควรเกิน 1 ช้อนชา หรือ 2,000 มก.ต่อวัน ถึงเกือบ 2 เท่า (Chailimpamontree et. al., 2021) ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพนำไปสู่ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และยังทำให้เกิดโรคไต การบริโภคโซเดียมในปริมาณมาก (5 กรัม/วัน) มีผลต่อการเกิดความดันโลหิตสูงโดยระดับความดันตัวบน (Systolic BP) จะเพิ่มขึ้น 2.86 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) ต่อการบริโภคโซเดียมเพิ่ม 1 กรัม (กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ, 2566) ดังนั้นการลดการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการควบคุมระดับความดันโลหิต

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะการลดการบริโภคโซเดียมซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคความดันโลหิตสูง (วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ 2557) จากแนวคิดของเฮ้าส์ (House, 1985 อ้างถึงใน เอกภพ จันทร์สุคนธ์ และปัทมา สุพรรณกุล, 2563) การสนับสนุนทางสังคม คือ การให้การสนับสนุนในด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือแม้กระทั่งด้านจิตใจ แก่ผู้ป่วย ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะเป็นบุคคลต่าง ๆ เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้รับการสนับสนุนปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมในแนวทางที่ถูกต้อง โดยเฮ้าส์ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้ (1) การสนับสนุนทางอารมณ์ คือ การให้ความพอใจการยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย (2) การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล คือ การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเห็นพ้องหรือให้รับรองผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (3) การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ และ (4) การให้การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ เป็นการช่วยเหลือด้านแรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น (House, 1985 อ้างถึงใน เอกภพ จันทร์สุคนธ์ และปัทมา สุพรรณกุล, 2563) จากการศึกษาของดวงดาว ปิงสุแสน (2557) พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมที่มีการสนับสนุนทางสังคมมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถ และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการปฏิบัติตัว และแรงสนับสนุนทางสังคม เพิ่มมากขึ้นดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การมารับบริการทางสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ณ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์นั้น ถึงแม้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้เข้ารับการรักษาแต่ยังพบว่ามีผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้และให้ข้อมูลว่ายังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็ม จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมพฤติกรรมการลดการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เป็นผู้ที่ทำงานอย่างใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่และเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพ มีบทบาทในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ ส่งเสริมสุขภาพและแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั้งโรคเรื้อรังและโรคอุบัติการณ์ใหม่ จุดแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเข้าถึงชุมชนได้ง่าย ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมักเป็นคนในชุมชนเอง ทำให้เข้าถึงผู้ป่วยได้ง่ายและมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ทำให้สามารถให้การสนับสนุน คำแนะนำและติดตามประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชนิดา เตชะปัน, 2561) จากศึกษาของเกษศิรินทร์ พุทธวงศ์ และคณะ (2565) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การบริโภคโซเดียมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้จึงมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมโดยมีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมีส่วนร่วมเป็นแรงสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระดับที่ควบคุมไม่ได้ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ดีขึ้นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

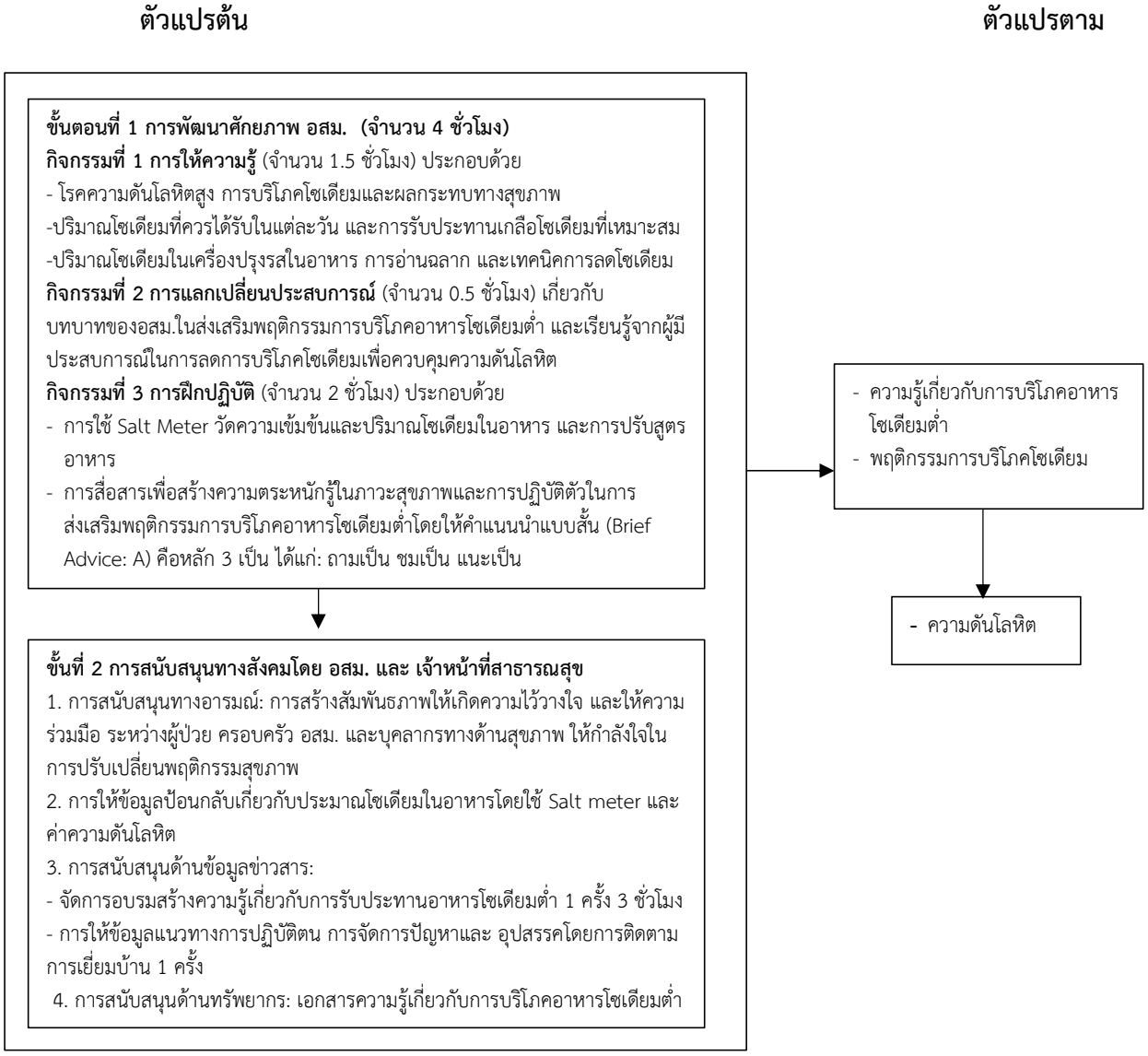
1. เพื่อศึกษาความรู้ และระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม
2. ศึกษาระดับพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และค่าความดันโลหิตเฉลี่ยผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยอิงกรอบแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1985)

ภาพ 1

กรอบแนวคิดของการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียวแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตตำบลนอกเมือง จำนวน 1,240 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตตำบลนอกเมือง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. อายุ 35 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์โดยอนุญาตให้มีโรคร่วมที่อยู่ในภาวะคงที่

3. มีความดันโลหิตตัวบนสูง ≥ 140 mmHg และ/หรือ ตัวล่าง ≥ 90 mmHg ติดต่อกัน 2 ครั้งสุดท้าย (ระยะห่าง 1 เดือน)

4. ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป

5. รับประทานยาลดความดันโลหิตตามปกติทุกวันก่อนมารับบริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรังในสถานบริการสุขภาพในเขตอำเภอเมือง

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. โรคเนื้องอกต่อมหมวกไต

2. โรคไตระยะสุดท้าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งคณะผู้วิจัยพัฒนามาจากกรอบแนวคิดการแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม รูปแบบของโปรแกรมประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคโซเดียมและผลกระทบทางสุขภาพ ปริมาณโซเดียมที่ควรได้รับในแต่ละวัน และการรับประทานเกลือโซเดียมที่เหมาะสม ปริมาณโซเดียมในเครื่องปรุงรสในอาหาร การอ่านฉลาก และเทคนิคการลดโซเดียม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำ และเรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์ในการลดการบริโภคโซเดียมเพื่อควบคุมความดันโลหิตและกิจกรรมการฝึกปฏิบัติ ได้แก่ การใช้ Salt Meter วัดความเข้มข้นและปริมาณโซเดียมในอาหาร และการปรับสูตรอาหาร การสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักรู้ในภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัว ได้แก่ การสื่อสารด้วยคำพูดเชิงบวก การกระตุ้นอารมณ์ด้านบวกและด้านลบ การฝึกถามคำถาม ระยะเวลาทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์: การสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรทางด้านสุขภาพ ให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับประมาณโซเดียมในอาหารโดยใช้ Salt Meter และค่าความดันโลหิต การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ได้แก่ เอกสารความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำ นวัตกรรมโมเดลวงล้อความเค็ม และติดตามความดันโลหิตในระยะเวลา 4 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย ในการศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม พัฒนาโดยเกษศิรินทร์ พุทธวงศ์ (2565) มีการขออนุญาตใช้แบบสอบถามจากผู้พัฒนาเครื่องมือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ยาที่ใช้ ระดับความดันโลหิต โรคร่วมอื่น ๆ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ประเภท และความถี่ของการออกกำลังกาย จำนวน 13 ข้อ

2.2 แบบสอบถามความรู้การบริโภคโซเดียม จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามถูกผิด โดยถามข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณโซเดียมในอาหารที่ควรได้รับในแต่ละวัน การรับประทานโซเดียมที่เหมาะสม การลดปริมาณเครื่องปรุงรสในอาหารและการเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปหรือแปรรูป (เกษศิรินทร์ พุทธวงศ์, 2565) โดยเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

8-10 คะแนน หมายถึง มีความรู้สูง

6-7 คะแนน หมายถึง มีความรู้ปานกลาง

0-5 คะแนน หมายถึง มีความรู้ต่ำ

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมเป็นแบบประเมินพฤติกรรม จำนวน 10 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับการลดการบริโภคโซเดียมในเรื่องการปฏิบัติวัดตวงเครื่องปรุงรส การเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปหรือแปรรูป และการเติมเครื่องปรุงระหว่างมื้ออาหาร (เกษศิรินทร์ พุทธวงศ์, 2565) แบบการประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3-5 ครั้งใน 1 สัปดาห์ และปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติมากกว่า 5 ครั้งใน 1 สัปดาห์ โดยให้คะแนนทางบวก 1-3 คะแนน และทางลบ 3-1 ตามลำดับ ค่าคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่

24-30 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมดี

18-23 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมพอใช้

1-17 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมต้องปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ดังนี้

1.1. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนาโดยประยุกต์จากแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติ และการสนับสนุนทางสังคมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร โปรแกรมได้รับการประเมินความเหมาะสมของเนื้อหา เครื่องมือ และกิจกรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน โดยประเมินความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา และกิจกรรมของโปรแกรม ผลการประเมินพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ขององค์ประกอบต่าง ๆ มีค่ามากกว่า 0.50 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

1.2. แบบสอบถามความรู้การบริโภคโซเดียม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) มีค่าความสอดคล้องอยู่ในระดับยอมรับได้ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ค่า IOC ของแต่ละข้อ มากกว่า 0.50

1.3. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมมีดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.80 (เกษศิรินทร์ พุทธวงศ์, 2565)

2. ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) ดังนี้ แบบสอบถามความรู้การบริโภคโซเดียม ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน ใช้สูตร KR-20 ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.87 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach’s alpha Coefficient) ได้ค่า 0.70

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เอกสารเลขที่ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงการวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ หนังสืออนุมัติเลขที่ P-EC 11-08-67 วันที่รับรอง 23 สิงหาคม 2567 และในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สิทธิในการยุติการวิจัยได้ทันที

โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับและการเสนอผลการวิจัยในภาพรวมที่ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดี ผู้วิจัยจะให้อ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ขออนุญาตผู้อำนวยการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตตำบลนอกเมืองที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

2. ชี้แจงโครงการให้กลุ่มเป้าหมายทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิ์ของอาสาสมัครวิจัย ขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรและเก็บข้อมูลการวิจัย

3. จัดกิจกรรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม 2 ขั้นตอนในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีรายละเอียดการดำเนินการดังต่อไปนี้

3.1 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วมกิจกรรม ดังนี้

3.1.1 เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง กิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ (จำนวน 1.5 ชั่วโมง) กิจกรรมที่ 2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (จำนวน 0.5 ชั่วโมง) และกิจกรรมที่ 3 การฝึกปฏิบัติ (จำนวน 2 ชั่วโมง)

3.1.2 เข้าร่วมกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยร่วมกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม โดยเป็นผู้คอยให้กำลังใจและสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมกับการดำเนินการต่าง ๆ ได้แก่ การให้วัดปริมาณโซเดียมในอาหารโดยใช้เครื่องวัดระดับโซเดียมในอาหารและวัดระดับความดันโลหิตพร้อมทั้งให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับระดับความดันโลหิตและปริมาณโซเดียมในอาหาร 1 ครั้ง

3.2 กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ดังนี้

3.2.1 ก่อนเริ่มกิจกรรม ผู้เข้าร่วมจะได้รับการประเมินพื้นฐาน (pre-test) ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม และระดับความดันโลหิต

3.2.2 เข้าร่วมกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยจะได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ในการให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในขณะที่ร่วมกิจกรรมอื่น ๆ โดยจะได้รับการประเมินปริมาณโซเดียมในอาหาร การประเมินความดันโลหิต และจะได้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับประมาณโซเดียมในอาหาร และค่าความดันโลหิต ในสัปดาห์ที่ 2 ไม่เกิน 20 นาที จำนวน 1 ครั้ง

3.2.3 ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยเข้าร่วมการอบรมสร้างความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารโซเดียมต่ำ ในสัปดาห์ที่ 2 จำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลา 3 ชั่วโมง และประเมินพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม

3.2.4 ได้รับข้อมูลแนวทางการปฏิบัติตน การจัดการปัญหาและอุปสรรค โดยการติดตามการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมจะทำการประเมินความรู้หลังการทดลอง (post-test) และได้รับการประเมินความดันโลหิตสูงในระยะเวลาสิ้นสุด 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม และความดันโลหิต ใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งไม่ปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้ paired t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จากกลุ่มตัวอย่าง 30 คน มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมครบถ้วน ได้รับการประเมินความดันโลหิต และตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ จำนวน 25 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76 โดยมีช่วงอายุ มากกว่า 61 ปี ร้อยละ 56 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ 72 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 52 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 32 ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 68 เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว ร้อยละ 68 มีโรคร่วมคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 32 ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลา 1-10 ปี ร้อยละ 68 ผู้เข้าร่วมทุกคน (ร้อยละ 100) ใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ชนิด ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ร้อยละ 76 มีพฤติกรรมออกกำลังกาย ประเภทเดินเร็ว และความถี่อย่างน้อย 3-5 ครั้ง ต่อสัปดาห์

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้ ระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม และระดับพฤติกรรมระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

การประเมินความรู้ ความดันโลหิต และพฤติกรรมของผู้กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนมีผู้ร่วมกิจกรรมและตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ จำนวน 25 คน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่มีความรู้ระดับต่ำและปานกลางอย่างละเท่ากัน คือร้อยละ 32 หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูงร้อยละ 60 ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ระหว่าง 140 -159 mmHg ร้อยละ 56 หลังเข้าร่วม น้อยกว่า 140 mmHg ร้อยละ 76 ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม น้อยกว่า 90 mmHg ร้อยละ 76 และหลังเข้าร่วมโปรแกรม น้อยกว่า 90 mmHg ร้อยละ 100 พฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมในระดับพอใช้ ร้อยละ 68 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้ ระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุน

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)	หลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)
ความรู้		
ระดับต่ำ	8 (32.0)	1 (4.0)
ระดับปานกลาง	8 (32.0)	9 (36.0)
ระดับสูง	9 (36.0)	15 (60.0)
ระดับความดันโลหิต		
แรงดันเลือดในขณะที่หัวใจบีบตัว (mmHg)		
< 140 mmHg	6 (24.0)	19 (76.0)
140 -159 mmHg	14 (56.0)	6 (24.0)
160- 179 mmHg	3 (12.0)	
≥ 180 mmHg	2 (8.0)	
แรงดันเลือดในขณะที่หัวใจคลายตัว (mmHg)		
< 90 mmHg	19 (76.0)	25 (100.0)
90-109 mmHg	6 (24.0)	
	ระหว่างดำเนินโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับพฤติกรรม		
ระดับต้องปรับปรุง	2 (8.00)	
ระดับพอใช้	17 (68.00)	
ระดับดี	6 (24.00)	

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.01) โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ที่ 6.60 (SD = 1.41) ซึ่งมีคะแนนต่ำสุดที่ 5 คะแนน คะแนนสูงสุดที่ 9 คะแนน และค่า mean rank ของการทดสอบก่อนโปรแกรมเท่ากับ 6.50 และคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเป็น 7.44 (SD = 1.16) ซึ่งมีคะแนนต่ำสุดที่ 5 คะแนน คะแนนสูงสุดที่ 9 คะแนน และค่า mean rank ของการทดสอบหลังโปรแกรมเป็น 11.62 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุน

	การประเมินคะแนน รวม 10 คะแนน	Mean	Std.	Mean Rank	Asymp.Sig (2-tailed)
กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้	ก่อน (Pre-test) *Min 5, Max 9	6.60	1.41	6.50	0.01
	หลัง (Post-test) *Min 5, Max 9	7.44	1.16	11.62	

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ก่อนการทดลอง M = 142.12, SD = 16.48; หลังการทดลอง M =128.64, SD = 15.90; t = -4.43, $p < 0.01$; ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ก่อนการทดลอง M =79.96, SD = 12.01; หลังการทดลอง M = 72.84, SD = 9.37; t = -2.15, p = 0.04) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนโปรแกรมลดเค็ม

ระดับความดันโลหิต	ก่อนร่วมโปรแกรม Mean (*SD*)	หลังเร่วมโปรแกรม Mean (*SD*)	t	*p*-value
แรงดันเลือดในขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic, mmHg)	142.12 (16.48)	128.64 (15.90)	-4.43	<0.01
แรงดันเลือดในขณะที่หัวใจคลายตัว (diastolic, mmHg)	79.96 (12.01)	72.84 (9.37)	-2.15	0.04

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การบริโภคโซเดียมของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งบ่งชี้ว่าโปรแกรมนี้มีผลช่วยเพิ่มความรู้ ที่ช่วยสนับสนุนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมได้รับการแลกเปลี่ยนข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะในรูปแบบของสนับสนุนทางด้านข้อมูล ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้เกิดความรู้ด้านการบริโภคอาหารลดโซเดียม การสนับสนุนทางสังคมถูกนำมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมนี้โดยการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น การสนับสนุนทางอารมณ์ การให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรทางด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลป้อนกลับโดยใช้ Salt Meter และค่าความดันโลหิต รวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนด้านทรัพยากร เช่น เอกสารความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมต่ำและนวัตกรรมโมเดลวงล้อความเค็ม การสนับสนุนเหล่านี้มีบทบาทในการสร้างแรงจูงใจและให้ความรู้ ซึ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเกษศิรินทร์ พุทธวงศ์ และคณะ (2565) พบว่า การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อพัฒนาศักยภาพและถ่ายทอดความรู้ สามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมได้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของดลรัตน์ รุจิวัฒนากร (2556) ที่ได้ศึกษาการบริโภคโซเดียมของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมต่ำ ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การประเมินผลและการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ เจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับปริมาณโซเดียมที่บริโภคต่อวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งการลดลงของระดับความดันโลหิตในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการลดปริมาณโซเดียมในอาหารช่วยลดทั้งความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Shamsi. et.al, 2021) ซึ่งการลดลงของ SBP เฉลี่ยมากกว่า 10 มิลลิเมตรปรอทถือว่าเป็นระดับที่มีความหมายทางคลินิก เพราะสามารถลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญ (Ettehad et.al, 2016) ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำ โดยมีกลไกสำคัญที่อาจเกิดจากการมีผู้สนับสนุนคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือบุคลากรสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่ให้ข้อมูล การติดตามพฤติกรรม การให้กำลังใจ และการสร้างบรรทัดฐานในการบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมในระดับเหมาะสม การสนับสนุนลักษณะนี้ได้รับการอธิบายตามกรอบแนวคิดของ House (1981) ว่าส่งผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งในด้านความรู้สึกมีคุณค่าจากการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ การได้รับข้อมูล และการได้รับความช่วยเหลือเชิงปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับผลของโปรแกรมที่ทำให้ความรู้เกี่ยวกับโซเดียมเพิ่มขึ้น และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ดีขึ้น การลดระดับความดันโลหิตที่พบยังสอดคล้องกับบทสรุปขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2025) พบว่า ผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป การลดปริมาณการบริโภคเกลือในระดับปานกลางต่อเนื่องอย่างน้อย 4 สัปดาห์ ส่งผลให้ความดันโลหิตตัวบนลดลง 4 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตตัวล่างลดลง 2 มิลลิเมตรปรอท และมีการลดลงที่ชัดเจนมากกว่าในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (ประมาณ 5/3 มิลลิเมตรปรอท) ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง อาจตอบสนองต่อการลดโซเดียมได้ดีสอดคล้องกับผลสรุปนี้ ผลสรุปการวิจัยสะท้อนว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำที่เชื่อมโยงกับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถเพิ่มความรู้ และควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิผลในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ นอกจากนี้การให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมในการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำยังเป็นการนำจุดแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าถึงชุมชนได้ง่าย เนื่องจากมักเป็นคนในชุมชนเอง ทำให้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสามารถให้คำแนะนำและติดตามประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชนิดา เตชะปัน, 2561) ทั้งในด้านการส่งเสริมความรู้ และการสนับสนุนแบบใกล้ชิด จึงสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติการลดโซเดียมได้

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ถึงแม้ระดับความรู้ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับมาก และค่าเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมระหว่างการร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่พฤติกรรมยังอยู่ในระดับพอใช้ ยังไม่ถึงดีมาก ซึ่งอาจสะท้อนปัจจัยบางอย่าง เช่น อุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดหาหรือจำหน่ายอาหารเค็มในครอบครัวหรือชุมชน ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจของอาหารโซเดียมต่ำ นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่วัดได้หลังโปรแกรมยังแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในระยะสั้นยังไม่ชัดเจนว่าผลเหล่านี้จะคงอยู่ในระยะยาว เนื่องจากการรักษาความดันโลหิตให้คงที่มักต้องมีพฤติกรรมระยะยาวและมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

สรุปจากการศึกษาผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีความรู้ในการบริโภคโซเดียมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการพัฒนาศักยภาพในด้านการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติในการใช้ Salt Meter วัดปริมาณโซเดียมในอาหาร การสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักรู้และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้สามารถถ่ายทอดความรู้และติดตามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของกลุ่มผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำและควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถนำโปรแกรมไปใช้ในการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมในคลินิกชุมชนหรือหน่วยบริการสุขภาพเพื่อสนับสนุนการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมได้ดียิ่งขึ้น

2. พยาบาลชุมชนในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถดำเนินโครงการเพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้ โดยการเพิ่มพูนความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้สามารถถ่ายทอดข้อมูลไปยังกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยบริโภคโซเดียมในปริมาณที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักในการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการด้านโภชนาการ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลรับผิดชอบเรื่องโภชนาการ

2. แนะนำให้ติดตามความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโดยการติดตามผลระยะยาว (≥ 6–12 เดือน) เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

เกษศิรินทร์ พุทธวงศ์, ศิวพร อึ้งวัฒนา, และวิลาวัลย์ เตือนราษฎร์. (2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 49*(3), 256-257.

กรมควบคุมโรค. (2566, 11 พฤษภาคม). *สคร.9 เตือนประชาชน เนื่องในวันความดันโลหิตสูงโลก "ควบคุมความดันโลหิต ยืดชีวิตให้ยืนยาว"*. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. https://ddc.moph.go.th/odpc9/news.php?news=34026&deptcode=odpc9&news_views=7222

กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ. (2566). *(ร่าง) แนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด.* กรมควบคุมโรค. https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1394120230302070611.pdf

ชนิดา เตชะปัน. (2561). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลบงป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

ดวงดาว ปิงสุแสน. (2557). การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 15*(3), 31-43.

ดลรัตน์ รุจิวัฒนากร. (2556). *การบริโภคโซเดียมของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, ปรีดา สาราลักษณ์, จันทร์เพ็ญ เลิศวนวัฒนา, และสดศรี ประทุม. (2557). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเกลือต่ำและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง, *วารสารการพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, *25*(1), 70-84

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2567). *ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อจำนวนประชากร.* ระบบบัญชีข้อมูล จังหวัดสุรินทร์. https://surin.gdcatalog.go.th/dataset/dataset_81_08/resource/90477bab-79ae-4d2e-9074-e50d72d4928b

เอกภพ จันทร์สุคนธ์, และปัทมา สุพรรณกุล. (2563). แรงสนับสนุนทางสังคมกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี,14*(2), 1-7.

Centers for Disease Control and Prevention. (2024, December 13). *High blood pressure risk factors*. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/high-blood-pressure/risk-factors/index.html

Chailimpamontree, W., Kantachuvesiri, S., Aekplakorn, W., Lappichetpaiboon, R., Sripaiboonkij Thokanit, N., Vathesatogkit, P., Kunjang, A., Boonyagarn, N., Sukhonthachit, P., Chuaykarn, N., Sonkhammee, P., Khunsaard, P., Nuntapanich, P., Charoenbut, P., Thongchai, C., Uttarachai, A., Kwankhoom, W., Rattanakanahutanon, F., Ruangchai, K., Yanti, N., ... Garg, R. (2021). Estimated dietary sodium intake in Thailand: A nationwide

population survey with 24-hour urine collections. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich, Conn.), 23*(4), 744–754. https://doi.org/10.1111/jch.14147

Ettehad, D., Emdin, C. A., Kiran, A., Anderson, S. G., Callender, T., Emberson, J., Chalmers, J., Rodgers, A., & Rahimi, K. (2016). Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, *387*(10022), 957–967. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01225-8

House, J. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.

Shamsi, S. A., Salehzadeh, M., Ghavami, H., Asl, R. G., & Khadem Vatani, K. (2021). Impact of lifestyle interventions on reducing dietary sodium intake and blood pressure in patients with hypertension: A randomized controlled trial. *Turk Kardiyol Dern Ars, 49*(2), 143-150. https://doi.org/10.5543/tkda.2021.81669

World Health Organization. (2023, September 19). *Global report on hypertension: trace against a silent killer*. ReliefWeb. https://reliefweb.int/report/world/global-report-hypertension-race-against-silent-killer?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwy8i0BhAkEiwAdFaeGCXudUEgQjdhrW7kW0WELPEXcjfSdatfvx88S8iL1J77IxbGx0fEjRoCS_QQAvD_BwE

World Health Organization. (2025). *Effect of longer-term modest salt reduction on blood Pressure*. World Health Organization. https://www.who.int/tools/elena/review-summaries/sodium-cvd-adults--effect-of-longer-term-modest-salt-reduction-on-blood-pressure?utm_source=chatgpt.com

การพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

ประภัสรา เข็มเงิน, พย.ม.[*]
สุทธีพร มูลศาสตร์, ส.ด.[**]
รังสิมันต์ สุนทรไชยา, ปร.ด.[***]

Received: April 14, 2025
Revised: November 28, 2025
Accepted: December 5, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน 2) ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนต่ออาการทางจิต ทักษะการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลฯ โดยการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 16 คน และภาคีเครือข่ายในชุมชน 17 คน ระยะที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบฯ การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว 10 คน และภาคีเครือข่ายในชุมชน 45 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบประเมินอาการทางจิต ทักษะการดำรงชีวิต และแบบสอบถามการมีส่วนร่วม หาค่าความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า .90-1.00 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า .94–.99 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เนื้อหา และสถิติทดสอบ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน มี 2 ระยะ (1) ระยะฉุกเฉิน (2) ระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ ภาคีเครือข่าย ได้แก่ ครอบครัว ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วย ตำรวจ พระสงฆ์ บุคลากรสาธารณสุข ปลัดอำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระยะฉุกเฉินทำหน้าที่ประเมินปัญหาและส่งต่อรักษา ระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ ทำหน้าที่ตามรูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้น 2) ภายหลังใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลฯ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิตลดลงน้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ทักษะการดำรงชีวิตและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=3.32, p=0.009, t=-2.84, p=0.01, t=-27.69, p=0.00) ดังนั้นรูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นได้

คำสำคัญ: รูปแบบเครือข่ายการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท ชุมชน

[*] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
[**]รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: sutteeporn@yahoo.com
[***] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Development of a Community-Based Network of Care Model for Schizophrenia Patients

Prapassara Khemngoen, M.N.S.[*]
Sutteeporn Moolsart, Dr.P.H.[**]
Rangsiman Soonthornchaiya, Ph.D. [***]

Abstract

This research and development aims to: 1) develop a community-based network model for schizophrenia care and 2) study the outcomes of this model on schizophrenia symptoms, life skills, and community network partner collaboration. The research was conducted in two phases: Phase 1 involved developing the care network model through focus group discussions and content analysis. The sample was purposively selected and included 16 caregivers of schizophrenia patients and 17 community network partners. Phase 2 examined the outcomes of using the model through a single-group pre- and post-experimental design. The sample included 10 patients and their families and 45 community network partners. Research instruments included semi-structured interviews, mental status assessments, life skills assessments, and participation questionnaires. Content validity was found to be between .90 and 1.00, and Cronbach's alpha coefficient of reliability was between .94 and .99. Data analysis used descriptive statistics, content analysis and paired t-tests.

The research findings indicate that 1) the community-based network model for schizophrenia care has two phases: (1) the emergency phase and (2) the maintenance or stabilization phase. Network partners include family, village head or assistant, police, monks, public health personnel, district officer, local administrative organization, and emergency medical services. The emergency phase assesses problems and refers patients for treatment, while the maintenance or stabilization phase implements the activities developed in the model. 2) After using the network care model, patients with schizophrenia showed fewer psychiatric symptoms, better life skills, and network partners were more involved than before using the model, with statistically significant differences at the .05 level. ($t=3.32$, $p = 0.009$, $t =-2.84$, $p = 0.01$, $t = -27.69$, $p = 0.00$). Therefore, the community-based network model for schizophrenia care can be scaled up to other areas.

