JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION CENTRE 7 KHONKAEN

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

TCI ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย
THAI-JOURNAL CITATION INDEX CENTRE

ISSN 2985-0134 (PRINT)
ISSN 2985-0142 (ONLINE)



ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 043-235-904 ต่อ 2109 / 2591 หรือ 098-586-2136
Email: anamai.plan7@gmail.com

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำ

อำนวยการและควบคุมการผลิต นายแพทย์ชาตรี เมธาธราธิป

บรรณาธิการ ดร.อธิวัฒน์ บุตรดาบุตร **ผู้ช่วยบรรณาธิการ** นางสุภาภรณ์ ศรีสุพรรณ

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ศรีบูรย์ ศรีไชยจรูญพง	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตสกลนคร	ผศ.ดร.เทพไทย โชติชัย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบว์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ดร.ภานุวัฒน์ ศรีโยธา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร.ราณี วงศ์คงเดช	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ดร.ภกญ.ศันสนีย์ จันทสุข	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ลักษณา สกุลทอง	ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๗ ขอนแก่น	ดร.สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.สุภัทรา สามัง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์	ผศ.ดร.ศริญญา จริงมาก	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร.คงฤทธิ์ วันจรูญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์	ผศ.ดร.วรรณา ภาจำปา	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร.ทพญ.ศริญทิพย์ ชาลีเครือ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	ดร.เสาวลักษณ์ คัชมาตย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ ขอนแก่น
ผศ.นพ.สิทธิชัย คำไสย์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ผศ.วิษณุศาสตร์ อาจโยธา	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชคลอีสาน วิทยาเขตขอนแก่น
ผศ.นพ.วิเชียร ศิริธนพล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ดร.พุฒิชาดา จันทะคุณ	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ผศ.พญ.จาริญญ์ จินดาประเสริฐ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	นายชาญชัย ธรรมงาม	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
ผศ.ดร.วรนันท์ คีรีสัตยกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ดร.กุสุมา มีศิลป์	มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
ผศ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์	ดร.พญ.สุจิรา ขวาแข้น	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
นางสาวประภัสสรา พิศวงปราการ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น		

อำนวยการวิชาการ

นพ.ไพบูรณ์ จัตกุล	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	ดร.ปิยะนันท์ โพธิชัย	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
พญ.มกรารัตน์ หวังเจริญ	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	นางสาวกันยารัตน์ สมบัติธีระ	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
ทพญ.ปิยะนุช เอกก้านตรง	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	ดร.จันทร์ธรา สมตัว	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
นางบังอร กล่ำสุวรรณ์	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	นางกัญญา จันทร์พล	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
นางชัญญานุช ปานนิล	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	นางสาวจุฑารัตน์ กิจใบ	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
นายสุวิศิษฏ์ ช่างทอง	ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น		

จัดพิมพ์และเผยแพร่ นางสุภาภรณ์ ศรีสุพรรณ นางสาวจุฑารัตน์ กิจใบ นางพรพรรณ นามตะ
นายจิรโรจน์ จิระเจริญวงศ์ษา นางธิดารัตน์ สุนทรไชยา

ศิลปกรรมออกแบบ นางสาวจุฑารัตน์ กิจใบ นางพรพรรณ นามตะ นางธิดารัตน์ สุนทรไชยา

สำนักงาน ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 043-243-416, 089-5862136 http://hpc7.anamai.moph.go.th

กำหนดออก ปีละ 3 เล่ม มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION CENTRE 7 KHONKAEN
ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569
Vol.18 No.1 January - April 2026
ISSN 2985-0134 (Print)
ISSN 2985-0142 (Online)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ และวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานค้นคว้า และวิจัยของนักวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งงานวิจัยด้านการศึกษาและด้านการสอน
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ข้อคิดเห็น ข่าวสารและเป็นสื่อสัมพันธ์ในวงการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ

บทบรรณาธิการ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ได้จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอองค์ความรู้จากงานวิจัยสู่การปฏิบัติจริง เป็นผลงานวิชาการ บทความ งานวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการส่งเสริมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับทุกกลุ่มวัย ปัจจุบันสถานการณ์ภาวะสุขภาพประชาชนมีสาเหตุการป่วยด้วยโรคที่สำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ รองลงมาคือโรคเบาหวาน การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลัน เนื้อเยื่อผิดปกติและความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงสร้าง ส่วนสาเหตุการตาย 5 อันดับแรก ได้แก่ วัยชรา รองลงมาคือโรคหัวใจล้มเหลวไม่ระบุรายละเอียด การติดเชื้อในกระแสเลือดไม่ระบุชนิด ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุและหัวใจล้มเหลว ปัญหาด้านสุขภาพจิต อัตราการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่ไฟฟ้าและเสพยาเสพติดในวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้น มลพิษทางอากาศ (PM 2.5) รวมทั้งการปนเปื้อนสารเคมี ในน้ำและอาหาร ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของประชาชน ดังนั้น การพัฒนาระบบบริหาร จัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยใช้กลไกความร่วมมือและช่วยเหลือกัน มุ่งขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม มุ่งเน้นตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน ประชาชนทุกกลุ่มวัยสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

วารสารฉบับนี้เป็นปีที่ 18 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม-เมษายน ซึ่งกองบรรณาธิการ ยังคงพัฒนาคุณภาพงานเพื่อมุ่งสู่คุณภาพตามมาตรฐานสากลอย่างต่อเนื่องและยังคงธำรงไว้ซึ่งคุณภาพวารสารทางวิชาการและอยู่ในฐานข้อมูลดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index:TCI 2) ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาบทความ จำนวน 3 ท่าน ในการให้ข้อเสนอแนะผลงานวิชาการ เพื่อให้มีคุณภาพและมาตรฐานทางวิชาการ ผลงานวิชาการในฉบับนี้รวมทั้งสิ้น 14 เรื่อง เป็นผลงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม มีผู้นิพนธ์ นักวิชาการจากหลากหลายหน่วยงานในการนำผลงานวิชาการมาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ซึ่งเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และสร้างเครือข่ายด้านวิชาการระหว่างหน่วยงานด้วยดีเสมอมา

กองบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาเสนอแนะบทความงานวิชาการ งานวิจัยเพื่อนำไปปรับปรุงเนื้อหาให้มีคุณภาพมากขึ้น ขอบคุณผู้นิพนธ์ ผู้อ่านและผู้สนใจทุกท่านที่ให้ความสนใจส่งบทความ ผลงานวิชาการ งานวิจัยมาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอย่างต่อเนื่อง และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการส่งเสริมภาวะสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้กับประชาชนต่อไป

ดร.อธิวัฒน์ บุตรดาบุตร
บรรณาธิการ
วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ข้อแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

ข้อแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
(Journal of Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen.)

1.คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ (Instructions for the Authors)

1.1 วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Journal of Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen.) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 3 ครั้ง ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

1.2 วารสารพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เป็นบทความที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาลงในวารสารใด ๆ สามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะดังนี้

- บทความวิจัย (Research Article) เป็นบทความทั้งวิจัยพื้นฐานและวิจัยประยุกต์
- บทความทั่วไป (General Article) เป็นบทความที่วิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการ โดยมีการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

1.3 กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร ในกรณีบทความวิจัยจะมีผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 ท่านเป็นผู้พิจารณา ส่วนกรณีบทความทั่วไปจะมีผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 ท่านเป็นผู้พิจารณาเช่นกัน

1.4 ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบต่อเนื้อหาของสิ่งพิมพ์ของตน หากผู้นิพนธ์ใช้เนื้อหาที่นำมาจากนักวิจัยคนอื่นโดยตรง หรือของตนเองที่เข้าข่ายการคัดลอกผลงาน (Plagiarism) และได้กำหนดความซ้ำของผลงาน ด้วยโปรแกรม CopyCatch Thaijo ในระดับ ไม่เกิน 25%

2.ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)

2.2 ตัวหนังสือใช้ TH Sarabun PSK ขนาด 16 point เป็นไฟล์ word document เท่านั้น

3.การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

ให้ผู้นิพนธ์ ส่ง file ต้นฉบับในรูปแบบ Word document ในระบบการ Submission ใน https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7 เท่านั้น หากการ Submission สำเร็จ ผู้นิพนธ์จะได้รับ E-mail แจ้งเตือนการได้รับบทความเพื่อเข้าสู่กระบวนการพิจารณาต่อไป โดยการส่งต้นฉบับเข้ารับการตีพิมพ์ในฉบับที่ 1 ควรส่งก่อนวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ฉบับที่ 2 ควรส่งต้นฉบับก่อนวันที่ 1 มิถุนายน และ ฉบับที่ 3 ควรส่งต้นฉบับก่อนวันที่ 1 ตุลาคม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนบทความที่อยู่ในระบบ (ควรติดต่อกองบรรณาธิการเพื่อสอบถามรอบการตีพิมพ์)

4.การเรียงลำดับเนื้อหา

4.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง มีความสั้นกระชับสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง เป็นความหมายเดียวกับชื่อเรื่อง

4.2 ชื่อผู้นิพนธ์ (Authors) - ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน) ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัดชิดขวา ใต้ชื่อเรื่อง

ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้นิพนธ์ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัดชิดซ้าย ท้ายบทคัดย่อ - E-mail address ของผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทคัดย่อ ต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

4.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดชิดขอบ ความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ เขียนต่อกันเป็นความเรียงให้กระชับ

4.4 คำสำคัญ (Keyword) - ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ ขนาด 16 point

4.5 บทนำ (Introduction)

บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

4.6 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology) - ประกอบไปด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, สถิติที่ใช้ในการวิจัย, การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และข้อความที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว (ถ้ามี)

4.7 ผลการวิจัย (Result) - อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

4.8 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion) การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุน ผลการวิจัย สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

4.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนงานวิจัยนั้นๆ ที่มิได้เป็นผู้ร่วมวิจัย

4.10 เอกสารอ้างอิง (Reference) - ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver citation style เท่านั้น โดยมีหลักการอ้างอิง ดังนี้

รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In- text citation) 2)การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือ เอกสารอ้างอิง (Reference)

1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่น ไม่ว่าบางส่วน หรือทั้งหมด มาอ้างอิงในผลงานวิชาการ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้นิพนธ์ หรือ หลังข้อความที่อ้างอิง และใช้เลขลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่มจัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา โดยมีวิธีการอ้างอิง ดังนี้

1.1) การอ้างอิงที่เน้นผู้นิพนธ์ หรือ ผู้นิพนธ์เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตาม หลังชื่อผู้นิพนธ์

1.2) การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือ ผู้นิพนธ์ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหาให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิง ตามหลังข้อความที่อ้างอิง

1.2.1) การอ้างอิงรายการเดียว ตัวอย่าง อาการไอเป็นเลือด (hemoptysis) คือ การที่มีอาการไอร่วมกับมีเลือดออกมาจากปอดหรือหลอดลม เป็นอาการที่พบได้บ่อยในทางคลินิก มีอัตราการเสียชีวิตตั้งแต่ร้อยละ 7 ถึง 30 [3]

1.2.2) การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิง เป็นลำดับที่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายยติภังค์ (-) คันระหว่างตัวเลข แต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิง ไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมาย จุลภาค (,) คันระหว่างตัวเลข

2) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือ เอกสารอ้างอิง (Reference)

ในการอ้างถึงเอกสารวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ ให้เรียงลำดับของเอกสาร ตามลำดับเลขที่มีการอ้างถึงในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างถึงในเนื้อเรื่องนั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย (1, 2, 3,...) ให้เขียนหมายเลขอยู่ในวงเล็บ ( ) ต่อท้ายข้อความที่นำมาอ้างอิงในรายงาน

2.1) ผู้นิพนธ์ 1-6 คน รายชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษ ให้เรียงตามลำดับ โดยเริ่มจาก นามสกุล แล้วตามด้วยชื่อ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมาย , หลังชื่อทุกคน ถ้าผู้นิพนธ์มีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วยคำว่า “et al.”

<u>รูปแบบพื้นฐาน</u> ชื่อผู้นิพนธ์ (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year);เล่มที่ของวารสาร (Volume):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

<u>ตัวอย่าง</u>

1. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002; 347(4):284-7.

2.2) ผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน รายชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษ ให้เรียงตามลำดับ โดยเริ่มจากนามสกุล แล้วตามด้วยชื่อ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมาย , หลังชื่อทุกคน ถ้าผู้นิพนธ์มีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วยคำว่า “et al.”

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้นิพนธ์ 6 คน (Author), และคณะ. ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year);เล่มที่ของวารสาร (Volume):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง

1. จริญา เลิศอรรฆยมณี, เอมอร รักษมณี, อนุพันธ์ ตันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒิพรรณี วรกิจโภคาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545; 85: 1288-95.

2.3) ไม่ปรากฏชื่อผู้นิพนธ์ ให้เขียนชื่อบทความเป็นส่วนแรก

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

ตัวอย่าง

1.21st century heart solution may have a sting in the tail. BMJ. 2002; 325(73):184.

2.4) หนังสือผู้นิพนธ์คนเดียว

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Murray PR. Medical microbiology. 4th Louis: Mosby; 2002.
2. เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง (Clinical management of essential hypertension). กรุงเทพฯ: พัฒนาศึกษา; 2532.

2.5) หนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรรณี ปิติสุทธิธรรม ชยันต์ พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นติ้งฯ; 2552. หน้า 255-78.
2. วีระพลจันทร์ดียิ่ง, สนทิศ สุทธิจำรูญ, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยาเด็กและหญิงวัยรุ่นสาว. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2531.

2.6) หน่วยงานเป็นผู้นิพนธ์

1. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538 ;24: 190-204.
2. World Health Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the WHO Western Pacific Region. Commun Dis Intell 2002; 26:541-5.

2.7) วิทยานิพนธ์

<u>รูปแบบพื้นฐาน</u> ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

<u>ตัวอย่าง</u>

1. สมภพ บุญทิม. ผลทางไซโตเจเนติกของสารคดี จากไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) ต่อโครโมโซมของมนุษย์ที่เตรียมจากลิมฟ์โฟซัยที่เพาะเลี้ยง. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2533. 75 หน้า.

2.8) บทความในเอกสารการประชุมวิชาการ

<u>รูปแบบพื้นฐาน</u> ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ใน(In): ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ(editor(s)). ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

<u>ตัวอย่าง</u>

1. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p.182-91.

2.9) เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม /รายงานการประชุม

<u>รูปแบบพื้นฐาน</u> ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

<u>ตัวอย่าง</u>

1. JSPS-NRCT Core University Exchange System on Pharmaceutical Sciences, National Research Council of Thailand. Advance in research on pharmacologically active substances from natural sources; 1992 Dec 3-5, Holiday Garden Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: The University; 1992.

2.10) บทความบนอินเทอร์เน็ต

<u>รูปแบบพื้นฐาน</u> ชื่อผู้แต่ง/ชื่อหน่วยงาน. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อวันที่เดือน ปี]; เข้าถึงได้จาก: http://.....

<u>ตัวอย่าง</u>

1. สภาการพยาบาล. ข้อบังคับสภาการพยาบาล [อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 กันยายน 2557]; เข้าถึงได้ จาก: http://www.tnc.or.th/examine/rules.html.

5.ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ เมื่อบทความที่ลงทะเบียนผ่านการพิจารณากลั่นกรองเบื้องต้นจากกองบรรณาธิการโดยมีรูปแบบการพิมพ์ ขอบเขตเนื้อหา รวมถึงความเหมาะสมตามเกณฑ์คุณภาพของวารสารแล้ว

- ผู้นิพนธ์ภายนอกศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ในอัตรา 3,500 บาท ต่อ 1 บทความ
- ผู้นิพนธ์ภายในศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ได้รับการยกเว้นเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

ทั้งนี้ ผู้นิพนธ์ภายนอกไม่สามารถขอคืนเงินค่าธรรมเนียมดังกล่าวได้ภายหลังการชำระเงินแล้ว ซึ่งจะเริ่มเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ตั้งแต่ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 (กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2566) เป็นต้นไป

หมายเหตุ : กรณีที่มีรายชื่อผู้นิพนธ์หลายคน ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทั้งภายในและภายนอกศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กองบรรณาธิการถือชื่อผู้นิพนธ์อันดับแรกเป็นสำคัญ และการพิจารณาจากกองบรรณาธิการถือเป็น ที่สิ้นสุด

6.การติดต่อบรรณาธิการวารสาร

กลุ่มส่งเสริมการวิจัย นวัตกรรม และพัฒนาการเรียนรู้ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
อาคารอำนวยการ ชั้น 2 เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
โทรศัพท์ 043-235-905 ต่อ 2109- 2110 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 098-586-2136
E-mail: anamai.plan7@gmail.com

จริยธรรมการตีพิมพ์

1. บทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์ (Duties of Authors)

1.1 ผู้นิพนธ์เมื่อส่งบทความไปยังบรรณาธิการ บทความนี้ต้องไม่เคยเผยแพร่มาก่อนและไม่ได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์ที่อื่นมาก่อน

1.2 ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบต่อเนื้อหาของสิ่งพิมพ์ของตน หากผู้นิพนธ์ใช้เนื้อหาที่นำมาจากนักวิจัยคนอื่นโดยตรง ต้องมีการอ้างอิงหรือยกมาอย่างเหมาะสม

1.3 ผู้นิพนธ์ต้องเขียนบทความวิจัยให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ใน “คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์”

1.4 ผู้นิพนธ์ที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนในการดำเนินการวิจัยจริง

1.5 ผู้นิพนธ์จะต้องรับผิดชอบในการเปิดเผยแหล่งที่มาของการสนับสนุนทุนทั้งหมด สำหรับโครงการวิจัยโดยอธิบายไว้ในต้นฉบับที่ส่งมา รวมทั้งระบุผู้นิพนธ์ร่วมทั้งหมดที่อำนวยความสะดวกในการวิจัย

1.6 ผู้นิพนธ์ต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (หากมี)

1.7 ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบต่อเนื้อหาของสิ่งพิมพ์ของตน หากผู้นิพนธ์ใช้เนื้อหาที่นำมาจากนักวิจัยคนอื่นโดยตรง ต้องมีการอ้างอิงหรือยกมาอย่างเหมาะสม

1.8 การกล่าวขอบคุณผู้มีส่วนช่วยเหลือในกิตติกรรมประกาศนั้น หากสามารถทำได้ผู้นิพนธ์บทความควรขออนุญาตจากบุคคลที่ประสงค์จะขอบคุณเสียก่อน

1.9 ผู้นิพนธ์จะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จ หรือการปลอมแปลง บิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือ เลือกแสดงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป

1.10 กรณีที่ผลงานเป็นการศึกษาวิจัยและทำการทดลองในคนหรือสัตว์ทดลอง โดยการทดลองในคนอาจส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรี สิทธิ ความปลอดภัยของอาสาสมัคร ควรแนบหนังสือรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง ทั้งนี้ การอนุมัติให้ลงตีพิมพ์ขึ้นอยู่กับการพิจารณาจากกองบรรณาธิการวารสารฯ ถือเป็นที่สิ้นสุด

2. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

2.1 บรรณาธิการวารสารมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารโดยคัดกรอง ตรวจสอบ บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ด้วยหลักการทางวิชาการ

2.2 บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความในระหว่างการประเมินบทความ

2.3 บรรณาธิการควรดำเนินการทุกอย่างเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของบทความที่ตีพิมพ์เพื่อรับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ตีพิมพ์ และตระหนักว่าวารสาร และแต่ละส่วนของวารสาร มีวัตถุประสงค์ และมาตรฐานที่ต่างกัน

2.4 การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการยอมรับหรือปฏิเสธบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์ ควรขึ้นอยู่กับความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความวิจัย ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสาร

2.5 บรรณาธิการควรมีการชี้แจงหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจสอบประเมินบทความ(peer review) นอกจากนี้ควรมีความพร้อมในการชี้แจงความเบี่ยงเบนต่าง ๆ จากกระบวนการตรวจสอบที่ได้ระบุไว้

2.6 บรรณาธิการควรจัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้นิพนธ์ในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวัง ในทุกเรื่องที่ผู้นิพนธ์ควรรับทราบ และควรมีการปรับปรุงคำแนะนำให้ทันสมัยอยู่เสมอ พร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย

2.7 บรรณาธิการไม่ควรเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการตอบรับบทความที่ถูกปฏิเสธการตีพิมพ์ไปแล้ว ยกเว้นมีปัญหาร้ายแรงเกิดขึ้นในระหว่างการส่งบทความมารับการพิจารณา

2.8 บรรณาธิการพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรงตามสาขาของบทความและส่งบทความให้ผู้พิจารณาบทความโดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้นิพนธ์จะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาบทความ (Double blind)

2.9 บรรณาธิการต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ผู้ประเมิน และทีมผู้บริหาร

2.10 หากบรรณาธิการตรวจพบว่า บทความมีการลอกเลียนบทความอื่นโดยมิชอบ หรือมีการปลอมแปลงข้อมูล ซึ่งสมควรถูกถอดถอน แต่ผู้เขียนปฏิเสธที่จะถอนบทความ บรรณาธิการสามารถดำเนินการถอนบทความได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้นิพนธ์

3. บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ (Duties of Reviewers)

3.1 ผู้ประเมินบทความต้องไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับต้นฉบับที่ส่งมาเพื่อการประเมินแก่บุคคลอื่นนอกเหนือจากผู้นิพนธ์และผู้ประเมิน

3.2 ผู้ประเมินบทความควรแจ้งและปฏิเสธการประเมินกับบรรณาธิการหากมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับบทความที่ส่งมาให้พิจารณา

3.3 ผู้ประเมินบทความควรประเมินบทความในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญโดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหา คุณภาพการวิเคราะห์และความเข้มข้นของผลงาน ไม่ควรใช้ความเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ

3.4 ผู้ประเมินบทความต้องระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมินแต่ผู้นิพนธ์ไม่ได้อ้างถึงด้วยหากมีความซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่นต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย

3.5 ผู้ประเมินควรตรวจสอบและส่งบทวิจารณ์ภายในระยะเวลาที่คณะกรรมการบรรณาธิการเห็นชอบ หากไม่สามารถตรวจสอบต้นฉบับได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้ประเมินจะต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบทันที

4. ความขัดแย้งทางผลประโยชน์ (Conflict of Interest)

ผู้นิพนธ์ บรรณาธิการ และผู้ประเมินบทความควรหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อนในทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดเตรียมสิ่งพิมพ์ หากมีผลประโยชน์ทับซ้อนในรูปแบบใด ๆ บุคคลที่เป็นคนแรกที่ระบุความขัดแย้งดังกล่าวมีหน้าที่ต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบทันที

กระบวนการพิจารณาบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร

1. การตรวจสอบบทความเบื้องต้นโดยกองบรรณาธิการ (1-4 สัปดาห์): บทความที่ถูกส่งเข้ามาจะได้รับการตรวจสอบรูปแบบการจัดหน้า การใช้ภาษา ความเพียงพอและความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการอ้างอิง รูปแบบการเขียนอ้างอิง รวมถึงความซ้ำซ้อนโดยกองบรรณาธิการ หากบทความดังกล่าวมีรูปแบบไม่เป็นไปตามที่วารสารฯ กำหนด หรือมีอัตราการซ้ำซ้อนสูงกว่าที่วารสารฯ กำหนด กองบรรณาธิการ จะไม่รับบทความดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการพิจารณา

2. การประเมินบทความ พิจารณาความถูกต้อง-เหมาะสม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (2-4 สัปดาห์): บทความที่ผ่านการพิจารณาขั้นที่ 1 แล้ว กองบรรณาธิการจะพิจารณาคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2-3 ท่าน เพื่อพิจารณาบทความดังกล่าวในรูปแบบ Double-Blind ก่อนดำเนินการทาบทาม และจัดส่งบทความแก่ผู้ทรงคุณวุฒิต่อไป โดยระดับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจะประกอบด้วย 1. สมควรได้รับการตีพิมพ์ (Accept) 2. สมควรได้รับการตีพิมพ์ โดยต้องมีการปรับแก้ไขเล็กน้อย (Accept with minor revision) 3. สมควรได้รับการตีพิมพ์ โดยต้องมีการปรับแก้ไขอย่างมาก (Accept with major revision) และ 4. ไม่สมควรได้รับการตีพิมพ์ (Reject)