Keywords: Model care network, Schizophrenia patients, Community

---

[*] Students in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Sukhothai Thammathirat Open University, Thailand

[**]Associate Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Thailand;
Corresponding Author E-mail: sutteeporn@yahoo.com

[***]Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, Thailand

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่สำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมอย่างรอบด้าน องค์การอนามัยโลกมีรายงานว่าอัตราความชุกทั่วโลกเฉลี่ยร้อยละ 1 ของประชากร และพบมากในช่วงอายุ 15–30 ปี ในเขตพื้นที่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมถึงประเทศไทยมีอัตราความชุกอยู่ที่ร้อยละ 0.25–0.5 และภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 พบว่ามีประชากรกว่า 792 ล้านคน ได้รับผลกระทบด้านการเข้าถึงบริการยังไม่ทั่วถึงโดยเฉพาะในประเทศรายได้น้อยถึงปานกลาง (World Health Organization [WHO], 2025) ประเทศไทยมีผู้ที่เคยประสบปัญหาสุขภาพจิตกว่า 13.4 ล้านคน โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงพบมากที่สุดในช่วงอายุ 18–24 ปี จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ระหว่างปี 2564–2566 พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่ากับ 847.7, 863.3 และ 822.6 ต่อแสนประชากร โดยเขตสุขภาพที่มีอัตราสูงสุดได้แก่ เขต 9, 8, 7, 4 และ 10 ซึ่งเขตสุขภาพที่ 10 มีอัตราป่วยเฉลี่ยมากกว่า 1,100 ต่อแสนประชากร (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี, 2565) จังหวัดอุบลราชธานี มีอัตราการป่วยด้วยโรคจิตเภทสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 10 โดยปี 2564–2566 พบอัตราป่วย 1,350.5, 1,446.0 และ 1,483.5 ต่อแสนประชากร ตามลำดับโดยเฉพาะอำเภอโขงเจียม แม้จะเป็นอำเภอขนาดเล็กแต่มีอัตราป่วยสูงถึง 1,091.7 ต่อแสนประชากร ในปีล่าสุดสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งระดับเขตและประเทศ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2567) ปัจจุบันอำเภอโขงเจียมมีผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 185 ราย ร้อยละ 0.63 พบว่าอาการทางจิตกำเริบซ้ำบ่อยครั้งและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ร้อยละ 5.94 (11 ราย) สาเหตุส่วนใหญ่มาจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้นทำให้เสี่ยงต่อการทางจิตกำเริบซ้ำ ครอบครัวต้องแบกรับภาระการดูแล ส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคมตามลำดับ ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเฉลี่ยอยู่ที่ 31,000 บาทต่อคนต่อปี โดยครึ่งหนึ่งเป็นค่ายาและค่ารักษาโดยตรง (โรงพยาบาลโขงเจียม, 2567)

ปัจจุบันอำเภอโขงเจียมได้มีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่ภายใต้การบริหารขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบการเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับชุมชนทั้งในด้านกระบวนการบริหารจัดการความต่อเนื่องของการดูแลรักษา และความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (โรงพยาบาลโขงเจียม, 2567) นอกจากนี้ยังพบว่าในพื้นที่ยังขาดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะฉุกเฉินเมื่อเกิดปัญหาหรืออาการกำเริบที่ต้องได้รับการดูแลทันทีในชุมชน ทำให้การเข้าถึงบริการทางสุขภาพในสถานการณ์เร่งด่วนยังไม่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันการดูแลในระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ซึ่งควรมุ่งเน้นการป้องกันอาการทางจิตกำเริบและส่งเสริมทักษะการดำรงชีวิต ผู้ป่วยยังขาดการดำเนินการอย่างเป็นระบบและครอบคลุมในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ อีกทั้งยังขาดรูปแบบการดำเนินงานการมอบหมายบทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งการขาดกลไกเหล่านี้ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับพื้นที่ไม่สามารถดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน จากปัญหาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความต้องการการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยองค์กรหลักในชุมชนประกอบด้วย ภาคประชาชน ผู้นำท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานรัฐ แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวม (ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และขนิษฐา นันทบุตร, 2561) ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในการดูแลด้านร่างกายและจิตใจ การลดสิ่งกระตุ้นในสิ่งแวดล้อมและส่งต่อข้อมูลให้กับชุมชนหรือโรงพยาบาล ภาคีเครือข่าย

ร่วมติดตามและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภท แต่ยังขาดการมอบหมายบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน (กำทร ดานา, 2564) การมอบหมายบทบาทชัดเจนจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามอาการ การส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่อง รวมไปถึงการประเมินอาการได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ช่วยป้องกันการกำเริบของอาการทางจิต แต่ยังขาดรูปแบบการดูแลในระยะฉุกเฉินและระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่อย่างครบถ้วน (กนกศรี จาดเงิน และศิพัฒน์กร เชื่อภักดี, 2565) การดูแลครอบคลุมทั้งสองระยะจะช่วยจัดการภาวะฉุกเฉินและส่งเสริมทักษะการดำรงชีวิตต่อเนื่อง รูปแบบการดูแลต่อเนื่องเป็นการบูรณาการระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ และภาคีเครือข่ายในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมมือในการรักษาและส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่ยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ (มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ และคณะ, 2566) และปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบดังกล่าวเกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของหทัยกาญจน์ เสียงเพราะ (2564) โควดา และไอแซค (2022) ธัญญลักษณ์ ไชยสุข มอลเลอร์ และคณะ (2566) มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ และคณะ (2566) และรัศมี ชุดพิมาย (2565) ที่ต่างยืนยันว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสามารถลดอาการทางจิต เพิ่มทักษะการดำรงชีวิต และเสริมพลังการทำงานร่วมกันในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนควรดำเนินการแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภายใต้การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและวางแผนการดูแลร่วมกันทั้งในระยะฉุกเฉินและระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อาการทางจิตดีขึ้น ทักษะการดำรงชีวิตเพิ่มขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น แม้ว่าจะมีการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน อย่างไรก็ตามในการพัฒนานั้นยังไม่พบการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งในระยะฉุกเฉิน และระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ จึงมีความสำคัญและจำเป็นในการวิจัยและพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โดยนำแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพจิตที่ครอบคลุมเครือข่ายบริการขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน เพื่อลดอาการทางจิต ส่งเสริมทักษะการดำรงชีวิตภายใต้ระบบเครือข่ายการดูแลที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนต่ออาการทางจิตและทักษะการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน

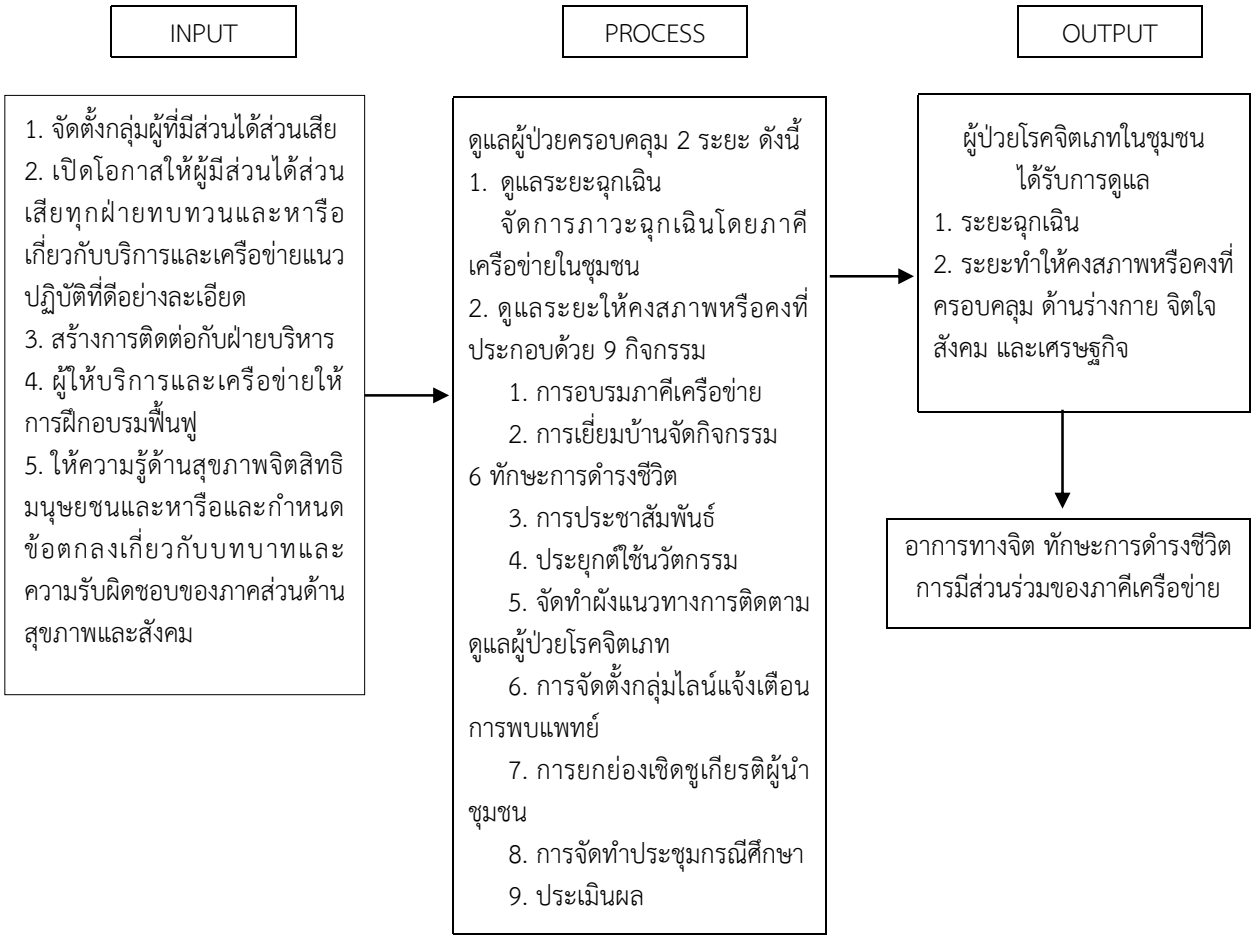
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ใช้แนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพจิตที่ครอบคลุมเครือข่ายบริการขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) โดยมีหลักการสำคัญ ได้แก่ 1) จัดตั้งกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย 2) เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายทบทวนและหารือเกี่ยวกับบริการและเครือข่ายแนวปฏิบัติที่ดีอย่างละเอียด 3) สร้างการติดต่อกับฝ่ายบริหาร 4) ผู้ให้บริการและเครือข่ายให้การฝึกอบรมฟื้นฟู และ 5) ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต สิทธิมนุษยชน และหารือและกำหนดข้อตกลงเกี่ยวกับบทบาทและความรับผิดชอบของภาคส่วนด้านสุขภาพและสังคม นำสู่การพัฒนาเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบครอบคลุม 2 ระยะ คือ 1) ระยะฉุกเฉิน โดยอาศัยกลไกเครือข่ายชุมชนในการจัดการภาวะวิกฤต 2) ระยะให้คงสภาพหรือคงที่ ซึ่งดำเนินกิจกรรมพัฒนาอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การอบรมภาคีเครือข่าย การเยี่ยมบ้าน

การส่งเสริมทักษะการดำรงชีวิต 6 ด้าน การประชาสัมพันธ์ การใช้นวัตกรรม จัดทำผังแนวทางการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การจัดตั้งกลุ่มไลน์แจ้งเตือนการพบแพทย์ การยกย่องเชิดชูเกียรติผู้นำชุมชน การประชุมกรณีศึกษา และการประเมินผล ผลลัพธ์ที่ได้คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนได้รับการดูแลทั้งในระยะฉุกเฉินและระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่อย่างครอบคลุม ส่งผลให้อาการทางจิตลดลง ทักษะการดำรงชีวิตดีขึ้น และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1

แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการวิจัยในช่วงวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1) ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

ขั้นที่ 1 การค้นหาปัญหาและความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ในระยะฉุกเฉิน และระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ (R1: research ครั้งที่ 1)

- การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยการสนทนากลุ่ม (focus group)

- ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 16 คน การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ในอำเภอโขงเจียม 2) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป 3) สามารถพูดฟังภาษาไทยได้ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ การถามตอบ เกณฑ์คัดออกคือ ขอถอนตัวออกจากการวิจัยหรือเข้าร่วมวิจัยไม่ต่อเนื่อง

- วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) นำข้อค้นพบที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความต้องการการดูแลทั้งระยะฉุกเฉิน และระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ดำเนินการวันที่ 27 ธันวาคม 2567 ข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน 4 ด้าน ได้แก่ ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ ด้านสังคม และเศรษฐกิจ ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะฉุกเฉิน (acute) 2) ระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ (stabilization or maintenance) รวมไปถึงผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีคำถามหลัก คือ ท่านมีการดูแลตนเองและจัดการปัญหาอย่างไร และต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมในด้านใดบ้างจากหน่วยงานใด และจะดำเนินการประสานงานอย่างไร

ขั้นที่ 2 พัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน (D1: development ครั้งที่ 1) โดยดำเนินการดังนี้

1) นำเสนอปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

2) ระดมสมองทีมพัฒนารูปแบบครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนและมอบหมายบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินงาน

- การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยการระดมสมองทีมพัฒนารูปแบบ

- ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 17 คน การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในอำเภอโขงเจียม 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 3) สามารถพูดฟังภาษาไทยได้ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ การถามตอบ เกณฑ์คัดออกคือ ขอถอนตัวออกจากการวิจัยหรือเข้าร่วมวิจัยไม่ต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นที่ 2 พัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ดำเนินการ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันที่ 30 ธันวาคม 2567 ครั้งที่ 2 วันที่ 7 มกราคม 2568

1. นำเสนอข้อมูลปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ครอบคลุมปัญหาทั้ง 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะฉุกเฉิน ปัญหาด้านร่างกาย ได้แก่ เดินงุ่นง่าน ไม่หลับไม่นอน บาดแผลตามร่างกายจากการต่อสู้ อาการเจ็บป่วยจากโรคประจำตัว ใช้สารเสพติด อาการทางจิตกำเริบหวาดระแวงคนในครอบครัว ด้านจิตใจเป็นอาการทางจิต ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ด้านสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว และด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการ

รักษาโรค 2) ระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ ปัญหาด้านร่างกาย ได้แก่ ความบกพร่องในการดูแลตนเอง ผลข้างเคียงจากยารักษาโรค ปวดกล้ามเนื้อสะโพกข้างที่ฉีดยาซ้ำ ๆ ด้านจิตใจเป็นอาการทางจิต ได้แก่ ประสาทหลอน ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ด้านสังคม ได้แก่ ติดเพื่อนมั่วสุมกับเพื่อน ครอบครัวกังวลเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย และด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การสูญเสียงานหรือรายได้

2. ข้อเสนอเพิ่มเติมจากบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชนพบว่า ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภทหลายคนต้องช่วยเหลือดูแลกันเองจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีภาคีเครือข่ายช่วยเหลือกลุ่มดังกล่าวและสอบถามสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนพบว่า พื้นที่ยังขาดรูปแบบการดำเนินงานและการประสานงานที่ชัดเจนพร้อมทั้งขาดการมอบหมายบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทใน ชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ปัญหาอุปสรรคที่พบ ได้แก่ การขาดอัตรากำลังของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ขาดงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

3. รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททั้ง 2 ระยะ ครอบคลุมประเด็น ดังนี้ 1) การประสานงานและปัญหาอุปสรรคของเครือข่ายในระยะฉุกเฉินและระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ 2) แนวทางพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยมุ่งสร้างระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนทุกระยะและครอบคลุมแบบองค์รวม 3) หน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในประเด็นการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน 4) วิธีดำเนินการของหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องจัดให้มีระบบการสื่อสารโดยตรงทางโทรศัพท์และลงพื้นที่ชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาฉุกเฉินได้ตลอดเวลา 5) สรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนและสรุปผลการประชุมและแนวทางพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในพื้นที่ศึกษาดังนี้ รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนแบบองค์รวมที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งในระยะฉุกเฉินและระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ ทุกภาคส่วนมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกัน กำหนดให้มีการสื่อสารกันทางโทรศัพท์และลงพื้นที่จัดการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ระยะที่ 2 การศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนต่ออาการทางจิตและทักษะการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน

โดยการทดลองใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน (R2: research ครั้งที่ 2, D2: development ครั้งที่ 2) ประกอบด้วย

ขั้นที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่พัฒนาขึ้นกับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนกลุ่มขนาดเล็ก (small group testing) ในระยะฉุกเฉิน 5 คน และระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ 5 คน รวมเป็น 10 คน และประเมินผลลัพธ์การดูแลนำไปสู่การปรับปรุงคู่มือหรือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ขั้นที่ 3

ประชากร มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1) ผู้ป่วยโรคจิตเภท

ประชากร ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-5 อาศัยอยู่ในตำบลห้วยยาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 185 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะฉุกเฉิน 5 คน ระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ 5 คน รวมทั้งหมด 10 คน คัดเลือกโดยวิธีเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่

(1) กลุ่มที่อยู่ในระยะฉุกเฉินคือมีคะแนน (OAS) ระดับ 1 คะแนนขึ้นไป

(2) กลุ่มที่อยู่ในระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่มีคะแนน (OAS) น้อยกว่า 1 คะแนน หรือ 0 คะแนน

(3) เป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-5 อาศัยอยู่ในตำบลห้วยยาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี อย่างน้อย 1 ปี

(4) สามารถพูด ฟังภาษาไทยได้ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

เกณฑ์คัดออก คือ ขอถอนตัวออกจากการวิจัยหรือเข้าร่วมวิจัยไม่ต่อเนื่อง

2) ภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

ประชากร คือ ภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จำนวน 988 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 45 คน ที่มีบทบาทหน้าที่ตามกิจกรรมที่รับผิดชอบของภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่

(1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ในอำเภอโขงเจียม

(2) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือมีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

(3) สามารถพูดฟังภาษาไทยได้ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

(4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ การถามตอบ

เกณฑ์คัดออกคือ ขอถอนตัวออกจากการวิจัยหรือเข้าร่วมวิจัยไม่ต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบประเมินอาการทางจิต ใช้แบบประเมิน (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ตามคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ชิดชนก โอภาสวัฒนา, 2563) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ โดยข้อที่ 1-9 ให้คะแนนตามที่ผู้ป่วยบอก ข้อที่ 10-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วยและขอให้ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบร่วมกับการสังเกตอาการ ในการนำเครื่องมือไปใช้ครั้งนี้ได้ประยุกต์แบบประเมินเป็น 24 ข้อ เนื่องจากแบบ BPRS ฉบับดั้งเดิม 18 ข้อ แม้จะเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเวชแต่ก็ยังมีข้อจำกัดบางประการโดยเฉพาะในด้านการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงด้านความรุนแรง การเพิ่มข้อคำถามเป็น 24 ข้อ จึงมุ่งเน้นให้ครอบคลุมอาการและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับความรุนแรงมากขึ้น โดยข้อที่ 1-15 ข้อให้ผู้ป่วยพิจารณาอาการที่เกิดขึ้นกับตัวของผู้ป่วย ส่วนในข้อ 16–24 ข้อให้ญาติหรือผู้ดูแลเป็นผู้ตอบร่วมกับการสังเกตอาการ ระยะเวลาในการประเมิน 2-7 วัน แต่ขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานเกณฑ์การประเมินจึงได้รวบรวมข้อที่มีคำถามเรื่องเดียวกันไว้ด้วยกันจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ ให้เกณฑ์การให้คะแนน 1 หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิต 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่ในระดับระดับน้อยที่สุด 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่ในระดับเล็กน้อย 4 หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง 5 หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่ในระดับค่อนข้างรุนแรง 6 หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่ในระดับรุนแรง 7 หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่ในระดับรุนแรงมาก นำมาคิดคะแนนรวมในทุกข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการระดับน้อย คะแนนมากกว่า 36

คะแนน มีอาการระดับมาก ประเมินโดยผู้วิจัยที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชหลักสูตร 4 เดือน

2. แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิต ใช้แบบประเมินตามแนวทางคู่มือเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชสำหรับสถาบันหรือโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต (ณัฐ ไกรภัสสร์พงษ์ และธัญลักษณ์ แก้วเมือง, 2564) มีองค์ประกอบด้วยทั้งหมด 6 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะด้านสุขภาพอนามัยส่วนตัว 2) ทักษะด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน 3) ทักษะด้านการสื่อสาร 4) ทักษะด้านการอยู่อาศัยในชุมชน 5) ทักษะด้านการผ่อนคลาย และ 6) ทักษะด้านการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ การหาค่าคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านเท่ากับผลรวมของคะแนนทั้งหมดในแต่ละด้านหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดในแต่ละด้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 0.00-0.50 หมายถึง ขาดความสามารถในการทำกิจกรรมนั้น ค่าเฉลี่ย 0.51-1.50 หมายถึง สามารถทำได้แต่ไม่ได้ทำ ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง สามารถทำได้แต่ต้องช่วยเหลือทุกครั้ง ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง ค่าเฉลี่ย 3.51–4.00 หมายถึง สามารถทำได้เอง

3. แบบสอบถามการมีส่วนร่วม พัฒนาโดยรัศมี ชุดพิมาย (2565) ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 12 ข้อ ดังนี้ 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าสถิติ ความถี่ และร้อยละ การตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยระดับต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน ระดับสูงสุด เท่ากับ 5 คะแนน นำคะแนนเฉลี่ยมาเทียบกับเกณฑ์ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมน้อย ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมมาก ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ป้องกัน จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่จบปริญญาโทด้านสุขภาพจิต จำนวน 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด จำนวน 1 ท่าน สาธารณสุขอำเภอที่จบปริญญาโทด้านสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และความตรงเชิงโครงสร้างและนำไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามอาการทางจิตเท่ากับ .99 ทักษะการดำรงชีวิตเท่ากับ 1 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมเท่ากับ .90 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยและผู้ดูแลจำนวน 30 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้คือมากกว่า .80 พบว่าแบบประเมินอาการทางจิต เท่ากับ .99 แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิต เท่ากับ .90 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วม เท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชเพื่อออกเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ (NS No. 34/2567) ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการวิจัย สิทธิในการถอนตัว สิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับข่าวสารข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการเลือกหรือไม่เลือกบริการสุขภาพและการปกปิดความลับและนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

2. การเตรียมพื้นที่วิจัยผู้วิจัยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโขงเจียมและองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยทดลองใช้เครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอโขงเจียมและให้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่อำเภอโขงเจียม โดยการสนทนากลุ่มระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และการระดมสมองทีมพัฒนารูปแบบในกลุ่มบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

3. การขอหนังสืออนุญาตอย่างเป็นทางการ ผู้วิจัยขอหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลการวิจัยจากประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามระยะการวิจัยดังต่อไปนี้ ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ระยะที่ 2 การศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนต่ออาการทางจิตและทักษะการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน

5. วิเคราะห์ผลการวิจัย สรุป อภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยประกอบด้วย การถอดเทปคำสัมภาษณ์ การอ่านทบทวนข้อมูล การกำหนดรหัส การจัดหมวดหมู่ และการสังเคราะห์เป็นประเด็นสำคัญตามวัตถุประสงค์การวิจัย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2.1 แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคล อาการทางจิตและทักษะการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน

2.2 เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ข้อมูลมีการกระจายปกติใช้สถิติที (paired t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 16 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 (12 คน) ส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.50 (6 คน) อายุเฉลี่ย 55.81 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.02 อายุต่ำสุด 34 ปี และอายุสูงสุด 78 ปี) ส่วนใหญ่ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 75.00 (12 คน) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.00 (12 คน) ส่วนใหญ่ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดามารดา 56.25 (9 คน) และมีโรคประจำตัวคือโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 12.50 (2 คน) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 56.30 (9 คน) และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 43.80

2. ปัญหาและความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภท จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า 1) ระยะฉุกเฉิน ดังนี้ (1) ด้านร่างกาย ได้แก่ เดินงุ่นง่าน ไม่หลับไม่ยอมนอน ใช้สารเสพติดทำให้มีอาการ

ทางจิตกำเริบ หวาดระแวงคนในครอบครัว บาดแผลที่ร่างกายจากการต่อสู้ อาการเจ็บป่วยจากโรคประจำตัว (2) ด้านจิตใจไม่พบปัญหา พบว่ามีอาการทางจิต ได้แก่ อาการหลงผิดและประสาทหลอน (3) ด้านสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ตึงเครียดกับคนในครอบครัวและความหวาดกลัวของผู้คนรอบข้างเนื่องจากอาการทางจิตกำเริบของผู้ป่วย (4) ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคจากอาการกำเริบ 2) ระยะที่ทำให้คงสภาพหรือคงที่ ด้านร่างกาย ได้แก่ บกพร่องในการดูแลตนเอง ผลข้างเคียงจากยารักษาโรค ปวดกล้ามเนื้อสะโพกข้างที่ฉีดยาซ้ำ ๆ (2) ด้านจิตใจไม่พบปัญหา พบว่ามีอาการทางจิต ได้แก่ อาการประสาทหลอน การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (3) ด้านสังคม ได้แก่ ติดเพื่อนชอบไปมั่วสุ่มกับเพื่อน ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย (4) ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การสูญเสียงานหรือรายได้

3. รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนประกอบด้วย 2 ระยะ (ภาพที่ 2) ดังนี้

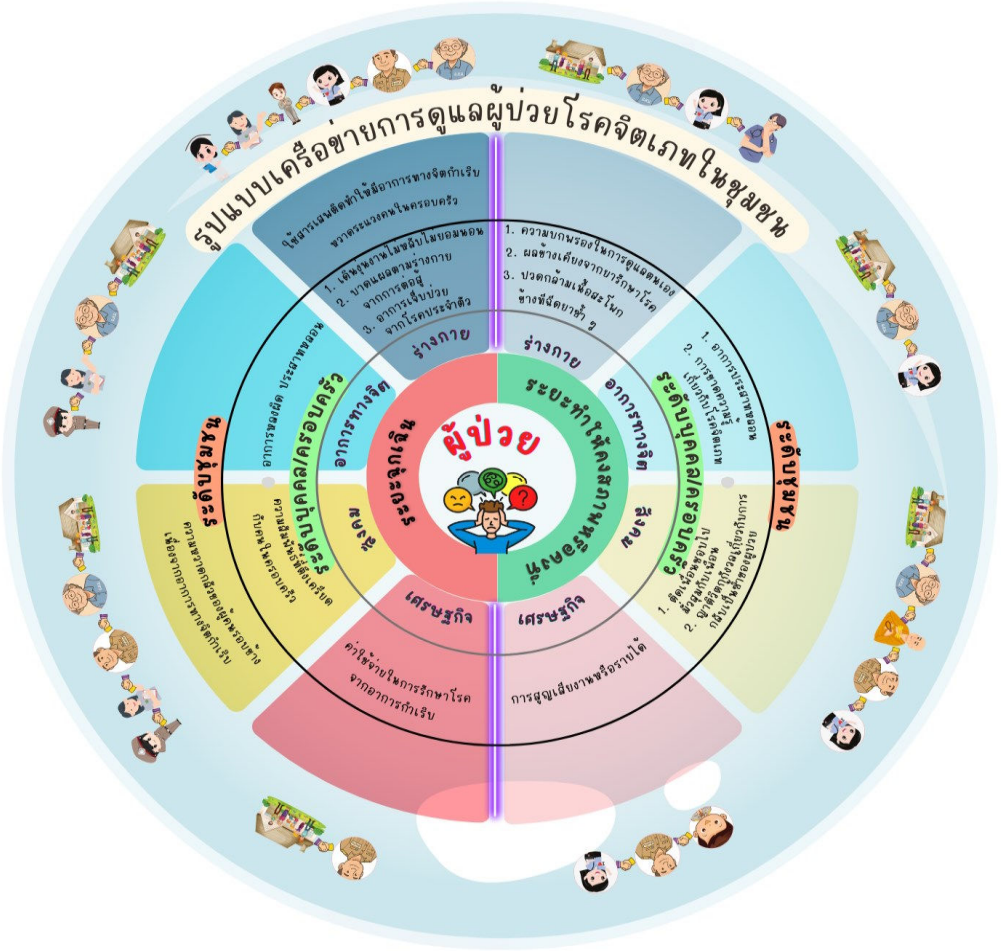
3.1 ระยะฉุกเฉิน ภาคีเครือข่ายประกอบด้วย ครอบครัว ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ บุคลากรจากหน่วยงานสาธารณสุข ปลัดอำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภาคีเครือข่ายมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ (1) ประเมินความเสี่ยง (ก้าวร้าวรุนแรง) 5 และ 7 สัญญาณเตือน (พบ 1 ข้อส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) โดยครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบผู้ป่วย ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านตามลำดับ (2) ประเมินความเสี่ยง (ก้าวร้าวรุนแรง) OAS โดยพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (3) จัดการปัญหาฉุกเฉินตามระดับคะแนนแบบประเมิน OAS ได้แก่ 3 คะแนน (ทันที) 2 คะแนน (ภายใน 2 ชั่วโมง) 1 คะแนน (ภายใน 24 ชั่วโมง) (4) หากแก้ไขปัญหาได้ผู้ป่วยอาการสงบ ให้ครอบครัว ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินนำส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาล (5) หากแก้ไขปัญหาไม่ได้ผู้ป่วยอาการไม่สงบ ผู้ใหญ่บ้าน โทรประสานโดยตรงไปยังตำรวจหรือปลัดอำเภอเพื่อนำส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาล (6) วางแผนจำหน่ายและเตรียมชุมชน โดยพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาล ครอบครัว ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและวางแผนเยี่ยมบ้านภายใน 1 สัปดาห์เพื่อติดตามอาการต่อเนื่องไปยังระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่

3.2 ระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ ภาคีเครือข่ายประกอบด้วย ครอบครัว ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ พระสงฆ์ บุคลากรจากหน่วยงานสาธารณสุข ปลัดอำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภาคีเครือข่ายมีบทบาทหน้าที่ดังนี้ 1) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัวตามอาการผู้ป่วยตามแบบประเมิน (3ย1ส) เกณฑ์ (เขียว เหลือง แดง) สีเขียวเดือนละ 1 ครั้ง สีเหลืองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สีแดงทันที โดยผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) การประยุกต์ใช้นวัตกรรมวงล้อปฏิทินเพื่อนที่รู้ใจห่วงใยสุขภาพจิตส่งเสริมการรับประทานยาและการสังเกตเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) การอบรมภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยตำรวจ ปลัดอำเภอ พระสงฆ์ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาล เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จำนวน 1 วัน 4) จัดทำผังแนวทางการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัวโดยพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5) การจัดตั้งกลุ่มไลน์แจ้งเตือนการพบแพทย์ตามนัด โดยพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชประจำโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล 6) ประชาสัมพันธ์หอกระจายข่าวคลิปเสียงความยาว 4 นาที เรื่อง "5 สัญญาณ 7 สัญญาณเตือนโดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยใช้ภาษากลางและภาษาอีสานเดือนละ 2 ครั้ง ทุกวันที่ 1 และ 16 ของทุกเดือนโดยผู้ใหญ่บ้าน 7) การจัดทำประชุมกรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทปีละ 1 ครั้ง หรือเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน โดยพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาล 8) การยกย่องเชิดชูเกียรติภาคีเครือข่ายที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานในชุมชน 9) การประเมินผลการดำเนินงานโดยเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

ภาพที่ 2

แสดงรูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน



4. ผลลัพธ์ของรูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนต่ออาการทางจิตและทักษะการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน

4.1 อาการทางจิต

การเปรียบเทียบอาการทางจิตก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอาการทางจิตก่อนและหลังทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังทดลองใช้รูปแบบน้อยกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.32$, $p=0.009$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

การเปรียบเทียบอาการทางจิตก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน (n=10)

อาการทางจิต	*M*	*SD*	*t*	*p*
ก่อนทดลองใช้รูปแบบ	2.28	1.11	3.32	0.009*
หลังทดลองใช้รูปแบบ	1.90	0.83		

* $p < .05$

4.2 ทักษะการดำรงชีวิต

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทักษะการดำรงชีวิตโดยภาพรวมระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนพบว่า ค่าเฉลี่ยทักษะการดำรงชีวิตโดยรวมก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับสามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง (*M* = 2.70, *SD* = 0.91) หลังทดลองใช้รูปแบบเพิ่มจากเดิมแต่อยู่ในระดับสามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง (*M* = 2.88, *SD* = 0.74) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทักษะการดำรงชีวิตก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่าค่าเฉลี่ยทักษะการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังทดลองใช้รูปแบบดีกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-2.84, *p*=0.01) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยภาพรวมก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน (n=10)

ทักษะการดำรงชีวิต	*M*	*SD*	*t*	*p*
ก่อนทดลองใช้รูปแบบ	2.70	0.91	-2.84	0.01
หลังทดลองใช้รูปแบบ	2.88	0.74		

* $p < .05$

4.3 ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยภาพรวมก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนพบว่าค่าเฉลี่ยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยรวมก่อนทดลองใช้รูปแบบอยู่ในระดับน้อย (*M* = 2.09, *SD* = 0.54) หลังทดลองใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับมาก (*M* = 4.33, *SD* = 0.09) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชนก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบ พบว่าค่าเฉลี่ยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายหลังทดลองใช้รูปแบบดีกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=-27.69, *p*=0.00) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยภาพรวมก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน (n=10)

การมีส่วนร่วม	*M*	*SD*	*t*	*p*
ก่อนทดลองใช้รูปแบบ	2.09	0.54	-27.69	0.00
หลังทดลองใช้รูปแบบ	4.33	0.09		

* $p < .05$

อภิปรายผล

ผลจากการวิจัยภายหลังจากการพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนแบบองค์รวมที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งในระยะฉุกเฉินและระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่ ทุกภาคส่วนมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกันกำหนดให้มีการสื่อสารกันทางโทรศัพท์และลงพื้นที่จัดการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลจากการนำรูปแบบไปใช้พบว่า อาการทางจิต ทักษะการดำรงชีวิต และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่าผลการศึกษานี้สะท้อน ถึงประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นตามแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพจิตที่ครอบคลุมเครือข่ายบริการขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ นอกจากนี้การดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่จริงทำให้ออกแบบกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยในระยะฉุกเฉินมุ่งเน้นเครือข่ายการจัดการปัญหาภาวะฉุกเฉินการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ในระยะทำให้คงสภาพหรือคงที่มีการดำเนินงานตามกิจกรรมที่ทีมพัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนได้กำหนดร่วมกันประกอบด้วย 9 กิจกรรม ได้แก่ การอบรมภาคีเครือข่าย การเยี่ยมบ้าน การส่งเสริมทักษะการดำรงชีวิต 6 ด้าน การประชาสัมพันธ์ การใช้นวัตกรรม จัดทำผังแนวทางการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การจัดตั้งกลุ่มไลน์แจ้งเตือนการพบแพทย์ การยกย่องเชิดชูเกียรติผู้นำชุมชน การประชุมกรณีศึกษา และการประเมินผล ทุกกิจกรรมล้วนส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแลและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบเครือข่ายในชุมชน และปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานครั้งนี้มาจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างแท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยกาญจน์ เสียงเพราะ (2564) ที่พบว่าการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทคือความร่วมมือระหว่างหน่วยงานช่วยให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Gowda & Isaac (2022) ที่ศึกษาแบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน พบว่าการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนภายใต้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพระดับชุมชน (Community-Based Rehabilitation: CBR) โดยใช้ทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพในชุมชนนั้น ๆ ช่วยให้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีประสิทธิภาพเพิ่มมากยิ่งขึ้น

จากผลการวิจัยสอดคล้องกับการวิจัยของธัญญลักษณ์ ไชยสุข และคณะ (2566) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงรุกบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยพบว่าภายหลังการพัฒนารูปแบบค่าระดับคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นโดยรวม

ค่าระดับคะแนนความสามารถโดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิจัยของมยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ และคณะ (2566) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน โดยพบว่าระดับคะแนนอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และการวิจัยของรัศมี ชุดพิมาย (2565) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยพบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ป่วยมีทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้น รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้จึงมีศักยภาพในการนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทชุมชนจริง และสามารถขยายผลเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่อื่นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสาธารณสุขสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

2. นวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

3. ส่งเสริมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนแบบครบวงจร 3 ระดับ ดังนี้ 1) ปฐมภูมิจัดอบรมทักษะชีวิต เสริมพลังใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 2) ทุติยภูมิคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนและโรงเรียนส่งต่อทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 3) ตติยภูมิฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม เยี่ยมบ้าน ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่น ๆ และทำการศึกษาเปรียบเทียบแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง

2. พัฒนาต่อยอดนวัตกรรมจากพื้นที่ต้นแบบ พร้อมการวัดผลและขยายผลในวงกว้าง

เอกสารอ้างอิง

กนกศรี จาดเงิน, และศิพัฒน์กร เชื่อภักดี. (2563). การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, *5*(2), 78-85.

กำทร ดานา. (2564). การพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(3), 406-414.

ชิดชนก โอภาสวัฒนา (บ.ก.). (2563). *คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต.* กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. https://dmh-elibrary.org/items/show/1303

ณัฐ ไกรภัสสร์พงษ์, และธัญลักษณ์ แก้วเมือง (บ.ก.). (2564). *เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช สำรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ธัญญลักษณ์ ไชยสุข มอลเลอร์, กานดา ศรีโพธิ์ชัย, และณัฐพร ยี่วาศรี. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงรุกบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8*(2), 521-531.

มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์, จารุมน ลัคนาวิวัฒน์, สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์, และปิยวิทย์ เนกขพัฒน์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต แบบบูรณาการอย่างยั่งยืน. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, *8*(1), 130-142.

รัศมี ชุดพิมาย. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, *16*(3), 851-867.

โรงพยาบาลโขงเจียม. (2567). *แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี.*

ศรินรัตน์ จันทพิมพ์, และขนิษฐา นันทบุตร. (2561). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, *36*(2), 68–76.

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10. (2565). *รายงานสถานะสุขภาพเขตสุขภาพที่ 10 กรมสุขภาพจิต.*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2567). *รายงานสถานการณ์โรคจิตเภท จังหวัดอุบลราชธานี.*

หทัยกาญจน์ เสียงเพราะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 36(2), 413-426.

Gowda, G. S., & Isaac, M. K. (2022). Models of care of schizophrenia in the community-an international perspective. *Current Psychiatry Reports*, *24*(3), 195–202. https://doi.org/10.1007/s11920-022-01329-0

World Health Organization. (2021, June 9). *Comprehensive mental health service networks: promoting person-centred and rights-based approaches*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240025844

World Health Organization. (2025, September 2). *Mental health atlas 2024.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240114487

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ และพลังละมุนของเด็กปฐมวัย จังหวัดยโสธร

วัชรินทร์ จากผา, พย.ม.[*]
สุทธีพร มูลศาสตร์, ส.ด.[**]
พนิดา ศิริอำพันธ์กุล, ปร.ด.[***]

Received: April 14, 2025
Revised: November 27, 2025
Accepted: December 5, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนของเด็กปฐมวัยต่อทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ และทักษะการสร้างเสริมพลังละมุนของผู้ปกครอง ความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนของเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี และผู้ปกครองในจังหวัดยโสธร จำนวน 70 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน เครื่องมือวิจัย แบ่งเป็น 1. เครื่องมือทดลอง ได้แก่ 1) โปรแกรมการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนของเด็กปฐมวัย พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต บูรณาการกับพลังละมุน ผ่านบทเพลง “เด็กเอ๋ยเด็กดี” ระยะเวลา 8 สัปดาห์ 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามทักษะของผู้ปกครองในการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนเด็กปฐมวัย 2) แบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนของเด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า 1.00 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า 0.91-0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนในเด็กปฐมวัยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เด็กปฐมวัยมีความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาเด็กปฐมวัยได้

คำสำคัญ: ความฉลาดทางอารมณ์ พลังละมุน เด็กปฐมวัย

[*] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
[**] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: sutteeporm@yahoo.com
[***] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

The Effectiveness of the Emotional Intelligence and Soft Power Enhancement Program for Preschool Children in Yasothon Province

Watcharin Jakpha, M.N.S.[*]
Sutteeporn Moolsart, Dr.P.H.[**]
Panida Siriumpunkul, Ph.D.[***]

Abstract

This quasi-experimental study, employing a two-group pretest–posttest design, aimed to examine the effects of an enhancement program for emotional intelligence and "Palung La-Mun" (gentle power) among early childhood children on: (1) parents' skills in fostering emotional intelligence and gentle power, and (2) children's emotional intelligence and gentle power. The sample was purposively selected and consisted of 70 parents and their children aged 3–5 years in Yasothon Province. Participants were randomly assigned to the experimental group (n = 35) and the control group (n = 35). The research instruments comprised: (1) the intervention tools, including an eight-week enhancement program for emotional intelligence and gentle power among early childhood children, developed by integrating the Department of Mental Health's emotional intelligence framework with gentle power activities through the song "Dek Aey Dek Dee"; and (2) data collection tools, including (a) a parental skill questionnaire for fostering emotional intelligence and gentle power in young children, and (b) a parental questionnaire assessing children's emotional intelligence and gentle power. Content validity was verified with a CVI of 1.00. Reliability, examined using Cronbach's alpha coefficient, ranged from 0.91 to 0.96. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results demonstrated that, after participation in the program, parents in the experimental group exhibited significantly higher skills in fostering emotional intelligence and gentle power compared to their pre-intervention scores and to those of the control group ($p < 0.05$). Likewise, children in the experimental group showed significantly higher emotional intelligence and gentle power compared to their pre-intervention scores and to those of the control group ($p < 0.05$). The findings suggest that this program can be effectively applied to promote early childhood development.

Keywords: Emotional intelligence, Soft power, Preschool children

---

[*] Students in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Sukhothai Thammathirat Open University, Thailand

[**] Associate Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Thailand; Corresponding Author
E-mail: sutteeporm@yahoo.com

[***]Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, Thailand

บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงที่มีการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และสติปัญญา เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการปลูกฝังเรื่องการควบคุมอารมณ์ เพราะสมองของเด็กจะพัฒนาอย่างรวดเร็วในช่วง 5 ปีแรก โดยเฉพาะการสร้างเครือข่ายเซลล์สมองที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ ความจำ และอารมณ์ หากได้รับการตอบสนองที่ดีและการเลี้ยงดูที่มีคุณภาพ เด็กจะเติบโตได้ดี (Yin et al., 2025) ในปัจจุบันเด็กและเยาวชนต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ตามยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป นำไปสู่ปัญหาต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ รูปแบบการดำรงชีวิตครอบครัวมีความห่างเหินกันมากขึ้น เน้นให้วัตถุ เพื่อชดเชยการให้ทางใจ เด็กอยู่ในครอบครัวที่หย่าร้างกันมากขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างครูกับเด็กนักเรียนมีปัญหามากขึ้น การเข้าถึงข้อมูลสื่อสารต่าง ๆ เป็นไปได้ง่าย ทุกคนต่างแข่งขันกัน ไม่ว่าจะเป็นทางด้านการศึกษา เศรษฐกิจ เป็นต้น เด็กขาดความมีวินัยในตนเองทั้งที่โรงเรียน และการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน (วัลภา ไชยยะ และทัศนีย์ นาคุณทรง, 2568) สิ่งเหล่านี้สามารถอบรมปลูกฝังได้ตั้งแต่ยังเด็ก สอดคล้องกับความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กในยุคปัจจุบันที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ คนที่ขาดความฉลาดทางอารมณ์ อาจจะไม่ประสบผลสำเร็จในการเรียน การทำงาน และการดำเนินชีวิต (อนุพงษ์ ช่วยชาติ และอุทัยวรรณ สายพัฒนะ, 2566) เกิดปัญหาต่อครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ

สถานการณ์เด็ก และเยาวชนที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ บ่งบอกว่าเยาวชนไทยมีพฤติกรรมรุนแรง และสภาวะจิตเบี่ยงเบนเพิ่มขึ้น มีระดับไอคิว อีคิว ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และการดื่มแอลกอฮอล์อันส่งผลเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาต่าง ๆ เช่น ก่ออาชญากรรม เล่นการพนัน การเสพสิ่งเสพติด สื่อคอมพิวเตอร์ เกม อินเตอร์เน็ต เสพสื่อลามก การติดเชื้อเอดส์ รวมถึงการมีปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการปรับตัว เป็นโรคซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น และมีแนวโน้มเกิดกับเด็กที่มีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ (สถาบันราชานุกูล, กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากสถานการณ์ดังกล่าว การสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร โดยเฉพาะการปลูกฝังคุณลักษณะด้านความรักชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ การรักษาขนบธรรมเนียมประเพณีไทย ความมีระเบียบวินัย ความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ กิริยามารยาท ความซื่อสัตย์สุจริต ตลอดจนการประหยัดอดออม (ณัฐริกานต์ อ่ำเจ๊ก และคณะ, 2565) ดังนั้น จึงได้มีการบูรณาการ “พลังละมุน” (soft power) มาเป็นส่วนช่วยในการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย ซึ่งพลังละมุน หมายถึง ความสามารถในการชักจูงใจผู้อื่นให้เกิดความพึงพอใจหรือเต็มใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมและคล้อยตามในสิ่งที่ดี โดยไม่อาศัยการบังคับหรือขู่เข็ญ (Nye, 1990) แต่เป็นพลังแห่งความอ่อนโยนที่แสดงออกผ่านการปฏิบัติที่งดงาม เช่น การปฏิบัติต่อผู้อื่นด้วยความสุภาพ การมีน้ำใจ การช่วยเหลือเกื้อกูลและปกป้องผู้อื่น ความเมตตา การรับฟังความคิดเห็น การเคารพสิทธิ การให้ความสำคัญและแสดงความภาคภูมิใจต่อผู้อื่น การเห็นคุณค่าของผู้อื่น และการคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน ความอ่อนโยนดังกล่าวจะหลอมรวมเป็นพลังละมุน (soft power) ที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความเคารพนับถือ และความร่วมมือ นำไปสู่การเลียนแบบพฤติกรรมในทางที่ดี ซึ่งท้ายที่สุดจะส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการด้านความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มมากขึ้น (วิชัย วงษ์ใหญ่ และมารุต พัฒผล, 2565)

ผลสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทยเฉลี่ยต่ำกว่าปกติในรอบ 10 ปี ปี 2559 สำรวจความฉลาดทางอารมณ์เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 23,276 คน พบว่าคะแนนความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ 77 ปี 2564 สำรวจความฉลาดทางอารมณ์เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 19,810 คน พบว่าคะแนนความฉลาด

ทางอารมณ์ อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ 83.4 ซึ่งผ่านเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข (เกณฑ์ร้อยละ 83) เพียงเล็กน้อย (สถาบันราชานุกูล, 2564)

จังหวัดยโสธร ประกอบด้วย 9 อำเภอ มีเด็กปฐมวัย 3-5 ปี ทั้งหมดจำนวน 2,472 คน จากการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โดยภาพรวมทั้ง 9 อำเภอ ปี 2559 พบว่ามีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 67.60 ต่ำกว่าเกณฑ์ของระดับประเทศคือ ร้อยละ 77 (แผนพัฒนาจังหวัดยโสธร, 2566) ปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 82.98 ต่ำกว่าเกณฑ์ของระดับประเทศ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2566) จากสถานการณ์ความฉลาดทางอารมณ์ดังกล่าว ทำให้เกิดผลกระทบ เช่น ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ก้าวร้าวหรือเก็บกด เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ขาดทักษะในการสื่อสาร จากการสำรวจ 5 ปีย้อนหลัง พบว่าเมื่อเด็กเติบโตขึ้นเป็นวัยรุ่น พบมีปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ปัญหายาเสพติด มีเหตุทะเลาะวิวาทในชุมชน ทำร้ายร่างกาย ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 2 ราย และทำร้ายผู้อื่นจนถึงแก่ชีวิตจำนวน 2 ราย (สถาบันราชานุกูล, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีงานวิจัยด้านการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ มีการศึกษาค่อนข้างกว้างขวางและต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีการศึกษาโปรแกรมบูรณาการความฉลาดทางอารมณ์และการสร้างเสริมพลังละมุน (soft power) ของเด็กปฐมวัย การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีงานวิจัยหลายชิ้นที่มีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดกิจกรรมทางกายประสานการชี้แนะ (ชญานนท์ สุวรรณเพชร และพีระพร รัตนาเกียรติ์, 2563) โปรแกรมการประยุกต์หลักแนวคิดสมรรถนะทางอารมณ์เพื่อเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กชั้นประถมศึกษา (ชนาธิป กุลจิรากูล และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, 2564) โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (รุ้งทิวา จันทร์งาม และรุ่งนภา พรหมสาขา ณ สกลนคร, 2566) อย่างไรก็ตามยังจะเห็นได้ว่าการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบโปรแกรมที่บูรณาการความฉลาดทางอารมณ์และการสร้างเสริมพลังละมุน (soft power) ของเด็กปฐมวัย

ดังนั้นการศึกษาวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนของเด็กปฐมวัย ที่บูรณาการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดังกล่าวควบคู่กับการใช้พลังละมุน (soft power) (Nye, 1990) บทบาทหน้าที่ของเด็กที่พึงปฏิบัติ 10 ประการ ปลูกฝังตั้งแต่เด็กปฐมวัย จะช่วยส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยในจังหวัดยโสธรเป็นเด็กที่ เก่ง ดี และมีความสุข เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดีของชุมชน สังคม และประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนต่อทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนของเด็กปฐมวัย

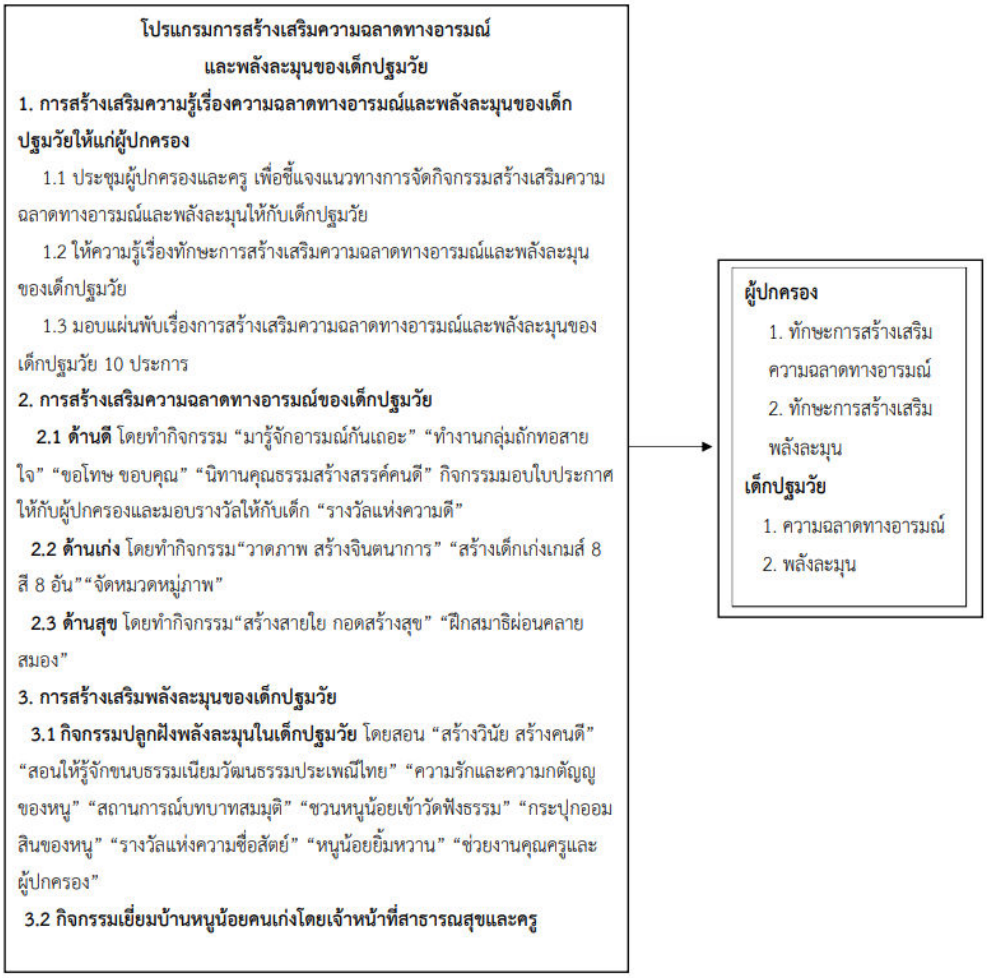
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2547) ประเมินคุณลักษณะ 3 ด้าน ดี เก่ง สุข และบูรณาการการสร้างเสริมพลังละมุน (soft power) ของเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นกิจกรรมส่งเสริมให้เด็กในช่วงวัยปฐมวัย (3-5 ปี) ได้เรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการรับรู้ จัดการ และการแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม โดยใช้แนวคิดการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบ ดี เก่ง สุข (กรมสุขภาพจิต, 2547)

บูรณาการกับพลังละมุน (soft power) ผ่านบทเพลง “เด็กเอ๋ยเด็กดี” (ชอุ่ม ปัญจพรรค์, 2498) ตามบทบาทหน้าที่ 10 ประการ ได้แก่ 1) นับถือศาสนา 2) รักษาขนบธรรมเนียมประเพณีไทย 3) เชื่อฟังบิดามารดาและครูบาอาจารย์ 4) กิริยาวาจาสุภาพอ่อนหวาน 5) มีความกตัญญู 6) ความรับผิดชอบต่อหน้าที่การงาน 7) ขยันหมั่นเพียร 8) มีความประหยัด 9) มีความซื่อสัตย์ มีน้ำใจนักกีฬา 10) อุทิศตนเพื่อส่วนรวม ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research with two group pre test post test) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองและกลุ่มเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดยโสธร จำนวน 2,472 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองและกลุ่มเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

กลุ่มผู้ปกครอง เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ปกครองเด็กอายุ 3-5 ปี 2) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี 3) สื่อสารด้วยภาษาไทยและสามารถอ่านออกเขียนได้ เกณฑ์คัดออก คือ 1) ย้ายถิ่นฐานไปอยู่ที่อื่น 2) มีปัญหาด้านสุขภาพ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

กลุ่มเด็กปฐมวัย เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) มีอายุระหว่าง 3-5 ปี 2) เป็นเด็กที่ไม่มีปัญหาทางพัฒนาการของสมองหรือจิตเวช 3) สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจได้ เกณฑ์คัดออก คือ 1) ย้ายถิ่นฐานไปอยู่ที่อื่น 2) มีปัญหาด้านสุขภาพ (เจ็บป่วยรุนแรง นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล) 3) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ขนาดตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยนี้ เป็นกลุ่มผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดยโสธร กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power ใช้ statistical test แบบ means: difference between two independent means (two group) วิเคราะห์และคำนวณค่า effect size จากงานวิจัยของจตุพร อุ่นประเสริฐสุข (2564) ซึ่งมีค่า effect size 0.80 กำหนดค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ 0.90 คำนวณได้กลุ่มละ 28 คน รวมจำนวนตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้ 56 คน และในการศึกษาครั้งนี้ได้ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและความไม่ครบถ้วนของแบบสอบถาม จึงได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน รวมทั้งสิ้น 70 คน กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเจาะจง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มพื้นที่ตำบลดงมะไฟ และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มพื้นที่ตำบลไผ่ อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนของเด็กปฐมวัย เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เด็กในช่วงวัยปฐมวัย (3-5 ปี) ได้เรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการรับรู้ จัดการ และการแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม โดยใช้แนวคิดการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบ ดี เก่ง สุข (กรมสุขภาพจิต, 2547) บูรณาการกับพลังละมุน (soft power) ผ่านบทเพลง “เด็กเอ๋ยเด็กดี” (ชอุ่ม ปัญจพรรค์, 2498) ตามบทบาทหน้าที่ 10 ประการ ได้แก่ 1) นับถือศาสนา 2) รักษาขนบธรรมเนียมประเพณีไทย 3) เชื่อฟังบิดามารดาและครูบาอาจารย์ 4) กิริยาวาจาสุภาพอ่อนหวาน 5) มีความกตัญญู 6) ความรับผิดชอบต่อหน้าที่การงาน 7) ขยันหมั่นเพียร 8) มีความประหยัด 9) มีความซื่อสัตย์ มีน้ำใจนักกีฬา 10) อุทิศตนเพื่อส่วนรวม โปรแกรมประกอบด้วยชุดเครื่องมือย่อย ดังนี้

1.2 แผนการสอนตามโปรแกรมฯ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การสอน เนื้อหา วิธีการสอน สื่อการสอน ระยะเวลา สถานที่ ผู้สอนหลัก ผู้ช่วยกิจกรรม และการประเมินผลโดยมีกำหนดการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด จำนวน 24 ครั้ง ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ก่อนดำเนินกิจกรรมมีการประชุมผู้ปกครองและครู เพื่อชี้แจงแนวทางการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนให้กับเด็กปฐมวัย ให้ความรู้เรื่องทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนของเด็กปฐมวัย มอบแผ่นพับเรื่องการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนของเด็กปฐมวัย 10 ประการ ซึ่งกิจกรรมประกอบไปด้วย

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสายใย กอดสร้างสุข เล่านิทาน ปลูกฝังพลังละมุนในเด็กปฐมวัย ฝึกร้องเพลงเด็กเอ๋ยเด็กดี นั่งสมาธิ ผู้ปกครองสอนเด็กต่อที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 2 สร้างสายใย กอดสร้างสุข เล่านิทาน ปลูกฝังพลังละมุนในเด็กปฐมวัย ร้องเพลงและทำท่าทางประกอบเพลงเด็กเอ๋ยเด็กดี นั่งสมาธิ ผู้ปกครองสอนเด็กต่อที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 3 สร้างสายใย กอดสร้างสุข เล่านิทาน ปลูกฝังพลังละมุนในเด็กปฐมวัยตามเนื้อเพลงเด็กเอ๋ยเด็กดีโดยครูพาเด็กทำกิจกรรมในห้องเรียน วาดภาพสร้างจินตนาการ ผู้ปกครองสอนเด็กต่อที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 4 สร้างสายใย กอดสร้างสุข เล่านิทาน ปลูกฝังพลังละมุนในเด็กปฐมวัยตามเนื้อเพลงเด็กเอ๋ยเด็กดีโดยครูและผู้ปกครอง นั่งสมาธิ ผู้ปกครองสอนเด็กต่อที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 5 สร้างสายใย กอดสร้างสุข เล่านิทานปลูกฝังพลังละมุนในเด็กปฐมวัย ตามเนื้อเพลงเด็กเอ๋ยเด็กดีโดยครูและผู้ปกครอง นั่งสมาธิ ผู้ปกครองสอนเด็กต่อที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 6 สร้างสายใย กอดสร้างสุข ปลูกฝังพลังละมุนในเด็กปฐมวัยตามเนื้อเพลงเด็กเอ๋ยเด็กดี โดยครูและผู้ปกครอง ติดตามเยี่ยมบ้านโดยครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 7 สร้างสายใย กอดสร้างสุข ปลูกฝังพลังละมุนในเด็กปฐมวัยตามเนื้อเพลงเด็กเอ๋ยเด็กดี โดยครูและผู้ปกครอง ติดตามเยี่ยมบ้านโดยครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 8 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผู้ปกครองและครู สรุปผลการดำเนินงาน ทำแบบสอบถาม มอบใบประกาศให้ผู้ปกครองและมอบรางวัลให้กับเด็ก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้คือ แบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนของเด็กปฐมวัย สำหรับผู้ปกครองประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง จำนวน 11 ข้อ ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็ก

ส่วนที่ 2 ทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของผู้ปกครอง จำนวน 24 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2547) คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนน 1-5 คะแนน