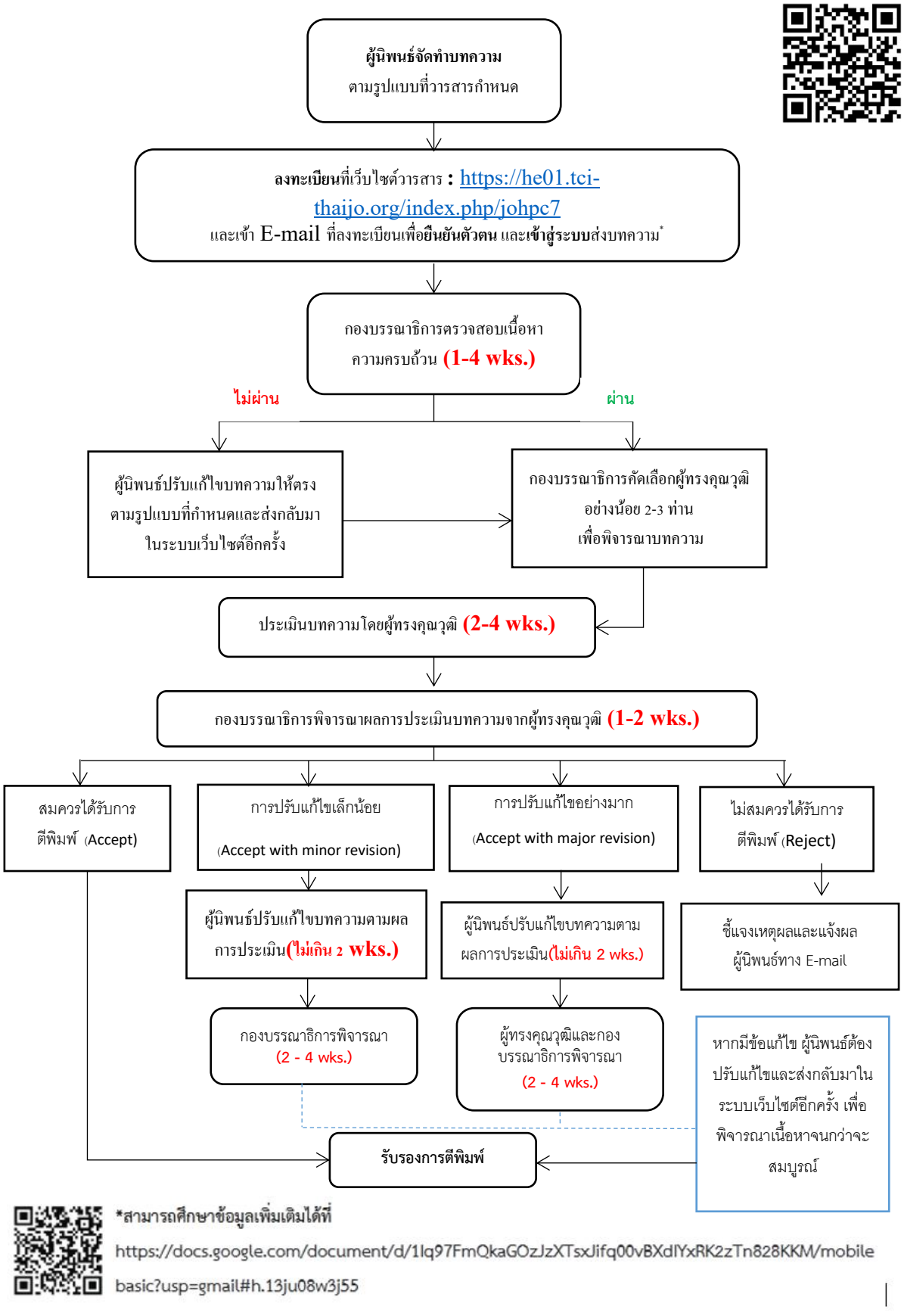
3. การพิจารณาผลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ (1-2 สัปดาห์): เมื่อกองบรรณาธิการได้รับผลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิครบถ้วนแล้ว จะดำเนินการพิจารณาและสรุปผลอีกครั้ง โดยบทความที่จะได้รับการตีพิมพ์ ต้องได้รับผลเป็น Accept หรือ Accept with minor revision ส่วนบทความที่ได้รับผลเป็น Accept with major revision บรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาชี้ขาด และบทความที่ได้รับผลเป็น Reject จะไม่ได้รับการอนุมัติให้ตีพิมพ์ในวารสาร

4. การปรับแก้ (ไม่เกิน 2 สัปดาห์): บทความที่ได้รับการอนุมัติให้ตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และความคิดเห็นเพิ่มเติมจากกองบรรณาธิการ (ถ้ามี) โดยผู้เขียนต้องดำเนินการแก้ไขให้ครบถ้วน และกรอกแบบฟอร์มชี้แจงการปรับแก้แล้วส่งบทความที่ปรับแก้แล้ว และเอกสารชี้แจงการปรับแก้กลับมายังกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด

5. การพิจารณาบทความฉบับปรับแก้ (2-4 สัปดาห์): เมื่อกองบรรณาธิการได้รับบทความที่ปรับแก้แล้ว จะดำเนินการพิจารณาความถูกต้องอีกครั้ง หากบทความดังกล่าวได้รับการแก้ไขครบถ้วน จะรับรองการตีพิมพ์ และนำเข้าสู่กระบวนการจัดอาร์ตเวิร์คต่อไป

แผนผังขั้นตอนการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ในระบบ Thai Journals Online (ThaiJO) Link: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7



*สามารถศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

https://docs.google.com/document/d/1lq97FmQkaGOzJzXTsxJifq00vBXdlYxRK2zTn828KKM/mobilebasic?usp=gmail#h.13ju08w3j55

สารบัญ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

บทความวิจัย

หน้า

1. **รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองและสื่อดิจิทัลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารแบบ SBAR ของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น** 1

   ก่อกุศล จันดี , สมหวัง พันธะลี

2. **การพัฒนารูปแบบการประเมินเพื่อรับรองมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ. 2563 ด้วยระบบพี่เลี้ยงและการเยี่ยมเสริมพลัง เขตสุขภาพที่ 7** 15

   ชนิตา รุ่งวิทยาการ มเหศักดิ์ ภูริวัฒน์ภากร

3. **รูปแบบนวัตกรรมเพื่อเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการส่งเสริมการคุมกำเนิดในวัยรุ่นด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการเทคโนโลยีการวางแผนครอบครัวและการดูแลสุขภาพอนามัยสตรีในเขตสุขภาพที่ 7** 30

   ชนิตา รุ่งวิทยาการ, มเหศักดิ์ ภูริวัฒน์ภากร

4. **ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างทักษะการบีบเก็บน้ำนมโดยใช้สื่อเสื้อสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมจากเต้าหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช** 42

   กรรณิการ์ มณีวรรณ, วนิธ อนุเวช

5. **การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานและสร้างสุขภาวะองค์กรในสถานประกอบกิจการแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย : เขตสุขภาพที่ 7** 56

   สุนันทินี ศรีประจันทร์, ชัญญานุช ปานนิล, ผดุงศักดิ์ ศรีวาส

6. **การวิจัยและพัฒนา OPOL–Maternal Safety System: ระบบป้องกันการตายมารดา แบบ One Province One Labor Room ในเขตสุขภาพที่ 7** 71

   กรแก้ว ถิรพงษ์สวัสดิ์, ธนิศรา นามบุญเรือง, อธิษฐาน สารินทร์, วิมลมาศ คำเย็นสา

สารบัญ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

7. **ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ** 85
   ณิชาภัทร วัดบุญเลี้ยง

8. **ประสิทธิผลของหมอนลดปวดต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น** 99
   วัชราพร นันบุญ, ขนิฎฐา นามสง่า, จิตรลดา เชิดชนม์, ปิยะรัตน์ ญานสาร, ภัทรีญา สนธิรัตนชัย, ศุภนิดา ศรีสวัสดิ์,จุรี แสนสุข, สายสุดา จันหัวนา

9. **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้สารเสพติดที่มีภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพนมไพร** 113
   ดวงใจ เดียร์แมน

10. **ผลของรูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้าต่อการเผาผลาญพลังงานของร่างกายในวัยรุ่นตอนปลาย** 125
    สรัญญา เปล่งกระโทก, ธรณิศ สายวัฒน์, รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง

11. **ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชนอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา** 138
    ธัญชนก จุลละศรี, เทพไทย โชติชัย

12. **การพัฒนาโมเดลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยวเขตสุขภาพที่ 7 แบบมีส่วนร่วม สู่การเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม** 151
    นิติยาภรณ์ ศรีชัย, สุวิศิษฎ์ ช่างทอง, เมธาพร บำรุงสวัสดิ์

13. **การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษในโรงพยาบาลชุมชน** 166
    ศนิชา แซ่อึ้ง, ทิวาวรรณ เทพา

สารบัญ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

14. ผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตของวัยรุ่นต่อความรอบรู้ ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตของวัยรุ่น ในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ของนักเรียนมัธยมศึกษา ในจังหวัดขอนแก่น 179

ประพิณทิพย์ ปักกุนนัน, วิมล ปักกุนนัน

รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองและสื่อดิจิทัลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารแบบ SBAR ของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ก่อกุศล จันดี[1] , สมหวัง พันธะลี[2]

(วันที่รับบทความ: 13 พฤศจิกายน 2568, วันที่แก้ไข: 22 มกราคม 2569, วันที่ตอบรับ: 3 กุมภาพันธ์ 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและหาประสิทธิภาพของการจัดการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองและสื่อดิจิทัลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารแบบ SBAR ของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เพื่อเปรียบเทียบความสามารถทักษะการสื่อสารแบบ SBAR ของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลที่ได้รับการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองและสื่อดิจิทัล และเพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลที่มีต่อรูปแบบการพัฒนาทักษะการสื่อสารโดยใช้สถานการณ์จำลองและสื่อดิจิทัล การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) กลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 104 คน จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบประเมินทักษะการสื่อสารแบบ SBAR แบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ (E1/E2) แบบสอบถามความพึงพอใจ และบันทึกสะท้อนคิดของนักศึกษา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นมีค่าประสิทธิภาพ E1/E2 = 83.60/86.93 สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 80/80 (สกศ., 2543) คะแนนเฉลี่ยทักษะการสื่อสาร SBAR หลังการเรียนสูงกว่าก่อนการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ก่อนเรียน = 66.41, หลังเรียน = 85.95) ความ พึงพอใจโดยรวมของนักศึกษาอยู่ในระดับ “มากที่สุด” ($\bar{x}$ = 4.65, SD = 0.47) และผลเชิงคุณภาพจากบันทึกสะท้อนคิดพบว่า ผู้เรียนมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกทั้งด้านความรู้ ความมั่นใจ และทักษะการสื่อสาร

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองและสื่อดิจิทัลมีประสิทธิภาพสูงและสามารถพัฒนาทักษะการสื่อสารแบบ SBAR ของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งยังช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ในระดับสูง

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการเรียนรู้, สถานการณ์จำลอง, สื่อดิจิทัล, การสื่อสารแบบ SBAR, นักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล

---

[1]นักศึกษาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาหลักสูตรและนวัตกรรมการจัดการเรียนรู้ [2]อาจารย์

[1-2]มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตขอนแก่น

Corresponding author: ก่อกุศล จันดี e-mail: khorkuson@bcnkk.ac.th

SIMULATION-BASED AND DIGITAL MEDIA LEARNING MODEL FOR DEVELOPING SBAR COMMUNICATION SKILLS IN NURSING PRACTICAL STUDENTS AT BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, KHON KAEN

Khorkuson Chandee[1] , Somwang Pantalee[2]

(Received: 13th November 2025, Revised: 22nd January 2026, Accepted: 3rd February 2026)

Abstract

The objectives of this study were to develop and examine the effectiveness of a simulation-based learning and digital media model to enhance SBAR communication skills among assistant nurse students at Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen; to compare the SBAR communication skills of students before and after participating in the simulation-based and digital media learning activities; and to investigate the students' satisfaction with the model. This study employed a quasi-experimental one-group pretest–posttest design. The sample consisted of 104 assistant nurse students from Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen.

The research instruments included an SBAR communication skills assessment form, an efficiency evaluation form (E1/E2), a satisfaction questionnaire, and students' reflective journals. The results indicated that the developed learning model achieved an efficiency score of E1/E2 = 83.60/86.93, which exceeded the standard criterion of 80/80 (ONESQA, 2000). The mean posttest SBAR communication score was significantly higher than the pretest score at the .001 level (pretest = 66.41, posttest = 85.95). Overall student satisfaction with the learning model was at the "highest" level ($\bar{x}$ = 4.65, SD = 0.47). Qualitative findings from the reflective journals revealed positive changes in students' knowledge, confidence, and communication skills.

The results suggest that the simulation-based learning and digital media model is highly effective in enhancing SBAR communication skills among assistant nurse students. Additionally, it promotes greater confidence and yields high levels of learner satisfaction.

Keywords: Learning model, Simulation-based learning, Digital media, SBAR communication, Assistant nurse students

[1]**Graduate Student, Master of Education Program in Curriculum and Learning Innovation,** [2]**Lecturer**

[1-2] **Sripatum University, Khon Kaen Campus**

Corresponding author: Khorkuson Chandee e-mail: khorkuson@bcnkk.ac.th

บทนำ

การสื่อสารเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพยาบาลที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก[1] พบว่าความผิดพลาดทางการสื่อสารเป็นสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางการพยาบาลมากกว่าร้อยละ 60 ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การเสริมสร้างทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลซึ่งอยู่ในช่วงฝึกฝนทักษะพื้นฐานทางคลินิก[2] ทั้งนี้ ในกระบวนการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล ขาดความชัดเจนหรือไม่มั่นใจในการรายงานอาการของผู้ป่วยต่อพยาบาลวิชาชีพและแพทย์ ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลและส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มักพบปัญหาการสื่อสารที่ไม่เป็นระบบ ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการรายงานข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่เป็นลำดับ ขาดความครบถ้วนของข้อมูลสำคัญ เช่น อาการปัจจุบัน ประวัติที่เกี่ยวข้อง การประเมินอาการ และแนวทางการดำเนินการต่อ ส่งผลให้ผู้รับสารต้องซักถามเพิ่มเติมและอาจเกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลทางคลินิก ทั้งยังสะท้อนถึงความไม่มั่นใจของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลในการสื่อสารกับทีมสุขภาพ งานวิจัยของ จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และคณะ[3]

แนวคิดการสื่อสารทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพเน้นการถ่ายทอดข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน และเป็นระบบ เพื่อให้ผู้รับสารสามารถเข้าใจสถานการณ์และตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม รูปแบบการสื่อสารที่ใช้กันทั่วไป เช่น การสื่อสารแบบเล่าเรื่อง (Narrative communication) หรือการรายงานตามประสบการณ์ส่วนบุคคล อาจก่อให้เกิดความไม่ชัดเจนและความคลาดเคลื่อนของข้อมูล โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีข้อจำกัดด้านเวลา

ในบริบทดังกล่าว การสื่อสารแบบ SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นกรอบการสื่อสารเชิงโครงสร้างที่ช่วยจัดลำดับข้อมูลสำคัญอย่างเป็นระบบ ลดความคลาดเคลื่อน และเพิ่มความชัดเจนในการรายงานทางคลินิก จึงเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนาทักษะการสื่อสารของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลซึ่งอยู่ในช่วงฝึกฝนทักษะพื้นฐานทางวิชาชีพ

นอกจากนี้ แนวคิดการสื่อสารแบบ SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นแนวทางมาตรฐานในการสื่อสารทางคลินิกที่ช่วยให้ข้อมูลถูกส่งต่ออย่างเป็นระบบและเข้าใจตรงกัน[4] อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้ SBAR ในกลุ่มนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลยังมีข้อจำกัด ทั้งด้านเวลาในการฝึกฝนและโอกาสในการปฏิบัติจริง จึงจำเป็นต้องมีรูปแบบการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะการสื่อสารเชิงโครงสร้างอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับบริบททางคลินิกของประเทศไทย[5,6] เพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้จริงในสถานการณ์ทางการพยาบาล

อีกทั้ง สถานการณ์จำลอง (Simulation-based learning) และสื่อดิจิทัลเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง สามารถสะท้อนผลการสื่อสารของตนเองได้อย่างปลอดภัย และเกิดการเรียนรู้เชิงลึก[7,8] การใช้สื่อดิจิทัล เช่น วิดีโอการสาธิต บทเรียนออนไลน์ และแอปพลิเคชันเพื่อการฝึกฝนทักษะ ช่วยเพิ่มแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของผู้เรียน รวมทั้งส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องโดยไม่จำกัดเวลาและสถานที่ ทั้งนี้ การผสมผสานการใช้สถานการณ์จำลองและสื่อดิจิทัลถือเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการพัฒนาทักษะการสื่อสารของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลให้เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองร่วมกับสื่อดิจิทัล เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารแบบ SBAR ของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล และประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบดังกล่าว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี การสื่อสารแบบ SBAR แตกต่างจากการสื่อสารทั่วไปตรงที่เป็นการสื่อสารเชิงโครงสร้าง (Structured communication) ที่กำหนดลำดับและองค์ประกอบของข้อมูลอย่างชัดเจน ผู้สื่อสารต้องรายงานสถานการณ์ปัจจุบัน (Situation) ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง (Background) การประเมินอาการหรือปัญหา (Assessment) และข้อเสนอแนะในการดำเนินการ (Recommendation) ตามลำดับ ซึ่งช่วยลดการตกหล่นของข้อมูลสำคัญ และทำให้ทีมสุขภาพสามารถเข้าใจสถานการณ์ของผู้ป่วยได้ตรงกันมากกว่าการสื่อสารแบบไม่เป็นระบบ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อสร้างและหาประสิทธิภาพของการจัดการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองและสื่อดิจิทัลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารแบบ SBAR ของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

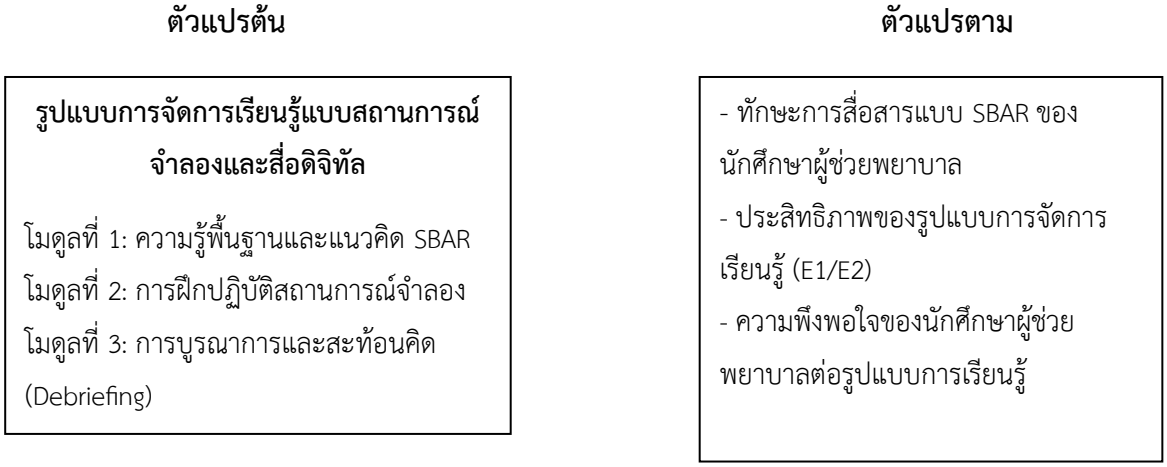
2) เพื่อเปรียบเทียบความสามารถทักษะการสื่อสารแบบ SBAR ของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล ที่ได้รับการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองและสื่อดิจิทัล

3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลที่มีต่อรูปแบบการพัฒนาทักษะการสื่อสารโดยใช้สถานการณ์จำลองและสื่อดิจิทัล

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยเรื่อง รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองและสื่อดิจิทัลเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารแบบ SBAR ของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อเสริมสร้างทักษะการสื่อสารแบบ SBAR ของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล ประกอบด้วย 3 โมดูลหลัก ได้แก่ โมดูลที่ 1 ความรู้พื้นฐานและแนวคิด SBAR - การบรรยายและการใช้สื่อดิจิทัลเพื่อให้เข้าใจหลักการ SBAR โมดูลที่ 2 การฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลอง (Simulation Practice) – การเรียนรู้จากสถานการณ์เสมือนจริง โดยผู้เรียนมีส่วนร่วมในการสื่อสาร SBAR และ โมดูลที่ 3 การบูรณาการและสะท้อนคิด

(Integration and Debriefing) – การสะท้อนผลหลังการฝึก (Debriefing) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เชิงลึกและการปรับปรุงตนเอง ซึ่งรูปแบบนี้มีองค์ประกอบสำคัญตามแนวคิดของงานวิจัยของ Kolb[8,9] ที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง การสะท้อนคิด และการมีส่วนร่วมของผู้เรียน ทักษะการสื่อสารแบบ SBAR ของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล เป็นผลลัพธ์ของการเรียนรู้จากรูปแบบข้างต้น โดยประเมินใน 4 ด้านหลักตามองค์ประกอบของ SBAR ได้แก่ S (Situation) – การรายงานสถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยอย่างกระชับและชัดเจน B (Background) – การให้ข้อมูลพื้นหลังของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง A (Assessment) – การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วย และ R (Recommendation) – การเสนอแนวทางปฏิบัติหรือการดำเนินการต่อไป ซึ่งใช้แบบประเมินทักษะ SBAR ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One group pretest–posttest design) ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 104 คน ถือว่ามีความเพียงพอสำหรับการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง โดยเป็นจำนวนที่เหมาะสมต่อการวิเคราะห์สถิติ Paired Sample t-test และสอดคล้องกับแนวปฏิบัติในการวิจัยทางการศึกษาที่มุ่งศึกษาการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มตัวอย่างเดียว ที่เลือกแบบเจาะจงจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองและสื่อดิจิทัล เป็นนวัตกรรมหลักของการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยกรอบแนวคิดของ Jeffries[9] และทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ งานวิจัยของ Kolb[8] เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมต่อการเสริมสร้างทักษะการสื่อสารแบบ SBAR ของนักศึกษา

ผู้ช่วยพยาบาล องค์ประกอบของรูปแบบประกอบด้วย 3 โมดูลหลัก ได้แก่ **โมดูลที่ 1 ความรู้พื้นฐานและแนวคิด SBAR** เป็นขั้นตอนการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารทางคลินิก โดยมุ่งเน้นให้ผู้เรียนเข้าใจความสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในงานพยาบาล แนวคิดและหลักการของการสื่อสารแบบ SBAR รวมถึงบทบาทของผู้ช่วยพยาบาลในการรายงานข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ กิจกรรมการเรียนรู้ประกอบด้วยการบรรยายร่วมกับสื่อดิจิทัล เช่น วิดีโอ ตัวอย่างสถานการณ์ และบทเรียนออนไลน์ เพื่อช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจองค์ประกอบของ SBAR อย่างชัดเจนและสามารถเชื่อมโยงกับบริบทการปฏิบัติงานจริง **โมดูลที่ 2 การฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลอง (Simulation Practice)** เป็นขั้นตอนที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง โดยผู้เรียนได้ฝึกใช้ทักษะการสื่อสารแบบ SBAR ผ่านสถานการณ์จำลองที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงทางคลินิก เช่น การรายงานอาการผู้ป่วย การสื่อสารกับพยาบาลวิชาชีพ หรือการส่งต่อข้อมูลในทีมสุขภาพ ผู้เรียนมีบทบาทในการสื่อสารตามสถานการณ์ที่กำหนด พร้อมได้รับการสังเกตและประเมินจากผู้สอน กิจกรรมในโมดูลนี้ช่วยให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้จากโมดูลที่ 1 มาประยุกต์ใช้ฝึกการจัดลำดับข้อมูล และพัฒนาความมั่นใจในการสื่อสารอย่างเป็นระบบ และ**โมดูลที่ 3 การบูรณาการและการสะท้อนคิด (Integration and Debriefing)** เป็นขั้นตอนการเรียนรู้หลังการฝึกปฏิบัติ โดยเน้นการสะท้อนคิด (Debriefing) เพื่อให้ผู้เรียนทบทวนประสบการณ์จากสถานการณ์จำลอง วิเคราะห์จุดเด่น จุดที่ควรปรับปรุง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน ผู้สอนมีบทบาทในการชี้แนะและเชื่อมโยงประสบการณ์ของผู้เรียนกับหลักการสื่อสารแบบ SBAR อย่างเป็นระบบ ขั้นตอนนี้ช่วยเสริมสร้างการเรียนรู้เชิงลึก ส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ และช่วยให้ผู้เรียนสามารถปรับปรุงการสื่อสารของตนเองเพื่อนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความเหมาะสมของโครงสร้าง เนื้อหา และขั้นตอนการดำเนินการ โดยใช้แบบประเมินความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC: Index of Item-Objective Congruence) ผลการประเมินมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80–1.00 แสดงว่ารูปแบบมีความสอดคล้องและเหมาะสมในระดับสูงมาก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะการสื่อสารแบบ SBAR แบบประเมินนี้สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยเพื่อวัด ระดับทักษะการสื่อสารแบบ SBAR ของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้ ลักษณะของเครื่องมือ เป็นแบบประเมินพฤติกรรม (Performance Rating Scale) แบบ 5 ระดับ ครอบคลุม 4 องค์ประกอบของ SBAR ได้แก่ Situation – การรายงานสถานการณ์, Background – การให้ข้อมูลพื้นหลัง, Assessment – การประเมินสภาพผู้ป่วย , Recommendation – การเสนอแนวทาง ปฏิบัติการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความชัดเจนของรายการประเมิน

ผลการคำนวณ ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80–1.00 แสดงว่าทุกรายการสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวัด จากนั้นผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ในกลุ่มทดลองย่อยจำนวน 30 คน โดยใช้สถิติ Cronbach's alpha = 0.93 แสดงถึงความเชื่อมั่นในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษา แบบสอบถามนี้ใช้วัดระดับความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองและสื่อดิจิทัล ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5-point Likert Scale) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเนื้อหาและกิจกรรมการเรียนรู้ 2) ด้านประโยชน์และการนำไปใช้ และ 3) ด้านความพึงพอใจโดยรวม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผลการคำนวณค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.83–1.00 แสดงว่าทุกรายการมีความสอดคล้องและเหมาะสมสูง จากนั้นนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับนักศึกษากลุ่มตัวอย่างนอกงานวิจัยจำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha = 0.91 แสดงว่ามีความเชื่อมั่นสูงมาก

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกสะท้อนคิดของนักศึกษา ใช้เป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาความรู้สึก ประสบการณ์ และการเปลี่ยนแปลงของนักศึกษาหลังเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ ลักษณะของเครื่องมือ เป็นแบบบันทึกปลายเปิด (Open-ended Form) ให้นักศึกษาบันทึกความคิดเห็นใน 3 ประเด็นหลัก คือ สิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรม ความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้น และแนวทางการปรับปรุงตนเองในการสื่อสารในครั้งต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เพื่อให้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีความเหมาะสม ครอบคลุมวัตถุประสงค์ และสามารถวัดหรือประเมินสิ่งที่ต้องการได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทุกชุดโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย 4 ประเภท ได้แก่ 1) รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองและสื่อดิจิทัล 2) แบบประเมินทักษะการสื่อสารแบบ SBAR 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษา 4) แบบบันทึกสะท้อนคิดของนักศึกษา โดยใช้แบบประเมินความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item–Objective Congruence: IOC) ซึ่งมีระดับการประเมิน 3 ระดับ คือ +1 หมายถึง สอดคล้อง, 0 หมายถึง ไม่แน่ใจ, และ -1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง

ผลการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านพบว่า เครื่องมือทุกชุดมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 0.80–1.00 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (≥ 0.50) ตามเกณฑ์ของ[10] แสดงว่าเครื่องมือทุกชุดมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับสูง เหมาะสม และสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา "รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองและสื่อดิจิทัลเพื่อพัฒนาทักษะการ

สื่อสารแบบ SBAR ของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล” โดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทั้งหมด 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและความต้องการของรูปแบบ เป็นขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบรูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ผลที่ได้จากระยะนี้ คือ ข้อมูลพื้นฐานและความต้องการของผู้เรียน ซึ่งนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดโครงสร้างของรูปแบบการจัดการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับบริบทของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ระยะที่ 2 สร้างและตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ เป็นขั้นตอนของการออกแบบพัฒนา และตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลที่ได้จากระยะนี้ คือ รูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและมีความเหมาะสมสำหรับใช้กับนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบกับนักศึกษากลุ่มตัวอย่าง เป็นขั้นตอนของการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการเรียนรู้ ผลที่ได้จากระยะนี้ คือ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพสูง นักศึกษามีทักษะการสื่อสารแบบ SBAR สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด การดำเนินการวิจัยในระยะที่ 3 ใช้ระยะเวลาในการทดลองรูปแบบรวมทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามรูปแบบ การวัดผลก่อนและหลังการทดลอง และการเก็บข้อมูลความพึงพอใจและบันทึกสะท้อนคิดของนักศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะข้อมูลและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การคำนวณประสิทธิภาพ E1/E2 และ สถิติ Paired Sample t-test

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากบันทึกสะท้อนคิดและการสังเกตในสถานการณ์จำลองถูกวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอน ได้แก่ การลงรหัส การจัดหมวดหมู่ และการสร้างธีม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น (เลขที่รับรอง IRB-BCNKK-04-2025) จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและสิทธิ์ของผู้เข้าร่วม พร้อมขอความยินยอมโดยสมัครใจ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองร่วมกับสื่อดิจิทัลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพสูงในการส่งเสริมทักษะการสื่อสารแบบ SBAR ของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล โดยมีผลการวิจัยสำคัญดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 20.5 ปี และมีประสบการณ์ฝึกปฏิบัติ 4–6 สัปดาห์ สะท้อนถึงความพร้อมในการเรียนรู้ทักษะการสื่อสารทางคลินิก

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 104)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศหญิง	83	79.80
เพศชาย	21	20.20
อายุเฉลี่ย (ปี) ($\bar{x}$ = 20.50 , SD = 1.30)	20.5	-
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ	1.3	-
ประสบการณ์ฝึกปฏิบัติ 4–6 สัปดาห์	70	67.30

จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 79.80 ขณะที่เพศชายมีจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 20.20 แสดงให้เห็นว่านักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลในกลุ่มตัวอย่าง มีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชายอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้ทั่วไปในสาขาวิชาชีพพยาบาล อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 20.5 ปี (SD = 1.30) สะท้อนว่าผู้เรียนอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีความพร้อมต่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะทางคลินิก นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ฝึกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพในช่วง 4–6 สัปดาห์ จำนวน 70 คน (ร้อยละ 67.30) ซึ่งถือเป็นระดับประสบการณ์ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ทักษะการสื่อสารในบริบทวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบ (E1/E2) ประสิทธิภาพของรูปแบบมีค่า E1 = 83.60 และ E2 = 86.93 สูงกว่าเกณฑ์ 80/80 แสดงถึงความเหมาะสมทั้งด้านกระบวนการจัดการเรียนรู้และผลลัพธ์หลังเรียนรู้

ตารางที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ

โมดูล	E1 ($\bar{x}$ ± SD)	E2 ($\bar{x}$ ± SD)
โมดูลที่ 1	82.40 ± 2.73	85.00 ± 2.66
โมดูลที่ 2	83.80 ± 2.51	87.20 ± 2.84
โมดูลที่ 3	84.60 ± 2.42	88.60 ± 2.70
ค่าเฉลี่ยรวม	83.60 ± 2.55	86.93 ± 2.73

จากตารางพบว่า ค่าเฉลี่ยของประสิทธิภาพระหว่างเรียน (E1) และประสิทธิภาพหลังเรียน (E2) ของทั้งสามโมดูลอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 83.60 และ 86.93 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ 80/80 อย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพทั้งด้านกระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ (Process Efficiency) และผลสัมฤทธิ์หลังการเรียน (Product Efficiency) โดยเฉพาะโมดูลที่ 3 ซึ่งมีค่าประสิทธิภาพสูงที่สุด สะท้อนให้เห็นว่าการจำลองสถานการณ์ควบคู่กับการสะท้อนคิดหลังการปฏิบัติ (Debriefing) มีบทบาทสำคัญต่อการเสริมสร้างความเข้าใจและการประยุกต์ใช้ทักษะการสื่อสาร SBAR ของผู้เรียน ส่งผลให้รูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในบริบทการเรียนการสอนสำหรับผู้ช่วยพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3. คะแนนทักษะ SBAR ก่อน–หลังการเรียน คะแนนทักษะ SBAR หลังการเรียนสูงกว่าก่อนการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนรวมเพิ่มขึ้นจาก 66.41 เป็น 85.95 คะแนน เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 19.54 คะแนน ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ ได้แก่ Situation, Background, Assessment และ Recommendation

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนทักษะ SBAR (n = 104)

องค์ประกอบ SBAR	ก่อนเรียน (Mean ± SD)	หลังเรียน (Mean ± SD)	t	p
Situation	16.32 ± 2.41	21.18 ± 1.87	18.94	< .001
Background	15.74 ± 2.26	20.63 ± 2.03	19.87	< .001
Assessment	16.90 ± 2.54	21.34 ± 2.09	17.76	< .001
Recommendation	17.45 ± 2.38	22.40 ± 1.92	20.82	< .001
คะแนนรวม	**66.41 ± 7.13**	**85.95 ± 6.28**	**25.46**	**< .001**

จากตารางพบว่า คะแนนรวม SBAR เพิ่มขึ้นจาก 66.41 เป็น 85.95 เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 19.54 คะแนน โดยผลการทดสอบ Paired Sample t-test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สะท้อนว่ารูปแบบการเรียนรู้สามารถพัฒนาทักษะการสื่อสารของผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิผล

4. ความพึงพอใจของผู้เรียนต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้ ความพึงพอใจของผู้เรียนอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.65$, SD = 0.47) โดยเฉพาะด้านการนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริง ($\bar{x} = 4.71$)

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้ (N = 104)

รายการประเมินความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับ
ความชัดเจนของเนื้อหาและขั้นตอนการเรียนรู้	4.67	0.48	มากที่สุด
ความเหมาะสมของสื่อดิจิทัล	4.63	0.51	มากที่สุด
ความสมจริงของสถานการณ์จำลอง	4.66	0.45	มากที่สุด
การนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง	4.71	0.44	มากที่สุด
ความมั่นใจในการสื่อสารที่เพิ่มขึ้น	4.58	0.49	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	**4.65**	**0.47**	**มากที่สุด**

จากตารางพบว่า ความพึงพอใจของผู้เรียนอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยรวม = 4.65, SD = 0.47) โดยประเด็นที่มีคะแนนสูงที่สุดคือการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง ($\bar{x}$ = 4.71) สะท้อนว่าผู้เรียนมองว่ารูปแบบการเรียนรู้มีความเป็นประโยชน์ ใช้งานได้จริง และช่วยเพิ่มความมั่นใจในการสื่อสาร

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองร่วมกับสื่อดิจิทัลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพอย่างชัดเจนในการส่งเสริมทักษะการสื่อสารแบบ SBAR ของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 20.5 ปี และมีประสบการณ์ฝึกปฏิบัติ 4–6 สัปดาห์ ซึ่งสะท้อนถึงระดับความพร้อมในการเรียนรู้ทักษะการสื่อสารในสถานการณ์คลินิกได้อย่างเหมาะสม

ผลการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนรู้พบว่า ค่า E1 เท่ากับ 83.60 และค่า E2 เท่ากับ 86.93 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 80/80 อย่างชัดเจน แสดงว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมทั้งในด้านกระบวนการจัดกิจกรรมระหว่างเรียนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังเรียน ผู้เรียนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลสัมฤทธิ์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของรูปแบบ

นอกจากนี้ คะแนนทักษะ SBAR หลังการเรียนมีค่าสูงกว่าก่อนการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนรวมเพิ่มจาก 66.41 เป็น 85.95 คะแนน คิดเป็นการเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 19.54 คะแนน ซึ่งครอบคลุมทุกองค์ประกอบของ SBAR ได้แก่ Situation, Background, Assessment และ Recommendation สะท้อนว่าผู้เรียนไม่เพียงแต่เข้าใจโครงสร้าง SBAR แต่ยังสามารถประยุกต์ใช้ในการสื่อสารได้ชัดเจน มีระบบ และมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด

ท้ายที่สุด ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เรียนพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด

โดยเฉพาะด้านการนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริง ซึ่งเป็นด้านที่ได้รับคะแนนสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่าผู้เรียนเห็นคุณค่าของรูปแบบการเรียนรู้และสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริงในบริบทคลินิก การบูรณาการสื่อดิจิทัลร่วมกับสถานการณ์จำลองจึงเป็นวิธีที่ตอบสนองความต้องการและเสริมสร้างความพร้อมของผู้ช่วยพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองร่วมกับสื่อดิจิทัลสามารถพัฒนาทักษะการสื่อสารแบบ SBAR ของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานของงานวิจัยของ ศิริพร ทวีสิน [11] ที่ชี้ว่าสื่อดิจิทัลช่วยเพิ่มความเข้าใจและความชัดเจนของเนื้อหา ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับบริบททางคลินิกมากขึ้น การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองยังช่วยกระตุ้นการคิดวิเคราะห์และสร้างความมั่นใจ ซึ่งเป็นข้อค้นพบที่สอดคล้องกับงานของ งานวิจัยของ ศศิธร เรืองอารีย์ [6] ที่พบว่าการจำลองสถานการณ์มีผลโดยตรงต่อความสามารถของผู้เรียนในการจัดลำดับข้อมูลและสื่อสารอย่างเป็นระบบ

ค่า E1/E2 ที่สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานแสดงถึงความเหมาะสมของรูปแบบการเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ งานวิจัยของ ชัยรัตน์ ศรีศักดิ์[12] ที่ระบุว่ารูปแบบการเรียนรู้ที่มีโครงสร้างชัดเจนและการสะท้อนคิดหลังปฏิบัติ (Debriefing) จะช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้และทำให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริง นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของคะแนน SBAR ยังสอดคล้องกับงานของ [5] ที่พบว่าสถานการณ์จำลองสามารถเสริมทักษะการสื่อสารและสร้างความมั่นใจเมื่อเผชิญสถานการณ์ปัญหาจริง

ด้านความพึงพอใจของผู้เรียนซึ่งอยู่ในระดับสูงเป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงคุณภาพของรูปแบบการเรียนรู้ พบว่าสื่อดิจิทัลสามารถเพิ่มการมีส่วนร่วม ความเข้าใจ และแรงจูงใจของผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนรู้สึกว่าทักษะที่ได้รับสามารถนำไปใช้ได้จริงในสถานการณ์ทางคลินิก

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ประสบการณ์การเรียนรู้จากรายวิชาอื่น การฝึกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ หรือการเรียนรู้จากสื่อภายนอกที่นักศึกษาเข้าถึงได้ด้วยตนเอง ซึ่งอาจส่งผลต่อการพัฒนาทักษะการสื่อสารของผู้เรียน นอกเหนือจากรูปแบบการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

1. นำไปใช้ในหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล ควรบูรณาการรูปแบบการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองร่วมสื่อดิจิทัลเข้ากับรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับทักษะการสื่อสาร เพื่อพัฒนาทักษะ SBAR ให้ผู้เรียนมีความมั่นใจและสื่อสารได้อย่างเป็นระบบในสถานการณ์จริง

2. ใช้ในการพัฒนาบุคลากรสุขภาพ รูปแบบนี้สามารถนำไปใช้ฝึกอบรมบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ เช่น ผู้ช่วยพยาบาลใหม่ พยาบาลจบใหม่ หรือผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการรายงานผู้ป่วย

3. ส่งเสริมการเรียนรู้แบบใช้สื่อดิจิทัลควบคู่สถานการณ์จำลอง เช่น วิดีโอ ตัวอย่าง

การสื่อสาร และบทเรียนออนไลน์ สามารถช่วยเตรียมความพร้อมให้ผู้เรียนก่อนเข้าสู่สถานการณ์จำลองจริง

4. พัฒนาความมั่นใจและทักษะปฏิบัติของผู้เรียน การนำรูปแบบนี้ไปใช้จะช่วยเสริมแรงจูงใจและเพิ่มความพร้อมของผู้เรียนในการปฏิบัติงานจริง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาติดตามผลระยะยาว เพื่อตรวจสอบความคงทนของทักษะ SBAR หลังจากการฝึกในระยะ 1–6 เดือน

2. เพิ่มกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบผลและเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อสรุปเชิงสาเหตุ

3. ขยายกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายขึ้น เช่น นักศึกษาพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ หรือบุคลากรสุขภาพในบริบทอื่น

4. ทดลองใช้เทคโนโลยีใหม่ร่วมกับการจำลอง เช่น VR, AR หรือ Simulation-Based E-Learning เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์กับรูปแบบปัจจุบัน

5. พัฒนารูปแบบที่เน้นสถานการณ์เฉพาะทาง เช่น SBAR ในภาวะฉุกเฉิน เด็ก ผู้สูงอายุ หรือสุขภาพจิต เพื่อให้ตอบโจทย์บริบทจริงมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. *Patient safety: Communication and teamwork in health care systems.* Geneva: WHO Press; 2020.
2. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, UNICEF. *Guidelines for effective health communication in emergencies.* Geneva: IFRC; 2020.
3. จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, และคณะ. ปัญหาการสื่อสารในงานพยาบาลและแนวทางการพัฒนา. วารสารการพยาบาล. 2562;38(2):45–58.
4. Thomas CM, Bertram E, Allen R. The SBAR communication technique: Teaching nursing students professional communication skills. *Nurse Educ Pract.* 2012;12(6):366–9.
5. พรรณี ไชยภัณฑ์. การใช้สถานการณ์จำลองเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;30(1):112–24.
6. ศศิธร เรืองอารีย์. การพัฒนาทักษะ SBAR ผ่านการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลอง. วารสารการศึกษาทางการพยาบาล. 2562;25(3):67–79.
7. Jeffries PR. *The NLN Jeffries simulation theory.* New York: National League for Nursing; 2016.
8. Kolb DA. *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1984.
9. Jeffries PR. Simulation-based learning: Updated model and best practices. *J Nurs Educ.* 2022;61(2):65–71.
10. Turner RC, Carlson L. Index of item–objective congruence for content

validation. *Educ Res Q.* 2003;26(2):3–6.

11. ศิริพร ทวีสิน. ผลของสื่อดิจิทัลต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารนวัตกรรมการศึกษา. 2561;14(2):89–101.

12. ชัยรัตน์ ศรีศักดิ์. รูปแบบการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อเสริมสร้างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน. วารสารศึกษาศาสตร์. 2563;41(1):23–37.

การพัฒนารูปแบบการประเมินเพื่อรับรองมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ. 2563 ด้วยระบบพี่เลี้ยงและการเยี่ยมเสริมพลัง เขตสุขภาพที่ 7

ชนิตา รุ่งวิทยาการ[1] มเหศักดิ์ ภูริวัฒน์ภากร[2]

(วันที่รับบทความ: 14 มกราคม 2569, วันที่แก้ไข: 4 มีนาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 9 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินรับรองมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ และมหาสารคามการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินรับรองมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตร สำหรับวัยรุ่นและเยาวชนให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะประกอบด้วย การศึกษาปัญหา การออกแบบรูปแบบเบื้องต้น การทดลองใช้ การปรับปรุงรูปแบบ และการประเมินผล พบว่าการนำระบบพี่เลี้ยงและการเยี่ยมเสริมพลังมาใช้ช่วยเพิ่มความเข้าใจในเกณฑ์มาตรฐาน YFHS ลดความวิตกกังวลของบุคลากร สร้างการเรียนรู้เชิงระบบ และส่งเสริมให้หน่วยบริการสามารถประเมินตนเองและวางแผนพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้โรงพยาบาลต้นแบบที่เข้าร่วมทดลองสามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS ได้ครบถ้วน และได้รับความพึงพอใจจากผู้เกี่ยวข้องในระดับสูงผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและประสิทธิภาพสูง เหมาะสมสำหรับขยายผลไปใช้ในพื้นที่เขตสุขภาพอื่นทั่วประเทศ และสามารถนำไปเป็นแนวทางเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบการประเมินมาตรฐาน YFHS ในระดับประเทศ เพื่อสร้างระบบบริการสุขภาพวัยรุ่นที่มีคุณภาพและยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการประเมิน, บริการสุขภาพวัยรุ่น, ระบบพี่เลี้ยง, การเยี่ยมเสริมพลัง, เขตสุขภาพที่ 7

[1-2]**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ,**

[1-2]**ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น**

Corresponding author: มเหศักดิ์ ภูริวัฒน์ภากร e-mail: Kantarakorn_pee@hotmail.com

Development of an Assessment Model for Accreditation of Youth-Friendly Health Service Standards (B.E. 2563) through a Mentorship System and Supportive Supervision in Health Region 7

Chanita rungwittayakarn[1] Mahasak Bhooriwatphakorn[2]

(Received: 14th January 2026, Revised: 4th March 2026, Accepted: 9th March 2026)

Abstract

This research is a Research and Development (R&D) project aimed at developing an assessment model for the 2020 Youth-Friendly Health Services (YFHS) accreditation standard, integrating a mentoring system and empowerment visits, tailored to the context of hospitals in Health Region 7, which comprises Khon Kaen, Roi Et, Kalasin, and Maha Sarakham provinces. The research focused on developing a model for assessing the YFHS standards in accordance with the mentoring and empowerment visits, adapted to the specific context of hospitals in Health Region 7. The research process was divided into four phases: problem identification, preliminary model design, pilot testing, model refinement, and evaluation. The findings indicated that the implementation of the mentoring system and empowerment visits enhanced understanding of YFHS standards, reduced staff anxiety, fostered systemic learning, and enabled service units to effectively self-assess and plan for improvement. Consequently, participating pilot hospitals achieved full YFHS accreditation and received high levels of stakeholder satisfaction. The research results demonstrate that the developed model is appropriate and highly effective. This model is suitable for scaling up and application in other health regions nationwide and can serve as a policy guideline for developing a national YFHS (Youth Health Care System) standard assessment system, in order to create a quality and sustainable adolescent health service system.

Keywords: Assessment model, Adolescent health services, Mentoring system, Empowerment visits, Health Region 7

[1-2] **Registered Nurse, Senior Professional Level**

[1-2] **Health Promotion Center Region 7 Khon Kaen**

Corresponding author: Mahasak Bhooriwatphakorn e-mail: Kantarakorn_pee@hotmail.com

บทนำ

ปัจจุบันวัยรุ่นทั่วโลกต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่าง ๆ ที่นำไปสู่ภาวะเจ็บป่วยหรือผลลัพธ์สุขภาพในระยะยาว[1] องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้เน้นย้ำความสำคัญของการให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมและเป็นมิตรกับวัยรุ่น โดยกำหนดให้ “บริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น” (Youth-Friendly Health Services: YFHS) เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หลักด้านสุขภาพวัยรุ่นของโลก เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงและคุณภาพของบริการสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น[1]

ในระดับเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทย อินโดนีเซีย และฟิลิปปินส์ ยังประสบปัญหาอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่อยู่ในระดับสูง การใช้สารเสพติด การติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางที่เข้าไม่ถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์[2] ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะนับตั้งแต่การบังคับใช้พระราชบัญญัติป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ซึ่งนำไปสู่การพัฒนายุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพวัยรุ่น พ.ศ. 2560–2569 และการกำหนดมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) ฉบับบูรณาการ พ.ศ. 2563[3]

อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพวัยรุ่นของประเทศไทยยังคงน่าเป็นห่วง โดยพบว่าอัตราการติดเชื้อหนองในแท้และหนองในเทียมในวัยรุ่นชายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และวัยรุ่นชายมีการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์มากกว่าวัยรุ่นหญิง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน[4] แม้ว่าจะมีนโยบายและกรอบมาตรฐานที่ชัดเจนในระดับประเทศ แต่ในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ และมหาสารคาม พบว่ายังมีโรงพยาบาลหลายแห่งไม่ผ่านการประเมินมาตรฐาน YFHS ฉบับ พ.ศ. 2563 เนื่องจากขาดระบบสนับสนุนที่เหมาะสม ขาดความเข้าใจในเกณฑ์มาตรฐาน และมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล[5,6]

หนึ่งในแนวทางที่ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพวัยรุ่น คือการใช้ “ระบบพี่เลี้ยง (Mentoring System)” ร่วมกับ “การเยี่ยมเสริมพลัง (Empowerment Visits)” ซึ่งเน้นการให้คำปรึกษาแบบใกล้ชิด การสนับสนุนเชิงกระบวนการ และการเสริมพลังแก่ทีมผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ช่วยลดความกลัว ลดภาระงาน และเพิ่มความมั่นใจในการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน[7] นอกจากนี้ การพัฒนาระบบสนับสนุนให้หน่วยบริการสามารถประเมินตนเอง (Self-assessment) วิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อน และวางแผนพัฒนาได้อย่างเป็นระบบ ผ่านเครื่องมือดิจิทัล เช่น YFHS Application ยังเป็นกลไกเสริมที่สำคัญในการขับเคลื่อนมาตรฐานสู่การ

ปฏิบัติจริง[3] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการประเมินที่บูรณาการระบบพี่เลี้ยง การเยี่ยมเสริมพลัง และเครื่องมือประเมินตามมาตรฐาน YFHS พ.ศ. 2563 เพื่อใช้เป็นแนวทางสนับสนุนการรับรองมาตรฐานในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 7 และศึกษาความเหมาะสมของรูปแบบต่อการนำไปใช้ในบริบทจริง อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพบริการ ความยั่งยืนของระบบ และความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาที่พัฒนารูปแบบการประเมินรับรองมาตรฐาน YFHS ที่บูรณาการระบบพี่เลี้ยงและการเยี่ยมเสริมพลังให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 อีกทั้งยังขาดหลักฐานเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้จริง ซึ่งสะท้อนช่องว่างทางองค์ความรู้ในประเด็นนี้ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการประเมินที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และสามารถนำไปใช้สนับสนุนการรับรองมาตรฐาน YFHS ได้อย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์

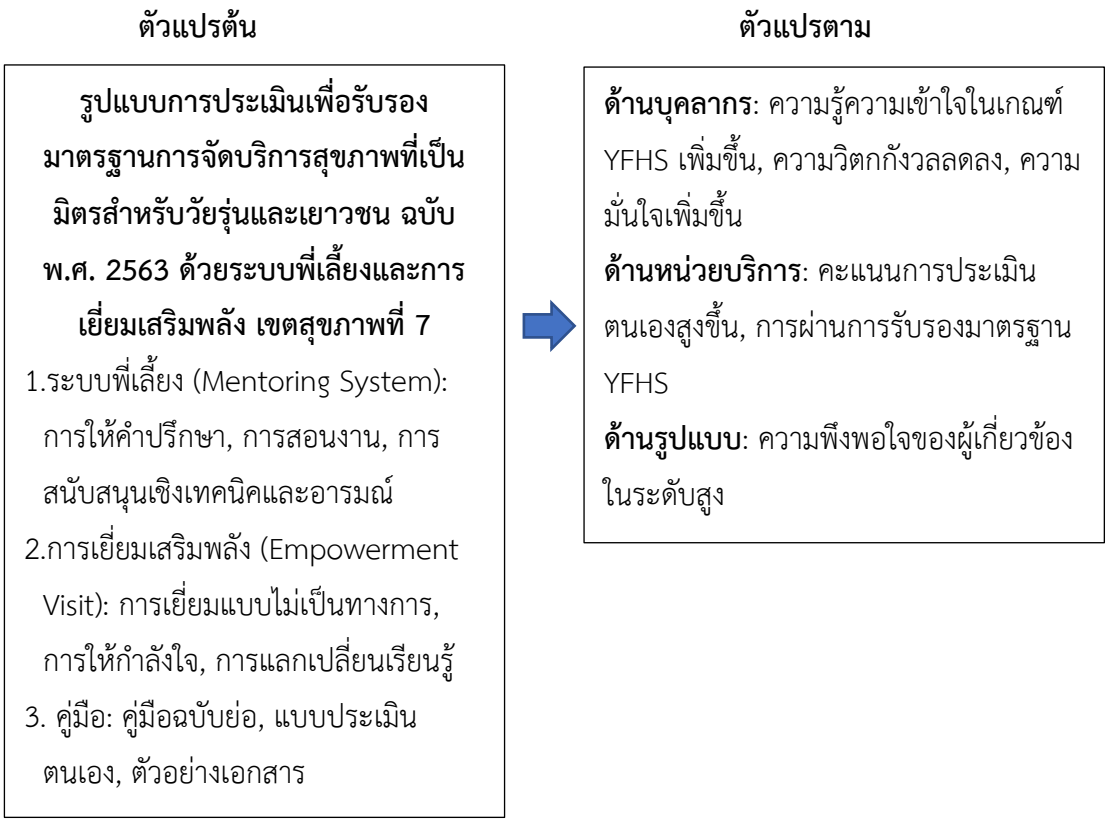
เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินรับรองมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7

สมมติฐานการวิจัย

รูปแบบการประเมินเพื่อรับรองมาตรฐาน YFHS ที่บูรณาการระบบพี่เลี้ยงและการเยี่ยมเสริมพลัง จะสามารถเพิ่มความรู้ ความเข้าใจในเกณฑ์มาตรฐาน เพิ่มความมั่นใจในการดำเนินงาน และส่งผลให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการผ่านการรับรอง มาตรฐาน YFHS ได้มากกว่าโรงพยาบาลในกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (Independent Variable) คือ รูปแบบการประเมินที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วยระบบพี่เลี้ยง (Mentoring System) และการเยี่ยมเสริมพลัง (Empowerment Visits) กับตัวแปรตาม (Dependent Variables) ที่เป็นผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังจากการนำรูปแบบไปใช้ในโรงพยาบาลกลุ่มทดลอง ดังนี้



ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยดำเนินการในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ และมหาสารคาม โดยมุ่งเน้นโรงพยาบาลระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (Service Network Hospitals) ที่มีศักยภาพในการเข้ารับการประเมินและสามารถเป็นพื้นที่นำร่อง ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ มีนาคม – พฤศจิกายน 2568

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระยะดำเนินการด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีรายละเอียดเกณฑ์การคัดเข้า เกณฑ์คัดออก และวิธีการสุ่มในแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์

ประชากร ผู้บริหารและผู้ให้บริการจากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 ที่ยังไม่ผ่านการรับรองมาตรฐาน YFHS ฉบับ พ.ศ. 2563 จำนวน 30 แห่ง จาก 77 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงาน YFHS โรงพยาบาลละ 2 คน รวม 60 คน และทีมพี่เลี้ยงระดับเขตและจังหวัด จำนวน 20 คน

เกณฑ์คัดเข้า เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับคลินิกวัยรุ่นโดยตรง และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก บุคลากรที่ลาออกหรือโยกย้ายระหว่างการเก็บข้อมูล

ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนารูปแบบ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ทรงคุณวุฒิ (Expert) จำนวน 5 คน

เกณฑ์คัดเข้า เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพวัยรุ่น, การประเมินคุณภาพบริการ, หรือการบริหารจัดการโรงพยาบาล ที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 10 ปี

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ

ประชากร โรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ YFHS ในเขตสุขภาพที่ 7

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโรงพยาบาล 6 แห่ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3 แห่ง และกลุ่มควบคุม 3 แห่ง โดยการจับสลากอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เกณฑ์คัดเข้า เป็นโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ F2, M2) ที่ผู้บริหารให้การสนับสนุน

เกณฑ์คัดออก โรงพยาบาลที่มีการโยกย้ายหรือเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบหลักในช่วงเวลาดำเนินงานวิจัย

ระยะที่ 4 ประเมินความพึงพอใจ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหาร, ผู้ให้บริการ, และภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการในโรงพยาบาลกลุ่มทดลองทั้ง 3 แห่ง รวมทั้งสิ้น 70 ราย

เกณฑ์คัดเข้า เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้งตลอดระยะเวลาโครงการ

ขั้นตอนการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอน 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาความต้องการ และสภาพบริบทของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 ทบทวนเอกสารและรายงานผลการประเมิน YFHS ฉบับ พ.ศ. 2563 สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและผู้รับผิดชอบคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย จัดประชุมระดมความคิดเห็นจากทีมพี่เลี้ยง และภาคีเครือข่าย วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค (SWOT Analysis)

ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนารูปแบบการประเมินเพื่อรับรองมาตรฐาน YFHS สังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 ประกอบกับหลักการในมาตรฐาน YFHS, Mentoring และ Empowerment จัดทำร่างองค์ประกอบรูปแบบ เช่น โครงสร้างกระบวนการ เครื่องมือ/คู่มือการประเมิน ตรวจสอบความตรงของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบในโรงพยาบาลเป้าหมาย

คัดเลือกโรงพยาบาลต้นแบบที่ยังไม่ผ่าน YFHS อย่างน้อย 3 แห่งจัดอบรมแนวทางการประเมินให้แก่ผู้ให้บริการและพี่เลี้ยงดำเนินการประเมินตนเองโดยโรงพยาบาล การเยี่ยมเสริมพลัง ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานภายหลังใช้รูปแบบ เปรียบเทียบผลกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการแทรกแซง

ระยะที่ 4 ประเมินความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องต่อรูปแบบการประเมิน

พัฒนาแบบสอบถามความพึงพอใจครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ความชัดเจน ใช้งานจริง ผลลัพธ์ และความต่อเนื่อง แจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มเป้าหมายหลังเสร็จกระบวนการทดลองใช้รูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

ระยะที่ 5 สังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและจัดทำรูปแบบฉบับสมบูรณ์

สังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1–4 จัดเวทีนำเสนอผลวิจัยต่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้กำหนดนโยบาย จัดทำคู่มือแนวทางการนำไปใช้ในเขตสุขภาพอื่น สรุปแนวทางสนับสนุนระดับกระทรวง/เขตสุขภาพ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแต่ละระยะผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.80 – 1.00 และมีการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง รายละเอียดเครื่องมือในแต่ละระยะมี ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์

1. แบบสำรวจสถานการณ์และความพร้อม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการ, สถานะการดำเนินงาน YFHS (Checklist 10 ข้อ), และคำถามปลายเปิด

2. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นประเด็นครอบคลุมความเข้าใจต่อมาตรฐาน YFHS, ปัจจัยแห่งความสำเร็จ, อุปสรรคเชิงนโยบายและปฏิบัติ

3. แนวทางการระดมความคิดเห็น (Focus Group Guide) มุ่งเน้นการวิเคราะห์ SWOT

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ

แบบประเมินความเหมาะสมของร่างรูปแบบ (Model Appropriateness Evaluation Form) สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุม 4 ด้าน คือ ความชัดเจน, ความเหมาะสมของเนื้อหา, ความเป็นไปได้และความครบถ้วนของเครื่องมือ

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ

1. แบบประเมินตนเองตามเกณฑ์ YFHS (Self-Assessment Tool) อิงตามมาตรฐาน YFHS พ.ศ. 2563 ฉบับเต็ม 5 องค์ประกอบ

2. แบบทดสอบความรู้เป็นแบบทดสอบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ (Pre-test/Post-test) เกณฑ์การแปลผล: ต่ำกว่า 60% (ต้องปรับปรุง), 60-79% (พอใช้), 80% ขึ้นไป (ดี)

3. แบบบันทึกการเยี่ยมเสริมพลัง

4. แบบสอบถามวัดความมั่นใจ

ระยะที่ 4 ประเมินความพึงพอใจ

แบบสอบถามความพึงพอใจเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน คือ ความชัดเจน, ความเหมาะสมของกระบวนการ, ความเป็นไปได้, ความสอดคล้องกับบริบท, และประโยชน์ที่ได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้เพื่อตอบคำถามตามวัตถุประสงค์งานวิจัยโดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และบริบท ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เช่น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนารูปแบบ วิธีวิเคราะห์ การหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence:

IOC) การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา จากข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้เชี่ยวชาญ

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่จริง วิธีวิเคราะห์: สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าร้อยละ : สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) Independent t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมPaired t-test เปรียบเทียบก่อน–หลังในกลุ่มเดียวกัน ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่กำหนดคือ $p < 0.05$

ระยะที่ 4 ประเมินความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง วิธีวิเคราะห์ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ร้อยละ ระดับค่าเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยรวม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เลขที่ 139

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และสภาพบริบทของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 ในการดำเนินงานตามมาตรฐาน YFHS ฉบับ พ.ศ. 2563

จากการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมระดมความคิดเห็นในโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ YFHS พ.ศ. 2563 จำนวน 30 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.3) ให้บริการคลินิกวัยรุ่นแล้ว แต่ยังขาดความเข้าใจเกณฑ์ YFHS และไม่มีการประเมินตนเองหรือพัฒนาศักยภาพตามมาตรฐานอย่างเป็นระบบ แม้ร้อยละ 70 จะเริ่มนำเกณฑ์ไปใช้ แต่ยังขาดการแปลสู่การปฏิบัติ ขาดบุคลากรเฉพาะด้านและระบบสนับสนุนภายใน บุคลากรมีความเข้าใจเกณฑ์ YFHS ในระดับปานกลาง และยังมีความคลาดเคลื่อนในรายละเอียด ขณะที่ผู้บริหารส่วนใหญ่มองงาน YFHS เป็นงานรอง ส่งผลให้ขาดแรงขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ปัญหาและอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ขาดเวลา ขาดตัวอย่างเอกสาร ขาดความมั่นใจ และไม่มีพี่เลี้ยง ในพื้นที่ข้อเสนอแนะจากหน่วยบริการคือ ความต้องการระบบพี่เลี้ยง คู่มือแบบย่อที่ใช้งานง่าย และการเยี่ยมเสริมพลังแบบไม่เป็นทางการที่เน้นการสร้างกำลังใจมากกว่าการตรวจประเมิน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ YFHS ในเขตสุขภาพที่ 7

ประเด็น	ผลการวิเคราะห์ (เชิงพรรณนา)	ผลการวิเคราะห์ (เชิงคุณภาพ/สังเคราะห์เนื้อหา)
สถานการณ์ทั่วไป	- ร้อยละ 83.3 มีคลินิกวัยรุ่น - ร้อยละ 63.3 ยังไม่ประเมินตนเอง - ร้อยละ 46.7 ไม่เคยอบรม YFHS	โรงพยาบาลส่วนใหญ่เริ่มดำเนินงานแล้ว แต่ยังขาดความเข้าใจและความพร้อมตามเกณฑ์

ตารางที่ 1 สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ YFHS ในเขตสุขภาพที่ 7 (ต่อ)

ประเด็น	ผลการวิเคราะห์ (เชิงพรรณนา)	ผลการวิเคราะห์ (เชิงคุณภาพ/สังเคราะห์เนื้อหา)
การใช้เกณฑ์ YFHS	- ร้อยละ 70 ใช้เกณฑ์ YFHS แล้ว - ร้อยละ 30 ยังไม่ใช้	ผู้ใช้เกณฑ์บางรายขาดการแปลสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ
เจ้าหน้าที่เฉพาะด้านงานวัยรุ่น	- ร้อยละ 76.7 ไม่มีเจ้าหน้าที่เฉพาะด้านงานวัยรุ่น	งานวัยรุ่นมักถูกรวมกับภาระงานอื่น ทำให้ไม่มีความต่อเนื่องในการพัฒนา
ระบบสนับสนุนภายใน	- ร้อยละ 53.3 ไม่มีระบบสนับสนุนด้านงบประมาณ/สื่อ	โรงพยาบาลขนาดเล็กขาดทรัพยากรและคู่มือช่วยอธิบายเกณฑ์ให้ทีมเข้าใจตรงกัน
การสนับสนุนจากผู้บริหาร	- ค่าเฉลี่ย = 3.2 (จาก 5)- ส่วนใหญ่ประเมินว่า “ปานกลาง”	ผู้บริหารหลายแห่งยังมองว่า YFHS เป็น “งานเสริม” ขาดนโยบายชัดเจนและแรงขับเคลื่อนจากบนลงล่าง
ความเข้าใจในเกณฑ์ YFHS	- ค่าเฉลี่ยความเข้าใจ = 3.0 (ระดับปานกลาง)- ส่วนหนึ่งประเมินว่า “น้อย” หรือ “น้อยที่สุด”	บุคลากรบางรายเข้าใจผิดในรายละเอียดเกณฑ์ เช่น ความหมายของ “บริการที่เป็นมิตร” หรือองค์ประกอบที่ต้องจัดทำเอกสาร
ปัญหา/อุปสรรคหลัก	- ไม่มีเวลาศึกษาเกณฑ์- เอกสารมากเกินไป- ขาดแบบฟอร์มตัวอย่าง	ความรู้สึก “กลัวการประเมิน” เนื่องจากไม่มั่นใจว่าทำได้ถูกต้อง ขาดผู้ให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง
ข้อเสนอแนะจากโรงพยาบาล	- ต้องการระบบพี่เลี้ยง- ต้องการคู่มือแบบเข้าใจง่าย- อยากให้มีการเยี่ยมแบบ “ไม่เป็นทางการ” เพื่อเสริมกำลังใจก่อนการประเมินจริง	รูปแบบการช่วยเหลือควรใช้วิธีเชิงพัฒนา ไม่เน้นจับผิด และเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการประเมินเพื่อรับรองมาตรฐาน YFHS โดยประยุกต์ใช้ระบบพี่เลี้ยงและการเยี่ยมเสริมพลังผลการตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้วิจัยได้นำร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านงานวัยรุ่น การประเมินคุณภาพบริการ และการบริหารจัดการโรงพยาบาล ตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ โดยใช้แบบประเมินความเหมาะสม 4 ด้าน ได้แก่ ความชัดเจนของ

โครงสร้างและกระบวนการ ความเหมาะสมของเนื้อหากับบริบทโรงพยาบาล ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงความครบถ้วนของเครื่องมือและแนวทางสนับสนุน ผลการประเมินพบว่า:

ด้านที่ประเมิน	ค่าเฉลี่ย (เต็ม 5)	ระดับความเหมาะสม
ความชัดเจนของรูปแบบ	4.60	มากที่สุด
ความเหมาะสมของเนื้อหา	4.50	มากที่สุด
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	4.40	มาก
ความครบถ้วนของเครื่องมือ	4.45	มาก

ดัชนีความตรงของเนื้อหา (IOC) ของแบบประเมินและองค์ประกอบต่าง ๆ อยู่ในช่วงระหว่าง 0.80 – 1.00 แสดงถึงความสอดคล้องของรายการกับวัตถุประสงค์ของรูปแบบที่พัฒนา

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการประเมิน YFHS ที่พัฒนาขึ้นผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการประเมิน YFHS ที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลกลุ่มทดลอง 3 แห่ง และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอีก 3 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ YFHS โดยมีการประเมินก่อนและหลังการแทรกแซง รวมทั้งใช้แบบสอบถาม แบบประเมินตนเอง และการ
สัมภาษณ์ประกอบ

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินตนเองก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

รายการประเมิน	ก่อนใช้รูปแบบ (เฉลี่ย)	หลังใช้รูปแบบ (เฉลี่ย)	เปลี่ยนแปลง
ความเข้าใจในเกณฑ์ YFHS	2.8	4.3	เพิ่มขึ้น
การดำเนินงานตามองค์ประกอบ YFHS	3.0	4.2	เพิ่มขึ้น
ความมั่นใจในการเตรียมรับการประเมิน	2.7	4.5	เพิ่มขึ้น

กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบก่อน–หลังการใช้รูปแบบ ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

2. ผลการประเมินความรู้และความเข้าใจ (Pre–Post Test)

ผู้ให้บริการที่เข้าร่วมอบรมและทดลองใช้รูปแบบมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 13.5 (เต็ม 20) เป็น 17.9 หลังอบรม และหลังการใช้งานจริง พบว่า ร้อยละ 92.3 เข้าใจเกณฑ์ YFHS ได้ครบทุกองค์ประกอบ ร้อยละ 86.7 สามารถอธิบายขั้นตอนการประเมินได้อย่าง

ถูกต้อง ความมั่นใจในการดำเนินงานเพิ่มขึ้นจากระดับ “ปานกลาง” เป็น “มาก”

3. ผลการติดตามโดยพี่เลี้ยงและทีมเยี่ยมเสริมพลัง

จากแบบฟอร์มการเยี่ยมเสริมพลังและการสะท้อนผล พบว่า โรงพยาบาลกลุ่มทดลองสามารถดำเนินงานตามขั้นตอนที่แนะนำได้อย่างเป็นระบบ การโค้ชแบบตัวต่อตัวจากพี่เลี้ยงช่วยให้ทีมเข้าใจข้อกำหนดและแนวทางการจัดเตรียมเอกสารได้ดียิ่งขึ้น ผู้ให้บริการรู้สึกว่า “ได้รับแรงบันดาลใจ” มากกว่าการถูกประเมินแบบเดิม

4. ผลสะท้อนจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ให้บริการ

ความคิดเห็นเด่นจากผู้บริหารและทีมผู้ปฏิบัติงาน คือ รูปแบบที่พัฒนา “ไม่กดดัน” และส่งเสริมการเรียนรู้จากเพื่อนร่วมวิชาชีพ การมีพี่เลี้ยงทำให้รู้สึก “ไม่โดดเดี่ยว” และกล้าปรึกษามากขึ้น“การเยี่ยมแบบเสริมพลัง”ต่างจากการประเมินปกติเพราะเน้นให้กำลังใจและแนะแนวทางที่จับต้องได้

ผลการวิจัยระยะที่ 4

การประเมินความพึงพอใจของผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และภาคีเครือข่ายต่อรูปแบบการประเมิน YFHS ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรจากโรงพยาบาล 3 แห่งในกลุ่มทดลอง รวมทั้งสิ้น 70 ราย ทำการประเมินผ่านแบบสอบถามความพึงพอใจ 5 ด้าน ดังนี้

1. การประเมินความพึงพอใจ

ด้านที่ประเมิน	ค่าเฉลี่ย (เต็ม 5)	ระดับความพึงพอใจ
1. ความชัดเจนของรูปแบบ	4.57	มากที่สุด
2. ความเหมาะสมของกระบวนการ	4.48	มากที่สุด
3. ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในพื้นที่จริง	4.40	มาก
4. ความสอดคล้องกับบริบทหน่วยบริการ	4.35	มาก
5. ประโยชน์ที่ได้รับจากการนำรูปแบบไปใช้	4.62	มากที่สุด

ค่าเฉลี่ยรวมทุกด้าน = 4.48 อยู่ในระดับ “มากที่สุด”

2. ผลการวิเคราะห์คำตอบปลายเปิด

จากการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพในแบบสอบถาม พบข้อคิดเห็นเด่น ได้แก่ “กระบวนการเยี่ยมเสริมพลังทำให้รู้สึกมีกำลังใจและไม่กลัวการประเมิน” “แบบฟอร์มและคู่มือช่วยให้ทีมเข้าใจบทบาทและเกณฑ์ YFHS ชัดเจนขึ้น” “พี่เลี้ยงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กล้าปรึกษาและเกิดการเปลี่ยนแปลงจริง” นอกจากนี้มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้พัฒนา เช่น ชุดตัวอย่างเอกสารประกอบการประเมิน ช่องทางปรึกษาแบบออนไลน์ (Line Group/Zoom) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล

3. ข้อสรุปจากเวทีถอดบทเรียน จากการจัดเวทีสะท้อนผลร่วมกับทีมดำเนินงานและภาคีในพื้นที่ พบว่า ผู้เข้าร่วมเห็นพ้องว่ารูปแบบนี้สามารถใช้งานได้จริง และช่วยให้โรงพยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนา YFHS กระบวนการแบบ "คู่คิด ไม่ใช่ผู้ตรวจ" สร้างบรรยากาศความร่วมมือ ระบบพี่เลี้ยงและการเยี่ยมเสริมพลังควรขยายผลไปยังพื้นที่อื่นในเขตสุขภาพ

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินรับรองมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth-Friendly Health Services: YFHS) เขตสุขภาพที่ 7 โดยบูรณาการระบบพี่เลี้ยง (Mentoring System) และการเยี่ยมเสริมพลัง (Empowerment Visits) ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ในประเด็นสำคัญดังนี้

1. การลดความเข้าใจคลาดเคลื่อนต่อเกณฑ์ YFHSผลการศึกษาพบว่า ความซับซ้อนของเกณฑ์มาตรฐาน YFHS พ.ศ. 2563 ทำให้หน่วยบริการมีความยากลำบากในการตีความและจัดเตรียมหลักฐานประกอบการประเมิน แม้จะมีการดำเนินงานจริงในพื้นที่ การนำระบบพี่เลี้ยงมาใช้ช่วยให้บุคลากรเข้าใจเกณฑ์ได้ตรงประเด็นมากขึ้น ลดความสับสน และเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน สอดคล้องกับแนวคิดของ Kram[8] ที่ระบุว่าความสัมพันธ์เชิงพัฒนาในระบบพี่เลี้ยงช่วยเสริมสร้างการเรียนรู้และการถ่ายทอดประสบการณ์อย่างเป็นระบบ[2] รวมถึงสอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริลักษณ์ ขณะฤกษ์ และรัชนี ลักษิตำนนท์ ที่ชี้ให้เห็นว่าระบบพี่เลี้ยงมีส่วนช่วยเพิ่มอัตราการผ่านมาตรฐาน YFHS ในเขตสุขภาพที่ 7 อย่างมีนัยสำคัญ[5]

2. การเยี่ยมเสริมพลังช่วยเพิ่มการเรียนรู้และลดแรงกดดันการเยี่ยมเสริมพลังช่วยเปลี่ยนกระบวนการประเมินจากการมุ่งตรวจสอบและควบคุม ไปสู่การเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ประเมินและหน่วยบริการ ส่งเสริมการสะท้อนคิด (reflective practice) และการพัฒนางานจากสถานการณ์จริง สอดคล้องกับแนวคิด Empowerment ของ Gibson ซึ่งเน้นการเสริมพลังอำนาจภายในบุคคลและทีมงานเพื่อให้สามารถพัฒนางานได้ด้วยตนเอง[9] อีกทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของพิมพ์ณชิณณิภวิงศ์กาจร ที่พบว่าการเยี่ยมเสริมพลังช่วยลดความตึงเครียด เพิ่มแรงจูงใจ และเอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่องในหน่วยบริการ[10]

3. การเสริมสร้างความมั่นใจและศักยภาพบุคลากรหลังการทดลองใช้รูปแบบหลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่าบุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ และความมั่นใจในการดำเนินงานตามเกณฑ์ YFHS เพิ่มขึ้น สามารถวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนพัฒนางานได้ด้วยตนเอง สะท้อนถึงความสำเร็จของการบูรณาการระบบ Mentoring และ Empowerment ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Stewart และ Kruger ที่ระบุว่าการเสริมพลังควบคู่กับการให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิดช่วยลดความกังวลและเพิ่มความต่อเนื่องของการพัฒนางาน[11] รวมทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประกายดาว พรหมประพัฒน์ ที่พบว่าระบบพี่เลี้ยงช่วย

เพิ่มความมั่นใจและความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพวัยรุ่นในโรงพยาบาลชุมชน[7]

4. ความเหมาะสมของรูปแบบกับบริบทพื้นที่และศักยภาพการขยายผลรูปแบบการประเมินที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของเขตสุขภาพที่ 7 สามารถลดภาระด้านเอกสาร ลดความซ้ำซ้อนของกระบวนการทำงาน และส่งเสริมการเรียนรู้ระหว่างการปฏิบัติงานจริง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการดำเนินงานของศูนย์อนามัยที่ 5 ที่ชี้ให้เห็นว่าการใช้ระบบพี่เลี้ยงแบบจับคู่สามารถยกระดับคุณภาพบริการและเพิ่มความพร้อมของหน่วยบริการได้ในระยะเวลาอันสั้น[12]

5. ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัยผลการวิจัยบรรลุวัตถุประสงค์ครบถ้วนตามกรอบแนวคิด Input–Process–Output–Outcome และสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนารูปแบบการวิจัยเชิงออกแบบและพัฒนา (Design and Development Research) ของ Richey และ Klein ซึ่งเน้นการออกแบบ ทดลองใช้ และปรับปรุงรูปแบบจากบริบทจริงอย่างเป็นระบบ[13]

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้สามารถพัฒนารูปแบบการประเมินรับรองมาตรฐาน YFHS ที่มีประสิทธิภาพ ช่วยเสริมสร้างศักยภาพของหน่วยบริการและบุคลากรสาธารณสุข สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพวัยรุ่นอย่างยั่งยืน และมีศักยภาพในการขยายผลสู่ระดับนโยบายในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1.ควรบูรณาการระบบพี่เลี้ยงเป็นกระบวนการมาตรฐาน พร้อมพัฒนาหลักสูตรเสริมศักยภาพพี่เลี้ยงอย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างเครือข่ายระดับเขตและประเทศ

2.ควรจัดทำคู่มือและเครื่องมือประเมิน YFHS 2563 ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย พร้อมตัวอย่างและ Check List เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการตีความ

ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาผลการประเมินจากระดับหน่วยบริการสู่ระดับผู้รับบริการ โดยเน้นผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ การเข้าถึงบริการ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น เพื่อยืนยันผลของมาตรฐาน YFHS ต่อคุณภาพชีวิตวัยรุ่น

2.ควรศึกษาวิจัยเชิงนโยบาย เพื่อวิเคราะห์กลไกการบูรณาการรูปแบบการประเมิน YFHS เข้าสู่ระบบคุณภาพระดับประเทศ บทบาทผู้บริหาร และระบบงบประมาณและแรงจูงใจ

กิตติกรรมประกาศ

ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชาตรี เมธาธราธิป ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ผู้บริหารและหน่วยงานสุขภาพที่ 7 ที่ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและให้ความร่วมมือในการทดลองใช้รูปแบบอย่างดียิ่ง ขอขอบพระคุณ คณะผู้ทรงคุณวุฒิและที่ปรึกษาทางวิชาการ ดร.ทิวากร พระไชยบุญ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่าตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

ขอขอบพระคุณบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพวัยรุ่นจากโรงพยาบาลต้นแบบทุกแห่ง เพื่อนร่วมงาน และทีมวิจัยทุกท่าน ที่ช่วยเหลือในการดำเนินการ จนสามารถจัดทำผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เล่มนี้ขึ้นมาได้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global standards for quality health-care services for adolescents: A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Geneva: WHO; 2018.
2. United Nations Population Fund Asia and the Pacific. Adolescent sexual and reproductive health in Asia and the Pacific: Policy and programme review. Bangkok: UNFPA APRO; 2021.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth-Friendly Health Services: YFHS) ฉบับบูรณาการ พ.ศ. 2563. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2563.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพวัยรุ่นและเยาวชนของประเทศไทย. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2563.
5. ศิริลักษณ์ ขณะฤกษ์, รัชนี ลักษิตำนนท์. ปัจจัยที่มีผลต่อการผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 7. วารสารการพยาบาลสาธารณสุข. 2565;36(2):78–92.
6. มเหศักดิ์ ภูริวัฒน์ภากร, แพรวทิพย์ สุธีรประเสริฐ, ธัญลักษณ์ วัฒน์ศิริธรรม. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพวัยรุ่นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเขตสุขภาพที่ 7. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2567: 16(2), 151-52.
7. ประกายดาว พรหมประพัฒน์. ผลของระบบพี่เลี้ยงและการเยี่ยมเสริมพลังต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพวัยรุ่นในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(4):654–66.
8. Kram KE. Mentoring at work: Developmental relationships in organizational life. Glenview, IL: Scott, Foresman and Company; 1985.
9. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs. 1991;16(3):354–61.
10. พิมพ์ณชิณณิ ภวิงศ์กาจร. ผลของการเยี่ยมเสริมพลังต่อการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(4):612–24.
11. Stewart D, Kruger LE. Mentoring and empowerment: Organizational development strategies. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1996.
12. ศูนย์อนามัยที่ 5 กรมอนามัย. รายงานผลการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพวัยรุ่นด้วย

ระบบพี่เลี้ยงแบบจับคู่. นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 5; 2564.