ส่วนที่ 3 ทักษะการสร้างเสริมพลังละมุนของผู้ปกครอง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยบูรณาการการสร้างเสริมพลังละมุน (soft power) ในเด็กปฐมวัย ตามแนวทางเพลง “เด็กเอ๋ย เด็กดี” ตามบทบาทหน้าที่ 10 ประการ ในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย (ชอุ่ม ปัญจพรรค์, 2498) คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนน 1-5 คะแนน

2.2 แบบสอบถามการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ และพลังละมุนของเด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครองประเมินเด็กประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย ประกอบไปด้วย เพศ วัน เดือน ปีเกิด อายุ น้ำหนักแรกคลอด การเจริญเติบโต ประวัติการได้รับวัคซีน ประวัติการเจ็บป่วย การศึกษา ประวัติปัญหาด้านพฤติกรรมหรือพัฒนาการ ประวัติการเกิดอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 2 ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย จำนวน 55 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2547) มีข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 45 ข้อ มีข้อคำถามเชิงลบจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 6-9, 16, 24, 31, 35-36 และข้อ 55 คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) คะแนน 1-5 คะแนน

ส่วนที่ 3 พลังละมุนของเด็กปฐมวัยจำนวน 10 ข้อเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยบูรณาการการสร้างเสริมพลังละมุน (soft power) ในเด็กปฐมวัย ตามแนวทางเพลง “เด็กเอ๋ย เด็กดี” ตามบทบาทหน้าที่ 10 ประการ ในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย (ชอุ่ม ปัญจพรรค์, 2498) คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนน 1-5 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนของเด็กปฐมวัย มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity index) ประเมินความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ความถูกต้องเชิงเนื้อหา กิจกรรมของโปรแกรม ตลอดจนภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ ผู้บริหารสถานศึกษาโรงเรียนระดับประถมศึกษา และสาธารณสุขอำเภอ เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Scale Content Validity Index: SCVI) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเฉลี่ย (S-CVI) เท่ากับ 1.00 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หลังจากนั้นดำเนินการปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบสอบถามการวิจัยมีการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับแนวคิด นิยามศัพท์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 6 ท่าน เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือแล้ว นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับของแต่ละข้อ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับเด็กปฐมวัยที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดยโสธรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน และนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์สำหรับผู้ปกครองได้ค่าความเที่ยง 0.91 แบบสอบถามทักษะการสร้างเสริมพลังละมุนสำหรับผู้ปกครองได้ค่าความเที่ยง 0.92 แบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยได้ค่าความเที่ยง 0.96 และแบบสอบถามพลังละมุนของเด็กปฐมวัยได้ค่าความเที่ยง 0.94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 33/2567 วันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2567 - วันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มจากการแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมวิจัย โดยอธิบายให้ทราบประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ในระหว่างการเก็บข้อมูลหรือเข้าร่วมโปรแกรม ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม สามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย โดยการกระทำดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบต่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาล หรือเสียสิทธิ์ใด ๆ ทั้งสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง 28 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 โดยมีดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นก่อนทดลอง ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และดำเนินการประสานงานเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดยโสธร หลังจากนั้นส่งหนังสือเชิญกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเข้าร่วมประชุม ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดโปรแกรม และจัดทำใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งให้ตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง เตรียมผู้ช่วยวิจัยและกำหนดตารางการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม 2) ขั้นดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง จากนั้นกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนของเด็กปฐมวัยทำกิจกรรมในชั้นเรียน มีการติดตามเยี่ยมบ้าน มอบใบประกาศและรางวัลให้กับเด็ก ทำกิจกรรมรวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ 3) ระยะหลังการทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง นักวิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง อีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic)

1.1 อายุ และระยะเวลาที่ดูแลเด็ก วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

1.2 เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage)

2. วิเคราะห์ข้อมูลรูปแบบการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนในเด็กปฐมวัย ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

2.1 การพรรณนาตัวแปร ได้แก่ ทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และทักษะการสร้างเสริมพลังละมุนของผู้ปกครอง ความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนของเด็กปฐมวัย วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนของเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติทดสอบที (independent t-test) โดยมีการทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติของตัวแปรก่อนทดลองตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทดสอบที (independent t-test) ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

2.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างตัวแปรระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ ทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนของเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติทดสอบที (paired t-test) โดยมีการทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติของตัวแปรก่อนทดลองตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทดสอบที (paired t-test) ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลส่วนบุคคลใกล้เคียงกันดังนี้ เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 74.30 อายุเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.71 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 82.86 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48.57 ความสัมพันธ์กับเด็กพบว่าทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีบิดามารดาและปู่ย่าตายายเป็นผู้ดูแลเด็กสัดส่วนใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 45.71 อาชีพส่วนใหญ่เป็นอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 62.86 มีระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็กทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 97.14 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=35, 35)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 35 คน)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35 คน)	Statistical Value	*p*
เพศ			1.091	.300
หญิง	26 (74.30)	24 (68.60)		
ชาย	9 (25.70)	11 (31.40)		
อายุ				
Mean (*SD*)	38.06(12.504)	45.03(13.281)	1.226	.224
สถานภาพสมรส			1.495	.226
โสด	2 (5.71)	4 (11.42)		
คู่	29 (82.86)	29 (82.86)		
หม้าย	1 (2.86)	1 (2.86)		
หย่าร้าง	3 (8.57)	1 (2.86)		
ระดับการศึกษา			3.454	.067
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1 (2.86)	2 (5.71)		
ประถมศึกษา	16 (45.71)	17 (48.57)		
ประกาศนียบัตร	2 (5.71)	3 (8.57)		
ปริญญาตรี	2 (5.71)	4 (11.43)		
ความสัมพันธ์กับเด็ก			.002	.964
บิดา มารดา	16 (45.71)	14 (40)		
ปู่ย่า ตายาย	16 (45.71)	16 (45.71)		
ลุง ป้า น้า อา	3 (8.57)	4 (11.43)		
อาชีพ			.069	.794
เกษตรกรรม	22 (62.86)	19 (54.29)		
รับจ้าง	7 (20)	6 (17.14)		

2. ข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลส่วนบุคคลใกล้เคียงกันดังนี้ เพศส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 อายุเฉลี่ยของเด็กปฐมวัยทั้งสองกลุ่ม มีอายุเฉลี่ย 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.60) น้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 2,500 กรัมทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 100 มีพัฒนาการสมวัย คิดเป็นร้อยละ 100 ทุกคนไม่มีประวัติเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 100 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=35, 35)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 35 คน)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35 คน)	Statistical Value	*p*
เพศ			1.331	.253
หญิง	21 (60)	17 (48.60)		
ชาย	14 (40)	18 (51.40)		
อายุ			.536	.466
Mean (SD)	4.23 (0.731)	4.23 (0.690)		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 35 คน)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35 คน)	Statistical Value	*p*
น้ำหนักแรกคลอด			5.867	.018
> 2,500 กรัม	35 (100)	35 (100)		
พัฒนาการ			.005	.944
สมวัย	35 (100)	35 (100)		
ไม่สมวัย				
ประวัติการเจ็บป่วย			4.246	.043
มี				
ไม่มี	35 (100)	35 (100)		

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (ก่อนการทดลอง *M* = 2.53, *SD* = 0.616; หลังการทดลอง *M* = 4.00, *SD* = 0.367, t= -14.820, *p*= ≤.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (ก่อนการทดลอง *M* = 3.08, *SD* = 0.350; หลังการทดลอง *M* = 3.52, *SD* = 0.311, t = -8.436, *p*= ≤.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			*t*	*p*
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ		
1. การสร้างความผูกพันทางอารมณ์ ประคับประคองทางจิตใจ								
กลุ่มทดลอง	2.57	0.597	ปานกลาง	4.15	0.502	มาก	-13.886	≤.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.28	0.399	ปานกลาง	3.73	0.378	มาก	-7.049	≤.001
2. การสร้างวินัยเชิงบวก								
กลุ่มทดลอง	2.59	0.723	ปานกลาง	3.73	0.432	มาก	-9.849	≤.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.09	0.413	ปานกลาง	3.33	0.347	ปานกลาง	-3.210	≤.001
3. การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก								
กลุ่มทดลอง	2.44	0.687	น้อย	4.12	0.564	มาก	-12.073	≤.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.86	0.675	ปานกลาง	3.51	0.547	มาก	-6.143	≤.001
ทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง								
กลุ่มทดลอง	2.53	0.616	ปานกลาง	4.00	0.367	มาก	-14.820	≤.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.08	0.350	ปานกลาง	3.52	0.311	มาก	-8.436	≤.001

** p-value* < 0.05

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (กลุ่มทดลอง *M* = 4.00, *SD* = 0.367; กลุ่มเปรียบเทียบ *M* = 3.52, *SD* = 0.311, t= 5.943, *p* = ≤.001) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองรายด้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองรายด้าน	กลุ่มทดลอง (n = 35)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)			*t*	*p*
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ		
1. การสร้างความผูกพันทางอารมณ์ ประคับประคองทางจิตใจ								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.57	0.597	ปานกลาง	3.28	0.399	ปานกลาง	-5.824	≤.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.15	0.502	มาก	3.73	0.378	มาก	3.969	≤.001
2. การสร้างวินัยเชิงบวก								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.59	0.723	ปานกลาง	3.09	0.413	ปานกลาง	-3.579	.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.73	0.432	มาก	3.33	0.347	ปานกลาง	4.271	≤.001
3. การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.44	0.687	น้อย	2.86	0.675	ปานกลาง	-2.588	.012
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.12	0.564	มาก	3.51	0.547	มาก	4.589	≤.001
ทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.53	0.616	ปานกลาง	3.07	0.350	ปานกลาง	-4.540	≤.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.00	0.367	มาก	3.52	0.311	มาก	5.943	≤.001

** p-value* < 0.05

ผลการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ที่ 1.47 (*SD* = 0.588) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลต่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ที่ 0.44 (*SD* = 0.312) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5

การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	*M*	*SD*	*t*	*p*
1. การสร้างความผูกพันทางอารมณ์ ประคับประคองทางจิตใจ				
กลุ่มทดลอง	1.58	0.673	-13.886	≤.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.45	0.378	-7.049	≤.001
2. การสร้างวินัยเชิงบวก				
กลุ่มทดลอง	1.14	0.682	-9.849	≤.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.24	0.428	-7.049	.003
3. การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก				
กลุ่มทดลอง	1.68	0.826	-12.073	≤.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.65	0.629	-6.143	≤.001
ทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง				
กลุ่มทดลอง	1.47	0.588	-14.820	≤.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.44	0.312	-8.436	≤.001

** p-value* < 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทักษะการสร้างเสริมพลังละมุนของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีทักษะการสร้างเสริมพลังละมุนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ก่อนทดลอง *M* = 2.22, *SD* = 0.760; หลังการทดลอง *M* = 4.25, *SD* = 0.483, t=-14.710, *p*= ≤.001) และพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีทักษะการสร้างเสริมพลังละมุนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (กลุ่มทดลอง *M* = 4.25, *SD* = 0.483; กลุ่มเปรียบเทียบ *M* = 3.05, *SD* = 0.431, -5.180, *p*= ≤.001) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6

การเปรียบเทียบทักษะการสร้างเสริมพลังละมุนของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ทักษะการสร้างเสริมพลังละมุนของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			*t*	*p*
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	2.22	0.760	น้อย	4.25	0.483	มาก	-14.710	≤.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.58	0.476	ปานกลาง	3.05	0.431	ปานกลาง	-5.180	≤.001

** p-value* < 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทักษะการสร้างเสริมพลังละมุนของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ค่าเฉลี่ยทักษะการสร้างเสริมพลังละมุนของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (กลุ่มทดลอง *M* = 4.25, *SD* = 0.483; กลุ่มเปรียบเทียบ *M* = 3.05, *SD* = 0.431, t =11.009, *p* = ≤.001) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะการสร้างเสริมพลังละมุนของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ทักษะการสร้างเสริมพลังละมุนของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	กลุ่มทดลอง (n = 35)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)			*t*	*p*
	M	*SD*	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.22	0.760	น้อย	2.58	0.476	ปานกลาง	-2.375	.020
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.25	0.483	มาก	3.05	0.431	ปานกลาง	11.009	≤.001

** p-value* < 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนต่อความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (กลุ่มทดลอง *M* = 3.80, *SD* = 0.479; กลุ่มเปรียบเทียบ *M* = 3.22, *SD* = 0.270, t=6.238, *p* =≤.001) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนต่อความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย	กลุ่มทดลอง (n = 35)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)			*t*	*p*
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ		
ดี								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.18	0.226	ปานกลาง	3.15	0.296	ปานกลาง	.549	.437
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.68	0.482	มาก	3.19	0.388	ปานกลาง	4.622	.037
เก่ง								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.22	0.250	ปานกลาง	3.17	0.322	ปานกลาง	.669	.287
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.87	0.546	มาก	3.21	0.355	ปานกลาง	5.999	.006
สุข								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.36	0.307	ปานกลาง	3.24	0.386	ปานกลาง	1.370	.111
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.92	0.547	มาก	3.27	0.354	ปานกลาง	5.867	.027
ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.24	0.208	ปานกลาง	3.18	0.259	ปานกลาง	1.019	.397
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.80	0.479	มาก	3.22	0.270	ปานกลาง	6.238	≤.001

** p-value* < 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนต่อความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนต่อความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ก่อนการทดลอง M = 3.24, SD = 0.208; หลังการทดลอง M = 3.80, SD = 0.479, t=-7.077, p ≤.001) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน (ก่อนการทดลอง M = 3.18, SD = 0.259; หลังการทดลอง M = 3.22, SD = 0.270, p=0.368) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนต่อความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			*t*	*p*
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ		
ดี								
กลุ่มทดลอง	3.18	0.226	ปานกลาง	3.68	0.482	มาก	-5.831	≤.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.15	0.296	ปานกลาง	3.19	0.388	ปานกลาง	-.712	.481
เก่ง								
กลุ่มทดลอง	3.22	0.250	ปานกลาง	3.87	0.546	มาก	-7.414	≤.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.17	0.322	ปานกลาง	3.21	0.355	ปานกลาง	-.965	.341
สุข								
กลุ่มทดลอง	3.36	0.307	ปานกลาง	3.92	0.547	มาก	-5.702	≤.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.24	0.386	ปานกลาง	3.27	0.354	มาก	-.531	.599
ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย								
กลุ่มทดลอง	3.24	0.208	ปานกลาง	3.80	0.479	มาก	-7.077	≤.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.18	0.259	ปานกลาง	3.22	0.270	มาก	-.913	.368

** p-value < .05*

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนต่อพลังละมุนของเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพลังละมุนของเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (กลุ่มทดลอง M = 3.91, SD = 0.759; กลุ่มเปรียบเทียบ M = 2.76, SD = 0.374, t=8.062, p =≤.001) (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนต่อพลังละมุนของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พลังละมุนของเด็กปฐมวัย	กลุ่มทดลอง (n = 35)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)			*t*	*p*
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.82	0.345	ปานกลาง	2.83	0.477	ปานกลาง	-.143	.886
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.91	0.759	มาก	2.76	0.374	ปานกลาง	8.062	≤.001

** p-value* < 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนต่อพลังละมุนของเด็กปฐมวัย ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนต่อพลังละมุนของเด็กปฐมวัยหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ก่อนการทดลอง *M* = 2.82, *SD* = 0.345; หลังการทดลอง *M* = 3.91, *SD* = 0.759, t=-8.115, *p* =≤.001) (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนต่อพลังละมุนของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พลังละมุนของเด็กปฐมวัย	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			*t*	*p*
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	2.82	0.345	ปานกลาง	3.91	0.759	มาก	-8.115	≤.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.83	0.477	ปานกลาง	2.76	0.374	ปานกลาง	-.947	.368

** p-value* < 0.05

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนของเด็กปฐมวัยมีประสิทธิผลอย่างชัดเจนต่อทักษะของผู้ปกครองและความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนของเด็กปฐมวัย โดยผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีทักษะการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนในเด็กปฐมวัยดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้เด็กปฐมวัยที่เข้าร่วมโปรแกรมยังมีคะแนนเฉลี่ยด้านความฉลาดทางอารมณ์ (ดี เก่ง สุข) และพลังละมุนสูงขึ้นจากเดิม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับทฤษฎีความฉลาดทางอารมณ์ของ Goleman (1995) ที่อธิบายว่าความฉลาดทางอารมณ์สามารถพัฒนาได้ผ่านการฝึกฝน การเรียนรู้จากแบบอย่าง และประสบการณ์ทางสังคม โดยเฉพาะในช่วงปฐมวัยที่สมองมีความยืดหยุ่นสูง และสามารถซึมซับประสบการณ์ได้อย่างรวดเร็ว การที่โปรแกรมนี้ใช้กิจกรรมที่เน้นการเล่านิทาน เพลง การสร้างสายใย และการนั่งสมาธิ จึงช่วยเสริมพัฒนาการด้านการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกที่เหมาะสมของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้บทบาทของผู้ปกครองและครูมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนของเด็กปฐมวัย การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าเมื่อผู้ปกครองได้รับการอบรมและสนับสนุนทักษะ

การส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนให้กับเด็ก และเด็กก็ได้รับการกระตุ้น การส่งเสริม การฝึกทักษะที่เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nilfyr & Ewe (2025) ที่ระบุว่าความสามารถในการควบคุมอารมณ์ในเด็กปฐมวัยสัมพันธ์กับความสำเร็จด้านการเรียน และครูมีบทบาทสำคัญในการสร้างสายสัมพันธ์ที่อบอุ่น อีกทั้งสอดคล้องกับ Aksoy & Gresham (2024) ที่ชี้ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กโดยตรง

สิ่งที่โดดเด่นของงานวิจัยนี้คือ การบูรณาการแนวคิด “พลังละมุน” (soft power) ของโจเซฟ นาย (Nye, 1990) เข้ากับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งไม่ใช่เพียงการฝึกควบคุมอารมณ์ แต่ยังเน้นการปลูกฝังคุณค่าทางวัฒนธรรม คุณธรรมจริยธรรม เช่น การปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณีอันดีงามของไทย ความกตัญญูต่อบิดามารดา ผู้มีพระคุณ ความสุภาพอ่อนโยน การเคารพผู้อื่น ความมีระเบียบวินัย และการเห็นคุณค่าของส่วนรวมมากกว่าส่วนตน ผลลัพธ์แสดงให้เห็นว่าเด็กกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่สะท้อนพลังละมุนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1986) ที่ชี้ว่าการเลียนแบบพฤติกรรมที่เหมาะสมจากผู้ใหญ่และเพื่อนสามารถสร้างแรงจูงใจและความเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในตัวเด็กได้

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยก่อนหน้าในประเทศไทย เช่น งานของจตุพร อุ่นประเสริฐสุข (2564) ที่พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ในเด็ก พบว่ามีผลชัดเจนต่อการพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์และการปรับตัวของเด็ก ผลวิจัยนี้ก็ยืนยันในแนวทางเดียวกัน แต่เพิ่มเติมด้วยการใช้พลังละมุน (soft power) ทำให้มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยและช่วยปลูกฝังคุณลักษณะด้านคุณธรรมและสังคมควบคู่ไปด้วย ในต่างประเทศ Domitrovich et al. (2017) ก็ยืนยันว่าการจัดโปรแกรม SEL สามารถลดปัญหาพฤติกรรมและเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของเด็กประถม ซึ่งสอดรับกับผลการวิจัยนี้ที่เด็กมีความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่า โปรแกรม ฯ สามารถเพิ่มทักษะของผู้ปกครองในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยได้อย่างเห็นได้ชัดและสามารถส่งเสริมเด็กปฐมวัยให้มีความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทสถานศึกษา เช่น โรงเรียนหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยบูรณาการเข้ากับกิจกรรมการเรียนการสอนตามหลักสูตรปฐมวัยได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังสามารถประยุกต์ใช้ในครอบครัวเพื่อพัฒนาทักษะของผู้ปกครองในการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง และนำไปเป็นรูปแบบการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด เพื่อส่งเสริมให้เด็กไทยเป็นเด็กที่ ดี เก่ง และมีความสุข

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยด้วยวิธีอื่น รวมไปพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์และพลังละมุนในเด็กกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

2. เพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลระยะยาว การวิจัยครั้งนี้มีช่วงเวลาติดตามผลค่อนข้างสั้น ทำให้ไม่เห็นความคงทนของพฤติกรรมหรือทักษะในระยะยาว ดังนั้นควรดำเนินการวิจัยที่มีการติดตามผลต่อเนื่องหลังจบโปรแกรม เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดในการทำให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. (2547). *แนวคิดการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์*. กรมสุขภาพจิต.

กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, สถาบันราชานุกูล. (2564). *รายงานสถานการณ์ความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี พ.ศ. 2564*.

จตุพร อุ่นประเสริฐสุข. (2564). *ผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัย* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ชนาธิป กุลจิรากูล, และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2564). ผลของโปรแกรมการประยุกต์หลักแนวคิดสมรรถนะทางอารมณ์เพื่อเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์นักเรียนชั้นประถมศึกษา. *วารสารสาธารณสุขไทย, 51*(2), 101-109.

ชญานนท์ สุวรรณเพชร, และพีระพร รัตนาเกียรติ์ (2563). การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยโดยการจัดกิจกรรมทางกายประสานการชี้แนะ. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด*, *17*(1), 180–192.

ชอุ่ม ปัญจพรรค์. (2498). *เด็กเอ๋ยเด็กดี* [เพลง]. กรมศิลปากร.

ณัฐริกานต์ อ่ำเจ๊ก, ศิริโรจน์ นามเสนา, และสามารถ สุขุประการ. (2568). การปลูกฝังคุณธรรมในวัยเด็กผ่านการปฏิบัติ. *วารสารวิจยวิชาการ*, 8(3), 377-394.

แผนพัฒนาจังหวัดยโสธร. (2566). *รายงานสถานการณ์ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กจังหวัดยโสธร.*

รุ้งทิวา จันทร์งาม, และรุ่งนภา พรหมสาขา ณ สกลนคร. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ เด็กปฐมวัย อำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, *8*(3), 302-312.

วัลภา ไชยยะ, และทัศนีย์ นาคุณทรง. (2568). การส่งเสริมความมีวินัยในตนเองของเด็กปฐมวัย ด้วยการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้แหล่งเรียนรู้ในท้องถิ่น. *วารสารครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, *15*(1), 121–130.

วิชัย วงษ์ใหญ่, และมารุต พัฒผล. (2565). *การเรียนรู้ด้วยพลังแห่งความอ่อนโยน (soft power).* https://ird.mcu.ac.th/wp-content/uploads/2022/05/การเรียนรู้ด้วยพลังแห่งความอ่อนโยน.pdf

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (2566). *รายงานผลการสำรวจ EQ เด็กประถมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดยโสธร.*

อนุพงษ์ ช่วยชาติ, และอุทัยวรรณ สายพัฒนะ. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับความสามารถในการตัดสินใจของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนในเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. *วารสารมณีเชษฐาราม วัดจอมมณี, 8*(1), 44-62.

Aksoy, P., & Gresham, F. M. (2024). Evidence-based social-emotional learning intervention programs for preschool children: An important key to development and learning. *International Journal of Psychology and Educational Studies, 11*(3), 201–217. https://doi.org/10.52380/ijpes.2024.11.3.1227

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.* Prentice-Hall.

Domitrovich, C. E., Durlak, J. A., Staley, K. C., & Weissberg, R. P. (2017). Social-emotional competence: An essential factor for promoting positive adjustment and reducing risk in school children. *Child Development, 88*(2), 408–416. https://doi.org/10.1111/cdev.12739

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence.* Bantam Books.

Nilfyr, K., & Ewe, L. P. (2025). Thriving children's emotional self-regulation in preschool: A systematic review discussed from an interactionist perspective. *Education Sciences*, *15*(2), 137. https://doi.org/10.3390/educsci15020137

Nye, J. S. (1990). *Soft power: The means to success in world politics*. PublicAffairs.

Yin, W., Li, T., Wu, Z., Hung, S. C., Hu, D., Gui, Y., Cho, S., Sun, Y., Woodburn, M. A., Wang, L., Li, G., Piven, J., Elison, J. T., Wu, C. W., Zhu, H., Cohen, J. R., Lin, W., & UNC/UMN Baby Connectome Project Consortium (2025). Charting brain functional development from birth to 6 years of age. *Nature Human Behaviour*, *9*(6), 1246–1259. https://doi.org/10.1038/s41562-025-02160-2

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด

น่ารัก จุดาบุตร, ส.ม.[*]
เยาวพา วรรณแก้ว, พย.ม.[**]
อุษณีย์ สุขนิตย์, วท.ม.[*]
Received: May 17, 2025
Revised: November 9, 2025
Accepted: November 22, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทัศคติและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด ในเขตตำบลโพธิ์ ตำบลหนองแก้ว และตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นมารดาหลังคลอด จำนวน 103 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด แบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า 0.84-1.00 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ด้วยวิธีคูเดอร์ริชารดสัน ได้ค่า 0.82 แบบสอบถามหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.76, 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า มารดาหลังคลอด มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอดอยู่ในระดับดี (M = 12.35, SD = 1.79) ทัศนคติในการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอดอยู่ในระดับดี (M = 2.43, SD = 0.59) และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิด อยู่ในระดับดี (M = 2.37, SD = 0.64) โดยปัจจัยความรู้ในการใช้ยาคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = - 0.070, $p < 0.05$) และทัศนคติการใช้ยาคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = 0.126, $p < 0.05$) ข้อเสนอแนะ หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมทัศนคติเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการคุมกำเนิดที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิด มารดาหลังคลอด

[*] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา
[**] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก;
ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: yaowapa@bcnsurin.ac.th

Factors Associated with Contraceptive Use Behaviors among Postpartum Mothers

Naruk Judabood, M.P.H.[*]
Yaowapa Wannakaew, M.N.S.[**]
Ausanee Suknit, M.S.P.H.[*]

Abstract

The objective of this descriptive correlational study was to investigate postpartum contraceptive use behavior among mothers in Pho, Nong Kaeo, and Phon Khawa subdistricts, Mueang Sisaket District. The sample was selected using purposive sampling, comprising 103 postpartum mothers. The research instruments included a personal information questionnaire, a knowledge assessment tool on postpartum contraceptive use, an attitude questionnaire on postpartum contraceptive use, and a behavior questionnaire on postpartum contraceptive use. Content validity was assessed and found to be between 0.84 and 1.00. The reliability of the knowledge assessment tool was determined using the Kuder-Richardson method, yielding a value of 0.82. The questionnaires had Cronbach's alpha coefficients of 0.76, 0.86, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The research findings indicate that postpartum mothers have a good level of knowledge regarding the use of postpartum contraceptives (M = 12.35, SD = 1.79) Postpartum mothers' attitudes toward contraceptive use were good (M = 2.43, SD = 0.59) and contraceptive use behavior was good (M = 2.37, SD = 0.64). Knowledge about contraceptive use was negatively correlated with postpartum contraceptive behavior, with statistical significance at the 0.05 level (r = -0.070, $p < 0.05$), while attitudes toward contraceptive use were positively correlated with postpartum contraceptive behavior, with statistical significance at the 0.05 level (r = 0.126, $p < 0.05$). The recommendation is that relevant government agencies should organize activities to promote positive attitudes toward appropriate contraceptive behavior.