13. Richey RC, Klein JD. Design and development research: Methods, strategies, and issues. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2007.

รูปแบบนวัตกรรมเพื่อเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการส่งเสริมการคุมกำเนิดในวัยรุ่น ด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการเทคโนโลยีการวางแผนครอบครัวและการดูแลสุขภาพอนามัยสตรี ในเขตสุขภาพที่ 7

ชนิตา รุ่งวิทยาการ[1] มเหศักดิ์ ภูริวัฒน์ภากร[2]

(วันที่รับบทความ: 14 มกราคม 2569, วันที่แก้ไข: 4 มีนาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 9 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการเทคโนโลยีการวางแผนครอบครัวและการดูแลสุขภาพอนามัยสตรีและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคลากรสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 92 คน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ก่อน-หลังอบรม (Pre-Post test) ซึ่งเป็นแบบทดสอบปรนัย (MCQ) 4 ตัวเลือก จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา 3 ด้าน คือ เทคโนโลยีคุมกำเนิด, การให้คำปรึกษาวัยรุ่นและการใช้สื่อดิจิทัล (ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.95 ค่าความยากง่าย (p) อยู่ระหว่าง 0.28-0.79 และค่าอำนาจจำแนก (r) อยู่ระหว่าง 0.22-0.81), แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน, แบบประเมินความพึงพอใจและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ Paired t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบนวัตกรรมมีประสิทธิผลสูงในการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากร โดยคะแนนความรู้หลังอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่างเฉลี่ย +2.76 คะแนน, $p < 0.001$) และคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นทุกมิติ (คะแนนรวมเพิ่มขึ้น +1.24 คะแนน, $p < 0.001$) นอกจากนี้บุคลากรร้อยละ 83.3 มีการให้คำปรึกษาวัยรุ่นอย่างน้อย 1 ครั้งหลังอบรม และร้อยละ 73.3 นำสื่อดิจิทัลไปใช้ในงานจริง หน่วยบริการที่เข้าร่วมร้อยละ 90 มีการยอมรับและนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ ความพึงพอใจของบุคลากรอยู่ในระดับ "สูงมาก" ($M = 4.58 \pm 0.49$) สรุปได้ว่ารูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิผล

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติ, เทคโนโลยีการวางแผนครอบครัว, การดูแลสุขภาพอนามัยสตรี, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

[1-2]**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ** [1-2]**ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น**

Corresponding author: มเหศักดิ์ ภูริวัฒน์ภากร e-mail: Kantarakorn_pee@hotmail.com

Innovative model to strengthen the capacity of public health personnel to promote contraception among adolescents through family planning technology and women's health care workshops in Health Region 7

Chanita rungwittayakarn[1] Mahasak Bhooriwatphakorn[2]

(Received: 14th January 2026, Revised: 4th March 2026, Accepted: 9th March 2026)

Abstract

This mixed-methods research and development aimed to develop and evaluate the effectiveness of a workshop training model in family planning technology and women's health care to promote self-efficacy among public health personnel in Health Region 7. The sample consisted of 92 public health personnel in Health Region 7, including nurses, physicians, and public health academics. Research instruments included a 30-item multiple-choice pre/post-knowledge test (IOC=0.95, p=0.28-0.79, r=0.22-0.81), self-efficacy assessments, satisfaction surveys, and in-depth interviews. Quantitative data were analyzed using paired t-tests, and qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that the innovative model was highly effective in enhancing personnel capacity. Post-training knowledge scores increased significantly (mean difference +2.76 points, $p < 0.001$), and self-efficacy scores increased across all dimensions (overall score increased by +1.24 points, $p < 0.001$). Furthermore, 83.3% of personnel provided at least one adolescent counseling session after the training, and 73.3% utilized digital media in their work. 90% of participating service units accepted and applied the model. Personnel satisfaction was at a "very high" level ($M = 4.58 \pm 0.49$). In conclusion, the developed workshop training model effectively meets the needs of public health personnel.

Keywords: Workshop training model development, Family planning technology, Women's health care, Self-efficacy

---

[1-2]**Senior Professional Nurse** [1-2]**Health Promotion Center Region 7 Khon Kaen**

Corresponding author: Mahasak Bhooriwatphakorn e-mail: Kantarakorn_pee@hotmail.com

บทนำ

ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นยังคงเป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุขระดับโลก โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางและต่ำ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของมารดาและทารก โอกาสทางการศึกษาและการพัฒนาเศรษฐกิจ องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า วัยรุ่นหญิงอายุ 15–19 ปี ทั่วโลกมีการคลอดบุตรเฉลี่ยปีละประมาณ 12 ล้านคน[1-2] สำหรับประเทศไทย จากรายงานของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) พบว่ามีอัตราการคลอดในวัยรุ่นสูงที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[3] แม้จะมีนโยบายและมาตรการจากภาครัฐอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังไม่สามารถลดลงได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

ข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ณ ปี พ.ศ. 2568 พบว่าแนวโน้มสถานการณ์ในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ ยังคงน่าเป็นกังวลอย่างยิ่ง โดยอัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี อยู่ที่ 45.2 ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกิน 25 ต่อ 1,000 คน และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศซึ่งอยู่ที่ 31.5 ต่อ 1,000 คนอย่างมีนัยสำคัญ หากแนวโน้มนี้ยังคงดำเนินต่อไป คาดว่าจะส่งผลกระทบเชิงลบในระยะยาวต่อตัวชี้วัดด้านสุขภาพของมารดาและทารก เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของรัฐ และสร้างวัฏจักรความยากจนข้ามรุ่น (intergenerational poverty) เนื่องจากวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักจะต้องออกจากระบบการศึกษากลางคัน ทำให้สูญเสียโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของตนเองและสร้างรายได้ในอนาคต[4]

การทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) ของแนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่ามาตรการส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้แก่กลุ่มวัยรุ่นโดยตรงผ่านสถานศึกษา ซึ่งมีข้อจำกัดในการเข้าถึงวัยรุ่นนอกระบบการศึกษา และมักเป็นการสื่อสารทางเดียวที่ไม่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่หลากหลายของวัยรุ่น นอกจากนี้ การอบรมบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านมามักเป็นการอบรมระยะสั้นที่เน้นเพียงความรู้ทางทฤษฎี แต่ขาดการฝึกปฏิบัติจริงจัง ทำให้บุคลากรขาดความมั่นใจและทักษะในการให้คำปรึกษา การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล หรือการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับวัยรุ่น จากการสำรวจบุคลากรสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 7 ในปี 2567 พบว่ากว่า 60% รู้สึกว่าตนเองยังขาดความรู้ความเข้าใจในเทคโนโลยีการคุมกำเนิดสมัยใหม่ และกว่า 75% ไม่มั่นใจในการให้คำปรึกษาแก่กลุ่มวัยรุ่นที่มีความซับซ้อนทางอารมณ์และสังคม[4] ข้อมูลเชิงสถิตินี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรซึ่งเป็นผู้ให้บริการด่านหน้า

รูปแบบนวัตกรรมการอบรมที่นำเสนอในงานวิจัยนี้ได้รับการออกแบบบนฐานแนวคิดเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) ของ Bandura[5] ซึ่งเน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง (Mastery Experience) และการเรียนรู้จากตัวแบบ (Vicarious Experience) โดยมีองค์ประกอบสำคัญคือ (1)

การฝึกปฏิบัติการกับสถานการณ์จำลอง (Simulation-based Training) เพื่อสร้างทักษะและความมั่นใจ, (2) การใช้เครื่องมือดิจิทัล (Digital Tools Integration) เพื่อการสื่อสารและให้ข้อมูลที่ทันสมัย, และ (3) การสร้างเครือข่ายพี่เลี้ยง (Mentorship Network) เพื่อให้การสนับสนุนและปรึกษาหารือหลังการอบรม รูปแบบนี้จึงแตกต่างจากแนวทางเดิมและคาดว่าจะสามารถเสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนกว่า นำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพบริการและลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ในที่สุด[6]

ด้วยเหตุนี้ การวิจัยเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการเทคโนโลยีการวางแผนครอบครัวและการดูแลสุขภาพอนามัยสตรี เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของบุคลากรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7" จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อพัฒนารูปแบบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง เพิ่มขีดความสามารถของผู้ให้บริการ เสริมสร้างบริการที่เข้าถึงวัยรุ่นอย่างเหมาะสม และนำไปสู่การลดอัตราการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในการส่งเสริมการคุมกำเนิดในวัยรุ่น (ระยะที่ 1)

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการเทคโนโลยีการวางแผนครอบครัวและการดูแลสุขภาพอนามัยสตรี และตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ (ระยะที่ 2)

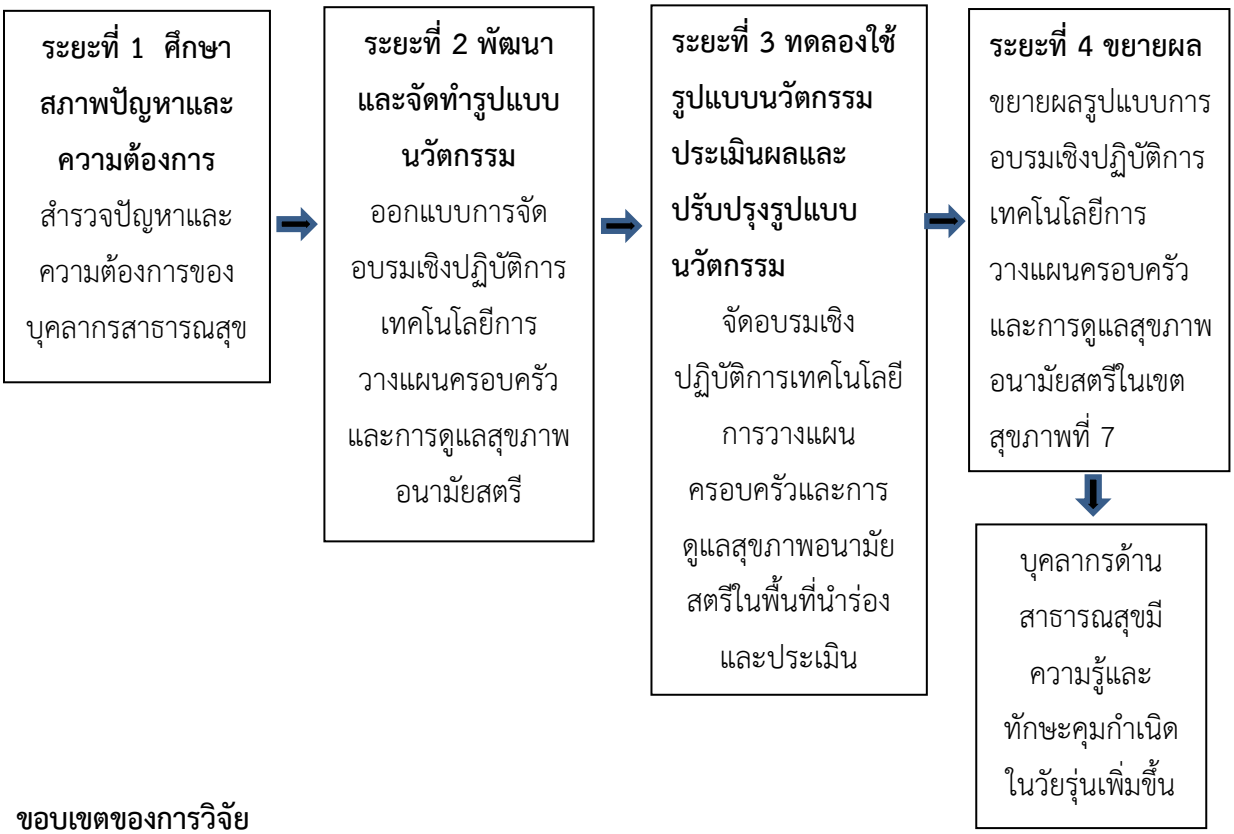
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการฯ ในการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่นำร่อง (ระยะที่ 3)

4. เพื่อประเมินผลการขยายผลการใช้รูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการฯ ในหน่วยบริการของเขตสุขภาพที่ 7 (ระยะที่ 4)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวทางวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบนวัตกรรมที่เน้นการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือบุคลากรสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น จำนวนทั้งสิ้นประมาณ 2,500 คน (ข้อมูล ณ ปี 2568) การเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระยะดำเนินการแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแต่ละระยะ

ระยะการวิจัย	กลุ่มเป้าหมาย	เกณฑ์การคัดเลือก	จำนวน
ระยะที่ 1: ศึกษาสภาพปัญหา	ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants)	บุคลากรผู้ปฏิบัติงานโดยตรงและผู้บริหารระดับนโยบาย	30 คน
ระยะที่ 2: พัฒนารูปแบบ	ผู้ทรงคุณวุฒิ (Experts)	ผู้เชี่ยวชาญด้านการวางแผนครอบครัว, อนามัยวัยรุ่น, การพัฒนาหลักสูตร	7 คน
ระยะที่ 3: ทดลองใช้รูปแบบ	ผู้เข้าร่วมการอบรม (Participants)	บุคลากรจากโรงพยาบาลนำร่อง 2 แห่ง มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 1 ปี	40 คน

ตารางที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแต่ละระยะ (ต่อ)

ระยะการวิจัย	กลุ่มเป้าหมาย	เกณฑ์การคัดเลือก	จำนวน
ระยะที่ 4: ขยายผล	ผู้เข้าร่วมการอบรม (Participants)	บุคลากรจากหน่วยบริการใน 3 จังหวัดที่เหลือในเขตสุขภาพที่ 7	92 คน

ขอบเขตด้านพื้นที่

การวิจัยดำเนินการในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับในเขตสุขภาพที่ 7 ครอบคลุม 4 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น, ร้อยเอ็ด, กาฬสินธุ์ และมหาสารคาม

ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2568 ถึง เดือนมีนาคม 2569

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของบุคลากรสาธารณสุข (มิถุนายน – กรกฎาคม 2568)

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อสำรวจสภาพปัญหา, ความต้องการ และอุปสรรคในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการคุมกำเนิดในวัยรุ่น กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคือบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารเชิงนโยบายในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 30 คน เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือคือแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ที่มีโครงสร้างครอบคลุมประเด็นด้านความรู้ ทักษะ การเข้าถึงทรัพยากร และทัศนคติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 พัฒนาและจัดทำร่างรูปแบบนวัตกรรมการอบรม (สิงหาคม – กันยายน 2568)

เป็นการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) และการประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Expert Group Meeting) โดยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เช่น ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) [4], แนวคิด Health Literacy [5] และรูปแบบการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ เพื่อสร้าง (1) ร่างหลักสูตรการอบรม (2) คู่มือสำหรับวิทยากรและผู้เข้าอบรม และ (3) สื่อประกอบการอบรม เครื่องมือในระยะนี้คือตารางสังเคราะห์รูปแบบนวัตกรรม ซึ่งเป็นผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากนั้นนำร่างรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมในการนำไปใช้

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบนวัตกรรม (ตุลาคม – ธันวาคม 2568)

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) รูปแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข 40 คนจากโรงพยาบาลนำร่อง 2 แห่งเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการอบรมใน

ด้านความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมการอบรม

ระยะที่ 4 ขยายผลและประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้ในวงกว้าง (มกราคม 2569)

เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อติดตามและประเมินผลการนำรูปแบบการอบรมไปใช้จริงในหน่วยบริการทั้งหมดของเขตสุขภาพที่ 7 (3 จังหวัดที่เหลือ) ในกลุ่มตัวอย่าง 92 คน โดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านการบริการ (Service Outcome Indicators) เช่น จำนวนวัยรุ่นที่เข้ารับบริการคำปรึกษา, อัตราการใช้ LARC

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Guideline)

ระยะที่ 2 ตารางสังเคราะห์รูปแบบนวัตกรรม (Innovation Model Synthesis Matrix) และแบบประเมินความเหมาะสมของร่างรูปแบบสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 3 แบบทดสอบความรู้ (MCQ 30 ข้อ, IOC=0.95), แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน, แบบประเมินความพึงพอใจ

ระยะที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลการให้บริการ (Service Provision Questionnaire) และแบบสัมภาษณ์เพื่อติดตามผล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับวัตถุประสงค์และระยะเวลาการวิจัย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของบุคลากรสาธารณสุข

กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวนทั้งสิ้น 92 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.4 (74 คน) ส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานตอนกลางถึงปลาย โดยกลุ่มอายุที่มากที่สุดคือ 31–40 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.4 (39 คน) ในด้านวุฒิการศึกษา ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 83.7 (77 คน) สำหรับประสบการณ์ทำงานด้านบริการสุขภาพ พบว่ามีสัดส่วนของผู้มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.3 (38 คน) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่มีประสบการณ์ อย่างไรก็ตาม มีบุคลากรร้อยละ 37.0 (34 คน) ที่ระบุว่าไม่เคยผ่านการอบรมการให้บริการวัยรุ่นมาก่อน

คะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการคุมกำเนิดในวัยรุ่นของบุคลากรสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 92 คน พบว่า คะแนนความรู้รวมเฉลี่ยอยู่ที่ 6.72 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.81) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามระดับความรู้ พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในเกณฑ์ปานกลาง (5–7 คะแนน) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.9 (56 คน) รองลงมาคือระดับความรู้สูง (8–10 คะแนน) ร้อยละ 22.8 (21 คน) และมีบุคลากรที่มีระดับความรู้ต่ำ (น้อยกว่า 5 คะแนน) ร้อยละ 16.3 (15 คน)

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบนวัตกรรมการอบรม

รูปแบบนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 มีชื่อว่า รูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการเทคโนโลยีการวางแผนครอบครัวและการดูแลสุขภาพอนามัยสตรี เขตสุขภาพที่ 7 โครงสร้างของนวัตกรรมประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) โมดูลเนื้อหา 2) กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ 3) ชุดสื่อ และ 4) แบบประเมินผล โดยผลัดกลยุทธ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาเป็นนวัตกรรม ว่าแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดอย่างไร ดังนี้ (1) องค์ประกอบที่ 1 เทคโนโลยีการวางแผนครอบครัว (FPT) ครอบคลุมความรู้ล่าสุดเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดทุกประเภท (2) องค์ประกอบที่ 2 การดูแลสุขภาพอนามัยสตรี (WHC) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้หญิงที่เชื่อมโยงกับการวางแผนครอบครัว (3) องค์ประกอบที่ 3 ทักษะการให้คำปรึกษาวัยรุ่น เทคนิคการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ และการให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น (4) องค์ประกอบที่ 4 การใช้สื่อดิจิทัล การใช้แอปพลิเคชัน โซเชียลมีเดียและเครื่องมือดิจิทัลอื่นๆ ในการให้ข้อมูลและคำปรึกษา

ระยะที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบนวัตกรรม

การทดลองใช้รูปแบบนวัตกรรมพบว่ามีประสิทธิผลสูงในการเพิ่มพูนความรู้ของบุคลากรสาธารณสุข โดย คะแนนความรู้รวมเฉลี่ย ได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนก่อนอบรม (Pre-test) อยู่ที่ 5.87 ±1.14 คะแนน และเพิ่มขึ้นเป็น 8.63 ±0.89 คะแนนหลังอบรม (Post-test) 2คิดเป็นผลต่างเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นถึง 2.76 คะแนน ด้วยค่า $p < 0.001$ และขนาดผล (Cohen's d) 2.59 ซึ่งถือเป็นขนาดผลใหญ่มาก เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า ความรู้ด้านเทคโนโลยีคุมกำเนิด เพิ่มขึ้น 2.70 คะแนน (จาก 6.10 เป็น 8.80) และความรู้ด้านบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น (YFHS) และการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้น 2.84 คะแนน (จาก 5.63 เป็น 8.47) โดยความรู้ในทุกด้านมีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด ($p < 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลคะแนนความรู้ก่อน-หลัง

ตัวชี้วัด	Pre Mean ± SD	Post Mean ± SD	Mean Diff	t(df=29)	p-value	Cohen's d
คะแนนความรู้รวม	5.87 ± 1.14	8.63 ± 0.89	+2.76	14.21	<0.001	2.59
ความรู้เทคโนโลยีคุมกำเนิด	6.10 ± 1.21	8.80 ± 0.77	+2.70	12.84	<0.001	2.34

ตารางที่ 2 ผลคะแนนความรู้ก่อน-หลัง (ต่อ)

ตัวชี้วัด	Pre Mean ± SD	Post Mean ± SD	Mean Diff	t(df=29)	p-value	Cohen's d
ความรู้บริการ YFHS/Counseling	5.63 ± 1.18	8.47 ± 0.92	+2.84	13.65	<0.001	2.49

ระยะที่ 4 ผลการขยายผลรูปแบบนวัตกรรม

รูปแบบนวัตกรรมไปใช้จริงในสถานบริการนำร่องและติดตามผลตามเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าการใช้บริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นในทุกตัวชี้วัดเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จำนวนผู้รับคำปรึกษาวัยรุ่น กีเพิ่มขึ้นถึงสาดเท่าตัว คิดเป็นร้อยละ 100.0 โดยเพิ่มจาก 148 คน เป็น 296 คน สำหรับจำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิดโดยรวม กีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ 79.2% โดยเพิ่มจาก 120 ราย เป็น 215 รายรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านการให้บริการจริงในสถานบริการ

ตัวชี้วัดบริการ	ก่อนใช้รูปแบบ (Baseline)	หลังใช้รูปแบบ (12 สัปดาห์)	ความเปลี่ยนแปลง (Δ)	เพิ่มขึ้น (%)
จำนวนผู้รับคำปรึกษาวัยรุ่น	148	296	+148	+100.0%
จำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิด	120	215	+95	+79.2%
จำนวนผู้ใช้ยาคุม/ถุงยาง	78	112	+34	+43.6%
จำนวนผู้เลือกใช้ LARC (ห่วง/ฝังยา)	15	47	+32	+213.3%
จำนวนการส่งต่อบริการเฉพาะทาง	22	35	+13	+59.1%
จำนวนกิจกรรมให้ความรู้ในโรงเรียน/ชุมชน	9	21	+12	+133.3%

ความพึงพอใจต่อนวัตกรรม/การอบรม

ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 30 คน พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจต่อรูปแบบนวัตกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.58 ± 0.50) เมื่อพิจารณาเป็นรายการ พบว่ารายการที่มีความ

พึงพอใจสูงสุดได้แก่ วิธีการอบรม/กิจกรรม (4.70 ±0.47) เนื้อหาเหมาะสม (4.63 ±0.49) และการประยุกต์ใช้จริงในงาน (4.53 ±0.51) ส่วนรายการ สื่อและวัสดุประกอบ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.47 ± 0.57 ซึ่งอยู่ในระดับมาก

อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการฯ ในครั้งนี้ประสบความสำเร็จในการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยในแต่ละระยะ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการอบรมที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่แท้จริง

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการเทคโนโลยีการวางแผนครอบครัวและการดูแลสุขภาพอนามัยสตรี เขตสุขภาพที่ 7 มีประสิทธิผลสูงในการเสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข ทั้งด้านความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สอดคล้องกับการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบนวัตกรรมจากผู้ทรงคุณวุฒิที่อยู่ในระดับเหมาะสมมากที่สุด สอดคล้องกับการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบนวัตกรรมจากผู้ทรงคุณวุฒิที่อยู่ในระดับเหมาะสมมากที่สุด ดังกล่าวสะท้อนว่ารูปแบบแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถครอบถ้วนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างยิ่งในการเพิ่มปริมาณการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง การเรียนรู้จากตัวแบบ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[5] ซึ่งเน้นการสร้างประสบการณ์แห่งความสำเร็จ (Mastery Experience) ผ่านการฝึกปฏิบัติกับสถานการณ์จำลอง ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Freeman et al[7] ที่ยืนยันว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) และการเรียนรู้โดยการลงมือทำ (Active Learning) มีประสิทธิภาพสูงกว่าการอบรมแบบบรรยาย (Passive Learning) ในการพัฒนาทักษะที่ซับซ้อน

2. ประสิทธิผลของรูปแบบการอบรมที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

อัตราการยอมรับของหน่วยบริการที่เข้าร่วมสูงถึงร้อยละ 90 แสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องของนวัตกรรมกับบริบทการบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 7 ทั้งนี้ ดังกล่าวสะท้อนว่ารูปแบบแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถครอบถ้วนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างยิ่งในการเพิ่มปริมาณการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ระยะเวลาติดตามผลที่ยังไม่ครอบคลุมผลลัพธ์ระยะยาว[6] จึงควรมีการขยายผลและติดตามผลในระยะยาวต่อไป รวมถึงพัฒนาสื่อและเทคโนโลยีให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของบริบทและพฤติกรรมวัยรุ่นต่อไป การที่รูปแบบการอบรมนี้บูรณาการการใช้สื่อดิจิทัลเป็นหนึ่งในองค์ประกอบหลัก สะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจในบริบทของวัยรุ่นยุคปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Michie et al.[8] ที่เน้นการปรับพฤติกรรมผ่านกลไกที่หลากหลายและเหมาะสมกับบริบท

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการ ประการแรก การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุม (Control Group) ทำให้การสรุปความเป็นสาเหตุและผลลัพธ์ (Causality) จากรูปแบบการอบรมเพียงอย่างเดียวอาจทำได้ไม่สมบูรณ์เต็มที่นัก เนื่องจากอาจมีปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคลากร ประการที่สอง การประเมินผลลัพธ์สุดท้ายยังเป็นการวัดผลในระยะสั้น (3 เดือนหลังการอบรม) ซึ่งอาจยังไม่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการควรนำรูปแบบนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการคุมกำเนิดในวัยรุ่น ในคลินิกวัยรุ่น (YFHS) และหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อยกระดับคุณภาพและความเป็นมิตรของบริการ

2. ควรบรรจุการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านเทคโนโลยีการวางแผนครอบครัวและสุขภาพอนามัยสตรีไว้ในแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการวิจัยประเมินผลรูปแบบการอบรมนี้ในระยะยาว (Long-term Evaluation) เช่น ติดตามผลที่ 1 ปี หรือ 2 ปี เพื่อประเมินความคงทนของความรู้และทักษะ และผลกระทบต่อตัวชี้วัดระดับประชากร เช่น อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2.ควรมีการวิจัยในรูปแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยและยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบการอบรมได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

3.ควรมีการศึกษาปัจจัยเชิงลึกอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำรูปแบบไปใช้ เช่น วัฒนธรรมองค์กร การสนับสนุนจากผู้บริหาร เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากนายแพทย์ชาตรี เมธาธราชิป ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่ผลักดันและส่งเสริมขวัญกำลังใจรวมถึงให้คำปรึกษาในการดำเนินการงาน ขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านในเขตสุขภาพที่ 7 ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยดีตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy. Geneva: WHO; 2022.
2. มเหศักดิ์ ภูริวัฒน์ภากร, แพรวทิพย์ สุธีรประเสริฐ, ธัญลักษณ์ วัฒน์ศิริธรรม. ผลของโปรแกรมการพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพวัยรุ่นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเขตสุขภาพที่ 7. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2567: 16(2), 151-52.
3. United Nations Population Fund. State of world population 2021: My body is my own – Claiming the right

to autonomy and self-determination. New York: UNFPA; 2021.