Keywords: Knowledge, Attitude, Behavior in using birth control, Postpartum mothers

[*] Lecturer, Faculty of Nursing, Chalermkarnchana University

[**] Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; Corresponding Author E-mail: yaowapa@bcnsurin.ac.th

บทนำ

จากสถานการณ์ปัญหาด้านสาธารณสุข “เด็กเกิดน้อย ด้อยคุณภาพ” จนนำไปสู่ปัญหาโครงสร้างประชากรนั้น ประเทศไทยจึงมีการขับเคลื่อนนโยบายวิวาห์สร้างชาติ “รักเตรียมพร้อม เพื่อครอบครัวคุณภาพ” (กรมอนามัย, 2563) จะเห็นว่านอกเหนือจากปัญหาด้านจำนวนประชากร ยังมีปัญหาเรื่องคุณภาพของประชากร ดังนั้นหนึ่งในประเด็นสำคัญที่ไม่ควรมองข้ามคือการวางแผนครอบครัวและการใช้วิธีคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำโดยไม่ตั้งใจ ที่อาจเกิดขึ้นแม้ในช่วงที่ยังไม่มีประจำเดือนหรือยังให้นมบุตรอยู่ หากไม่มีการใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง การคลอดก่อนกำหนด หรือปัญหาทางเศรษฐกิจและความตึงเครียดภายในครอบครัว (World Health Organization [WHO], 2018) ซึ่งการวางแผนครอบครัวจะช่วยให้สามีภรรยามีความพร้อมในการมีบุตร มีบุตรในเวลาที่เหมาะสม ป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เว้นช่วงการมีบุตรที่เหมาะสม มีจำนวนบุตรพอเหมาะกับสุขภาพร่างกายและจิตใจ สภาพทางสังคม ภาวะเศรษฐกิจ ทำให้เกิดครอบครัวคุณภาพ และมีศักยภาพที่จะสามารถเลี้ยงดูบุตรอย่างมีคุณภาพ (WHO, 2025)

แม้ระบบสาธารณสุขไทยจะมีการให้บริการวางแผนครอบครัวในระดับปฐมภูมิอย่างครอบคลุม และพบอัตราการใช้วิธีคุมกำเนิดโดยรวมของหญิงวัยเจริญพันธุ์อยู่ในระดับที่ค่อนข้างดี แต่ในกลุ่มมารดาหลังคลอดกลับพบปัญหาในการเริ่มใช้วิธีคุมกำเนิด ทั้งในด้านเวลาที่เริ่มคุมกำเนิดล่าช้า ชนิด วิธีการ และความต่อเนื่องในการใช้ (พัชราพร ควรรณสุ และคณะ, 2562) และมารดาหลังคลอดจำนวนไม่น้อยยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคุมกำเนิดหลังคลอด โดยเฉพาะช่วงเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาหลายรายยังมีความเข้าใจผิดว่าช่วงเวลาที่มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้น สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในระยะเวลาสั้นเกินไป (Norton et al., 2017)

จากการศึกษาข้อมูลการคุมกำเนิดในจังหวัดศรีสะเกษในปีงบประมาณ 2567 พบว่า มีมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์ซ้ำเป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไป ภายหลังจากคลอดหรือแท้งถึงร้อยละ 12.60 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เขตสุขภาพที่ 10, 2566) แม้จะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดก่อนกลับบ้าน ซึ่งยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 กำหนดเป้าหมายร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 10 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งมีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด และจากประสบการณ์การให้บริการวิชาการในพื้นที่พบว่ามารดาหลังคลอดยังขาดความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัว ซึ่งได้รับการประเมินจากการทำแบบทดสอบวัดความรู้ก่อนทำกิจกรรมกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 10 ราย มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดน้อยกว่าเกณฑ์ถึงร้อยละ 70 แสดงถึงมารดาหลังคลอดที่เข้าร่วมกิจกรรมยังขาดความรู้ ในขณะเดียวกันพบว่าผู้รับบริการมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการคุมกำเนิดทำให้บางรายเลือกที่จะไม่คุมกำเนิด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านส่วนบุคคล ครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ และบริบททางสังคม เช่น ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ซึ่งพบว่ามารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับชนิดของวิธีคุมกำเนิด ข้อดี ข้อเสีย และระยะเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มใช้หลังคลอด มักมีแนวโน้มใช้วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น (จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และคณะ, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของอังสินี กันสุขเจริญ (2567) พบว่าปัจจัยสาเหตุ ได้แก่ การขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิดที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ การขาดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เจตคติและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเรื่องการคุมกำเนิด มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ

แบล็คสโตน (Blackstone, 2017) พบว่า เมื่อบุคคลมองว่าการคุมกำเนิดเป็นสิ่งจำเป็น เป็นความรับผิดชอบต่อครอบครัว และมองว่าเป็นเรื่องที่ปลอดภัยและไม่ละเมิดความเชื่อทางศาสนา จะช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง ในทางตรงกันข้ามทัศนคติเชิงลบ เช่น ความกลัวผลข้างเคียง ความเชื่อผิด ๆ หรือแรงกดดันจากครอบครัวหรือคู่สมรส อาจเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้มารดาหลังคลอดละเลยหรือหลีกเลี่ยงการใช้วิธีคุมกำเนิด

จากการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า เป็นบริบทของชุมชนอื่น อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของมารดาหลังคลอดในชุมชนนี้ได้ และจากข้อมูลที่ได้จากการให้บริการวิชาการเป็นเพียงกลุ่มมารดาหลังคลอดส่วนน้อยของพื้นที่ ยังไม่สามารถระบุถึงความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการคุมกำเนิดได้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด ในเขตตำบลโพธิ์ ตำบลหนองแก้ว และตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ในจังหวัดศรีสะเกษ และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเหล่านี้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบบริการสุขภาพเกี่ยวกับการคุมกำเนิดในพื้นที่และลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่พึงประสงค์ได้ต่อไปอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด ในเขตตำบลโพธิ์ ตำบลหนองแก้ว และตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด ในเขตตำบลโพธิ์ ตำบลหนองแก้ว และตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติในการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด ซึ่งคาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด โดยอิงแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพเป็นกรอบอธิบายตัวแปรสำคัญ การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับชนิด วิธีใช้ และช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มคุมกำเนิดหลังคลอด มีแนวโน้มเลือกใช้วิธีที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และคณะ, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของ อังสินี กันสุขเจริญ (2567) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำคือความรู้การใช้ยาคุมกำเนิด และการศึกษาของแบล็คสโตน (Blackstone, 2017) ที่ระบุว่าทัศนคติเชิงบวกมีส่วนสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมคุมกำเนิดที่เหมาะสม

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research design) เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ มารดาหลังคลอด ในเขตตำบลโพธิ์ ตำบลหนองแก้ว และตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอด ที่มีประสบการณ์ในการคุมกำเนิด ในเขตตำบลโพธิ์ ตำบลหนองแก้ว และตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 103 คน ใช้วิธีเจาะจง โดยมีคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) มารดาหลังคลอดที่มีการใช้ยาคุมกำเนิดเป็นประจำ

2) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

3) สามารถสื่อสาร และเข้าใจในภาษาไทย

กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* power 3.1.9.7 กำหนดค่า effect size = 0.15 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน = .05 และค่า power 0.8 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 98 ราย ป้องกันการสูญหายจำนวนร้อยละ 5 เท่ากับ 103 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร ประกอบด้วยคำถาม ปลายเปิด ปลายปิด จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลา จำนวนบุตร ประเภทการคุมกำเนิด

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามตอบ คือ ถูก ผิด โดยกำหนดเกณฑ์ การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน การแปลความหมายแบบวัดความรู้ มี 3 ระดับ (Bloom, 1971) ดังนี้

แปลผลความรู้	**ระดับความรู้**
คะแนนระหว่าง (12 - 15 คะแนน)	ระดับดี
คะแนนระหว่าง (9 - 11 คะแนน)	ระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง (1 - 8 คะแนน)	ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยคำถามทางบวก และทางลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

		คำถามเชิงบวก	**คำถามเชิงลบ**
เห็นด้วย	ระดับคะแนน	3 คะแนน	1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ระดับคะแนน	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ระดับคะแนน	1 คะแนน	3 คะแนน

โดยใช้การแปลผลแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ ดังนี้ (Bloom, 1971)

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	2.34 - 3.00	หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับดี
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.67 - 2.33	หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.00 - 1.66	หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับคือปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 15 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยคำถามทางบวก และทางลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติ 4 - 7 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติ 1 - 3 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

		คำถามเชิงบวก	**คำถามเชิงลบ**
ปฏิบัติเป็นประจำ	ระดับคะแนน	3 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ระดับคะแนน	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ระดับคะแนน	1 คะแนน	3 คะแนน

แปลผลโดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนเพื่อการเฉลี่ยและประเมินผลโดยแบ่งช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	2.34 - 3.00	หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.67 - 2.33	หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.00 - 1.66	หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) นำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด แบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ 3 ท่าน ได้ค่า 0.84 - 1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด ด้วยวิธีคูเดอร์ริชารดสัน ได้ค่า 0.82 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด แบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.76, 0.86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด ได้ดำเนินการขอจริยธรรมของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา เลขที่หนังสือ สธ 580/2565 เลขที่ใบรับรอง 016/2566 ลงวันที่ 10 กันยายน 2566 โครงการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่มีการทดลองใด ๆ การเข้าร่วมการดำเนินการวิจัยครั้งนี้จึงไม่มีความเสี่ยงต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลคำตอบจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้จะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้ทำวิจัยจะเผยแพร่นำเสนอข้อมูลในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อการมารับบริการของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการชี้แจงจุดประสงค์ ขั้นตอนในการศึกษา และเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอความร่วมมือและขอคำยินยอมในการตอบแบบสอบถามจากผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองทุกราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประสานนายกองค์กรบริหารส่วนตำบลบ้านโพธิ์ ตำบลหนองแก้ว ตำบลเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อขออนุญาตลงพื้นที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

2. ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือการปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

5. ลงรหัสข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูลการแปลผลและสรุปผลการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา จำนวนบุตร ระยะเวลา และประเภทการคุมกำเนิด ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าต่ำสุด (minimum) และค่าสูงสุด (maximum)

2. การวิเคราะห์ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด ในเขตตำบลโพธิ์ ตำบลหนองแก้ว และตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*)

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด ใช้สถิติ Peason’s correlation และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 25 ปี ขึ้นไป จำนวน 94 คน (ร้อยละ 91.40) มีสถานภาพสมรส จำนวน 91 คน (ร้อยละ 88.60) มีบุตร 1 คน จำนวน 75 คน (ร้อยละ 74.30) มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./เทียบเท่า จำนวน 32 คน (ร้อยละ 31.40) ส่วนใหญ่ มีระยะเวลาในการคุมกำเนิด 3 ปี จำนวน 47 คน (ร้อยละ 45.70) ประเภทการคุมกำเนิดมากที่สุดคือฝังยาคุมกำเนิด เท่ากับรับประทานยาคุมกำเนิด คือ จำนวน 44 คน (ร้อยละ 42.90) และฉีดยาคุมกำเนิด จำนวน 15 คน (ร้อยละ 14.30) ตามลำดับ

2. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอดอยู่ในระดับดี (*M* = 12.35, *SD* = 1.79) ทั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 88.94 จำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ หากยาคุมกำเนิดหมดอายุ ไม่สามารถคุมกำเนิดได้ และไม่ควรรับประทาน ร้อยละ 100.00 รองลงมาคือ หากลืมรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเกิน 3 เม็ด ให้รับประทาน 2 เม็ดทันทีที่นึกขึ้นได้ และหยุดกินแผงเดิมทันที รอเริ่มแผงใหม่ในวันแรกของประจำเดือน ร้อยละ 97.10 และ 3) หากทราบว่าตั้งครรภ์ ควรหยุดใช้ยาคุมกำเนิดทุกประเภททันที และรีบไปพบแพทย์ ร้อยละ 97.10 ตามลำดับ

การศึกษาความรู้การใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด ในเขตตำบลโพธิ์ ตำบลหนองแก้ว และตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 103 คน พบว่า มีระดับความรู้ในการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.60 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.40 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

ร้อยละของระดับความรู้การใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด (n=103)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง	12	11.40
ระดับดี	91	88.60
รวม	**103**	**100.00**

3. ทัศนคติในการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับดี (*M* = 2.43, *SD* = 0.59) คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1.74 (*SD* = 0.61) สูงสุด 2.91 (*SD* = 0.28) จำแนกรายข้อ พบว่า ระดับทัศนคติต่อการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด อยู่ในระดับดี ตามลำดับ ดังนี้ 1) การใช้ยาคุมกำเนิดควรใช้ให้ถูกวิธีหรือตามคำแนะนำของแพทย์และเภสัชกรจึงจะได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพ (*M* = 2.91, *SD* = 0.28) 2) ผู้หญิงทุกคนควรมีความรู้เกี่ยวกับยาคุมกำเนิด (*M* = 2.88, *SD* = 0.32) 3) วัยรุ่น อายุ 15-22 ปี ควรได้รับการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่อง (*M* = 2.68, *SD* = 0.58) ตามลำดับ

การศึกษาระดับทัศนคติในการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด ในเขตตำบลโพธิ์ ตำบลหนองแก้ว และตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 103 คน พบว่าทัศนคติในการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด ส่วนใหญ่ระดับดี ร้อยละ 74.76 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.24 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

ร้อยละของระดับทัศนคติในการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด (n=103)

ระดับ	เกณฑ์ในการวัด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง	ค่าเฉลี่ย 1.67 - 2.33	26	25.24
ระดับดี	ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.00	77	74.76
	รวม	**103**	**100.00**

4. พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิด

พฤติกรรมในการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด โดยรวมอยู่ในระดับดี (*M* = 2.37, *SD* = 0.64) รายข้อ พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ท่านคุมกำเนิดด้วยวิธีเดิมอย่างต่อเนื่อง (*M* = 2.91, *SD* = 0.51) รองลงมาคือ ท่านใช้ยาคุมกำเนิดตามคำแนะนำของแพทย์และเภสัชกร (*M* = 2.82, *SD* = 0.51) และท่านรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ตามที่ลูกศรระบุในซองยา (*M* = 2.82, *SD* = 0.51) ตามลำดับ ส่วนข้อที่ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านทานยาคุมไม่หมดแผง และเปิดทานแผงใหม่เมื่อต้องการ (*M* = 1.65, *SD* = 0.83)

การศึกษาระดับพฤติกรรมในการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด ในเขตตำบลโพธิ์ ตำบลหนองแก้ว และตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 103 คน พบว่าพฤติกรรมในการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด ส่วนใหญ่ระดับดี ร้อยละ 65.70 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.30 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3

ร้อยละของระดับพฤติกรรมในการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด (n=103)

ระดับ	เกณฑ์ในการวัด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง	ค่าเฉลี่ย 1.67 - 2.33	35	34.30
ระดับดี	ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.00	68	65.70
	รวม	**103**	**100.00**

5. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) (n=103)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด (ตารางที่ 4) แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด ในเขตตำบลโพธิ์ ตำบลหนองแก้ว และตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้ในการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่า ($r = -0.07$, $p < 0.05$) และพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่า ($r = 0.13$, $p < 0.05$)

ตารางที่ 4

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด (n=103)

ตัวแปร	พฤติกรรมต่อการใช้ยาคุมกำเนิด (Y)	ความรู้เรื่องการใช้ยาคุมกำเนิด (X_1)	ทัศนคติการใช้ยาคุมกำเนิด (X_2)
(Y)	1.00	-0.07*	0.13*
(X_1)		1.00	0.47
(X_2)			1.00

*$p<0.05$

อภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับดีเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิด ซึ่งสะท้อนถึงการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจนจากระบบบริการสุขภาพ สอดคล้องกับงานของจุฬารัตน์ ห้าวหาญ และคณะ (2565) ที่ชี้ให้เห็นว่ามารดาหลังคลอดมีความรู้ด้านการคุมกำเนิดในระดับที่เหมาะสมหรือมากกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ ซึ่งบ่งชี้ว่าการให้ข้อมูลหรือการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวในบริบทที่ศึกษามีบทบาทช่วยเสริมความรู้ได้ในระดับหนึ่ง ทั้งนี้ กรมอนามัย (2564) ยังเน้นย้ำบทบาทของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้คำปรึกษารายบุคคลหลังคลอด เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในการใช้ยาคุมกำเนิดอย่างเหมาะสม

2. ทัศนคติของมารดาหลังคลอดต่อการใช้ยาคุมกำเนิด

ผลการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับดี หมายถึงการตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนครอบครัวและผลดีต่อสุขภาพของตนเองและบุตร สอดคล้องกับงานของซิงห์และคณะ (Singh et al., 2023) ที่ชี้ว่า ทัศนคติเชิงบวกต่อมีผลต่อการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ ในทำนองเดียวกับการศึกษาของสุนีย์ จุ่มกลาง และคณะ (2560) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งหมายถึงสามีหรือคู่นอนมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ข้อมูลนี้สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2025) ที่แนะนำให้ใช้กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพเชิงรุกเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติเชิงลบ ซึ่งสามารถเพิ่มอัตราการใช้การคุมกำเนิดได้อย่างมีนัยสำคัญ

3. พฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด

ผลการวิจัยพบว่ามารดาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดอยู่ในระดับดี โดยมักใช้วิธีคุมกำเนิดที่ต่อเนื่องและสะดวก เช่น การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด การฉีดยาคุม หรือการฝังยาคุมกำเนิด ทั้งนี้มารดาหลังคลอดมักเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราวที่ไม่ต้องพึ่งความร่วมมือของฝ่ายชาย เช่น การฉีดยาคุมและ

การฝังยาคุม เนื่องจากสะดวกและมีประสิทธิภาพสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โสธรวิทย์ และคณะ (Sothornwit et al., 2022) ที่พบว่ามารดาหลังคลอดนิยมใช้วิธีคุมกำเนิดที่ไม่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากคู่สมรส นอกจากนี้งานของซาปาตา และคณะ (Zapata et al., 2015) พบว่าการให้คำปรึกษาด้านการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดหลังคลอด และช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเว้นระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ อีกทั้ง อรทัย ปานเพชร (2565) ยังเสนอว่า รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์มักเกิดขึ้นเมื่อได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพและมีบริการที่เข้าถึงง่าย

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิด

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงลบเล็กน้อยกับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.07$, $p < 0.05$) ขณะที่ทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับเดียวกัน ($r = 0.13$, $p < 0.05$) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่สามารถเกิดขึ้นได้จากเพียงความรู้หรือทัศนคติ แต่จำเป็นต้องอาศัยแรงสนับสนุนอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การเข้าถึงบริการ การสนับสนุนจากครอบครัว คู่สมรส และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด KAP Model (Knowledge-Attitude-Practice) ที่ระบุว่าความรู้และทัศนคติเป็นพื้นฐานสำคัญแต่ยังไม่เพียงพอหากขาดการส่งเสริมด้านบริบท ผลการวิจัยของฟรอซท์ และลินด์เบิร์ก (Frost & Lindberg, 2013) และการศึกษาของนอร์ตัน และคณะ (Norton et al., 2017) ต่างยืนยันว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคุมกำเนิดต้องอาศัยทั้งการกระตุ้น การสื่อสาร และการสนับสนุนที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยสรุปผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่ามารดาหลังคลอดมีระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดอยู่ในระดับดี ซึ่งเป็นผลจากการได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง การให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมยังอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคุมกำเนิดจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยเสริมอื่น ๆ เช่น การสนับสนุนจากคู่สมรส ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการตัดสินใจคุมกำเนิดอย่างยั่งยืน ดังนั้นหน่วยบริการสุขภาพควรพัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษาเชิงรุกแบบองค์รวม โดยเน้นการสื่อสารที่เหมาะสมกับบริบทของมารดาหลังคลอด เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานภาครัฐ สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายและวางแผนโครงการต่าง ๆ เกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด เช่น โครงการส่งเสริมการป้องกันการตั้งครรภ์มารดาหลังคลอดโดยการใช้ยาคุมกำเนิด เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยที่อาจจะมีผลต่อการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด ด้านอื่น ๆ เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด และเป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2563, 17 กุมภาพันธ์). *สธ. จัด วิวาห์สร้างชาติ มุ่งสร้างประชากรคุณภาพ แก้ปัญหา เด็กเกิดน้อย ด้อยคุณภาพ*. https://anamai.moph.go.th/th/news-anamai/19900

กรมอนามัย. (2564). *คู่มือแนวทางการให้บริการวางแผนครอบครัว.* สำนักส่งเสริมสุขภาพ.

กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2562). *ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569.*

จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, ศีตรา มยูขโชติ, ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, และชัชฎาพร จันทรสุข. (2563). การศึกษาความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ความคิดเห็นต่อการคุมกำเนิด และเหตุผลในการเลือกวิธีคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, *35*(3), 583–594.

พัชราพร ควรรณสุ, ปทุมทิพย์ ม่านโคกสูง, และพรพิมล ควรรณสุ. (2562). การศึกษาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นหญิงในจังหวัดนครพนม. *วารสารการบริหารปกครอง, 8*(1), 497-518.

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เขตสุขภาพที่ 10. (2567). *ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี.* ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. https://hdc.moph.go.th/ssk/public/standard-report-detail/4f7d8042fb0a064b25f29a48f6ccd23f

สุนีย์ จุ่มกลาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดโดยใช้แนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรมในมารดาวัยรุ่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25*(2), 31-42.

อรทัย ปานเพชร. (2565). *รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย.* [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.

อังสินี กันสุขเจริญ. (2567). การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำสำหรับมารดาวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลและนวัตกรรมสุขภาพ, 1*(1), e3874_1-15.

Blackstone, S. R. (2017). Women's empowerment, household status and contraceptive use in Ghana. *Journal of Biosocial Science, 49*(4), 423–434. https://doi.org/10.1017/S0021932016000377

Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.

Frost, J. J., & Lindberg, L. D. (2013). Reasons for using contraception: Perspectives of US women seeking reproductive health care. *Contraception, 87*(4), 465–472. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.08.012

Norton, M., Chandra-Mouli, V., & Lane, C. (2017). Interventions for preventing unintended, rapid repeat pregnancy among adolescents: A review of the evidence and lessons from high-quality evaluations. *Global Health, Science and Practice*, *5*(4), 547–570. https://doi.org/10.9745/GHSP-D-17-00131

Singh, Y. R., Gupta, A., Sidhu, J., Grover, S., & Sakrawal, K. (2023). Knowledge, attitude, and practices of family planning methods among married women from a rural area of Jaipur, Rajasthan: An observational study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *12*(10), 2476–2481. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_986_23

Sothornwit, J., Lumbiganon, P., Saranrittichai, K., Sangkomkamhang, U., Singhdaeng, T., & Jampathong, N. (2022). Barriers and facilitators to implementing immediate postpartum contraceptive implant programs: A formative implementation research. *International Journal of Women's Health*, *14*, 945–956. https://doi.org/10.2147/IJWH.S370012

World Health Organization. (2018, 13 February). *Family planning: A global handbook for providers* (3rd ed.). Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9780999203705

World Health Organization. (2025, 3 July). *Family planning/Contraception methods*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception

Zapata, L. B., Murtaza, S., Whiteman, M. K., Jamieson, D. J., Robbins, C. L., Marchbanks, P. A., D'Angelo, D. V., & Curtis, K. M. (2015). Contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 212*(2), 171.e1–171.e1718. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.07.059

ความต้องการการศึกษาต่อเนื่องหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ในเขตกรุงเทพมหานคร

ยุพา วงศ์รสไตร, ปร.ด.[*]
ขจี พงศธรวิบูลย์, ค.ด.[*]
สุภาพ ไทยแท้, ปร.ด.[**]
ปาริชาติ ทาโน, ค.ด.[***]

Received: March 31, 2025
Revised: November 24, 2025
Accepted: December 5, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความต้องการการศึกษาต่อระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์ และการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น กลุ่มตัวอย่าง สุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 499 ราย ผู้ใช้บริการ 465 ราย กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ คัดเลือกแบบเจาะจงและบอกต่อ 22 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามความต้องการศึกษาหลักสูตรการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 2) แบบสอบถามความคิดเห็นสำหรับผู้ใช้บริการ และ 3) แบบสัมภาษณ์ ความต้องการให้คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ 0.81, 1.0, และ 1.0 หาความเที่ยงใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .91 และ .92 เก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ถึงเดือนกันยายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลวิจัยพบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพสนใจศึกษาต่อระดับปริญญาโท สาขาการบริหารการศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 12.63 2) พยาบาลวิชาชีพต้องการศึกษาต่อหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) ร้อยละ 18.83 3) พยาบาลวิชาชีพ และผู้ใช้บริการเห็นด้วยกับการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีสาขาอื่น ร้อยละ 67.14 และ 93.11 4) เหตุผลที่ต้องการให้เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คือ สามารถบูรณาการความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์ เปิดหลักสูตรพยาบาลพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีสาขาอื่น ทำให้พยาบาลมีความหลากหลาย ผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต หลักสูตรเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์ และหลักสูตรพยาบาลพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีสาขาอื่น

คำสำคัญ: ความต้องการการศึกษาต่อเนื่อง หลักสูตรพยาบาลศาสตร์

[*] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
[**] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
[***] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: parichart@nmu.ac.th

Continuing Education Needs of Nursing Science Programs in the Bangkok Metropolitan

Yupha Wongrostrai, Ph.D. Nursing[*]
Khachee Pongsathonviboon, Ph.D.[*]
Suparp Thaithae, Ph.D.[**]
Parichart Thano, Ph.D.[***]

Abstract

This descriptive research study examines the need for advanced nursing education, including a Master of Nursing Science Program, Specialized Nursing Programs, and a Bachelor of Nursing Science (BNSc) program designed for graduates from other fields. A multi-stage sampling method was employed, involving 499 professional nurses and 465 service users, supplemented by a purposive qualitative sample of 22 participants. Research tools include 1) a questionnaire on the demand for nursing and midwifery professional education programs, 2) a questionnaire for service users' opinions, and 3) an interview on the demand for the Faculty of Nursing to open Master of Nursing Science and Bachelor of Nursing Science programs for graduates with degrees in other fields. Content validity was 0.81, 1.0, and 1.0. Reliability, using Cronbach's alpha coefficient, was 0.91 and 0.92. Data collection was conducted from February 2023 to September 2023. Data analysis was performed using frequency distribution, percentages, and content analysis.

The research findings show that 1) professional nurses are most interested in pursuing a master's degree in educational administration, with 12.63% expressing interest. 2) Professional nurses want to study a specialized nursing program in Critical Care Nursing (Adults and Elderly), with 18.83% expressing interest. 3) Professional nurses and service users agree with the opening of a Bachelor of Nursing program for graduates with degrees in other fields, with 67.14% and 93.11%, respectively. 4) The reasons for opening a Master of Nursing program are the ability to integrate knowledge and evidence-based practice and the opening of a Bachelor of Nursing program for graduates with degrees in other fields, which leads to diversity among nurses. The research findings will be used as a guideline for opening Master of Nursing programs, specialized nursing programs, and Bachelor of Nursing programs for graduates with degrees in other fields.

Keywords: Continuing education needs, Nursing Science Program

[*] Assistant Professor, Kuakarun Faculty of Nursing, Namindradhiraj University
[**] Associate Professor, Kuakarun Faculty of Nursing, Namindradhiraj University
[***] Assistant Professor, Kuakarun Faculty of Nursing, Namindradhiraj University; Corresponding Author: E-mail: parichart@nmu.ac.th

บทนำ

ประเทศไทยมุ่งมั่นผลักดันเศรษฐกิจไปสู่ "ประเทศไทย 4.0" ผ่านการปรับโครงสร้างเศรษฐกิจจากการพึ่งพาความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบด้าน "ความหลากหลายทางชีวภาพ (bio-diversity)" และ "ความหลากหลายทางวัฒนธรรม (cultural diversity)" ไปสู่เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรมและมูลค่าเพิ่ม (value-based economy) แนวทางนี้มีเป้าหมายเพื่อสร้างความมั่งคั่งที่ยั่งยืนให้กับประเทศในศตวรรษที่ 21 โดยเน้นการพัฒนาอุตสาหกรรมที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและการวิจัยเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ นโยบายดังกล่าวสอดคล้องกับแผนอุดมศึกษาระยะยาว 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2561) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนให้เป็นผู้มีสมรรถนะสูง พร้อมสำหรับวิถีชีวิตในศตวรรษที่ 21 และมุ่งสู่สังคมที่เปิดโอกาสให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการเรียนรู้ตลอดชีวิตได้อย่างเท่าเทียม (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2565) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและวัฒนธรรม ประเทศไทยมีอัตราการเกิดของประชากรลดลง และกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสมบูรณ์ (complete aged society) ประมาณการว่าในปีพ.ศ. 2574 โครงสร้างประชากรของประเทศไทยมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) อาจทำให้เกิดความต้องการแรงงานต่างชาติเพิ่มมากขึ้นเพื่อทดแทนจำนวนแรงงานไทยที่ลดลง (ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580) อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานในด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

นอกจากนี้สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระบุในรายงานไตรมาสที่สี่ของปี 2565 ว่าอัตราการว่างงานของประชากรไทยอยู่ที่ร้อยละ 1.15 % หรือคิดเป็นผู้ว่างงานจำนวน 4.6 แสนคน โดยเฉพาะผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมีจำนวน 2.3 แสนคน (“สศช”เผยภาวะสังคมไทย, 2566) ประกอบกับคณะรัฐมนตรีได้พิจารณามีมติให้พยาบาลเป็นวิชาชีพขาดแคลนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 และกำหนดให้สภาวิชาชีพทำแผนการผลิตเพิ่ม ซึ่งได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน แต่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ให้มีกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์ในสัดส่วนพยาบาล 1 คน ต่อประชากร 250 คน ดังนั้นสถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์ควรจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับนโยบายของประเทศ ให้เป็นไปตามมาตรฐานตรงกับความต้องการของประเทศ มีการผลิตบุคลากรทางการพยาบาลเพิ่ม และเพิ่มศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างมีคุณภาพ โดยการเพิ่มระดับวุฒิการศึกษาให้สูงขึ้นทั้งในปริญญาโทและปริญญาเอก ซึ่งเป็นการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลโดยเฉพาะด้านการวิจัยทางการพยาบาลให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล (สมปอง พะมุลิลา และคณะ, 2564) การเพิ่มสมรรถนะเฉพาะทางเน้นสมรรถนะ 2 ด้าน คือ 1) ด้านคลินิก เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การจัดการข้อมูลทางสุขภาพ รวมถึงมีทักษะพิเศษในการพยาบาลเฉพาะกลุ่มโรค และ 2) ด้านการจัดการพยาบาล เพื่อให้มีความสามารถในด้านการจัดการพยาบาล ผู้มีภาวะผู้นำในการจัดการคุณภาพ และสร้างนวัตกรรมการพยาบาล รวมถึงการตัดสินใจทางจริยธรรม ซึ่งทั้งสองด้านนี้อยู่ในสมรรถนะหลักของพยาบาลเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์ 8 สมรรถนะ (สภาการพยาบาล, 2561) รวมทั้งการผลิตพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพิ่ม โดยรับผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีสาขาอื่นเข้ามาศึกษาเข้าเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยการเทียบโอนหน่วยกิตหมวดวิชาศึกษาทั่วไป จึงอาจใช้เวลาเพียง 2 ปี กับหนึ่งภาคการศึกษา ทำให้ได้บุคลากรพยาบาลเพิ่มขึ้นในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์เป็นสถาบันอุดมศึกษาเพียงแห่งเดียวในกำกับกรุงเทพมหานครที่จัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500 ระยะแรกเป็นวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์มีการจัด

การศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตร ต่อมาพัฒนาเป็นหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยสมทบกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ประสานมิตร) ในปี พ.ศ. 2531 และเปลี่ยนไปสมทบกับมหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2536 จากนั้นพัฒนาเป็นคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ในปี พ.ศ. 2556 (รัตนา จารุวรรโณ และคณะ, 2561) ต่อมาเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ในปีพ.ศ. 2562 และมีหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน และสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ จากสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งประเด็นยุทธศาสตร์ของคณะฯ ระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2568-2571) และแผนพัฒนามหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2568-2572) ที่มุ่งพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพให้มีศักยภาพสอดคล้องกับความต้องการของสถานบริการสุขภาพของกรุงเทพมหานคร จึงจำเป็นต้องศึกษาความต้องการศึกษาต่อระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์ และความต้องการให้คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น เพื่อนำผลการวิจัยไปจัดทำหลักสูตรใหม่ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งสามารถพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพให้พร้อมรับปัญหาสุขภาพของคนเมือง และดูแลผู้ใช้บริการในเขตกรุงเทพมหานครต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

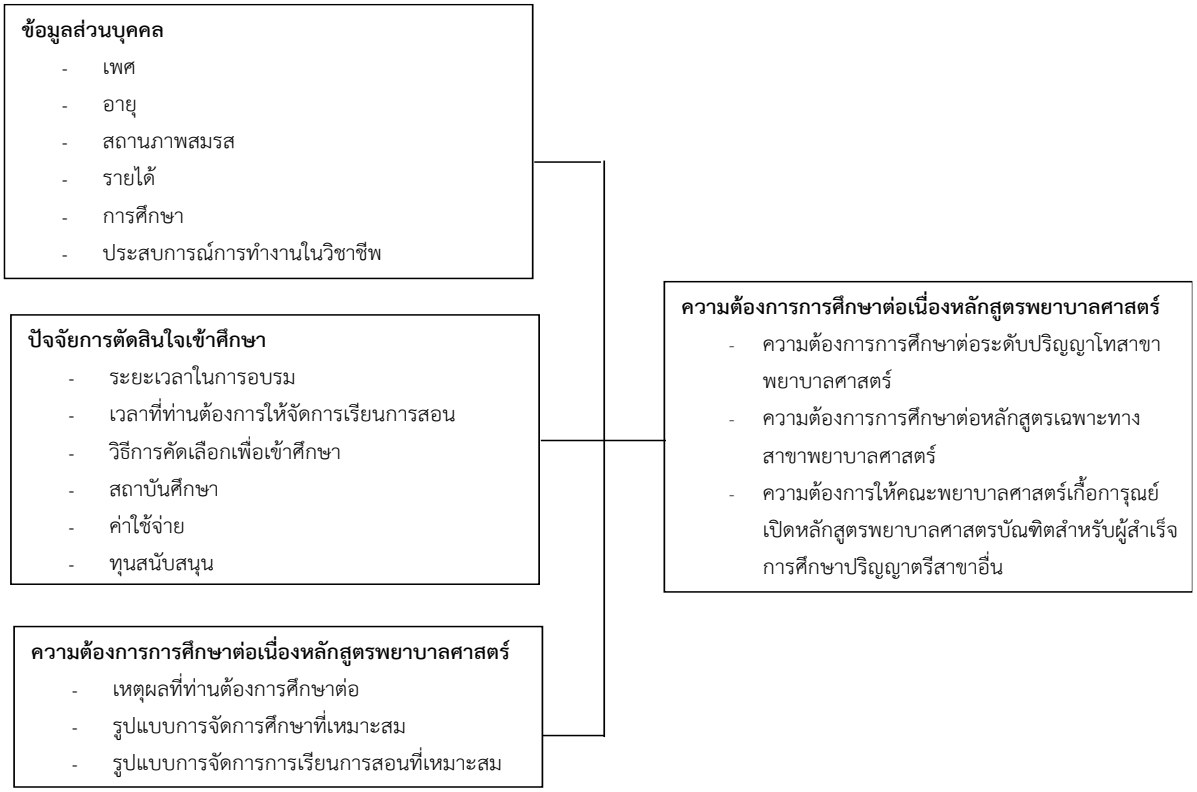
1. เพื่อศึกษาความต้องการการศึกษาต่อระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลศาสตร์
2. เพื่อศึกษาความต้องการการศึกษาต่อหลักสูตรเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์
3. เพื่อศึกษาความต้องการให้คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีสาขาอื่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นเพื่อศึกษาความต้องการการศึกษาต่อระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลศาสตร์ ความต้องการการศึกษาต่อหลักสูตรเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์ และความต้องการให้คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีสาขาอื่น องค์ประกอบที่ใช้ในการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม (โชติ แย้มแสง, 2552; สมปอง พะมุลิลา และคณะ, 2564) มีรายละเอียดตามภาพกรอบแนวคิดการวิจัย

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความต้องการการศึกษาต่อระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์ และความต้องการให้คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีสาขาอื่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพในกรุงเทพมหานคร จำนวน 33,204 ราย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) ผู้ใช้บริการในกรุงเทพมหานคร และผู้บริหารระดับต้นขึ้นไปสังกัดกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1) พยาบาลวิชาชีพ จากโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานคร 19 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร 8 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 10 แห่ง การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 499 ราย คำนวณจากสูตรของ Cochran (1963) กรณีทราบจำนวนประชากร เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Hager, 2003) ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้น (multi-stage sampling) และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่อง (consecutive sampling) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 10 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบบเจาะจงและวิธีบอกต่อ (purposive and snowballing sampling) เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานอย่างน้อย 1 ปี และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และใช้โปรแกรมออนไลน์ เช่น Zoom meeting หรือ VDO call ได้

2) ผู้ใช้บริการ จากหน่วยงานเช่นเดียวกับพยาบาลวิชาชีพ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 465 ราย คำนวณจากสูตรของ Cochran (1963) กรณีไม่ทราบจำนวนประชากร เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Hager,

2003) ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายชั้น และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่อง การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 10 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบบเจาะจงและวิธีบอกต่อ เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้ที่มาใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพที่ได้คัดเลือก อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และใช้โปรแกรมออนไลน์ เช่น Zoom meeting หรือ VDO call ได้ 3) ไม่มีปัญหาการพูด การฟัง หรือการมองเห็น

3) ผู้บริหารระดับต้นขึ้นไป จากสำนักการแพทย์ สำนักอนามัย และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 12 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบบเจาะจงและวิธีบอกต่อ

เกณฑ์การคัดออก ทั้ง 3 กลุ่ม ขณะเข้าร่วมงานวิจัย ไม่สามารถเข้าถึงเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ หรือไม่สามารถใช้โปรแกรมออนไลน์ เช่น Zoom meeting หรือ VDO call ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย แบบสอบถาม ดังนี้

1. แบบสอบถามความต้องการศึกษาหลักสูตรการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (สำหรับพยาบาล) เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีทั้งเลือกตอบและคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ 2) แบบสอบถามความต้องการศึกษาต่อระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์ และการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น จำนวน 24 ข้อ และ 3) แบบสัมภาษณ์ความต้องการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และการให้เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น จำนวน 7 ข้อ

2. แบบสอบถามความคิดเห็นสำหรับผู้ใช้บริการ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีทั้งเลือกตอบและคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ 2) แบบสอบถามความคิดเห็นและความต้องการเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น จำนวน 9 ข้อ และ 3) แบบสัมภาษณ์ความต้องการให้เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น จำนวน 3 ข้อ

3. แบบสัมภาษณ์ความต้องการให้คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น (สำหรับผู้บริหาร) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 7 ข้อ

4. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Miles & Huberman, 1994) โดยผู้วิจัยจะใช้แนวคำถามได้มาซึ่งข้อมูลที่ให้ควรมีความชัดเจน และไม่ได้มาจากการชี้นำของผู้วิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูล (Streubert & Carpenter, 2007) และการตีความของวิจัยนั้นต้องปราศจากความคิดหรืออคติของผู้วิจัยเช่นกัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต 2 ท่าน และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต 3 ท่าน รวมทั้งหมด 5 ท่าน โดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) พบว่า แบบสอบถามความต้องการศึกษาหลักสูตรการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (สำหรับพยาบาล) แบบสอบถามความคิดเห็นสำหรับผู้ใช้บริการ และแบบสัมภาษณ์ความต้องการให้คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น (สำหรับผู้บริหาร) มีค่าเท่ากับ 0.81, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามความต้องการศึกษาหลักสูตร

การศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (สำหรับพยาบาล) ให้พยาบาลวิชาชีพ และแบบสอบถามความคิดเห็นสำหรับผู้ใช้บริการ ให้ผู้ใช้บริการที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างทำ จำนวนกลุ่มละ 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ .91 และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในคน คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้รับการรับรอง เลขที่ KFN-IRB2021-29 ลงวันที 3 พฤศจิกายน 2564 และสำนักการแพทย์ เลขที่ E017q/65_EXP ลงวันที่ 17 มกราคม 2566 ทั้งนี้ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นความลับ โดยนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และการยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการปฏิบัติงานและการดำเนินชีวิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ยื่นเอกสารเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร

2. นำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการดังนี้

1. ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยโดยการติดโปสเตอร์เชิญชวนกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและผู้ใช้บริการด้านสุขภาพเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยอธิบาย วัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล สิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

3. ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยนำแบบสอบถามไปแจกให้กลุ่มตัวอย่างโดยทำเป็นแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของแบบสอบถามแล้ว จึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบเจาะจงและวิธีบอกต่อ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 30-60 นาที ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มวิธีออนไลน์ ผ่านทาง VDO call เมื่อข้อมูลเกิดความอิ่ม (data saturation) จึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์หาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามแนวคิดของไมล์และฮูเบอร์แมน (Miles & Huberman, 1994) มีขั้นตอน ดังนี้ 1) จัดระบบข้อมูล (data organizing) 2) การสร้างรหัสและแสดงข้อมูล (data display) 3) การสรุป ตีความ และตรวจสอบความถูกต้อง (conclusion, interpretation and verification) โดยผู้วิจัยหาข้อสรุป และตีความหมายของข้อค้นพบที่ได้จากการแสดงข้อมูล

ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยส่งข้อมูลที่สรุป และตีความให้ผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอใน 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.39 อายุระหว่าง 22-29 ปี ร้อยละ 30.26 สถานภาพโสด ร้อยละ58.91 มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาล 1-7 ปี ร้อยละ 34.87 ตำแหน่งงานปัจจุบันเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร้อยละ 53.51 หน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน คือ การพยาบาลอายุรศาสตร์ ร้อยละ 29.00 ส่วนใหญ่มีความสนใจที่จะศึกษาต่อ/อบรม ร้อยละ 73.74 ความตั้งใจจะศึกษา/อบรมการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้นไม่เกิน 6 เดือน ร้อยละ 63.33 ความตั้งใจจะศึกษาต่อปริญญาโททางการพยาบาล ร้อยละ 36.67 ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.72 มีอายุ 23-32 ปี ร้อยละ 41.72 สถานภาพโสด ร้อยละ 52.47 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 49.03 อาชีพ ลูกจ้าง/พนักงานในหน่วยงานเอกชน ร้อยละ 33.76 รายได้เฉลี่ย 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 54.62

ส่วนที่ 2 ความต้องการการศึกษาต่อระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลศาสตร์

พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ต้องการศึกษาต่อระดับปริญญาโทสาขาการบริหารการพยาบาล ร้อยละ 12.63 รองลงมา คือ การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ร้อยละ 12.22 เหตุผลที่ต้องการศึกษาต่อ เพื่อเพิ่มความรู้และประสบการณ์ ร้อยละ 48.50 เหตุผลที่เลือกสถาบันศึกษาต่อเพราะมีหลักสูตรที่เป็นประโยชน์ต่องานในปัจจุบัน/อนาคต ร้อยละ 36.27 ต้องการให้จัดการเรียนการสอนนอกเวลาราชการวันจันทร์ถึงศุกร์ เสาร์ อาทิตย์ หรือวันหยุดนักขัตฤกษ์ ร้อยละ 52.51 ต้องการศึกษาแผน ก การศึกษารายวิชาและทำวิทยานิพนธ์ ร้อยละ 50.50 ต้องการวิธีการคัดเลือกเพื่อเข้าศึกษโดยการสอบสัมภาษณ์ ร้อยละ50.10 ได้รับทุนสนับสนุนจะมาจากต้นสังกัด ร้อยละ 78.36 รูปแบบการจัดการศึกษาที่เหมาะสมคือ เรียนแบบต่อเนื่อง 2 ปี จนจบหลักสูตรแล้วได้รับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ร้อยละ 51.90 รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมคือแบบ onsite ร่วมกับ online ร้อยละ 62.53 ดังแสดงตารางที่ 1

ส่วนที่ 3 ความต้องการการศึกษาต่อหลักสูตรเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางที่ต้องการศึกษาต่อมากที่สุด คือ การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) ร้อยละ 18.83 รองลงมาคือ การพยาบาลผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.63 ระยะเวลาในการอบรมเหมาะสม คือ 16-18 สัปดาห์ ร้อยละ 53.51 เวลาที่ต้องการให้จัดการเรียนการสอนนอกเวลาราชการวันจันทร์ถึงศุกร์ เสาร์ อาทิตย์ หรือวันหยุดนักขัตฤกษ์ ร้อยละ 62.93 วิธีการคัดเลือกเพื่อเข้าอบรมที่เหมาะสมคือการสัมภาษณ์ร้อยละ 48.50 ถ้าได้เข้าศึกษาต่อหลักสูตรเฉพาะทางทุนสนับสนุนจะมาจากต้นสังกัด ร้อยละ 79.76 หากศึกษาหลักสูตรเฉพาะทางหน่วยงานจะสนับสนุน ร้อยละ 75.75 คน เหตุผลที่ต้องการศึกษาต่อ คือเพื่อเพิ่มค่าตอบแทนพิเศษ ร้อยละ 70.14 แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1

ความต้องการการศึกษาต่อระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลศาสตร์ของพยาบาลวิชาชีพ (n= 499)

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
1. ต้องการศึกษาต่อระดับปริญญาโทสาขา		
การบริหารพยาบาล	63	12.63
การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ	61	12.22
2. เหตุผลที่ต้องการศึกษาต่อ		
ต้องการเพิ่มวุฒิการศึกษา	43	8.62
เพื่อเพิ่มความรู้และประสบการณ์	242	48.50
3. เวลาที่ท่านต้องการให้จัดการเรียนการสอน		
ในเวลาราชการวันจันทร์ถึงศุกร์	237	47.49
นอกเวลาราชการวันจันทร์ถึงศุกร์ เสาร์อาทิตย์ วันหยุดนักขัตฤกษ์	262	52.51
4. แผนการศึกษาที่ท่านต้องการ		
แผน ก การศึกษารายวิชาและทำวิทยานิพนธ์	252	50.50
แผน ข การศึกษารายวิชาและงานค้นคว้าอิสระ	247	49.50
5. วิธีการคัดเลือกเพื่อเข้าศึกษาที่เหมาะสม		
การสอบข้อเขียน	231	46.29
การสอบสัมภาษณ์	250	50.10
6. เหตุผลที่เลือกสถาบันศึกษาต่อ		
เป็นสถาบันที่มีชื่อเสียงและคุณภาพ	91	18.24
มีหลักสูตรที่เป็นประโยชน์ต่องานในปัจจุบัน/อนาคต	181	36.27
7. ค่าใช้จ่ายใช้จ่ายต่อภาคการศึกษาที่ท่านคิดว่าเหมาะสม		
20,000-30,000 บาท	150	30.06
35,000-45,000 บาท	142	28.46
8. ทุนสนับสนุนจะมาจากแหล่งใด		
ต้นสังกัด	391	78.36
ส่วนตัว	83	16.63
9. การสนับสนุนจากหน่วยงาน		
สนับสนุน	358	71.74
ไม่สนับสนุน	108	21.64
10. รูปแบบการจัดการศึกษาที่เหมาะสม		
เรียนแบบโมดูล (module)	240	48.10
เรียนแบบต่อเนื่อง 2 ปี	259	51.90
11. รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสม		
เรียนในห้องเรียน onsite	126	25.25
แบบผสมผสาน onsite ร่วมกับ online	312	62.53

ตารางที่ 2

ความต้องการการศึกษาต่อหลักสูตรเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์ของพยาบาลวิชาชีพ (n = 499)

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
1. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางที่ต้องการศึกษาต่อ		
การพยาบาลผู้สูงอายุ	73	14.63
การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	53	10.62
การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)	94	18.83
การพยาบาลสาธารณภัย (หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน)	53	10.62
การผดุงครรภ์	54	10.82
2. ระยะเวลาในการอบรมเหมาะสม		
16-18 สัปดาห์	267	53.51
20-24 สัปดาห์	223	44.69
3. เวลาที่ต้องการให้จัดการเรียนการสอน		
ในเวลาราชการวันจันทร์ถึงศุกร์	184	36.87
นอกเวลาราชการวันจันทร์ถึงศุกร์ เสาร์ อาทิตย์ หรือวันหยุดนักขัตฤกษ์	314	62.93
4. วิธีการคัดเลือกเพื่อเข้าอบรมที่เหมาะสม		
การสัมภาษณ์	242	48.50
การสอบ	203	40.68
5. แหล่งทุนสนับสนุนหากได้เข้าศึกษาต่อหลักสูตรเฉพาะทาง		
ต้นสังกัด	393	78.76
ส่วนตัว	82	16.43
6. การสนับสนุนจากหน่วยงาน		
สนับสนุน	398	79.76
ไม่สนับสนุน	82	16.43
7. เหตุผลที่ท่านต้องการศึกษาต่อ (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
เป็นความภูมิใจของตนเอง	250	50.10
เพื่อเพิ่มค่าตอบแทนพิเศษ	350	70.14

ส่วนที่ 4 ความต้องการให้คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น

พยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่เห็นด้วยที่ผู้ที่สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น สามารถมาเรียนต่อพยาบาลศาสตร์ได้ ร้อยละ 67.14 พยาบาลวิชาชีพควรความสามารถด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย ร้อยละ 98.40 มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ ร้อยละ 77.15 รองลงมา คือ ด้านคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศ ร้อยละ 75.35 คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ควรเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น เห็นด้วย ร้อยละ 74.75

ผู้ใช้บริการ ส่วนใหญ่สนใจหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น ร้อยละ 67.10 ถ้าหากเป็นบัณฑิตที่จบสาขาอื่น มาศึกษาต่อในสาขาพยาบาลศาสตร์เห็นด้วย ร้อยละ 93.11 พยาบาลจำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญสาขาอื่นด้วย เห็นด้วย ร้อยละ 70.33 ถ้าเป็นบัณฑิตที่จบสาขาอื่น

มีความสนใจเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรนี้ ร้อยละ 78.70 ปัจจัยที่ทำให้ตัดสินใจเข้าศึกษาต่อหลักสูตรนี้ คือ มีงานรองรับ ร้อยละ 39.35 แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ความต้องการของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ใช้บริการต่อการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
พยาบาลวิชาชีพ		
1. บุคคลที่สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่นสามารถเรียนต่อพยาบาลศาสตร์ได้		
เห็นด้วย	335	67.14
ไม่เห็นด้วย	164	32.86
2. พยาบาลวิชาชีพควรความสามารถด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย		
เห็นด้วย	491	98.40
ไม่เห็นด้วย	8	1.60
3. ท่านต้องการพยาบาลมีความเชี่ยวชาญด้านใดบ้าง		
คอมพิวเตอร์ เทคโนโลยี สารสนเทศ	376	75.35
ภาษาอังกฤษ	385	77.15
การสร้างนวัตกรรม	249	49.90
4. คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ ควรเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีสาขาอื่น		
เห็นด้วย	373	74.75
ไม่ควรเปิด	126	25.25
ผู้ใช้บริการ		
1. ท่านสนใจหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น (รับบัณฑิตที่จบสาขาอื่นมาเรียน)		
สนใจ	312	67.10
ไม่สนใจ	153	32.90
2. การให้บัณฑิตที่จบสาขาอื่น มาศึกษาต่อในสาขาพยาบาลศาสตร์		
เห็นด้วย	433	93.11
ไม่เห็นด้วย	32	6.89
3. พยาบาลนอกจากมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลแล้วจำเป็นต้องมี ความเชี่ยวชาญสาขาอื่นด้วย		
เห็นด้วย	327	70.33
ไม่เห็นด้วย	138	29.67
4. ถ้าท่านเป็นบัณฑิตที่จบสาขาอื่น ท่านสนใจเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรนี้		
สนใจ	366	78.70
ไม่สนใจ	99	21.30
5. หากท่านต้องการศึกษาต่อในหลักสูตรนี้ ปัจจัยที่ทำให้ท่านตัดสินใจเข้าศึกษาต่อ (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
มีงานรองรับ	183	39.35
หลักสูตรเป็นที่ต้องการของสังคม	149	32.04

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลแสดงความเห็นเกี่ยวข้องกับการศึกษาต่อเนื่องของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ แบ่งเป็น 2 ประเด็น ประกอบด้วย 1) ความต้องการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และ 2) ความต้องการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น มีรายละเอียดดังนี้

ความต้องการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ แสดงความคิดเห็นถึงเหตุผลที่คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ควรมีการผลิตมหาบัณฑิตพยาบาล คือ สามารถบูรณาการความรู้ในการดูแลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการต่อยอดทางวิชาชีพ เนื่องจากปัจจุบันการให้การพยาบาลผู้ป่วยต้องมีความน่าเชื่อถือมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนที่ชัดเจน นอกจากนั้นมีการส่งเสริมสร้างงานวิจัยนวัตกรรมเพื่อประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ศึกษาในระดับมหาบัณฑิตย่อมมีความรู้ความสามารถด้านวิจัยและนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างน่าเชื่อถือ และส่งเสริมการปฏิบัติที่มีคุณภาพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้ *“ผู้ที่เข้าศึกษาจะได้สามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ” (ID..N2) “การเรียน ป.โท จะช่วยให้ผู้เรียนพัฒนางานวิจัย หรือนวัตกรรมได้อย่างถูกต้อง น่าเชื่อถือ เพื่อนำมาใช้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ” (ID..42)* ผู้ที่จบหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ควรมีลักษณะสรุปได้ 4 ประเด็นหลัก คือ 1) มีวุฒิภาวะ และภาวะผู้นำ และ 2) สามารถสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น 3) วิเคราะห์ และนำผลการวิเคราะห์มาจัดการแก้ไขและมาทำวิจัย 4) มีความเชี่ยวชาญด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ดังตัวอย่างคำกล่าวดังนี้ *“ต้องมีวุฒิภาวะ เพราะถ้าไม่มีวุฒิภาวะพอก็หลุดได้เหมือนกันนะ และที่สำคัญคือภาวะผู้นำสู่การเปลี่ยนแปลงได้อย่างดี” (ID..N2) “ต้องมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีได้” (ID..N5) “สามารถวิเคราะห์ และนำผลการวิเคราะห์มาจัดการแก้ไขและมาทำวิจัยได้” (ID..N6)*

ความต้องการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น

ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นต่อคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ควรมีการผลิตบัณฑิตพยาบาล (ปริญญาตรี) โดยรับผู้เรียนที่สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น มาเรียนพยาบาล จะทำให้ได้พยาบาลที่มีความสามารถหลากหลาย เนื่องจากมีความรู้ความสามารถในสาขาที่จบปริญญาตรีมาก่อนแล้ว เมื่อมาเรียนพยาบาลก็จะทำให้มีความสามารถหลายด้านมากกว่าคนที่จบมัธยมศึกษาปีที่ 6 มาเรียนพยาบาล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้ *“...มันดีนะถ้าได้คนกลุ่มนี้มาเรียน เพราะจะทำให้ได้พยาบาลที่เก่งหลายอย่าง เช่น คนจบคอมหรือไอทีมาเรียนก็จะทำให้ได้พยาบาลที่เก่งคอมและไอทีไปด้วย อันนี้ดี...” (ID.. P1)* เป็นการเปิดโอกาสสำหรับผู้ต้องการเป็นพยาบาลและตอบสนองความต้องการทางสังคม เนื่องจากความขาดแคลนพยาบาล สิ่งนี้จะช่วยเพิ่มบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ให้ได้ประสิทธิภาพ ดังคำกล่าวดังนี้ *“...ทุกสถาบันมีการแข่งขันกัน ถ้าเราจะเปิดต้องดูความคุ้มทุน แต่ก็เป็นสิ่งที่ดี เปิดโอกาสให้มีคนมาศึกษาในวิชาชีพพยาบาลมากขึ้น ซึ่งเป็นวิชาชีพขาดแคลน.” (ID..N1)* ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการเปิดโอกาสให้คนที่จบปริญญาตรีสาขาอื่นที่ยังไม่มีงานทำ และมีความตั้งใจที่จะเรียนพยาบาลได้เข้ามาเรียน ดังตัวอย่างคำพูดดังนี้ *“...ช่วยให้คนที่จบปริญญาตรีแต่ยังไม่มีงานทำ และอยากเรียนพยาบาล จบแล้วจะได้มีงานทำ...” (ID..N2)*

ผู้ที่จบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีสาขาอื่น (หลักสูตรใหม่) ควรมีลักษณะ มีวุฒิภาวะ และภาวะผู้นำ เนื่องจากพยาบาลต้องเจอกับสภาพกดดันหลายอย่าง ถ้าไม่มีวุฒิภาวะมากพออาจทำให้ไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ได้ รวมทั้งต้องเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานที่มีประสบการณ์ที่น้อยกว่า ดังตัวอย่างคำพูด *“ต้องมีความเป็นผู้นำได้ เพราะมีอายุมากกว่าคนที่จบมาด้วยกัน มีประสบการณ์มาก่อนน่าจะนำคนอื่นได้...” (ID..N1) 2)* สามารถสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ซึ่งเป็นลักษณะที่สำคัญของพยาบาล ดังตัวอย่างคำกล่าวดังนี้ *“ต้องพูดจาดี ๆ กับคนไข้ ไม่หน้าบึ้ง มีมนุษยสัมพันธ์ดี...” (ID..N7 “ใช้คำพูดดี ๆ ไม่ดุ ถามอะไรก็ตอบด้วยคำสุภาพ...” (ID..P1)*

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ มีประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับความต้องการศึกษาต่อทางการพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครจากพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 499 คน และผู้ใช้บริการจำนวน 465 คน ที่นำมาอภิปรายดังนี้

ความต้องการศึกษาต่อระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลศาสตร์ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ต้องการศึกษาสาขาการบริหารการพยาบาล และการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 12 อาจเนื่องมาจากพยาบาลรับรู้ถึงสถานการณ์สังคมไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ทำให้การบริการสำหรับผู้สูงอายุได้รับความสนใจและวางแผนจัดการการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นความต้องการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถในด้านผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจึงได้รับความสนใจมากขึ้น นอกจากนั้นพยาบาลส่วนใหญ่สนใจเรียนแผน ก เน้นการทำวิจัย อาจอธิบายได้ว่า พยาบาลตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องมีความรู้เกี่ยวกับการทำวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานต้นสังกัดและใช้ผลงานในการเลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้น รวมทั้งช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแล (พนารัตน์ วิศวเทพนิมิต และคณะ, 2564) สอดคล้องกับสมรรถนะด้านวิชาการและวิจัยของพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด (สภาการพยาบาล, 2561) อย่างไรก็ตาม พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่ต้องการลาศึกษาต่อเนื่องจากสูญเสียรายได้ ได้รับการสนับสนุนให้ลาศึกษาต่อค่อนข้างน้อย ร่วมกับมีภาระงานมากขึ้น (พนารัตน์ วิศวเทพนิมิต และคณะ, 2564) จึงทำให้แนวโน้มที่การศึกษาพยาบาลในระดับที่สูงขึ้นลดลง ซึ่งต่างจากการสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าอัตราของพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอกในแต่ละปี มีเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง (United States Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration, 2010)

พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่จะเข้าศึกษาต่อหรืออบรมการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้นไม่เกิน 6 เดือน ซึ่งหลักสูตรที่ต้องการเข้าอบรมมากที่สุด คือ การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) ร้อยละ 18.83 อาจเนื่องมาจากการเข้าอบรมการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตจะช่วยพัฒนาวิชาชีพและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ได้รับความเชี่ยวชาญ เพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านการเทคโนโลยี สามารถประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการเรียนรู้เฉพาะทางนี้จะช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการจัดการกับเครื่องมือแพทย์ที่ซับซ้อน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วาสนา รวยสูงเนิน และคณะ, 2563; Gundo et al., 2022) ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความต้องการพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา ซึ่งปัจจุบันมีความต้องการการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพมากขึ้น ประชาชนมีอายุที่ยืนยาวขึ้น ประชาชนต้องเผชิญกับแนวโน้มการเกิดความเสื่อมถอยตามวัย โรคระบาด โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ โรคติดต่ออย่างเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง ภาวะทุพพลภาพและความพิการเพิ่มขึ้น (เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ และคณะ, 2559) พยาบาลเป็นบุคลากรใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากที่สุด พยาบาลจึงเป็นวิชาชีพที่ต้องการการฝึกฝน (นรินทร์ ทิมา, 2559) เพื่อให้บริการแก่ประชาชนได้รับต้องมีคุณภาพที่จะทำให้มีสุขภาพดีขึ้น รวมทั้งต้องพัฒนาตนเองให้ทันต่อสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลง นอกจากนั้นสภาการพยาบาลได้ระบุว่า การอบรม/ศึกษาต่อในระดับสูงกว่าปริญญาตรีในเฉพาะสาขาจะทำให้พยาบาลมีสมรรถนะการกระทำกิจกรรมการพยาบาลในสาขาได้อย่างชำนาญและมีความมั่นใจ การปฏิบัติงานมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ปฏิบัติงานได้อย่างอิสระ บริหารจัดการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่รับผิดชอบได้อย่างปลอดภัย กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ (สมจิต หนุเจริญกุล, 2565)

สำหรับประเทศไทย พบว่าพยาบาลมักนิยมเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นมากกว่าการศึกษาต่อในระดับปริญญาโท เนื่องจากหลักสูตรระยะสั้นสามารถตอบสนองความต้องการในการพัฒนาทักษะและความรู้ได้รวดเร็วกว่า และสามารถนำไปใช้ในงานได้ทันที (สมจิต หนุเจริญกุล, 2565; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2567)

อย่างไรก็ตามการศึกษาต่อในระดับปริญญาโทก็ยังคงมีความสำคัญในการพัฒนาความรู้และทักษะในเชิงลึก และสามารถเปิดโอกาสในการก้าวหน้าในสายอาชีพได้มากขึ้น (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2567) นอกจากนี้ยังมีระบบคลังหน่วยกิต การสั่งสมหน่วยกิต (credit bank) การเทียบโอนหน่วยกิต ทำให้พยาบาลที่ยังไม่พร้อมจะศึกษาต่อระดับปริญญาโทก็จะอบรมหลักสูตรเฉพาะทางและมีการสะสมหน่วยกิตเพื่อต่อยอดในการศึกษาต่อระดับปริญญาโทในบางสถาบัน (สมจิต หนุเจริญกุล, 2565) นอกจากนั้นพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ เห็นด้วยกับการให้บุคคลที่สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่นสามารถมาเรียนต่อพยาบาลศาสตร์ อธิบายได้ว่าผู้ที่เรียนจบปริญญาตรีสาขาอื่นเป็นผู้ใหญ่ที่ผ่านกระบวนการเรียนการสอนแบบการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ผสานกับการเรียนรู้แบบนำตนเอง เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และเน้นการแก้ปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ Malcolm Knowles ที่กล่าวถึงการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ประกอบด้วย มีความรับผิดชอบตนเอง ใช้ประสบการณ์เป็นพื้นฐานการเรียนรู้ความสนใจและพร้อมจะเรียน เรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก แรงจูงใจในการเรียนซึ่งจะทำให้ใช้ศักยภาพของตนอย่างเต็มที่ในการเรียนรู้ (มารุต พัฒผล, 2563)

พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการมีผู้ร่วมงานที่เป็นพยาบาลวิชาชีพมีความสามารถด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย มีต้องการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องเรียนรู้เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการรักษาที่มีความทันสมัย การใช้ภาษาอังกฤษพื้นฐาน เพื่อการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการพัฒนาสมรรถนะในการใช้คอมพิวเตอร์เพื่อการจัดการด้านสารสนเทศ การสืบค้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เทคนิคการค้นข้อมูล เพื่อใช้ในการตัดสินใจ หรือการทำวิจัยต่อยอด (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ, 2563; ปาริชาต รัตนราช, 2563)

ผู้ใช้บริการด้านสุขภาพเห็นด้วยที่พยาบาลนอกจากมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลแล้ว จำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญสาขาอื่นด้วย เพื่อให้เกิดผลจริงต้องมีการพัฒนาวิทยาการ ความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และการวิจัยและพัฒนา แล้วต่อยอดในกลุ่มเทคโนโลยีและอุตสาหกรรม โดยเฉพาะด้านสาธารณสุข ต้องมีการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพ เทคโนโลยีการแพทย์ สปา เป็นต้น (Silva & Spanhol, 2023) ดังนั้นพยาบาลควรมีความเชี่ยวชาญหลายด้านเพื่อให้สอดรับกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ผู้ที่จบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีสาขาอื่น ควรมีบุคลิกภาพที่ดี มีผลการเรียนที่ดี มีคุณธรรมจริยธรรม มีความเห็นอกเห็นใจ มีจิตสาธารณะ มีความรักในอาชีพ มีความพร้อม และความเชี่ยวชาญในการใช้ทักษะพื้นฐานในการเรียนรู้มาปรับใช้ในการเรียนพยาบาล เช่น ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ทักษะทางวิทยาศาสตร์ อธิบายได้ว่า ผู้ใช้บริการด้านสุขภาพต้องการพยาบาลที่มีบุคลิกภาพที่ดี มีคุณธรรมจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย (สหัทยา รัตนจรณะ และคณะ, 2558)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาการผดุงครรภ์ โดยการจัดการเรียนการสอนเน้นการวิจัย และการปฏิบัติ และการจัดการเรียนการสอนในวันหยุด

2. นำผลการวิจัยไปพัฒนาหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ สาขาการผดุงครรภ์ โดยจัดการเรียนการสอนนอกเวลาราชการ และในวันหยุด

3. นำผลการวิจัยไปพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น โดยจัดการเรียนการสอนเป็นภาคพิเศษ (เรียนวันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ผู้ใช้บริการ และผู้บริหาร ที่อยู่ภายนอกกรุงเทพมหานคร เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการจัดการศึกษาต่อเนื่องสำหรับพยาบาลวิชาชีพ และการเปิดหลักสูตรที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

กิตติกรรมประกาศ

ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก “กองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช” (Navamindradhiraj University Research Funded)

เอกสารอ้างอิง

โชติ แย้มแสง. (2552). *รายงานผลการวิจัย สำรวจความสนใจและความต้องการศึกษาหลักสูตรศึกษาศาสตร์ สาขาการจัดการศึกษา ระดับประกาศนียบัตรบัณฑิต มหาบัณฑิต และดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์*. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์.