4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นประเทศไทย ปี 2568. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2569.
5. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
6. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259–67.
7. Freeman S, Eddy SL, McDonough M, Smith MK, Okoroafor N, Jordt H, et al. Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. Proc Natl Acad Sci U S A. 2014;111(23):8410-5.
8. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implement Sci. 2011;6:42.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างทักษะการบีบเก็บน้ำนมโดยใช้สื่อเสื้อสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมจากเต้าหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

กรรณิการ์ มณีวรรณ[1], วนิธ อนุเวช[2]

(วันที่รับบทความ: 9 มกราคม 2569, วันที่แก้ไข: 18 กุมภาพันธ์ 2569, วันที่ตอบรับ: 19 กุมภาพันธ์ 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกทักษะการบีบเก็บน้ำนมด้วยมือโดยใช้สื่อเสื้อสาธิต ต่อความรอบรู้ ทักษะการบีบเก็บน้ำนม และความพึงพอใจในหญิงหลังคลอด โดยทำการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ 3 ครั้ง (One-group pretest-posttest design with follow-up) ในกลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอด แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ระหว่างเดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 35 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยคือ โปรแกรมฝึกทักษะและสื่อเสื้อสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนม ประเมินผล 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนการทดลอง, หลังการทดลองทันที และติดตามผลหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ One-way repeated measures ANOVA กำหนด ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.05

ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 35 คน มีอายุเฉลี่ย 24.9 ปี พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้และทักษะการบีบเก็บน้ำนมภายหลังได้รับโปรแกรม (ทั้งระยะหลังทดลองทันทีและระยะติดตามผลหลังจำหน่าย) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) โดยกลุ่มตัวอย่างมีทักษะการบีบเก็บน้ำนมถูกต้องครบทุกรายในระยะติดตามผล นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อสื่อเสื้อสาธิตอยู่ในระดับมากที่สุด

โปรแกรมฝึกทักษะโดยใช้สื่อเสื้อสาธิตช่วยพัฒนาความรอบรู้และทักษะการปฏิบัติจริงของหญิงหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: สื่อเสื้อสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมจากเต้า , การบีบเก็บน้ำนม , หญิงหลังคลอด

---

[1]**อาจารย์ประจำภาควิชามารดาทารกและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น**

[2]**แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช**

Corresponding author: กรรณิการ์ มณีวรรณ e-mail: pu.maneeone@gmail.com

The Effectiveness of a Breast Milk Expression Skills Training Program Using a Teaching Bra for Demonstrating Breast Milk ExpressionPostpartum Women at Somdej Phrajao Taksin Maharaj Hospital

Kunnika Maneewun[1], Wanit Anuwat[2]

(Received: 9th January 2026, Revised: 18th February 2026, Accepted: 19th February 2026)

Abstract

This research was conducted to study the effectiveness of a manual breast milk expression training program using a demonstration garment on breast milk expression knowledge, skills, and satisfaction in postpartum women. A quasi-experimental research design using a one-group pretest-posttest design with follow-up was employed in a sample of 35 postpartum women from the postpartum ward of Somdej Phra Chao Taksin Maharaj Hospital between November and December 2025. The sample was selected using systematic random sampling. The research instruments were a skills training program and a breast milk expression demonstration garment. Evaluations were conducted at three stages: before the intervention, immediately after the intervention, and two weeks after discharge. Data were analyzed using descriptive statistics and One-way repeated measures ANOVA. The statistical significance level was set at p-value <0.05.

The results showed that the 35 participants, with an average age of 24.9 years, had improved average scores on breast milk expression knowledge and skills after receiving the program. (Both in the immediate post-test and follow-up periods) were significantly higher than before receiving the program (p-value <0.05). All participants demonstrated correct breast milk expression skills during the follow-up period. In addition, participants showed the highest level of satisfaction with the demonstration shirt.

The skills training program using the demonstration Bra effectively developed the knowledge and practical skills of postpartum women and can be applied to promote breastfeeding in the long term.

Keywords: Teaching aid for demonstrating breast milk expression, breast milk expression, postpartum women

---

[1]**Faculty of Nursing, Northern Tak College.** [2]**Postpartum Department, Somdej Phra Taksin Maharaj Hospital. Corresponding Author: Kunnika Maneewun e-mail: pu.maneeone@gmail.com**

บทนำ

นมแม่เป็นสิ่งที่มีคุณค่าทางโภชนาการและภูมิคุ้มกันสูงสุดสำหรับทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกที่คลอดทุกคนทั้งก่อนกำหนดและคลอดปกติ ซึ่งมีโปรตีน เกลือแร่ และพลังงานสูง การได้รับนมแม่ช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและทางเดินอาหาร รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตในทารก ป่วย องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาทั่วโลกพบว่ามีทารกคลอดก่อนกำหนดเพียงร้อยละ 2 เท่านั้นที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน ในประเทศไทยพบว่าอัตราการได้รับนมแม่อย่างเดียวลดลงและคงที่เพียงร้อยละ 50 และจากข้อมูลการสำรวจสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งประชาชาติพบว่ามีเด็กไทยเพียงร้อยละ34 ของทารกที่ได้กินนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอดและมีเพียงร้อยละ14 ที่กินนมแม่อย่างเดียวหกเดือนโดยไม่ได้รับน้ำหรืออาหารอย่างอื่นผสม[1] กรมอนามัยตั้งเป้าหมายกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรกของชีวิต และกินนมแม่ต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้น สำหรับโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง ในปี 2565-2567 ร้อยละ 57,55 และ 52 ตามลำดับ[2] จากรายงานผลงานประจำปี 2568 แผนกหลังคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช พบว่า ผู้มาคลอดที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ จะเป็น เคส พิเศษและผ่าตัดคลอด คลอดปกติจะมีประเมิน 1-3 รายต่ออาทิตย์และทั้งสองกรณีจะไม่มีความมั่นใจในการให้นมแม่เนื่องจากจะกลับมาช่วงลาคลอดและทิ้งทารกให้แม่ของตนเองหรือสามีดูแล หรือญาติหลังจากลาคลอด 15 วัน จะกลับไปทำงานต่างจังหวัด ดังนั้น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนจึงยังไม่มีการติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำประดิษฐ์และพัฒนานวัตกรรมเสื้อสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมโดยสิ่งประดิษฐ์และยังไม่ได้รวบรวมข้อมูลทักษะในการบีบเก็บนมของหญิงหลังคลอด หนึ่งชั่วโมงและภายใน 3 วันหลังคลอด และหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 อาทิตย์ ปัญหาหลักประการหนึ่งคือทารกไม่สามารถดูดนมแม่ได้เนื่องจากมารดาขาดความรู้และพร่องทักษะการบีบเก็บน้ำนมจากเต้าด้วยมือในระยะหลังคลอดภายใน 3 วันหญิงหลังคลอด ไม่ได้รับการกระตุ้นเพียงพอและขาดความมั่นใจในบีบเก็บน้ำนมที่มีการสร้างและหลั่งน้ำนมอย่างเพียงพอในระยะหลังคลอด

อย่างไรก็ตาม หญิงหลังคลอดหลายรายยังขาดความรู้และมีทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการบีบเก็บน้ำนม ทำให้ความตั้งใจลดลงและไม่สามารถบีบเก็บน้ำนมได้เพียงพอ นอกจากนี้การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมยังส่งผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว การนำสื่อการเรียนรู้มาใช้เพื่อเพิ่มทักษะและความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบีบเก็บน้ำนมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เสื้อสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมจากเต้าประกอบด้วยเต้านมจำลอง(มีลูกบอลจำลองท่อน้ำนมและกระเปาะ) สามารถใช้เป็นเครื่องมือสาธิตและฝึกทักษะการบีบเก็บน้ำนมด้วยมือ

อย่างถูกวิธีได้ การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างทักษะและความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อเสื้อสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมจากเต้าแผนกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เพื่อส่งเสริมให้หญิงหลังคลอดมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติการบีบเก็บน้ำนมได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะโดยใช้สื่อเสื้อสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมด้วยมือจากเต้า ต่อความรอบรู้และทักษะการบีบเก็บน้ำนมด้วยมือของหญิงหลังคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชโดยเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม รวมถึงติดตามผลลัพธ์การปฏิบัติการให้นมแม่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์

สมมุติฐานการวิจัย

หลังการฝึกทักษะการบีบเก็บน้ำนมโดยใช้เสื้อสอนสาธิต เป็นสื่อการสอนที่ใช้เสริมสร้างทักษะการบีบเก็บน้ำนมในหญิงหลังคลอดมีคะแนนความรอบรู้และทักษะการบีบเก็บน้ำนมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการบีบเก็บน้ำนมด้วยสอนเสื้อสอนสาธิต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

Pre Test	Post Test	ติดตาม 2 weeks
โปรแกรมการสร้างทักษะการบีบเก็บน้ำนมด้วยสื่อเสื้อสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมจากเต้า 1.การเสริมสร้างความรอบรู้ การบีบเก็บน้ำนมแม่ 2.การเสริมสร้างทักษะ การบีบเก็บน้ำนมแม่ด้วยสื่อเสื้อสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมแม่ด้วยมือ	**ความรอบรู้และทักษะการบีบเก็บน้ำนมจากเต้าด้วยมือ** 1.ความรอบรู้ การบีบเก็บน้ำนมแม่ 2.ทักษะการบีบเก็บน้ำนมแม่จากเต้าด้วยมือ	**การบีบเก็บน้ำนมให้ทารกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล**

รูปภาพ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำสามครั้ง (Quasi-experimental research: One-group repeated measures design) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนการได้รับโปรแกรม, หลังได้รับโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย ดำเนินการเก็บข้อมูล ณ หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ในช่วงเดือนพฤศจิกายน ถึงธันวาคม พ.ศ. 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลทั่วไป ของหญิงหลังคลอด เช่น อายุ ระดับการศึกษา ระดับการอ่าน ระดับการเขียนภาษาไทย รายได้ เชื้อชาติ สิทธิการักษา การได้รับข้อมูลการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรอบรู้เรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการบีบเก็บน้ำนมจากเต้า (การเข้าถึง การเข้าใจ การวิเคราะห์ การประยุกต์ใช้)

2.แบบสัมภาษณ์เชิงลึก/การสังเกตุการสาธิตย้อนกลับการใช้สื่อเสื้อสอนสาธิต เพื่อประเมินพฤติกรรมและทักษะการปฏิบัติการบีบเก็บน้ำนม 5 จังหวะ (การวาง การกด การบีบ การปล่อย การเปลี่ยน) และการให้ทารกดูดนมจากเต้านมแม่หลังคลอด 2 อาทิตย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data)

1.ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.ข้อมูลเปรียบเทียบ วิเคราะห์ผลของโปรแกรมการสร้างทักษะและความรอบรู้เปรียบเทียบ ก่อน หลังการใส่โปรแกรมการสร้างทักษะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการบีบเก็บน้ำนมแม่ใช้สื่อสาธิตเสื้อสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมจากเต้า และข้อมูลการให้นมลูกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 อาทิตย์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันแต่วัดซ้ำ 3 ครั้งภายใต้เงื่อนไขเวลาที่ต่างกัน เพื่อทดสอบทางสถิติค่าเฉลี่ยของหนึ่งกลุ่มวัด 3 ครั้ง (ก่อน หลัง 2 อาทิตย์)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หญิงหลังคลอด ในแผนกหลังคลอดที่มาคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 - ธันวาคม 2568 การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป **G*Power Version** 3.1[3] สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ด้วยการทดสอบด้วยสถิติที (**Pair T-Test)** โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (**Power analysis)** ที่ระดับ 80 % กำหนดค่าความผิดพลาดที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 5 กำหนดขนาดอิทธิพล (**Effect size)** ของประชากรที่ระดับกลาง (**Medium Effect Size)** คือระดับ 0.5[4] จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 34 คน ได้มีการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่อาจจะสูญหายไป หรือ กลุ่มตัวอย่างที่อาจไม่มาตามนัดอีก 5% ประมาณ คิดเป็น 1 คน ดังนั้นต้องการกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 35 คน

คุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content validity index(CVI) ได้ 1.0 ครอบคลุมความรอบรู้และทักษะการบีบเก็บน้ำนม 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การวิเคราะห์และการประยุกต์ใช้ มีความเที่ยงภายใน Cronbach’s Alpha = 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ผลของโปรแกรมเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการใส่โปรแกรมการสร้างทักษะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการบีบ

เก็บน้ำนมแม่ใช้สื่อเสื้อสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมจากเต้า และข้อมูลการให้นมลูกหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช 2 อาทิตย์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันแต่วัดซ้ำ 3 ครั้งภายใต้เงื่อนไขเวลาที่ต่างกันเพื่อทดสอบ ทางสถิติค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกำหนด p-value <0.05 เป็นระดับนัยสำคัญทางสถิติ

ขั้นตอนการวิจัย

1. ประสานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าแผนกหลังคลอด

2. ชี้แจงการวัตถุประสงค์การวิจัยและแบบสัมภาษณ์รวมถึงการบันทึกข้อมูลเพื่อช่วยป้องกันปัจจัยเสี่ยงและอคติจากกระบวนการสัมภาษณ์

3. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำแบบสัมภาษณ์ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของเนื้อหาและข้อมูลเข้าระบบคอมพิวเตอร์ด้วย ให้ตรงกับข้อมูลที่อยู่ในแบบสัมภาษณ์ดังกล่าวได้นำมาตรวจสอบและจัดการข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ และวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

4. โปรแกรมการสร้างทักษะการบีบเก็บน้ำนมโดยใช้สื่อเสื้อสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมจากเต้า ในหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ดำเนินการดังนี้

วันที่ 1 ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์หญิงหลังคลอดข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้และทักษะการบีบเก็บน้ำนมด้วยมือ

วันที่ 2-3 ผู้วิจัยส่งเสริมความรอบรู้และฝึกทักษะการบีบเก็บน้ำนมโดยใช้สื่อเสื้อสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมและให้หญิงตั้งครรภ์สาธิตย้อนกลับโดยใช้สื่อเสื้อสอนสาธิตเป็น 5 จังหวะ(การวาง การกด การบีบ การปล่อย การเปลี่ยน) ดังนี้

1. การวาง การวางนิ้วมือ จัดนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เป็นรูปตัว U และอยู่ในระนาบเดียวกันวางนิ้วเฉพาะกระดูกนิ้วท่อนปลาย (distal phalanges) ไว้บนเต้านม ห่างจากฐานหัวนม 2 นิ้วมือหรือ 3 ซม.

2. การกด กดนิ้วเฉพาะกระดูกนิ้วท่อนปลายเข้าหากระดูกทรวงอก

3. **การบีบ** โดยบีบนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เฉพาะกระดูกนิ้วท่อนปลาย เข้าหากัน เพื่อให้บีบถูกพื้นที่ที่เป็นต่อมสร้างน้ำนมกว้างที่สุดและออกแรงบีบได้ทั้งสองนิ้ว โดยที่นิ้วอยู่หลังลานหัวนม ไม่ถูไถไปบนผิวหนัง และเข้าไปในลานหัวนม ถ้าบีบกับเสื้อสอนสาธิตถูกต้องตรงกระเปาะและท่อน้ำนมจะมี**<u>เสียงดังและมีแสง</u>** สังเกตุลานหัวนมต้องไม่ย่นหรือยู่ การย่นและยู่ของลานนมเวลาบีบน้ำนม เป็นปัจจัยของการเกิดรอยย่นของลานหัวนม (areola wrinkle)

4. **การปล่อย** *หรือ*คลายนิ้วที่บีบโดยนิ้วไม่ถูกยกขึ้นจากผิวหนัง

5. การเปลี่ยน ตำแหน่งการวางมือจากจุด12,6 นาฬิกาเป็น 11,5 นาฬิกา 10,4 นาฬิกา) เมื่อน้ำนมไหลน้อย เพื่อบีบน้ำนมออกให้ทั่วเต้า ควรสลับเต้านมโดยทำสลับไป มา 3-4 รอบ เฉลี่ยประมาณข้างละ 15 นาที และเก็บจนเกลี้ยงเต้าหรือเต้านมนุ่ม

จากนั้นสัมภาษณ์ความรอบรู้และทักษะการบีบเก็บน้ำนมด้วยมือและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และ ความพึงพอใจในการใช้สื่อเสื้อสาธิตการบีบเก็บน้ำนมจากเต้า

วันที่ 14 หลังจากจำหน่ายสัมภาษณ์หญิงหลังคลอดเกี่ยวกับความรอบรู้และทักษะการบีบเก็บน้ำนมด้วยมือและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

6. จัดทำรายงานผลการศึกษา และข้อเสนอเชิงนโยบายในการบีบเก็บน้ำนมด้วยมือเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

ประเด็นจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น ตาม เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0071/2568 ลงวันที่ 20 กรกฎาคม 2568 โดยคำนึงถึงอันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ขอการวิจัยและขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยและแจ้งผู้ร่วมวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการวิจัย ผลงานวิจัยที่ได้นำไปใช้เป็นการแก้ไขปัญหาการคัดตึงเต้านม น้ำนมไม่ไหลโดยให้หญิงหลังคลอดสาธิตการใช้สื่อ ย้อนกลับและบีบเก็บน้ำนมจากเต้านมแม่ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน การเผยแพร่งานวิจัยจะมีการตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์และพยาบาลเพื่อเป็นประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลทั่วไปของหญิงหลังคลอด** ส่วนใหญ่ อายุของหญิงหลังคลอด อยู่ในช่วงอายุ 21-25 ปี ร้อยละ 40.0 สถานภาพ คู่ ร้อยละ 88.6 โสด ร้อยละ 11.4 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมต้น ร้อยละ 31.6ระดับการอ่านและการเขียนอยู่ในระดับอ่านและเขียน ไม่คล่อง ร้อยละ 65.7, 84.6 ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่เกษตรกร ร้อยละ 62.9 รองลงมาคือรับจ้าง และรับราชการ ร้อยละ 17.1 เชื้อชาติไทย ร้อยละ 45.7 รองลงมาพม่าและชาวเขา ร้อยละ 20, 17.1 ตามลำดับ และการนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 77.71 เป็นส่วนใหญ่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (n=35)	ร้อยละ
อายุ	< 20 ปี	6	17.1
	20-25 ปี	14	40.0
	25-30 ปี	11	31.6
	> 30 ปี	4	11.3
สถานภาพ	สมรส	31	88.6
	โสด	4	11.4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=35)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา	6	17.1
ต่ำกว่าประถม	6	17.1
ประถมศึกษา	11	31.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	17.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	17.1
อนุปริญญาและปริญญาตรี		
ระดับการอ่าน	6	17.1
อ่านไม่ได้	23	65.8
อ่านได้ไม่คล่อง	6	17.1
อ่านได้คล่อง		
ระดับการเขียน	12	34.3
เขียนไม่ได้	17	48.6
เขียนได้ไม่คล่อง	6	17.1
เขียนได้คล่อง		
ระดับรายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	24	68.6
5,000 -10,000 บาท	6	17.1
10,000 -20,000 บาท	5	14.3
อาชีพ เกษตรกร	22	62.9
รับจ้าง	7	20.0
รับราชการ	6	17.1
เชื้อชาติ		
ไทย	22	62.9
พม่า	7	20.0
ชาวเขา	6	17.1
ศาสนา		
ไม่นับถือศาสนา	2	5.7
พุทธ	27	77.1
อิสลาม	5	14.3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=35)	ร้อยละ
คริสต์	1	2.9
สิทธิการรักษา		
กรมบัญชีกลาง	13	37.1
ประกันสังคม	12	34.3
บัตรทอง	10	28.6

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลการตั้งครรภ์และการได้รับความรู้การบีบเก็บน้ำนม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 77.1 รองลงมาตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 และครรภ์ที่ 3 ร้อยละ 17.2,5.7 ตามลำดับ สำหรับวิธีการคลอดส่วนใหญ่ คลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 62.9 รองลงมาคือผ่าตัดคลอด ร้อยละ 37.1 หลังคลอด ลูกมาอยู่กับด้วยแม่ ภายใน 2 ชม ร้อยละ 77.1 และมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือนขึ้นไปถึงร้อยละ 62.9 และส่วนใหญ่ได้รับความรู้และคำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร้อยละ 65.8 จากพยาบาลแผนกฝากครรภ์และหลังคลอดหรือเจ้าหน้าที่อื่นๆในโรงพยาบาล รองลงมาจาก อินเตอร์เน็ต ไลน์ ร้อยละ 34.3 และคำแนะนำจากญาติ พี่น้อง ร้อยละ 5.7

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลการตั้งครรภ์ หลังคลอด และการได้รับความรู้การบีบเก็บน้ำนม

ข้อมูลการตั้งครรภ์และหลังคลอด	จำนวน (n=35)	ร้อยละ
การตั้งครรภ์		
ครรภ์ที่ 1	27	77.1
ครรภ์ที่ 2	6	17.2
ครรภ์ที่ 3	2	5.7
วิธีการคลอด		
การคลอดทางช่องคลอด	22	62.9
การผ่าตัดคลอด	13	37.1
ลูกมาอยู่กับด้วยแม่ ภายใน		
ระยะเวลา 2 ชั่วโมงหลังคลอด	27	77.1
มากกว่า 2 ชั่วโมง	8	22.9

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลการตั้งครรภ์ หลังคลอด และการได้รับความรู้การบีบเก็บน้ำนม

ข้อมูลการตั้งครรภ์และหลังคลอด	จำนวน (n=35)	ร้อยละ
ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว		
ตั้งใจ 3 เดือน	10	28.6
ตั้งใจเกิน 6ขึ้นไป	22	62.9
ไม่ตั้งใจ	3	8.5
การได้รับความรู้การบีบเก็บน้ำนม		
ไม่ได้รับความรู้	12	34.2
ได้รับความรู้(สามารถตอบได้มากกว่า 1)	23	65.8
-จากพยาบาล	16	45.7
-อินเตอร์เน็ต ไลน์	12	34.3
- แม่ พี่สาว ญาติ	2	5.7

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียวของความรอบรู้และทักษะการบีบเก็บน้ำนมจากเต้าโดยใช้เสื้อสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนม

ตัวแปร	ก่อนรับโปรแกรม M(SD)	หลังรับโปรแกรม M(SD)	2 อาทิตย์ M(SD)	F P-value
ความรอบรู้	62.25	65.39	65.25	16.571
	(10.96)	(10.80)	(11.06)	<.001
ทักษะการบีบเก็บน้ำนม	46.90	51.05	52.98	16.917
	(8.62)	(9.43)	(10.36)	<.001

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้และทักษะการบีบเก็บน้ำนมจากเต้าด้วยสื่อเสื้อสอนสาธิต ก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความรอบรู้และทักษะการบีบเก็บน้ำนมจากเต้า หลังได้รับโปรแกรมและหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว พบว่า ค่าเฉลี่ยของความรอบรู้และทักษะการบีบเก็บน้ำนมจากเต้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่ม(ก่อน หลังและ 2 อาทิตย์) ที่ได้รับโปรแกรมจะมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้และทักษะการบีบเก็บน้ำนมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม นอกจากนี้การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ก่อน หลังโปรแกรม เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 62.25 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 65.39 สำหรับค่าเฉลี่ยทักษะการบีบเก็บน้ำนม ก่อน หลังโปรแกรม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.90. เป็นร้อยละ 52.98

ตารางที่ 4 ร้อยละของความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อสื่อเสื้อสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมจากเต้า หลังจากการสาธิตย้อนกลับการใช้สื่อ

ความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ		
ระดับ 3	2	5.7
ระดับ 4	7	20.0
ระดับ 5	26	74.3
เหตุผลที่พึงพอใจ		
ใช้ง่าย ไม่อาย	7	20.0
ง่าย สะดวก สามารถนำใช้สอนทุกแห่ง	10	28.6
สอนจำง่าย มั่นใจเพิ่มขึ้น	12	34.3
สามารถทำตาม 5 จังหวะที่สอน	6	17.1

จากตารางที่ 4 พบว่าความพึงพอใจต่อสื่อเสื้อสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ดีมาก (ระดับ 5) ร้อยละ 74.3 รองลงมาระดับดี (ระดับ 4) ร้อยละ 20.0 และเหตุผลที่พึงพอใจสื่อคือ สอนจำง่าย มั่นใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 34.3 ง่าย สะดวก สามารถนำใช้สอนทุกแห่ง ร้อยละ 28.6 รองลงมาคือเหตุผลใช้ง่าย สะดวก และสามารถทำตาม 5 จังหวะที่สอน ร้อยละ 20.0 , 17.1 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างทักษะการบีบเก็บน้ำนมโดยใช้สื่อเสื้อสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนม หญิงหลังคลอดจากโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชมีความมั่นใจในการบีบเก็บน้ำนมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมและสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องหลังการจำหน่าย สอดคล้องกับผลงานวิจัยต่างประเทศ[5] Lawin N. & Boonperm P ที่ชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ hand expression milk techniques สามารถเพิ่มการทักษะและหญิงหลังคลอดให้นมลูกอย่างต่อเนื่องของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทั้งภายในปีแรกหลังคลอด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อพัฒนาการของทารกและลดการเลี้ยงด้วยนมผสมได้อย่างเด่นชัด สอดคล้องกับผลงานวิจัย[6] ของDemirci JR ในสหรัฐอเมริกา พบว่า การให้การศึกษาการบีบเก็บน้ำนมผ่านการปรึกษาแบบออนไลน์ (tele-lactation) เพิ่มความเชื่อมั่นและผลลัพธ์การให้นมแม่ได้ถึง 12 เดือนหลังคลอด นอกจากนั้นผลศึกษาที่ชี้ว่าถ้าเริ่มฝึกมือบีบ (hand expression) ในช่วงก่อนคลอดและหลังคลอดให้สม่ำเสมอ จะช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องและเพิ่มเปอร์เซ็นต์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในเดือน ที่ 3–6 เดือนหลังคลอด

สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทย[7,8,9]ที่พบว่า การสอนโปรแกรมการบีบเก็บน้ำนมมือช่วยเพิ่มความมั่นใจของมารดาและอัตราความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการฝึกเสริมทักษะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลต่อประสิทธิภาพ การให้สารน้ำนม และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพในกลุ่มวัยรุ่น

การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรม

โปรแกรมที่พัฒนานี้เป็นการใช้นวัตกรรมที่ผู้วิจัยประดิษฐ์และใช้เป็นสื่อการสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมด้วยมือสาขาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ โดยเฉพาะสิ่งประดิษฐ์ที่ออกแบบเป็นสื่อเสื้อสอนสาธิตและขั้นตอนการฝึกปฏิบัติที่เข้ากับบริบทของหญิงหลังคลอดเป็นการใช้หลักการจากงานวิจัยของ[10] จตุพร เพิ่มพรสกุล และปิยรัตน์ รอดแก้ว ในการศึกษาวิจัย ด้านการเสริม Self-efficacy และ experiential learning สื่อนี้ยังสามารถใช้เป็นโมเดลการฝึกสาธิตย้อนกลับในการฝึกทักษะการบีบเก็บนมแม่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง คือ ตำแหน่งของท่อน้ำนมและกระเปาะน้ำนม (มีเสียง แสง) เพิ่มความมั่นใจ ไม่อาย ถือว่าเป็นการส่งเสริมทัศนคติของหญิงหลังคลอดในความตั้งใจบีบเก็บน้ำนม คลายความเครียดของหญิงหลังคลอด ลดการอักเสบและคัดตึงเต้านมหลังคลอดนอกจากนั้น การบีบเก็บน้ำนมจากเต้าช่วยสร้างและหลั่งน้ำนมโดยยึดและคณะใช้หลัก 4 ข้อคือ เริ่มบีบเร็ว บีบบ่อย บีบถูกวิธีและบีบเกลี้ยงเต้า สอดคล้องกับการศึกษาของ[12]กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์และคณะเกี่ยวกับการบีบด้วยมือเป็นวิธีที่ง่ายเป็นพื้นฐาน ในการกระตุ้นน้ำนมที่เลือนแบบการดูดนมของทารกได้ดีที่สุด ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถขยายผลไปใช้ในสถานบริการสาธารณสุขทั้งระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิหรือใช้เป็นสื่อการสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมระดับประเทศเนื่องจากโปรแกรมนี้สามารถเพิ่มความรู้ ความเชื่อมั่น และเสริมสร้างทักษะการบีบเก็บน้ำนมอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย สะดวกในการพกพาและมีแนวโน้มช่วยส่งเสริมให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้น การออกแบบเทคนิคการสอนที่ สั้นกระชับเกี่ยวกับการบีบเก็บ 5 จังหวะ (การวาง การกด การบีบ การปล่อย การเปลี่ยน) ทำให้ผู้รับบริการ เข้าใจง่ายและสร้างเสริมทักษะการบีบเก็บน้ำนมจากเต้าและใช้สื่อเสื้อสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมด้วยมือจากเต้าสร้างความมั่นใจในการฝึกทักษะโดยมีการสาธิตย้อนกลับในการบีบเก็บน้ำนมจากเต้าด้วยมือเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะแม่หลังคลอดที่ทำงานนอกบ้าน การสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมก่อนจำหน่ายเพื่อให้ทารกได้รับน้ำนมแม่อย่างต่อเนื่องดังนั้นสื่อเสื้อสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมดังกล่าวเสริมสร้างความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการบีบเก็บน้ำนมส่งลูกเป็นการสร้างพลังความเชื่อมั่นที่ทำให้หญิงหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้านสามมารดบีบเก็บน้ำนมส่งลูกได้อย่างต่อเนื่องและในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนให้ประสบความสำเร็จตามแผนพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติไปสู่การเป็นนโยบายทางด้านสาธารณสุขของประเทศในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมโดยใช้สื่อเสื้อสอนสาธิตควรมีการส่งเสริมกิจกรรมการอ่านและการสืบค้นข้อมูลเพื่อหาคำตอบด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

2. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีสื่อสอนสาธิตการบีบเก็บน้ำนมด้วยตนเองในสถานบริการสาธารณสุขแผนกหลังคลอด หรือแผนกฝากครรภ์ทุกระดับในประเทศโดยใช้เป็นสื่อการสอนฝึกทักษะสำหรับนักศึกษาพยาบาล นักศึกษาแพทย์ และพยาบาลในการปฏิบัติงานแผนกฝากครรภ์และแผนกหลังคลอดในการสร้างความรอบรู้และให้ผู้รับบริการมีทักษะในการบีบเก็บน้ำนมและเตรียมการพร้อมเต้านมในระยะตั้งครรภ์เพื่อเพิ่มความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

3. ควรออกแบบนโยบายการสื่อการบีบเก็บน้ำนมที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทของหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอดที่เป็นพม่า ชาวเขา และการสื่อสารประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่คำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีข้อจำกัดต่าง ๆ

กิตติกรรมประกาศ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยครั้งนี้จากแผนกสูติ-นรีเวชโรงพยาบาลเถิน, กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพกรมอนามัย,ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น,คลินิกนมแม่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และความร่วมมือของหัวหน้าแผนกหลังคลอดพยาบาล และผู้รับบริการหลังคลอดทุกคนจากโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช รวมทั้งคณะผู้บริหารวิทยาลัยนอร์ทเทิร์นและคณะพยาบาลศาสตร์ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.Global Nutrition Targets 2025:Breastfeeding policy brief 2014. Available from http://www.who.int/nutrition/publications/globalltargets 2025.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. รายงานอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว นาน 6 เดือน (อินเทอร์เน็ต) ตาก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก;2568
3. Faul F,Erdfelder E,Lang AG,Buchner A.G Power:A flexible statistical power analysis program for the social , behavioral,and biomedical sciences. Behav Res Methods.2007;39(2):175-91
4. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed.Hillsdale(NJ): Lawrence Erlbaum Associates;1988.
5. Lawin, N. & Boonperm, P. The effects of breast milk hand expression teaching program on confidence with breast milk quantity and success of breastfeeding among postpartum mothers. *Journal of Medicine and Health Sciences.* 2023.
6 .Demirci JR et al. Effect of antenatal milk expression education on

lactation outcomes (PREPARE trial), *International Breastfeeding Journal. 2023*

7. Intasorn, A., Kala, S. & Youngwanichsetha, S. Development of a self-efficacy in breast milk expression promoting program for cesarean mothers with gestational diabetes mellitus: a pilot study. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice.2024*.
8. Pan-inpang, A., Phahuwatanakorn, W., & Limruangrong, P. Effects of breastfeeding skill training program on efficiency, self-efficacy, and exclusive breastfeeding rate among first- time adolescent mothers. *Nursing Science Journal of Thailand.2021*
9. Piyaporn Prasitwattanaseree et al. Effectiveness of breastfeeding skills training and support program among first-time mothers. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research.2025.*
10. จตุพร เพิ่มพรสกุล และปิยรัตน์ รอดแก้ว. ผลของการใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC กับความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด.N Breast feeding Assessment. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*. 2024.
11. บุญศรี จันทร์เพ็ญ . ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีที่นำลูกเข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข.* 2024.
12. กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์,พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม ,นันทิยา วัฒนายุ,สุพินดา เรืองจิรัษเฐียร, สุดา ภรณ์ พยัคฆเรือง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพมหานคร:ห้างหุ้นส่วนจำกัดพรี-วัน. 2555

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานและสร้างสุขภาวะองค์กรในสถานประกอบกิจการแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย : เขตสุขภาพที่ 7

สุนันทินี ศรีประจันทร์ [1], ชัญญานุช ปานนิล[2], ผดุงศักดิ์ ศรีวาส [3]

(วันที่รับบทความ: 28 ตุลาคม 2568, วันที่แก้ไข: 18 มกราคม 2569, วันที่ตอบรับ: 3 กุมภาพันธ์ 2569)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์สุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และ 2) พัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานและสร้างสุขภาวะองค์กรในสถานประกอบกิจการแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย วิธีการวิจัย โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน (PAOR) กลุ่มตัวอย่างในการประเมินประสิทธิผลคือ พนักงานกลุ่มเสี่ยงต่อสุขภาพ (เช่น BMI เกินเกณฑ์, เสี่ยง NCDs) จำนวน 172 คน เก็บข้อมูลสถานะสุขภาพ (รอบเอว เปอร์เซ็นต์ไขมัน, ระดับน้ำตาลในเลือด, ความดันโลหิต) และพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบระยะเวลา 4 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired–t–test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะอ้วน ร้อยละ 61.0 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มร้อยละ 90.70 กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 72.10 รูปแบบที่ได้จากการพัฒนามี 9 กิจกรรมหลัก หลังการทดลองใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของรอบเอว, เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย, ระดับน้ำตาลในเลือด, และความดันโลหิตตัวล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น โดยเฉพาะการลดการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ความพึงพอใจโดยภาพรวมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับมาก

สรุปและข้อเสนอแนะรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ นี้มีประสิทธิผลในการปรับปรุงสถานะสุขภาพและพฤติกรรมของพนักงานกลุ่มเสี่ยง ควรขยายผลไปยังสถานประกอบกิจการอื่น ๆ และพัฒนาโปรแกรมการดูแลเฉพาะบุคคลเพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต่อดัชนีมวลกายและไขมันในเลือดต่อไป

คำสำคัญ การส่งเสริมสุขภาพ, การสร้างองค์กรสุขภาวะ, การมีส่วนร่วม, ภาคีเครือข่าย, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

---

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, [2]นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ, [3]นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

[1-3]ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Corresponding author: สุนันทินี ศรีประจันทร์ e-mail: Sunantinee4278@gmail.com

THE DEVELOPMENT OF HEALTH PROMOTION WORKING AGE AND DEVELOPING HEALTH ORGANIZATION IN FACTORY USING INTERGRATION WITH PARTICIPATION OF NETWORK PARTNER : HEALTH REGION 7, THAILAND

Sunantinee sriprajan[1], Chunyanut Pannil[2], Phadungsak Sriwat[3]

(Received: 28th October 2025, Revised: 18th January 2026, Accepted: 3rd February 2026)

Abstract

The objectives of this study were to 1) study the health situation and related factors 2) develop and evaluate the effectiveness of health promotion working age and organizational in factory using integrated with participation of network partners. The research methodology used a four-step participatory action research (PAR) approach (PAOR). The sample for the effectiveness evaluation consisted of 172 employees in health-risk groups (e.g., those with a BMI above the standard and at risk of NCDs). Data were collected on health status (waist circumference, body fat percentage, blood sugar level, and blood pressure) and health behaviors before and after a 4 month model trial. Data were analyzed using paired-t-tests.

The results showed that the sample group showed a prevalence of 61.0% for obesity. 90.70% exhibited unhealthy dietary behaviors, specifically consuming sweet, fatty, and salty foods. Insufficient physical activity 72.10% the developed model comprised nine core activities. After the model trial, the at-risk group had significantly lower mean scores for waist circumference, body fat percentage, blood sugar level, and diastolic blood pressure (DBP) and improved health behaviors ($p<0.05$). In particular, the reduction in smoking, alcohol consumption, and consumption of sweet, fatty, and salty foods was significantly increased ($p<0.001$). Overall satisfaction among network partners was high.

Conclusions and Recommendations: This health promotion model is effective in improving the health status and behaviors of at-risk employees. It should be expanded to other workplaces and individualized care plans should be developed for improved results on body mass index (BMI) and blood lipids.

Keywords: Health Promotion, Organizational Health, Participation, Network Partnership, Chronic Noncommunicable Diseases

[1]**Professional Nurse,** [2]**Specialist Nutritionist,** [3]**Public Health Specialist Regional**

[1-3]**Health Promotion Centre 7 Khon Kaen.**

Corresponding author: Sunantinee sriprajan e-mail: Sunantinee4278@gmail.com

บทนำ

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2566 พบว่ากลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปีของประเทศไทยมีจำนวน 38.66 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 58.41 ของประชากรทั้งหมดซึ่งถือเป็นประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศแยกเป็นแรงงานในระบบที่อยู่ในสถานประกอบกิจการประมาณ 18 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 54.54 และแรงงานนอกระบบประมาณ 15 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 45[1] จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรถึง 41 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด และพบว่า 17 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อก่อนอายุ 70 ปี [2] สำหรับประเทศไทยพบว่าร้อยละ 81 ของคนไทยเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs หรือเสียชีวิตกว่าปีละ 400,000 รายหรือมากกว่า 1,000 รายต่อวัน ในจำนวนนี้ร้อยละ 80 มีสาเหตุจาก 5 โรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และสุขภาพจิต[3]

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยวัยทำงานอายุ 18-59 ปี ในปี 2564-2566 พบว่ามีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 kg/m^2) เพิ่มขึ้นต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 46.2, 46.6 และ47.8 ตามลำดับ[4] และมีแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โรคที่พบสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหลอดเลือดสมอง[3] สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของคนไทย จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตของคนไทย ปี 2565-2566 พบว่าวัยทำงานมีความเครียดสูง ร้อยละ 14.34 เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 16.44 เสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 9.99 และมีภาวะหมดไฟ ร้อยละ 12.8 [5] และยังพบว่ามีความเสี่ยงในการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพจากการปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้วัยทำงานยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เช่น บริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม มีกิจกรรมทางไม่เพียงพอ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาระบบและขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรควัยทำงานในสถานประกอบกิจการพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ได้มีการดำเนินงานสถานประกอบกิจการส่งเสริมสุขภาพตามแนวทาง 10 Packages ตั้งแต่พ.ศ. 2562 ถึงปัจจุบัน ในปีพ.ศ. 2566 ได้บูรณาการร่วมกับการดำเนินงานสถานประกอบกิจการปลอดโรค ปลอดภัย กายใจเป็นสุข โดยความร่วมมือของศูนย์วิชาการเขตสุขภาพที่ 7 มีสถานประกอบกิจการร่วมโครงการ จำนวน 17 แห่ง ซึ่งยังมีจำนวนน้อยเพียงร้อยละ 21.5 เมื่อเทียบกับจำนวนสถานประกอบกิจการขนาดใหญ่ทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 7 อุปสรรคสำคัญคือ ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร ด้านงบประมาณ ขาดบุคลากรเฉพาะทางไม่มีเจ้าหน้าที่ทรัพยากรบุคคลหรือเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยระดับวิชาชีพที่มีความรู้การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) และความยากของเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินงาน จากการประเมินผลการดำเนินงานพบว่า 1) คนทำงานในสถานประกอบกิจการมีปัญหาสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่

เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีภาวะอ้วน ร้อยละ 47 เจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ร้อยละ 13 โรคจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 5 มีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 2 และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ 2) สถานประกอบกิจการส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพประจำปีจากหน่วยงานเอกชนทำให้ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับโรงพยาบาลแม่ข่ายในพื้นที่ 3) บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานระดับพื้นที่ เจ้าหน้าที่ทรัพยากรบุคคล เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในสถานประกอบกิจการมีความพร้อมในการปฏิบัติแต่ยังขาดความเข้าใจและทักษะในการขับเคลื่อนโครงการ และ4) ขาดความต่อเนื่องในงานบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย และในด้านองค์ความรู้ยังพบว่าคนทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในสถานประกอบกิจการสู่วิถียั่งยืนเกิดการขยายผลรูปแบบการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จของสถานประกอบกิจการต้นแบบ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานและสร้างสุขภาวะองค์กรในสถานประกอบกิจการแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งเป็นงานวิจัยที่มีความสำคัญมากจำเป็นต้องศึกษาในคนและจะนำผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาไปปรับปรุงพัฒนาและวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบกิจการให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

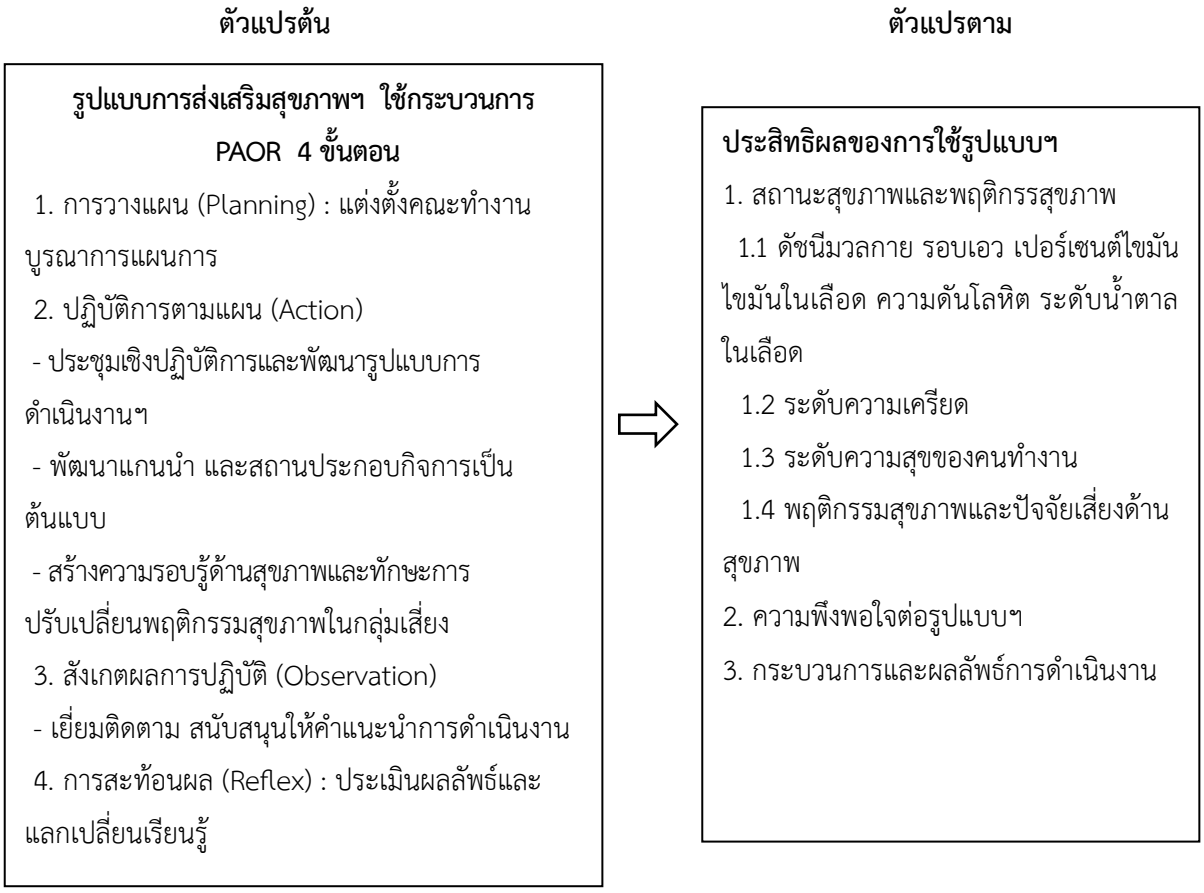
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์สถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพคนทำงาน และบริบทการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบกิจการ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานและสร้างสุขภาวะองค์กรในสถานประกอบกิจการแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยงานและสร้างสุขภาวะองค์กรในสถานประกอบกิจการแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยของสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยสี่ยงด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบฯ และมีสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่ดีขึ้น
2. ผลลัพธ์ด้านการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและสร้างสุขภาวะองค์กรในสถานประกอบกิจการฯ ภาคีเครือข่ายและสถานประกอบกิจการมีความพึงพอใจต่อรูแปบบการดำเนินงาน ระดับมากขึ้นไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย



รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research:PAR) ใช้กระบวนการ PAOR 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของเคมมิสและ*แม็คแท็กการ์ท*[6] ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflex) โดยผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว เก็บข้อมูลก่อน-หลังการวิจัย ระยะเวลาดำเนินวิจัย พฤศจิกายน 2567-มิถุนายน 2568 โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 สถานการณ์สถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของคนทำงานในสถานประกอบกิจการ บริบทการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยนำเข้า และปัจจัยภายในองค์กร **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประกอบด้วย ผู้บริหารสถานประกอบกิจการ เจ้าหน้าที่ทรัพยากรบุคคล เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยระดับวิชาชีพ เก็บข้อมูลสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานในสถานประกอบกิจการที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 14,069 คน (อ้างอิงข้อมูลจากสถานการณ์สุขภาพวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 7 ที่มีดัชนีมวลกายเกินหรือมีภาวะอ้วน ร้อยละ 47) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 373 คน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยงานและสร้างสุขภาวะองค์กรในสถาน

ประกอบกิจการแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผู้วิจัยใช้กระบวนการ PAOR ประยุกต์ใช้แนวคิดแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และการบูรณาการ (Strategic Route Map–SRM) มาเป็นเครื่องมือในการวางแผนปฏิบัติการ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการและสนทนากลุ่ม มีขั้นตอน ดังนี้ **1) ขั้นการวางแผน** กิจกรรมที่ 1 แต่งตั้งคณะทำงาน/ทีมพี่เลี้ยง กิจกรรมที่ 2 ค้นหาปัญหา ประเมินสถานการณ์สุขภาพและบริบทของสถานประกอบกิจการ กิจกรรมที่ 3 ประชุมบูรณาการแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรควัยทำงาน **2) ขั้นปฏิบัติการตามแผน** กิจกรรมที่ 4 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานและองค์กรสุขภาวะ กิจกรรมที่ 5 ประชาสัมพันธ์โครงการ กิจกรรมที่ 6 อบรมพัฒนาแกนนำนักส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมที่ 7 อบรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาทักษะการส่งเสริมสุขภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ **3) ขั้นการสังเกตผลการปฏิบัติ** กิจกรรมที่ 8 เยี่ยมติดตามสนับสนุนให้คำแนะนำการดำเนินงาน **4) ขั้นการสะท้อนผล** กิจกรรมที่ 9 ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ผู้ให้ข้อมูลหลักและร่วมพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด สำนักงานประกันสังคมจังหวัด และโรงพยาบาลที่เป็นพี่เลี้ยง จำนวน 21 คน ผู้บริหารสถานประกอบกิจการ จำนวน 5 คน แกนนำส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) โดยใช้แบบสอบถามสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพระหว่างทดลองกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาทักษะการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นระยะเวลา 4 เดือน ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ กับภาคีเครือข่ายผู้บริหารสถานประกอบกิจการ และแกนนำสุขภาพ ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการ **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** สถานประกอบกิจการที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 3 แห่ง พนักงานที่มีสถานะสุขภาพเสี่ยง ได้แก่ ภาวะอ้วน เสี่ยงเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยอ้างอิงจากการศึกษาของวรรณภา ประทุมโทน[7] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและสถานะสุขภาพของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาล ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 172 ภาคีเครือข่ายผู้บริหารสถานประกอบกิจการ และแกนนำสุขภาพ จำนวน 36 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสถานะสุขภาพ 2) เครื่องที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ แบบสอบถามสถานะ

สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพคนทำงาน โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และสถานะสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ ส่วนที่ 2 พฤติกรรมด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ จำนวน 42 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล ดังนี้

1. แบบประเมินด้านพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อสุขภาพ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ การแปลผล แบ่งคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ

2. แบบประเมินความสุขคนไทยฉบับสั้น (TMHI-15) และการวัดความเครียดใช้เครื่องมือประเมินของ กรมสุขภาพจิต ลักษณะคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับการแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79) ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา วิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สถิติครอนบาคของแอลฟาได้เท่ากับ 0.95 ส่วนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบและปรับปรุงคุณภาพทางด้านความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้แบบการตรวจสอบความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญ (IOC) หรือดัชนีความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญและนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง) ได้ค่าเท่ากับ IOCเท่ากับ 0.67-1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาน โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test ซึ่งผู้วิจัยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ทำการขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ตามหนังสือโครงการวิจัย เลขที่ 115 ลงวันที่ 27 พฤศจิกายน 2567 ถึงวันที่ 26 พฤศจิกายน 2568

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 : สถานการณ์สถานะสุขภาพและบริบทการดำเนินงาน

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

สถานะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพนักงาน (n=373) : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.4 และเพศหญิง ร้อยละ 34.6 สถานะสุขภาพที่น่าเป็นห่วง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน (BMI≥ 25 kg/m^2) ร้อยละ 61.0 เสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 15.70 เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.70 และมีความเครียดสูง ร้อยละ 10.15 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ร้อยละ 90.70 และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 72.10