นรินทร์ ทิมา. (2559). *ทิศทางยุทธศาสตร์โลก เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ค.ศ. 2016-2020 (2559-2563) ขององค์การอนามัยโลก.* สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

เบญจมาศ ปรีชาคุณ, ฤชุตา โมเหล็ก, ดารารัตน์ ชูวงค์อินทร์, เพ็ญพักตร์ กองเมือง, และมาริษา สมบัติบูรณ์. (2563). การพยาบาลในยุคเทคโนโลยีแห่งข้อมูล. *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์*, *3*(1), 19-39.

ปาริชาต รัตนราช. (2563). คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยและประเมินผลอุบลราชธานี*, *9*(1), 20-30.

พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร, ขวัญตา บุญวาศ, จิราพร วรวงศ์, พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, และจุฬารัตน์ ห้าวหาญ. (2564). การศึกษาความพร้อมในการเปิดหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก และความต้องการศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษาทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, *31*(3), 110-124.

มารุต พัฒผล. (2563). *เอกสารประกอบการเรียนรู้รายวิชา การโค้ชเพื่อการรู้คิด Module 9 การสร้างความยึดมั่นผูกพันในการเรียนรู้.*
http://www.curriculumandlearning.com/upload/ModuleCognitiveCoaching/Module%209%20Cognitive%20Ccoaching_1608431604.pdf

รัตนา จารุวรรโณ, พีรนันท์ วิศาลสกุลวงษ์, จารุภา วงศ์ช่างหล่อ, จันทรรัตน์ วงศ์อารีสวัสดิ์, นุศ ทิพย์แสนคำ, ยุพา วงศ์รสไตร, พวงผกา กรีทอง, และเบญจมาศ ตระกูลงามเด่น. (2561). ความต้องการการศึกษาต่อทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารเกื้อการุณย์*, *25*(1), 7-24.

วาสนา รวยสูงเนิน, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, มะลิวรรณ ศิลารัตน์, ปัทมา สุริต, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, บุษบา สมใจวงษ์, ปาริชาติ วงศ์ก้อม และอรทัย สืบกินร. (2563). การพัฒนาความรู้และทักษะด้านการพยาบาลวิกฤตตามการรับรู้ของผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่). *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, *43*(4), 158–170.

สภาการพยาบาล. (2561). *ประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง สมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก สาขาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตร และได้รับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และการพยาบาลเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์.*
https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf

สมจิต หนุเจริญกุล. (2565). *บันไดความก้าวหน้าของพยาบาล และการจัดการศึกษาและการฝึกอบรมทุกระดับหลังปริญญาตรี.*
https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/2565/2565%201/12.pdf

สมปอง พะมุลิลา, สมจิตต์ ลุประสงค์, วรรษมน ปาพรม, อมรรัตน์ นธะสนธิ์ , สงวน ธานี, และภูษณิศา มีนาเขตร. (2564). ความต้องการการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตของพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่ 10. *วารสารพยาบาลทหารบก,* 22(2), 270-277.

สหัทยา รัตนจรณะ, กิ่งดาว การเกต, และรัตนธนรส วงศอุดม. (2558). การพยาบาล : มุมมองของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, *8*(4), 140-152.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2567). *เปิดข้อเสนอ สภาการพยาบาล ต่อ “หมอชลน่าน” แก้วิกฤตพยาบาลขาดแคลน “ความก้าวหน้า ค่าตอบแทน ภาระงาน”*. Hfocus.org เจาะลึกระบบสุขภาพ. https://www.hfocus.org/content/2024/02/29878

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *สถิติบุคลากรด้านสาธารณสุข จำแนกตามวิชาชีพและพื้นที่.* สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565*). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570).*
https://www.nesdc.go.th/wp-content/themes/plant3-child/assets/pdf/13/article_file_20230307173518.pdf

‘สศช’ เผยภาวะสังคมไทยไตรมาส 4 การจ้างงานปรับตัวดีขึ้นขยายตัว 1.5%. (2566, 2 มีนาคม). *ไทยโพสต์.*
https://www.thaipost.net/economy-news/334329/

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2561). *แผนอุดมศึกษาระยะยาว 20 ปี พ.ศ. 2561-2580.* พริกหวานกราฟฟิค.

เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, ธัญยรัชต์ องค์มีเกียรติ, และอรุณรัตน์ เทพนา. (2569). *การบริหารการพยาบาลยุค 4G Plus.* พีบีเอส โปรดักส์.

Cochran WC. (1963). *Sampling Techniques*. John Wiley and Sons.

Gundo, R., Gundo, B., Chirwa, E., Dickinson, A., & Mearns, G. J. (2021). Effect of an educational programme on critical care nurses' competence at two tertiary hospitals in Malawi. *Malawi Medical Journal : The Journal of Medical Association of Malawi*, *33*(4), 236–241. https://doi.org/10.4314/mmj.v33i4.3

Hager, M. A., Wilson, S., Pollak, T. H., & Rooney, P. M. (2003). Response rates for mail surveys of nonprofit organizations: A review and empirical test. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, *32*(2), 252-267. https://doi.org/10.1177/0899764003032002005

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed*)*. Sage Publications.

Silva, R. S. da, & Spanhol, F. J. (2023). Digital competencies of nurses: An interdisciplinary approach. In Seven Publications Organization, *Health and medicine : Science, care, and discoveries* (pp. 204-223). Seven Editora. https://sevenpubl.com.br/editora/article/view/2998

Streubert, H., & Carpenter, D. (2007). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative.* Lippincott Williams & Wilkins.

United States Department of Health & Human Services, Health Resources and Services Administration. (2010). The registered nurse population: Initial findings from the 2008 National Sample Survey of Registered Nurses. https://data.hrsa.gov/DataDownload/NSSRN/GeneralPUF08/rnsurveyfinal.pdf

ประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร

จินัฐตา พงประเสริฐ, พย.ม.[*]
สุทธีพร มูลศาสตร์, ส.ด.[**]
กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, ปร.ด.[***]

Received: April 4, 2025
Revised: November 25, 2025
Accepted: December 5, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน ในอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร จำนวน 64 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดิน ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการเปลี่ยนแปลง 2) นาฬิกาสมาร์ตวอทช์ที่ได้มาตรฐานสากล เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกาย 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย 4) ข้อมูลเชิงคลินิก ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ใช้เครื่องมือมาตรฐานการแพทย์ ความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า 0.96-1.00 ค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า .85 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที สถิติทดสอบแมนวิทนีย์ยู และสถิติทดสอบวิลล์คอกซันไซน์แรงค์

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดินและพฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีเส้นรอบเอวและระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายน้อยกว่าเข้าร่วมโปรแกรมแต่ไม่แตกต่างกลุ่มเปรียบเทียบ ข้อเสนอแนะ โปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิก

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สมรรถนะการออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดิน

[*] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
[**] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: sutteeporn@yahoo.com
[***] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

The Effectiveness of a Walking Exercise Program for Patients with Type 2 Diabetes and Over Body Mass Index in Mueang Yasothon District, Yasothon Province

Jinatta Pongprasert, M.N.S.[*]
Sutteeporn Moolsart, Dr.P.H.[**]
Kitsanaporn Tipkanjanaraykha, Ph.D.[***]

Abstract

This two-group pretest–posttest design quasi-experimental research, aimed to investigate the effects of a walking exercise program on self-efficacy and exercise behavior in overweight type 2 diabetes patients. The sample was selected purposively from overweight type 2 diabetes patients in Mueang Yasothon District, Yasothon Province, totaling 64 individuals. They were randomly assigned to the experimental and control groups, with 32 participants in each group. The research instruments included: 1) the walking exercise program, applying the concepts of the Transtheoretical Model of Change; and 2) an internationally standardized smartwatch. Data collection instruments included: 1) a general information questionnaire; 2) an exercise self-efficacy questionnaire; 3) an exercise behavior questionnaire; and 4) clinical data such as body mass index, waist circumference, and blood sugar levels, using standard medical instruments. Content validity ranged from 0.96 to 1.00, and reliability, measured using Cronbach's alpha coefficient, was 0.85 and 0.94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, t-tests, Mann-Whitney U tests, and Wilcoxon signed-rank tests.

Research findings indicate that after participating in the program, the experimental group had better perceived exercise competence and exercise behavior than before the program and the control group, with statistically significant differences at the .05 level. The experimental group also had smaller waist circumferences and lower blood sugar levels than before the program and the control group, with statistically significant differences at the .05 level. The experimental group had lower body mass index than before the program, but this was not significantly different from the control group. Recommendations: The walking exercise promotion program for type 2 diabetes patients can be applied to other chronic disease groups at risk of metabolic conditions.

Keywords Type 2 diabetes, Walking exercise, Blood sugar

---

[*]Students in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Sukhothai Thammathirat Open University, Thailand

[**]Associate Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Thailand;
Corresponding Author E-mail: sutteeporn@yahoo.com

[***] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Kasetsart University, Thailand

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก และเป็นภาระด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2017) รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกกว่า 425 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2588 ซึ่งสะท้อนถึงภาระโรคที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของประชากรโลก สำหรับประเทศไทย ภาพรวมสถานการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยพบว่ามีผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่จำนวน 4.8 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 5.3 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2583 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2562) ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปี พ.ศ. 2562–2564 โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 472.19, 470.19 และ 490.71 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลความชุกของโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2563 ที่พบว่ามีความชุกอยู่ในระดับร้อยละ 9.53 สะท้อนถึงภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญต่อระบบสุขภาพของประเทศ (กรมควบคุมโรค, 2563; ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ, 2563) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานยังมีอัตราการเสียชีวิตสูง โดยในปี ค.ศ. 2012 มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกจำนวน 1.5 ล้านรายจากโรคเบาหวานโดยตรง และอีกกว่า 2.2 ล้านรายจากภาวะแทรกซ้อนของระดับน้ำตาลในเลือดสูง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งโรคไตเรื้อรัง (WHO, 2012)

โรคเบาหวานมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงอย่างมากทั้งระดับโลกและระดับประเทศ โดยงานวิจัยจาก Williams et al. (2020) รายงานว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั่วโลกจากโรคเบาหวานมีมูลค่าประมาณ 760 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของภาระโรคไม่ติดต่อทั่วโลก ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขสำหรับการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 47,596 ล้านบาทต่อปี (กรมควบคุมโรค, 2565) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มักเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น มีความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงกว่ากลุ่มที่สามารถควบคุมโรคได้ (ElSayed et al., 2023; International Diabetes Federation [IDF], 2021)

ในจังหวัดยโสธร ระหว่างปี พ.ศ. 2563–2565 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เพียงร้อยละ 19.91, 23.06 และ 24.28 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายระดับประเทศ (≥ 40%) อีกทั้งพื้นที่อำเภอเมืองยโสธรยังมีสัดส่วนการควบคุมระดับน้ำตาลต่ำในช่วงเดียวกัน (ร้อยละ 22.59, 23.45 และ 22.66 ตามลำดับ) จากข้อมูลยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดยโสธรมีภาวะดัชนีมวลกายเกินในระดับสูงต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2563–2565 พบอัตราร้อยละ 61.52, 59.77 และ 56.90 และในอำเภอเมืองยโสธรอยู่ที่ร้อยละ 59.70, 57.29 และ 51.23 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2565) สถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขในพื้นที่

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563 พบว่าประชาชนไทยมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอสูงถึงร้อยละ 30.9 ซึ่งสะท้อนถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ยังต้องได้รับการปรับปรุง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และการบริโภคผักผลไม้ต่ำกว่าคำแนะนำ (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2564) การเดิน (walking) เป็นกิจกรรมทางกายที่ปฏิบัติได้ง่าย ปลอดภัย และเหมาะสมสำหรับผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบและแนวทางเวชปฏิบัติแบบอิงหลักฐาน ระบุว่าการเดินอย่างสม่ำเสมอช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน (Italian Diabetes Society et al.,

2020) อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ด้วยการเดินในกลุ่มป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน ซึ่งการเดินเป็นการออกกำลังกายที่ช่วยเพิ่มการใช้กรดไขมันเป็นพลังงาน เนื่องจากร่างกายมีออกซิเจนเพียงพอสำหรับกระบวนการออกซิเดชันของไขมัน ส่งผลให้การสลายไขมันและการเผาผลาญพลังงานมีประสิทธิภาพสูงขึ้น จึงถือเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้มีภาวะอ้วนลงพุง

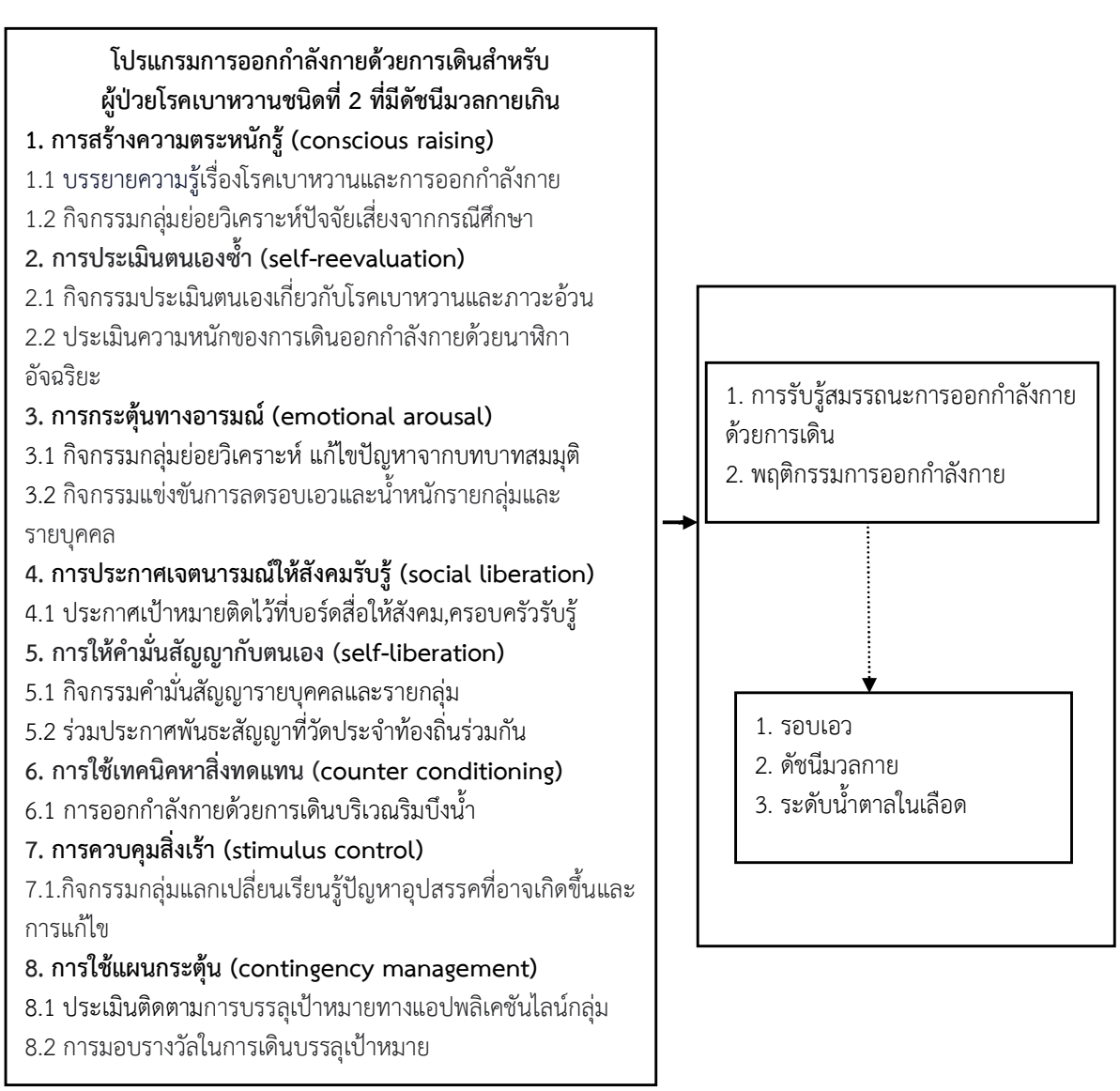
การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน โดยมุ่งส่งเสริมความตระหนักรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพัฒนาสมรรถนะด้านการออกกำลังกาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามลำดับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการเปลี่ยนแปลงของโปรชาสกาและไดคลีนเมน (Prochaska & DiClemente, 2013, as cited in DiClemente et al., 2019) ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น ลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน ในการศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการเปลี่ยนแปลงของโปรชาสกาและไดคลีนเมน (Prochaska & DiClemente, 2013, as cited in DiClemente et al., 2019) ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยประเมินขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อนการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับระดับความพร้อมของผู้ป่วย ทั้งนี้โปรแกรมมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นลังเลและขั้นเตรียมตัวสามารถพัฒนาไปสู่ขั้นปฏิบัติและขั้นคงรักษาพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง คือการช่วยให้บุคคลก้าวข้ามผ่านขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงไปสู่ขั้นที่สูงขึ้นจนถึงขั้นดำรงปฏิบัติตัว (maintenance) กิจกรรมในโปรแกรมฯ ได้กำหนดสอดคล้องกับกระบวนการทั้ง 8 ขั้นตอนนี้อธิบายและกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (process of change) 8 ขั้นตอน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ 1) การสร้างความตระหนักรู้ 2) การประเมินตนเองซ้ำ 3) การกระตุ้นทางอารมณ์ 4) การประกาศเจตนารมณ์ให้สังคมรับรู้ 5) การให้คำมั่นสัญญากับตนเอง 6) การใช้เทคนิคหาสิ่งทดแทน 7) การควบคุมสิ่งเร้า และ 8) การใช้แผนกระตุ้น โดยให้สร้างความตระหนักรู้ให้ผู้ป่วยรู้ถึงปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายของตนต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดิน ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด โดยการวิเคราะห์พฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินของตนเองทั้งทางบวกและทางลบ รวมทั้งการให้รางวัลแก่ตนเอง ซึ่งมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินต่อการรับรู้สมรรถนะออกกำลังกายด้วยการเดินของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน

3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินต่อรอบเอวของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน

4. เพื่อศึกษาผลโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินต่อดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน

5. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดินดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน กลุ่มทดลองมีรอบเอวลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

4. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

5. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน ในพื้นที่ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา จำนวน 250 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน ในพื้นที่ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 64 คน

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1) BMI ≥ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

2) ไม่มีโรคแทรกซ้อน

3) ระดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ใน ขั้นลังเลและขั้นเตรียมตัว

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1) มีโรคแทรกซ้อน

2) ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามโปรแกรม

3) มีความพิการทางกาย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power ใช้ statistical test แบบ means: difference between two independent means (two groups) วิเคราะห์และคำนวณ effect size จากงานวิจัยของสุชาดา พวงจำปา และคณะ (2563) โดยกำหนดความ เชื่อมั่นทางสถิติที่ 0.05 กำหนดอำนาจการทดสอบที่ 0.80 และกำหนดขนาดอิทธิพลที่มีขนาดกลาง (effect size) 0.10 โดยเปิดตาราง table estimate sample size requirements as a function of effect (Polit & Beck, 2004) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมเป็น 60 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัว (drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกประมาณร้อยละ 10 เพิ่มเป็นกลุ่มละ 32 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างรวมเป็น 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) รายละเอียดดังนี้ พื้นที่ที่ศึกษาถูกคัดเลือกแบบเจาะจงโดยกำหนดให้เขตพื้นที่คลินิกหมอครอบครัวบ้านท่าศรีธรรม เป็นพื้นที่ของกลุ่มทดลองและพื้นที่คลินิกหมอครอบครัวเมืองยศ เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากมีบริบทคล้ายคลึงกัน มีระยะห่าง 5 กิโลเมตร จึงป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย

1.1 โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงการออกกำลังกายด้วยการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน เป็นการจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างความสามารถหรือสมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดิน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การสอน เนื้อหา วิธีการสอน สื่อการสอน ระยะเวลา สถานที่ ผู้สอนหลัก และผู้ช่วย มีกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกัน และการประเมินผล โดยมีกำหนดการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลา 8 สัปดาห์

1.2. คู่มือการเสริมสร้างทักษะการออกกำลังกายด้วยการเดินสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและบันทึกการนับก้าวรายวัน เป็นคู่มือให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการออกกำลังกายด้วยการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานใช้หลักของ FITTE ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการรวบรวมและทบทวนเอกสารวิชาการ ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการเสริมสร้างพัฒนาสมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดินอันจะนำไปสู่การควบคุมดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย (1) ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับออกกำลังกายด้วยการเดิน (2) แบบประเมินสุขภาพด้วยตนเอง โดยการติดตามดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด โดยทำการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8 และการตั้งเป้าหมาย พันธะสัญญา ร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (3) บันทึกอัตราการนับก้าวรายวัน

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง สายวัดรอบเอว และเครื่องมือตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ญาติสายตรง ลักษณะการทำงาน สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ
- ส่วนที่ 2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายด้วยการเดิน พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เรื่อง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการพัฒนาสมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดิน มีข้อคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ท่านมีระดับความเชื่อมั่นตรงตามข้อความนั้นน้อยที่สุดประมาณร้อยละ 1-20 ท่านมีระดับความเชื่อมั่นน้อยประมาณร้อยละ 21-40 ท่านมีระดับความเชื่อมั่นระดับปานกลางประมาณร้อยละ 41-60 ท่านมีระดับความเชื่อมั่นระดับมากประมาณร้อยละ 61-80 ท่านมีระดับความเชื่อมั่นระดับมาก

ที่สุดประมาณร้อยละ 81-100 การแปลผลคะแนน การรับรู้ การแปลผลคะแนน โดยค่าเฉลี่ยยิ่งมากแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการพัฒนาสมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดินในระดับสูง

- ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการออกกำลังกาย พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่องพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยา ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ส่วนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยาเป็นตัวแปรควบคุม มีข้อคำถาม 31 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนน้อยที่สุด คือ 1 หมายถึง ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย คะแนนมากที่สุด คือ 5 หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกวันใน 1 สัปดาห์ การแปลผลคะแนน โดยการแปลผลคะแนนเฉลี่ย ยิ่งมากแสดงว่ามีพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานในระดับสูง

- ส่วนที่ 4 ข้อมูลทางคลินิก จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) และดัชนีมวลกาย ใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานการแพทย์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยส่วนที่ 2 เรื่องการรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดิน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .96 ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการควบคุมโรค ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการรับประทานยา มีค่า CVI เท่ากับ .96, .98 และ 1.00 ตามลำดับ จากนั้นได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของส่วนที่ 2 เท่ากับ .85 และของส่วนที่ 3 เท่ากับ .94, .86 และ .90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยโสธร (เลขที่ YST 2023-59 อนุมัติวันที่ 11 ธันวาคม 2566) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติ และปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลต่อการรักษาหรือบริการสุขภาพใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยทีมสหวิชาชีพ ให้เป็นผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและรายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และรวบรวมข้อมูลวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลยโสธร เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยได้ประชาสัมพันธ์ ชี้แจงวัตถุประสงค์และเชิญชวนกลุ่มทดลองผ่านคลินิกโรคเบาหวาน และนัดหมายกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน มาเข้ากิจกรรม

3. ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลองโดยให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับการใช้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน ระหว่างวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 รวมเป็น 8 สัปดาห์ โดยดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

- สัปดาห์ที่ 1 การอบรมเชิงปฏิบัติการ บรรยายให้ความรู้และฉายวิดีทัศน์เรื่อง “โรคเบาหวานและภาวะอ้วนลงพุง” กิจกรรมนันทนาการ พร้อมแจกคู่มือการเสริมสร้างทักษะการออกกำลังกายด้วยการเดินและการนับก้าว นาฬิกาอัจฉริยะ ใบงานกรณีศึกษา และกิจกรรมกลุ่มวิเคราะห์ปัญหา ปัจจัยเสี่ยงและการแก้ไขจากกรณีศึกษา ประเมินตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะอ้วนจากข้อมูลตนเอง (ใบงานที่ 1) การฝึกทักษะเรื่องการออกกำลังกายด้วยการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน สาธิต พร้อมลงมือปฏิบัติจริงตามขั้นตอนการอบอุ่นร่างกายก่อนเดินและผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังเดิน การคำนวณ MHR โดยใช้หลักของ FITTE โดยในโปรแกรมฯ จะออกแบบการเดิน ความหนักเบา มีความถี่ ระยะเวลา แต่ละสัปดาห์ชัดเจน (ใบงานที่ 2) วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและการแก้ปัญหา การออกกำลังกายจากบทบาทสมมุติ (ใบงานที่ 3) กิจกรรมระบุปัญหาและตั้งเป้าหมาย พันธสัญญา ร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดิน ประกาศให้สังคมรับรู้ ตามเป้าหมายแต่ละบุคคล การเตรียมความพร้อมในการเดิน การแต่งกายและอาการผิดปกติที่ควรระวังในการออกกำลังกาย นัดหมายออกกำลังการร่วมกัน วันจันทร์ วันพุธ วันศุกร์ และการเดินด้วยตัวเองที่บ้าน บันทึกอัตราการนับก้าวในคู่มือส่งการบ้าน อัตราการนับก้าวจากนาฬิกาอัจฉริยะภาพถ่ายส่งทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มทุกวัน

- สัปดาห์ที่ 2 ออกกำลังกายด้วยการเดินตามขั้นตอน อบอุ่นร่างกาย 5 นาที เดินทอดน่อง 1.8 กิโลเมตร (อัตราการเต้นของหัวใจ 50-60% MHR) ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5 นาที

- สัปดาห์ที่ 3 ออกกำลังกายด้วยการเดินตามขั้นตอน ขั้นตอนอบอุ่นร่างกาย 5 นาที ขั้นตอนเดินทอดน่อง 10 นาที เดินเร็ว 5 นาที (อัตราการเต้นของหัวใจ มากกว่า 60% MHR) หรือระยะทาง 500 เมตร เดินทอดน่อง 10 นาที เดินเร็ว 5 นาที เดินทอดน่อง 10 นาที (รวม 3.5 กิโลเมตร หรือ 5,000 ก้าว) ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5 นาที

- สัปดาห์ที่ 4 ออกกำลังกายด้วยการเดินตามขั้นตอนกิจกรรมมีดังนี้ ประเมินตนเองซ้ำ โดยชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ปัญหาอุปสรรคและการควบคุมสิ่งเร้าใน 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา ขั้นตอนอบอุ่นร่างกาย 5 นาที ขั้นตอนเดินทอดน่อง 10 นาที เดินเร็ว 5 นาที เดินทอดน่อง 10 นาที เดินเร็ว 5 นาที เดินทอดน่อง 10 นาที (รวม 3.5 กิโลเมตร หรือ 5,000 ก้าว) ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5 นาที 8 ท่า

- สัปดาห์ที่ 5-7 ออกกำลังกายด้วยการเดินตามขั้นตอน ขั้นตอนอบอุ่นร่างกาย 5 นาที ขั้นตอนเดินทอดน่อง 10 นาที เดินเร็ว 5 นาที เดินทอดน่อง 15 นาที เดินเร็ว 5 นาที เดินทอดน่อง 15 นาที (รวม 3.5 กิโลเมตร หรือ 5,000 ก้าว) ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5 นาที

- สัปดาห์ที่ 8 อบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 ประเมินตนเอง เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มอบรางวัลและกิตติกรรมประกาศแก่ผู้เข้ารับการอบรม และประเมินผลหลังเข้าร่วมกิจกรรม

4. กลุ่มเปรียบเทียบ คลินิกหมอครอบครัวให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในสัปดาห์ที่ 1-8 และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมฯ โดยการอบรมเชิงปฏิบัติจากผู้วิจัยและทีม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานใช้สถิติทดสอบที (t-test) ภายหลังตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ one-sample Kolmogorov-Smirnov test โดยพบว่าสมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดิน พฤติกรรมการออกกำลังกาย และเส้นรอบเอวมีการกระจายปกติ จึงใช้ independent t-test

เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม สำหรับดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งมีการกระจายไม่ปกติ ใช้สถิติ Mann-Whitney U Test ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และ Wilcoxon signed-rank test เพื่อเปรียบเทียบค่าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมตามลำดับ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 90.60 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-60 ปี ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.88 สถานภาพสมรส และประกอบอาชีพเกษตรกรรมและค้าขาย ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานนาน 1-5 ปี

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินต่อการรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดินของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน มีดังนี้

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดินโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดินโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=14.85, *p*-value = .000) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดินโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value > .05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดินของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดิน	**ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม**			**หลังเข้าร่วมโปรแกรม**			***t***	***p***
	M	***SD***	**ระดับ**	***M***	***SD***	**ระดับ**		
กลุ่มทดลอง	3.123	0.381	ปานกลาง	4.19	0.147	มาก	14.85	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.663	0.295	ปานกลาง	2.720	0.209	ปานกลาง	1.314	.198*

* *p*-value < .05

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดินโดยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดินโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดินดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (t=25.491, *p*-value = .000) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดินของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดิน	กลุ่มทดลอง (n = 32)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)			*t*	*p*
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ด้านการออกกำลังกาย								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.12	0.38	ปานกลาง	2.66	0.29	ปานกลาง	5.391	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.19	0.14	มาก	2.72	0.20	ปานกลาง	25.491	.000*

* *p*-value < .05

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างการรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ค่าเฉลี่ยของผลต่างเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดินก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (t=12.041, *p*-value = .000) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดินของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดิน	d	*SD*	*t*	*p*
ด้านการออกกำลังกาย				
กลุ่มทดลอง	1.068	0.406	12.041	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.57	0.245		

* *p*-value < .001

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน มีดังนี้

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมและพฤติกรรมรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value > .05) หลังเข้าร่วมโปรแกรมเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคในภาพรวม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 *(t=11.369, p-value = .000)*

เมื่อเปรียบเทียบรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (t=20.91, *p*-value = .000; t=3.054, *p*-value = .000) ส่วนพฤติกรรมด้านรับประทานยา พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value > .05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน	กลุ่มทดลอง (n = 32)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)			*t**	*p*
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ		
1. ด้านการรับประทานอาหาร (ตัวแปรควบคุม)								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.93	0.33	ปานกลาง	2.89	0.38	ปานกลาง	0.408	.685
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	2.94	0.32	ปานกลาง	2.94	0.31	ปานกลาง	3.054	.003*
2. ด้านการออกกำลังกาย								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.61	0.39	ปานกลาง	2.59	0.41	ปานกลาง	0.29	.773
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.35	0.22	มาก	2.61	0.41	ปานกลาง	20.91	.000*
3. ด้านการรับประทานยา (ตัวแปรควบคุม)								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	4.58	0.38	มาก	4.56	0.36	มาก	0.222	.825
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.57	0.36	มาก	4.58	0.38	มาก	-0.111	.912
พฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวม								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.37	0.24	ปานกลาง	3.34	0.20	ปานกลาง	0.517	.607
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.95	0.20	มาก	3.38	0.23	ปานกลาง	11.369	.000*

* *p*-value < .05

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดิน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=0.92, *p*-value = .000) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดิน ไม่แตกต่างกันกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดิน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			*t*	*p*
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	2.61	0.39	ปานกลาง	4.35	0.22	มาก	0.92	.000*.
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.59	0.41	ปานกลาง	2.61	0.41	ปานกลาง	-0.32	.750

* *p*-value < .05

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินต่อรอบเอวของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=1.684, *p*-value = .000) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

เส้นรอบเอว	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)		*t**	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	92.41	7.40	94.81	8.20	1.232	.223
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	66.86	11.07	94.94	8.09	1.684	.000*

* *p*-value < .05

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=-5.458, *p*-value = .000) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวไม่แตกต่างกันกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี ดัชนีมวลกายเกิน ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เส้นรอบเอว	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		*t**	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
กลุ่มทดลอง (n = 30)	92.41	7.40	66.86	11.07	-5.458	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	94.81	8.20	94.94	8.09	1.359	.161

* *p*-value < .05

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินต่อดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายโดยใช้สถิติ Mann Whitney U test พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value>.005) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ดัชนีมวลกาย	กลุ่มทดลอง (n = 32)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)			*Z**	*p*
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	28.14	3.99	อ้วนระดับ 1	27.91	3.76	อ้วนระดับ 1	-0.087	.930
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	27.77	3.56	อ้วนระดับ 1	27.90	3.77	อ้วนระดับ 1	-0.060	.952

*Mann Whitney U test

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Z=-3.353, *p*-value = .001) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกินระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ดัชนีมวลกาย	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			*Z**	*p*
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
กลุ่มทดลอง (n=32)	28.14	3.99	อ้วนระดับ 1	27.77	3.56	อ้วนระดับ 1	-3.353	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)	27.91	3.76	อ้วนระดับ 1	27.90	3.77	อ้วนระดับ 1	-0.102	.918

*Wilcoxon Signed Rank test

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายโดยใช้สถิติ Mann Whitney U test พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=-4.196, *p*-value = .000*)* ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10

การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ค่าดัชนีมวลกาย	d	*SD*	*t*	*p*
กลุ่มทดลอง	-.566	1.432	-4.196	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	-.009	0.368		

*Mann Whitney U test

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้สถิติ Mann Whitney U test พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*Z*=-5.511, *p*-value = .000) ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระดับน้ำตาล	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)		*Z**	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	160.76	8.93	159.31	10.66	-0.954	.340
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	137.78	11.48	157.34	7.63	-5.511	.000*

*Mann Whitney U test

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด โดยใชสถิติ *W*ilcoxon Signed Rank test พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*Z*=-4.860*, p*-value = .000) ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกินระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับน้ำตาล	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		*Z**	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
กลุ่มทดลอง (n = 32)	160.76	8.93	137.78	11.48	-4.860	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)	159.31	10.66	157.34	7.63	-1.205	.228

**Wilcoxon Signed Rank test*

อภิปรายผล

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกินมีการรับรู้สมรรถนะการออกกำลังกายด้วยการเดินดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่า สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการเปลี่ยนแปลงของ โปรชาสกาและไดคลีนเมน (Prochaska & DiClemente, 2013 as cited in DiClemente et al., 2019) ที่ได้อธิบายว่า การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนเกิดจากกระบวนการสร้างความตระหนักรู้ การประเมินตนเองซ้ำ การกระตุ้นทางอารมณ์ การประกาศเจตนารมณ์ต่อสังคม และการให้คำมั่นสัญญากับตนเอง กิจกรรมในโปรแกรมที่จัดขึ้น เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะอ้วนลงพุง และการออกกำลังกายด้วยการเดิน การฝึกทักษะปฏิบัติจริง การวิเคราะห์ปัญหาจากกรณีศึกษา การตั้งเป้าหมายและทำพันธะสัญญาต่อตนเอง การประกาศเป้าหมายต่อสังคม ตลอดจนการสร้างแรงจูงใจ และการติดตามผลผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม ล้วนเอื้อต่อการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการประเมินตนเองในสัปดาห์ที่ 4 ยังช่วยให้ผู้เข้าร่วมตระหนักถึงพัฒนาการของตนเองและสามารถก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ระดับสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบก่อนการทดลองและเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ

2. ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกินในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งสะท้อนผลของกิจกรรมแบบเผชิญหน้าและการกำกับติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มที่ช่วยเสริมแรงให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับขั้นตอนที่ 6–8 ของทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ การใช้สิ่งทดแทน การควบคุมสิ่งเร้า และการใช้ระบบรางวัล ซึ่งมีบทบาทต่อการสร้างและคงรักษาพฤติกรรมการเดินออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมในโปรแกรม เช่น การสร้างบรรยากาศการเดินริมแม่น้ำพื้นที่สาธารณะ การแลกเปลี่ยนปัญหาและแนวทางแก้ไข การประเมินตนเองจากข้อมูลที่บันทึกไว้ รวมถึงการติดตามความก้าวหน้ารายวันผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มและการให้รางวัลในช่วงท้ายโปรแกรม ล้วนส่งผลต่อแรงจูงใจภายในและความภาคภูมิใจ ซึ่งสะท้อนจากการที่กลุ่มทดลองออกกำลังกายเกือบทุกวันและรายงานความรู้สึกเชิงบวกหลังการเดินอย่างสม่ำเสมอ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับพยงค์ ขุนสะอาด (2563) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การควบคุมสิ่งเร้า และการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ภายหลังทดลองกลุ่มทดลองมีเส้นรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบทั้งก่อนทดลองและกับกลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับหลักสรีรวิทยาการออกกำลังกายระดับปานกลาง เช่น การเดินสลับเร็ว 30–50 นาที ช่วยเพิ่มการใช้กรดไขมันเป็นพลังงาน เนื่องจากร่างกายมีออกซิเจนเพียงพอสำหรับกระบวนการออกซิเดชันของไขมัน ส่งผลให้การสลายไขมันและการเผาผลาญ

พลังงานมีประสิทธิภาพสูงขึ้น ซึ่งรายงานว่าการออกกำลังกายความหนักปานกลางช่วยเพิ่มทั้งการขนส่งกรดไขมันเข้าสู่กล้ามเนื้อและการเผาผลาญไขมันระหว่างการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับงานของลัชชี ชัชวรัตน์ และคณะ (2562) ที่รายงานว่าโปรแกรมเดินแบบแอโรบิกระดับปานกลางช่วยลดเส้นรอบเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านดัชนีมวลกายพบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่มากนัก อาจเนื่องจากระยะเวลาโปรแกรมเพียง 8 สัปดาห์และไม่มีการควบคุมการรับประทานอาหาร อย่างไรก็ตามผลยังสอดคล้องกับกลไกการสลายไขมันที่อธิบายว่า การออกกำลังกายเพิ่มการใช้ไกลโคเจนและการสลายไตรกลีเซอไรด์เพื่อผลิตกรดไขมันอิสระและกลูโคสผ่านกระบวนการ gluconeogenesis (Kolditz & Langin, 2010) แต่ระยะเวลาที่สั้นอาจยังไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบร่างกายขนาดใหญ่ ดังที่ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์ และคณะ (2559) รายงานว่าการออกกำลังกาย 8 สัปดาห์โดยไม่ควบคุมอาหารไม่ส่งผลต่อดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังทดลองกลุ่มทดลองยังมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารลดลงดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ การออกกำลังกายระดับปานกลางสม่ำเสมอช่วยเพิ่มการนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ผ่านการทำงานของตัวรับ GLUT4 และเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปสู่กล้ามเนื้อ ทำให้ความไวต่ออินซูลินดีขึ้น แม้อินซูลินในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นก็ตาม ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานของสุชาดา พวงจำปา และคณะ (2563) ที่พบว่าการเดินออกกำลังกายระดับปานกลางช่วยเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเองและลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินสามารถประยุกต์ใช้โดยทีมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างเกิดความต่อเนื่องในการออกกำลังกาย ลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ยังสามารถประยุกต์ใช้ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน รวมถึงประชาชนทั่วไปที่มีดัชนีมวลกายเกินและต้องการลดเส้นรอบเอวหรือควบคุมน้ำหนักได้อย่างมีประสิทธิผล นอกจากนี้โปรแกรมดังกล่าวสามารถพัฒนาเป็นคู่มือปฏิบัติสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และขยายการใช้งานสู่ทุกช่วงวัยในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาและการติดตามผลของโปรแกรมการเดิน พร้อมบูรณาการการควบคุมการรับประทานอาหาร เพื่อประเมินผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและดัชนีมวลกายได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อสนับสนุนการนำโปรแกรมไปใช้ในระบบบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค (2563). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562*. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

กรมควบคุมโรค. (2565). *กรมควบคุมโรค เผยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก มีผู้ป่วยแล้ว 537 ล้านคน มีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที.* https://datariskcom-ddc.moph.go.th/download/กรมควบคุมโรค-เผยสถานกา-2/

ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์, นิรมล พัจนสุนทร, เนสินี ไชยเอีย, และเสาวนันท์ บำเรอราช. (2559). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายต่อส่วนประกอบของร่างกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และสมรรถภาพของหัวใจและหายใจในผู้ใหญ่ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดบกพร่องในชนบท จังหวัดอุดรธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา, 11*(2), 47–63.

พยงค์ ขุนสะอาด. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยส้านพลับพลา ตำบลโป่งแพร่ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์, 15*(1), 33–49.

ลัชชี ชัชวรัตน์, ดวงฤดี ลาศุขะ, และทศพร คำผลศิริ. (2562). ผลของการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกต่อดัชนีมวลกายและเส้นรอบวงเอวในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. *พยาบาลสาร, 46*(ฉบับเพิ่มเติม), 1–12.

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). (2563). *อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ.* ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-subcatalog/6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11

วิชัย เอกพลากร (บ.ก.). (2564). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563.* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2562). *สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย*.

สุชาดา พวงจำปา, กาญจนา พิบูลย์, วัลลภ ใจดี, และเกษม ใช้คล่องกิจ. (2563). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวนก้าวเดิน และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารแพทย์นาวี, 47*(2), 275–300.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (2565). *รายงานสรุปผลการดำเนินงานสถานการณ์โรคเบาหวานความดันโลหิตสูงประจำปี 2565.*

DiClemente, R. J., Salazar, L. F., & Crosby, R. A. (2019). *Health behavior theory for public health: Principles, foundations, and applications* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.

ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., Collins, B. S., Hilliard, M. E., Isaacs, D., Johnson, E. L., Kahan, S., Kdv'hunti, K., Leon, J., Lyons, S. K., Perry, M. L., Prahalad, P., Pratley, R. E., Seley, J. J., Stanton, R. C., Gabbay, R. A., … on behalf of the American Diabetes Association. (2023). 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care*, *46*(Suppl 1), S19–S40. https://doi.org/10.2337/dc23-S002

International Diabetes Federation. (2021). *IDF diabetes atlas* (10th ed.). https://diabetesatlas.org/resources/previous-editions/

Italian Diabetes Society, Associazione Medici Diabetologi, Società Italiana di Diabetologia, & Società Italiana delle Scienze Motorie e Sportive. (2020). *Walking for subjects with type 2 diabetes: A systematic review and joint AMD/SID/SISMES evidence-based practical guideline*. *Sport Sciences for Health, 16*(2), 247-266. https://doi.org/10.1007/s11332-020-00690-y

Kolditz, C. I., & Langin, D. (2010). Adipose tissue lipolysis. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care, 13*(4), 377–381.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research: principles and methods* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Williams, R., Karuranga, S., Malanda, B., Saeedi, P., Basit, A., Besançon, S., Bommer, C., Esteghamati, A., Ogurtsova, K., Zhang, P., & Colagiuri, S. (2020). Global and regional estimates and projections of diabetes-related health expenditure: Results from the international diabetes federation diabetes atlas, 9th edition. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *162*, 108072. https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108072

World Health Organization. (2012). *Global status report on noncommunicable diseases 2012*.

World Health Organization. (2017). *Global report on diabetes*.

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความที่ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ (peer-reviewed journal) ในสาขานั้น ๆ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review) โดยบทความที่จะได้รับการพิจารณาต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตการตีพิมพ์ และผู้นิพนธ์ได้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์ (duties of authors) ตามที่ปรากฏในจริยธรรมในการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสาร (publication ethics) อย่างเคร่งครัด

ประเภทของเรื่องที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย เป็นบทความเกี่ยวกับการรายงานการวิจัยทางการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์อภิมาน และการสังเคราะห์อภิมาน

2. บทความทางวิชาการ เป็นบทความที่เรียบเรียงสาระความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ที่มีเนื้อหาทันสมัย นำมาสรุปวิเคราะห์ เปรียบเทียบ สังเคราะห์โดยผู้เขียน นำเสนอองค์ความรู้และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์

เงื่อนไขทางจริยธรรมเกี่ยวกับการส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1. เป็นเรื่องที่ผู้เขียนไม่มีการละเมิดลิขสิทธิ์ทางปัญญา 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 ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเนื้อความและข้อมูลที่ลงตีพิมพ์ 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 และใช้ตัวเลขอารบิค โดยแต่ละวลี/ประโยคให้เว้นระยะห่าง 1 เคาะ (single space) การกั้นหน้าใช้แบบกั้นซ้าย สำหรับการย่อหน้าตรงระยะห่าง ก่อนและหลังเลือก 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 ใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม	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

1. ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract) ต้องมีเนื้อความตรงกัน

2. พิมพ์ชื่อผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ พร้อมระบุชื่อย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด ให้ระบุทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์เป็นตัวหนา ขนาด 16 จัดรูปแบบชิดขวา ระบุไว้ใต้ชื่อเรื่องพร้อมใส่เชิงอรรถแบบดอกจัน (*) ตัวยก 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 การเขียนครั้งแรกส่วนการเขียนครั้งต่อ ๆ มา เขียนเพียงคำภาษาไทย

6.3 คำภาษาอังกฤษ ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ส่วนชื่อเรื่องและชื่อเฉพาะ อักษรตัวแรกของแต่ละคำใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม

7. การใช้ตัวเลขและคำย่อ ให้ใช้ตัวเลขอารบิคทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น

8. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้เหนือภาพนั้น ๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตารางและเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และใต้ชื่อภาพ 1 บรรทัด คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือภาพสีก็ได้ ภาพต้องมีความคมชัด กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ 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 (*) ตัวยก และที่เชิงอรรถให้ระบุตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ปฏิบัติงาน พร้อมระบุชื่อผู้ให้การติดต่อหลักและระบุอีเมลท้ายสถานที่ปฏิบัติงาน รูปแบบอักษรปกติ ขนาดอักษร 12 จัดรูปแบบชิดซ้าย

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

1.4 คำสำคัญ (keywords) อยู่ใต้บทคัดย่อแต่ละภาษา 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 แล้วแบ่งหัวข้อรอง ตามลำดับดังนี้

1.9.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เขียนเกี่ยวกับประชากร เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (โดยเฉพาะการวิจัยเชิงทดลอง) การกำหนดขนาดตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่า

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

1.9.3 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ระบุหมายเลขการรับรอง วันที่และช่วงเวลาที่รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 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 โดยระบุว่าผลการศึกษาส่วนที่เกี่ยวข้องนั้นเป็นอย่างไร

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 โดยแบ่งออกเป็นการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (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 วิชัย เอกพลากร และคณะ (2564).....

..... (ElSayed et al., 2023)

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

การอ้างครั้งแรก: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส., 2565) กล่าวถึง...

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

การอ้างครั้งแรก: ....(สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส.], 2565)

การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป: ....(สสส., 2565)

การอ้างครั้งแรก: .... World Health Organization (WHO, 2024).....

การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป: WHO (2019) ....

การอ้างครั้งแรก: .... (World Health Organization [WHO], 2024)

การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป: ...(WHO, 2024)

1.5 การเขียนอ้างอิงเอกสารที่ไม่มีชื่อผู้แต่ง/บรรณาธิการ หากชื่อเรื่อง/ชื่อบท/ชื่อบทความมีความยาวมาก ให้ใส่เพียง 2-3 คำแรก รูปแบบการเขียนอ้างอิงให้ใส่ชื่อเรื่อง/ชื่อบท/ชื่อบทความในเครื่องหมายอัญประกาศ “ ” ตามด้วยปีพิมพ์ ดังนี้

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

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

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

...(“การวางแผนการพยาบาลเด็ก”, 2559)

การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป ให้เขียนเหมือนการอ้างอิงครั้งแรก

1.6 การอ้างอิงมากกว่าสองแหล่งข้อมูลให้เขียนเรียงตามลำดับอักษร ดังนี้

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

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มักเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น มีความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงกว่ากลุ่มที่สามารถควบคุมโรคได้ (ElSayed et al., 2023; International Diabetes Federation [IDF], 2021)

1.7 การอ้างอิงจากข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ

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

การสื่อสารมีความจำเป็นต่อองค์กร เพราะในการทำงานนั้น จะต้องมีการติดต่อคำสั่งและรายงาน กับหัวหน้า ประสานงานกับฝ่ายอื่นในการทำงาน ทำให้การสื่อสารกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติงาน โดยได้มีผู้ให้ความหมายของการติดต่อสื่อสารภายในองค์กรว่า “เป็นการแสดงออกและการแปลความหมายข่าวสารระหว่างหน่วยการติดต่อสื่อสารต่างๆ หรือบุคคลในตำแหน่งต่างๆ ที่อยู่ ภายในองค์การ” (สมยศ นาวีการ, 2527 อ้างถึงใน ชิษณุ พันธุ์เจริญ, 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 ให้เรียงลำดับตามตัวอักษรตัวแรกของชื่อผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล หากผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศ) โดยนำภาษาไทยขึ้นก่อนภาษาต่างประเทศ

2. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ให้เขียนเฉพาะรายการที่ใช้อ้างอิงในเนื้อหาเท่านั้น ซึ่งการเขียนเกี่ยวกับผู้แต่งและปีพิมพ์คล้ายการเขียนอ้างอิงหน้าข้อความในครั้งแรก โดยผู้แต่งชาวต่างประเทศให้ระบุชื่อสกุล คั่นด้วยจุลภาค (,) ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อต้น และจุด (.) เว้นวรรค 1 เคาะ แล้วตามด้วยชื่อกลาง และจุด ซึ่งแนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงแต่ละประเภท พร้อมตัวอย่าง รายละเอียดดังนี้

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). *ทางเลือกกับความเหลื่อมล้ำของบริการทำแท้งหลังแก้กฎหมาย.* สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (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 หมีปาน, ศิริพร สว่างจิตร, ไพจิตต์ เพิ่มพูล, เบญจวรรณ วงศ์ปราชญ์, จุฑารัตน์ บันดาลสิน, นัยนา วงศ์สายตา, กุสุมา กังหลี, นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ, และสุชาดา ศรีโยธี. (2566). *หลักการพยาบาลเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้น 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 , ... ก่อนชื่อคนสุดท้าย

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

กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, ฉันทิกา จันทร์เปีย, ทัศนี ประสบกิตติคุณ, นงลักษณ์ จินตนาดิลิก, บุญเพียร จันทวัฒนา, บัญจางค์ สุขเจริญ, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ยุวดี พงษ์สาระนันท-กุล, วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, วิรัตน์ ตั้งใจรบ, วิไล เลิศธรรมเทวี, วีรยา จึงสมเจต-ไพศาล, ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์, สมพร สุนทราภา, สมหญิง โควศวนนท์, สุดารัตน์ สุวรรณเทวะคุปต์, อาภาวรรณ หนูคง, อัจฉรา เปรื่องเวทย์, อรุณรัศมี บุนนาค, ...อุดมญา พันธนิตย์. (2561). *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

2.1.5 ผู้แต่งที่เป็นหน่วยงาน นิติบุคคล ให้ลงที่ชื่อหน่วยงาน เรียงลำดับจากหน่วยงานใหญ่ไปหาหน่วยงานรอง โดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างชื่อหน่วยงานใหญ่และหน่วยงานรอง หากหน่วยงานเป็นผู้จัดพิมพ์หนังสือ ในตำแหน่งสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์ไม่ต้องระบุ ให้เว้นว่าง

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

ตัวอย่าง

กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กรมสุขภาพจิต, และกรมควบคุมโรค. (2559). *คู่มืออำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ฉบับบูรณาการ.* 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

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มี DOI

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

ตัวอย่าง

พรรณี ปานเทวัญ, อภิญญา อินทรรัตน์, และองค์อร ประจันเขตต์. (2566). *พยาบาลกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม: แนวคิด ทฤษฎี สู่การปฏิบัติ.* 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). ภาควิชาการบริหารการพยาบาลและพื้นฐานวิชาชีพ.

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.), *ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำสำหรับคนไทย พ.ศ. 2546* (น. 21-26). โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (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.* [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต 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 เกี่ยวกับคุณภาพการศึกษาไทย : การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis).* โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

2.7 บทความวารสาร

บทความในวารสารรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI

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

ตัวอย่าง

สาธิต เมืองสมบูรณ์, ทวีศักดิ์ เตชะเกรียงไกร, พรทิพย์ พสุกมลเศรษฐ์, อาพร แจ่มผล, ปาริสุทธิ์ เฉลิมชัยวัฒน์, ฤทัย เรืองธรรมสิงห์, อัญชนีย์ อุทัยพัฒนาชีพ, ทิพากร ม่วงถึก และวัลลภา โพธาสินธ์. (2562). ผลของตำรับอาหารไทยมื้อกลางวันที่มีต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน :กรณีศึกษาโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครนายก. *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 อิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

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

ตัวอย่าง

การุณย์ ประทุม. (2564). การจัดการกับความเอนเอียงจากคุณลักษณะร่วมของวิธีการวัดและการอนุมานความเป็นเหตุและผลในงานวิจัยทางธุรกิจและการจัดการ: การสำรวจภาคตัดขวางและระยะยาว. *จุฬาลงกรณ์ธุรกิจปริทัศน์,* 169, 22 - 39. DOI: 10.14456/cbsr.2021.10

บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ ตอนพิเศษหรือฉบับพิเศษ

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

ตัวอย่าง

ฉัตรวรรณ์ ลัญฉวรรธนะกร และใจทิพย์ ณ สงขลา. (2561). การส่งเสริมทักษะการอ่านและการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีปัญหาทางการอ่านโดยใช้ระบบเสริมศักยภาพทางการอ่านบนฐานของมายด์ทูลตามข้อมูลเชิงหลักฐาน. *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), เลขหน้าบทความ. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

ณิชาพร เจริญวานิชกูร และ ไพโรจน์ น่วมนุ่ม. (2562). ผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้คณิตศาสตร์ที่เน้นแบบอย่างและกลวิธีตามแนวคิดของเมย์เนสและจูเลียน-ชูลต์ซ ที่มีต่อความรู้ทางคณิตศาสตร์และ

ความสามารถในการแก้ปัญหาทางคณิตศาสตร์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5. *วารสารครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, *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 Laboratiory. (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. หากเป็นผู้แต่งคนเดียวกันหรือคณะเดียวกัน ในเอกสารอ้างอิงหลายรายการ ให้เรียงลำดับตามปีที่พิมพ์ และหากปีที่พิมพ์เป็นปีเดียวกัน ให้ใช้อักษร ก ข ค ... (หากเป็นภาษาต่างประเทศ ให้ใช้อักษร a b c ...) กำกับหลังปีที่พิมพ์ เช่น 2565ก 2565ข 2019a 2019b

4. หากผู้แต่งชื่อแรกเป็นคนเดียวกันในเอกสารอ้างอิงหลายรายการ โดยมีทั้งรายการที่เป็นผู้แต่งคนเดียวและรายการที่มีผู้แต่งอื่นร่วมด้วย ให้เรียงลำดับตามจำนวนผู้แต่งทั้งหมด จากน้อยไปหามาก เช่น

อาภาพร เผ่าวัฒนา. (2566).

อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินธร กลัมพากร, สุณีย์ ละกำปั่น, และขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ. (2554).

การส่งต้นฉบับ

1. การส่งเรื่องตีพิมพ์ โดยให้ส่งในระบบวารสาร โดยสามารถเข้าระบบและ Submission Online ได้ที่ https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index

QR CODE ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

2. ค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ ดังนี้

2.1 ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาไทย สำหรับบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นเงิน 4,000 บาท/เรื่อง

2.2 ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาอังกฤษ สำหรับบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นเงิน 6,000 บาท/เรื่อง

2.3 ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาไทย สำหรับบุคคลภายนอก เป็นเงิน 5,000 บาท/เรื่อง

2.4 ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาอังกฤษ สำหรับบุคคลภายนอก เป็นเงิน 8,000 บาท/เรื่อง

3. การส่งต้นฉบับลงในวารสาร ฉบับที่ 1 ภายในวันที่ 31 มกราคม ของทุกปี ฉบับที่ 2 ภายในวันที่ 31 พฤษภาคม ของทุกปี และฉบับที่ 3 ภายในวันที่ 30 กันยายน ของทุกปี หากพ้นกำหนดในระยะเวลาดังกล่าว ต้นฉบับจะเลื่อนการพิจารณาลงในฉบับต่อไป

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ติดต่อ :

1. อาจารย์ ดร.ธิดารัตน์ คณึงเพียร E-mail: thidarat@bcnsurin.ac.th
2. อาจารย์ธวัชชัย ยืนยาว E-mail: thawatchai@bcnsurin.ac.th
3. กองบรรณาธิการราชาวดีสาร E-mail: journalrachawadee@gmail.com

การรับเรื่องต้นฉบับ

1. เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับทาง E-mail ให้ผู้เขียนทราบภายใน 3 อาทิตย์ นับจากวันที่กองบรรณาธิการได้รับต้นฉบับที่ปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้ว

2. เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาจัดพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบภายใน 3 เดือน

3. ราชาวดีสาร 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/แก้ไขในราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น และหากนำไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น จะต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ตามที่วารสารกำหนด เพื่อเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิ

ISSN 2985-2900 (ONLINE)

TCI 1



www.bcnsurin.ac.th

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