2. บริบทการดำเนินงานของสถานประกอบกิจการที่เข้าร่วมโครงการ ปัจจัยนำเข้าและปัจจัยภายในองค์กรผลการศึกษาเน้นย้ำว่าปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ (ปัจจัยนำเข้าและภายในองค์กร) คือ การลงนาม MOU ร่วมกันของภาคีเครือข่าย (หน่วยงานสาธารณสุข, สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด, สำนักงานประกันสังคมจังหวัด, สภาอุตสาหกรรมจังหวัด) และนโยบายจากผู้บริหารสถานประกอบกิจการที่ให้ความสำคัญและสนับสนุนงบประมาณ แต่สถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการใหม่ยังขาดการนำข้อมูลสุขภาพไปวิเคราะห์ และยังไม่ได้ดำเนินงานครบถ้วนตามแนวทาง 10 Packages โดยเฉพาะด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ

ระยะที่ 2 : พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพวัยงานและสร้างสุขภาวะองค์กรในสถานประกอบกิจการแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ผู้วิจัยใช้กระบวนการ PAOR และแนวคิดแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map–SRM) ในการสนทนากลุ่มกับภาคีเครือข่ายจนได้รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานและสร้างสุขภาวะองค์กรแบบบูรณาการ 9 กิจกรรมหลัก ดังนี้ 1) แต่งตั้งคณะทำงานและทีมพี่เลี้ยง 2) ค้นหาปัญหา ประเมินสถานการณ์ 3) ประชุมบูรณาการแผนงาน 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนองค์กรสุขภาวะ 5) ประชาสัมพันธ์เชิญชวนสถานประกอบการเข้าร่วม 6) อบรมพัฒนาแกนนำนักส่งเสริมสุขภาพ 7) อบรมสร้างความรอบรู้และปรับพฤติกรรมสุขภาพ 8) เยี่ยมติดตาม สนับสนุนให้คำแนะนำ 9) ประเมินผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งเกิดผลลัพธ์ตามประเด็นของSMR ดังนี้ มิติประสิทธิผล : กิจกรรมที่ 5 ทำให้จำนวนสถานประกอบกิจการเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้น และกิจกรรมที่ 7 สถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพพนักงานดีขึ้น มิติคุณภาพ : เน้นที่กระบวนการและมาตรฐานสอดคล้องในกิจกรรมที่ 4 ที่วางแนวทางการขับเคลื่อนองค์กรสุขภาวะให้ถูกต้อง และกิจกรรมที่ 8 ที่คอยตรวจสอบมาตรฐานการดำเนินงาน มิติประสิทธิภาพ : เน้นที่การใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่าโดยเฉพาะกิจกรรมที่ 2 และ 3 ที่ช่วยให้หน่วยงานรัฐไม่ทำงานซ้ำซ้อน มิติการพัฒนา : เน้นที่ความยั่งยืนผ่านการมีคณะทำงาน ทีมพี่เลี้ยงและพัฒนาแกนนำในกิจกรรมที่ 1 และ 6 เพื่อให้เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วองค์กรยังขับเคลื่อนต่อเองได้ ดังนั้นการใช้ SRM ทำให้ภาคีเครือข่ายเห็นภาพร่วมกัน ทราบบทบาทที่ต้องรับผิดชอบอย่างเป็นรูปธรรม และการประชุมเชิงปฏิบัติการ และสนทนากลุ่มตามแนวทาง SRM ช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (เจ้าของกิจการ, HR, สาธารณสุข) เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของแผนงานร่วมกัน (Sense of Ownership) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบูรณาการที่ยั่งยืน

ระยะที่ 3 : ประเมินประสิทธิของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยงานและสร้างสุขภาวะองค์กรในสถานประกอบกิจการแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 82.0 มีอายุเฉลี่ย 40.69 ปี (S.D. = 8.59) ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส และเป็นพนักงานระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 74.40 โดยส่วนใหญ่เคยเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในองค์กร ร้อยละ 88.40 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล (n=172 คน)

ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	141	82.00
หญิง	31	18.00
อายุ (ปี)		
15-29 ปี	19	11.00
30-44 ปี	88	51.20
45-60 ปี	65	37.8
Max 60 Min 25 Mean 40.69 SD 8.59		
สถานภาพสมรส		
โสด	58	33.70
สมรส	112	65.10
หม้าย	2	1.20
หย่า/เลิก	0	0.00
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้น หรือต่ำกว่า	3	1.74
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	10	5.82
ปวส./อนุปริญญา	84	48.83
ปริญญาตรีและสูงกว่า	75	43.61
เข้าร่วมกิจกรรม/โครงการส่งเสริมสุขภาพพนักงานในองค์กร		
เคย	152	88.40
ไม่เคย	20	11.60

2. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ

สถานะสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของรอบเอว เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตตัวบน (Systolic) หลังการทดลองลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย และไขมันในเลือดก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติ (p-value >0.05) **พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ** พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และปฏิบัติงานในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง หลังการทดลองลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความสุขของคนทำงาน ความเครียด การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกาย และการนอนหลับ พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง (n=172)

ตัวชี้วัดสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง (n=172)	ค่าเฉลี่ยก่อนทดลอง (Mean±S.D.)	ค่าเฉลี่ยหลังทดลอง (Mean±S.D.)	ค่าความแตกต่าง (Mean Difference)	p-value
รอบเอว (ซม.)	86.13±9.60	80.58±11.48	5.56	<0.001*
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	26.58±4.45	26.42±4.31	0.16	0.11
เปอร์เซ็นต์ไขมัน (%)	26.83±6.68	26.48±6.57	0.35	0.03*
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dL)	92.67±31.41	89.09±28.06	3.58	0.01*
ความดันโลหิตตัวบน (mmHg)	129.45±16.21	127.60±14.70	1.85	0.06
ความดันโลหิตตัวล่าง (mmHg)	80.23±11.25	78.48±10.59	1.75	0.02*
ระดับไขมันในเลือด (mg/dL)	219.14±41.04	214.21±38.44	4.93	0.07
สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และปฏิบัติงานในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง	7.11±1.44	6.90±1.18	0.21	<0.001*
ระดับความสุขของคนทำงาน	37.78±4.33	37.90±4.23	-0.12	0.01*

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง (n=172) (ต่อ)

ตัวชี้วัดสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง (n=172)	ค่าเฉลี่ยก่อนทดลอง (Mean±S.D.)	ค่าเฉลี่ยหลังทดลอง (Mean±S.D.)	ค่าความแตกต่าง (Mean Difference)	p-value
ความเครียด	9.92±1.47	10.06±1.27	-0.13	0.01*
การบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม	28.13 ±2.21	30.90±2.33	2.33	<0.001*
การออกกำลังกายและการนอนหลับ	6.67±1.69	6.92±1.78	-0.25	<0.001*

* = p<0.05

3. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายต่อรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพฯ

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานและสร้างสุขภาวะองค์กรในสถานประกอบกิจการแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จำนวน 31 คน ศูนย์วิชาการ สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด 3 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5 คน โรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลอำเภอ 12 คน และสถานประกอบกิจการ 9 คน) พบว่าความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.14, S.D. = 0.13)

4. ผลการศึกษาด้านกระบวนและผลลัพธ์การดำเนินงาน พบว่ามีการสร้างกระบวนการทำงานใหม่ร่วมกันระหว่างศูนย์วิชาการ เขตสุขภาพที่ 7 และเครือข่าย มีการบูรณาการแผนงานทั้งรูปแบบการดำเนินงานและเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน มีคณะทำงานขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ระดับเขตและจังหวัด สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของสถานประกอบกิจการต้นแบบให้ขยายผลไปสู่สถานประกอบกิจการในเครือข่าย มีการถ่ายทอดนโยบายและชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้แก่สถานประกอบกิจการเพื่อให้เกิดความเข้าใจวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นภายหลังการทำโครงการ ที่สำคัญมีแกนนำนักส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านการอบรม มีคณะทำงานโครงการในสถานประกอบกิจการและผู้บริหารให้การสนับสนุน ผู้วิจัยและเครือข่ายที่ร่วมขับเคลื่อนงานมีการลงพื้นที่เยี่ยม ติดตาม และให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ต้นจนเสร็จสิ้นโครงการ ผลลัพธ์จากกระบวนดำเนินงาน พบว่ามีจำนวนสถานประกอบกิจการเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นจาก 14 แห่ง เป็น 39 แห่ง ผ่านการประเมินระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ74 และเป็นต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพและองค์กรสุขภาวะ จำนวน 8 แห่ง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบผลลัพธ์การดำเนินงานมีสถานประกอบกิจการที่เข้าร่วมและขับเคลื่อนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.5 เป็นร้อยละ 49.4

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

1. สถานการณ์สถานะสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง จากข้อมูลสถานะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะอ้วน ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มระดับประเทศที่พบความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสูงถึงร้อยละ 48.35 ในปี 2567[4] เสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า สถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อความสามารถในการทำงานและประสิทธิภาพขององค์กร ดังนั้นควรมีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้วัยทำงานสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเข้ากับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ และควรมีนโยบายสนับสนุนจากสถานประกอบกิจการเพื่อให้การดูแลสุขภาพของบุคลากรเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2. บริบทการดำเนินงานของสถานประกอบกิจการ การมีส่วนร่วมและสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย มีทีมพี่เลี้ยงให้คำแนะนำการดำเนินโครงการ และปัจจัยภายในองค์กรที่ผู้บริหารมีการกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพ มีงบประมาณสนับสนุน กระบวนการดำเนินงานที่ดี และมีแกนนำสุขภาพจะทำให้ผลลัพธ์การดำเนินโครงการประสบผลสำเร็จ คุณภาพชีวิตของพนักงานดีขึ้น และทำให้ผลผลิตของสถานสถานประกอบกิจการเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช พันธ์ศิริ [8] ที่ศึกษาการประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในสถานประกอบกิจการ เขตสุขภาพที่ ๑๐ พบว่าการจัดทำโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการของสถานประกอบกิจการ มีนโยบายที่สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ บูรณาการทำงานร่วมกันให้สอดคล้องกับแผนของเครือข่าย มีพี่เลี้ยง และการมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้โดยมีแกนนำส่งเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

3. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพวัยงานและสร้างสุขภาวะองค์กรฯ

การใช้กระบวนการ PAOR และแนวคิดแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายจนได้รูปแบบการดำเนินงานฯ ส่งผลลัพธ์ ดังนี้ 1) ประสิทธิผลที่เกิดกับพนักงาน เช่น อัตราป่วยลดลง พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น 2) ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การบริการที่มีมาตรฐาน ภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็ง 3. ประสิทธิภาพกระบวนการภายใน: การบริหารจัดการทรัพยากร งบประมาณ และระบบงานที่รวดเร็ว 4.การพัฒนาองค์กร การพัฒนาแกนนำ วัฒนธรรมองค์กร และมีนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภาวิดา อุดมฉวี[9] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า 1) การกำหนดนโยบาย ประเด็น

ปัญหา และการวางแผนแก้ไขปัญหา 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจัดทำโครงการและแผนงาน และ3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์มีประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภา ประทุมโทน และคณะ[7] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและสถานะสุขภาพของบุคลากร พบว่า 1) การวิเคราะห์ปัญหาแบบมีส่วนร่วม 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 3) การสร้างความมุ่งมั่นและกำลังใจในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและสถานะสุขภาพหลังการใช้รูปแบบมีความแตกต่างกันในลักษณะที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

4. ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยงานและสร้างสุขภาวะองค์กรฯ

ประสิทธิผลของรูปแบบหลังทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยง พบว่าความเครียด การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกายและการนอนหลับค่าเฉลี่ยคะแนนมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากได้รับอบรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กลุ่มตัวอย่างทั้งออนไซต์ และผ่านไลน์กลุ่มโดยมีแกนนำส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบกิจการร่วมให้ความรู้และจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องระยะเวลา 4 เดือน ส่วนดัชนีมวลกาย ไขมันในเลือด ค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่าง และความดันโลหิตตัวบนที่เกือบจะมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.06) ในระยะเวลา 4 เดือนอาจจะยังไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสรีรวิทยาบางอย่าง ซึ่งจะต้องมีการพัฒนานวัตกรรม โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตหรือแผนการดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคล (Individual Care Plan) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ สุวรรณ, ปาวรตี สิงขรัตน์ และมนตรา พิเชฐวีรชัย[10] ที่ศึกษาผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติวัยทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวมและแอลดีแอลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุข สถานประกอบกิจการสามารถนำข้อมูลสถานการณ์สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่ได้จากการศึกษาไปกำหนดเป็นนโยบายส่งเสริมสุขภาพ และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคได้

2. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นและผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปขยายผล ต่อยอดการดำเนินงานในสถานประกอบกิจการที่ยังไม่เข้าร่วมโครงการ องค์กรภาครัฐ และในพื้นที่อื่น ๆ ได้

การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบฯ โดยศึกษาติดตามผลในระยะยาว 6 เดือน และ

ระยะ1 ปี เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯ ต่อการลดดัชนีมวลกาย ระดับไขมันในเลือด และความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ

2. ควรออกแบบศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะน้ำหนักเกินตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ ขอขอบพระคุณหน่วยงานภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 7 ผู้บริหารสถานประกอบกิจการที่เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและสร้างองค์กรสุขภาวะในระดับพื้นที่ แกนนำนักส่งเสริมสุขภาพ พนักงานในสถานประกอบกิจการที่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมอย่างดีจนเสร็จสิ้นการวิจัย คุณประโยชน์ของการวิจัยฉบับนี้ ขอมอบให้แก่ผู้อยู่เบื้องหลังความสำเร็จในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ทั่วราชอาณาจักร ไตรมาสที่ 2: เมษายน – มิถุนายน 2566 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 25 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th /nsoweb/storage/survey_detail/2024/20241120084919_54970.pdf.
2. World Health Organization (WHO). Noncommunicable Diseases Progress Monitor. [Intranet]. 2022 [Accessed 12 January 2024]. Available from : https://www.who.int/publications/i/item/9789240047761.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในประเทศไทย. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ddc.moph.go.th.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.รายงานข้อมูลตัวชี้วัดกลุ่มวัยทำงาน. [อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://dashboard.anamai.moph.go.th/workingage.
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการประเมินสุขภาพจิตตนเอง (Mental Health Check In) . 2565-2566 [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2566. เข้าถึงได้จาก: https://checkin.dmh.go.th/dashboards.
6. Kemmis, S. & McTaggart, R. The Action Reacher Planer. Victoria: Deakin University.1998; 3
7. วรรณภา ประทุมโทน และคณะ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและสถานะสุขภาพของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี.วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562; 28: 96-108.
8. ปิยนุช พันธ์ศิริ. การประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในสถานประกอบกิจการ เขตสุขภาพที่ ๑๐. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2568].

เข้าถึงได้จาก:
hpc10.anamai.moph.go.th.

9. ภาวิดา อุดมฉวี, วัลยา พึ่งพงษ์ และพวง ผกา ลิขิตพงษ์วิทย์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการสาธารณสุขและสุขภาพชุมชน 2565; 5(3): 1-13

10. กรรณิการ์ สุวรรณ, ปาวรตี สิงขรัตน์ และมนตรา พิเชฐวีรชัย. ผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) ผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติวัยทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา2568; 15 :139-52.

การวิจัยและพัฒนา OPOL–Maternal Safety System: ระบบป้องกันการตายมารดา แบบ One Province One Labor Room ในเขตสุขภาพที่ 7

กรแก้ว ถิรพงษ์สวัสดิ์[1], ธนิศรา นามบุญเรือง[2], อธิษฐาน สารินทร์[3]
วิมลมาศ คำเย็นสา[4]

(วันที่รับบทความ: 16 ธันวาคม 2568, วันที่แก้ไข: 3 กุมภาพันธ์ 2569, วันที่ตอบรับ: 16 กุมภาพันธ์ 2569)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการวิจัยและพัฒนา OPOL–Maternal Safety System: ระบบป้องกันการตายมารดาแบบ One Province One Labor Room ในเขตสุขภาพที่ 7 มี 4 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหา 2) พัฒนาระบบป้องกันการตายมารดา 3) นำระบบฯ ไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล และ 4) ประเมินผลปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพ โดยมีเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล แนวคำถามสนทนากลุ่ม แบบประเมินคุณภาพของระบบฯ ทักษะการปฏิบัติสมรรถนะและแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานChi-square test, Wilcoxon sign rank test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า 1) OPOL–Maternal Safety System มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ปัจจัยนำเข้ามี 5 ประเด็น คือ นโยบายและแผนพัฒนางานบทบาทและหน้าที่คณะกรรมการ และการสนับสนุน(2) กระบวนการ OPOL–Maternal Safety System ได้แก่ มาตรฐานการดูแลร่วมกันทั้งจังหวัด การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ การพัฒนาสมรรถนะระบบเรียนรู้จากข้อมูลจริงและเหตุการณ์สำคัญ (3) ผลลัพธ์ เป็นการกำหนดตัวชี้วัดการตายมารดา 3 มิติคือ โครงสร้างกระบวนการ และผลลัพธ์ 2) หลังใช้ระบบฯ พบว่าอัตราการตายมารดาต่ำกว่าก่อนใช้ระบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และบุคลากรร้อยละ 100 ปฏิบัติ ตามแนวปฏิบัติ บุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะสูงกว่าก่อนใช้ระบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อคุณภาพระบบฯ ในระดับดีร้อยละ 85.0 และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.35, SD=0.87) สรุปผลการศึกษาควรนำ OPOL–Maternal Safety System ไปใช้ในการป้องกันการตายมารดาแบบเชิงรุกที่มีมาตรฐานเดียวกันและเชื่อมโยงสู่ระดับเขตสุขภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ระบบป้องกันการตายมารดา, OPOL–Maternal Safety System, การตายมารดา

---

[1]นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, [2,3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, [4]พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
[1,3,4]ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, [2]โรงพยาบาลมหาสารคาม
Corresponding author: ธนิศรา นามบุญเรือง e-mail: thanis.mskh@gmail.com

Research and development of OPOL–Maternal Safety System: One Province One Labor Room Maternal Death Prevention System in Health Region 7

Kornkaew Thirapongsawat[1], Thanissara Namboonruang[2], Atitthan Sarin[3], Wimonmad Khamyensa[4]

(Received: 16th December 2025, Revised: 3rd February 2026, Accepted: 16th February 2026)

ABSTRACT

The purpose of this research and development study was to examine and develop the OPOL–Maternal Safety System: One Province One Labor Room Maternal Mortality Prevention System in Health Region 7. The study was conducted in four phases: 1) situation and problem analysis, 2) development of the maternal mortality prevention system, 3) implementation of the system to examine its effectiveness, and 4) evaluation, refinement, and confirmation of system quality. Research instruments included data recording forms, focus group discussion guidelines, a system quality assessment form, competency-based practice assessment tools, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Wilcoxon signed-rank test, and content analysis. The results revealed that: 1) the OPOL–Maternal Safety System consisted of three components: (1) input factors comprising five key elements, including policies and development plans, administrative structure, roles and responsibilities of committees, personnel competency, and supportive resources; (2) process components based on the OPOL–Maternal Safety System framework, including provincial standardized maternal care, multidisciplinary team participation, outcome-driven competency development, and a learning and data-driven system; and (3) outcome components defining maternal mortality indicators across three dimensions: structure, process, and outcomes. 2) After system implementation, the maternal mortality rate was significantly lower than before implementation (p<.001 Furthermore, 100% of the personnel followed the established guidelines. The average competency scores were significantly higher than before implementation (p < .001) The mean competency scores of personnel were significantly higher than those before system implementation (p<.001). In addition, the majority of participants rated the system quality at a good level (85.0%), and overall satisfaction was rated at a high level ($\bar{x}$= 4.35, *SD*=0.87). In conclusion, the OPOL–Maternal Safety System should be applied as a proactive maternal mortality prevention strategy.

Keywords: Maternal mortality prevention system, OPOL–Maternal Safety System, Maternal mortality

[1]Specialized Public Health Academician, [2,3]Professional Nurse, [4]Registered Nurse

[1,3,4]Health Center 7 Khon Kaen, [2]Mahasarakham Hospital

Corresponding author: Thanissara Namboonruang e-mail: thanis.mskh@gmail.com

บทนำ

การตายของมารดาจากการคลอดเป็นตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพชีวิตสตรี การเข้าถึงบริการสุขภาพ และความพร้อมของระบบบริการด้านอนามัยแม่และเด็กของประเทศ ข้อมูลการตายของมารดาสามารถสะท้อนปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การจัดบริการทางการแพทย์ รวมถึงบริบททางเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของสตรีและครอบครัว ทั้งนี้ การสูญเสียมารดาจากการคลอดไม่เพียงส่งผลกระทบต่อชีวิตของสตรีเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อทารก ครอบครัว และสังคมในระยะยาว ทั้งด้านจิตใจ เศรษฐกิจ และภาระต่อระบบสุขภาพ[1] องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้คำจำกัดความการตายของมารดาว่าเป็นการเสียชีวิตของสตรีในขณะตั้งครรภ์หรือภายใน 42 วันหลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์ จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์หรือการจัดการดูแล แต่ไม่รวมสาเหตุจากอุบัติเหตุหรือเหตุบังเอิญ โดยอัตราส่วนการตายของมารดา (Maternal Mortality Ratio: MMR) ใช้วัดความเสี่ยงต่อการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งเป็นดัชนีสำคัญในการประเมินประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ[1-2] องค์การอนามัยโลก (WHO) และสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ให้ทุกประเทศลดอัตราส่วนการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2573 สำหรับประเทศไทยแนวโน้มอัตราการตายมารดาจะลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2543, 2548, 2553, 2558 และ 2563 เท่ากับ 48, 40, 35, 30 และ 29 รายตามลำดับ ซึ่งการเปลี่ยนแปลง MMR ของทั้งโลกโดยรวม ลดลงร้อยละ 34.3 คิดเป็นอัตราการลงโดยเฉลี่ยต่อปีร้อยละ 2.1[2-4] แต่การลดลงดังกล่าวยังคงเผชิญข้อจำกัดและความท้าทายจากปัจจัยเชิงระบบและบริบทพื้นที่

ปีงบประมาณ 2566–2567 พบว่าอัตราการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคนมีแนวโน้มลดลงจาก 21.40 เป็น 19.29 อย่างไรก็ตามยังคงสูงกว่าเป้าหมายระดับชาติที่กำหนดไว้ไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริการยังไม่สามารถลดความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอ[4] เมื่อพิจารณาในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ พบว่าในปีงบประมาณ 2566 อัตราการตายมารดาอยู่ที่ 13.73 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศและต่ำกว่าเขตสุขภาพ แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการเชิงบวกของระบบบริการด้านอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ ในและปีงบประมาณ 2567 อัตราเพิ่มขึ้นเป็น 19.20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลง ของสถานการณ์และความเปราะบางของระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่[5] เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของมารดาตามกรอบแนวคิด 3 Delay Model พบว่าในปีงบประมาณ 2566–2567 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก Delay 3 หรือความล่าช้าในการได้รับการดูแลที่เหมาะสมในสถานบริการสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 57 และ 63 ตามลำดับ สะท้อนถึงข้อจำกัดด้านคุณภาพการบริการ การบริหารจัดการ และการประสานงานในระบบส่งต่อ

อย่างไรก็ตามในปีงบประมาณ 2568 พบว่าแนวโน้ม Delay 3 ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 33 แต่กลับพบการเพิ่มขึ้นของ Delay 1 ร้อยละ 67 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัญหาการตายมารดามีความซับซ้อนและต้องได้รับการแก้ไขทั้งในระดับระบบบริการและระดับชุมชน[5]

จากการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์ข้อมูลการเสียชีวิตของมารดาพบว่าสัดส่วนการตายจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ยังอยู่ในระดับสูง โดยในปีงบประมาณ 2566–2567 มีสัดส่วนถึงร้อยละ 80 และ 83 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนถึงโอกาสในการลดการสูญเสียหากมีระบบเฝ้าระวัง การประเมินความเสี่ยง และการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ความไม่ต่อเนื่องของการดูแล ความไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันของระบบบริการ รวมทั้งสมรรถนะบุคลากรที่ไม่ครอบคลุม และการกำกับติดตามที่ยังไม่เป็นรูปธรรม เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลมารดาและทารกในระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตามในปีงบประมาณ 2568 สัดส่วนของการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 50 ซึ่งเท่ากับสัดส่วนของกลุ่มที่ไม่สามารถป้องกันได้ แสดงให้เห็นว่าการเสียชีวิตยังคงเป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้หากมีการพัฒนาคุณภาพการดูแล การเฝ้าระวัง และระบบส่งต่อในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในขณะที่อีกร้อยละ 50 เป็นการเสียชีวิตที่ไม่สามารถป้องกันได้ ซึ่งเกิดจากข้อจำกัดด้านชีวภาพและความรุนแรงของภาวะโรค[4-5] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการกลับมาของปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตของมารดา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ การมาฝากครรภ์ล่าช้า การขาดความต่อเนื่องในการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง การขาดระบบเฝ้าระวังและการติดตามอย่างใกล้ชิด ภาระงานของบุคลากรสาธารณสุขที่เพิ่มสูงขึ้นภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตลอดจนปัญหาด้านระบบบริการสุขภาพ เช่น การขาดการสื่อสารและการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ ระบบป้องกันการตายมารดาที่ยังไม่ครอบคลุม บุคลากรมีสมรรถนะในการดูแลและการจัดการภาวะแทรกซ้อนไม่ครอบคลุมทุกระดับ การกำกับติดตามที่ขาดความต่อเนื่องและการให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวที่ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมารดาที่สามารถป้องกันได้ ขณะเดียวกัน การเสียชีวิตของมารดาบางส่วนยังเกิดจากสาเหตุที่ไม่สามารถป้องกันได้ เช่น ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ความผิดปกติทางร่างกายหรือโรคประจำตัวที่รุนแรง และภาวะฉุกเฉินเฉียบพลันที่ดำเนินโรคอย่างรวดเร็ว แม้จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานแล้วก็ตาม อย่างไรก็ตาม หากมีระบบบริการที่มีความพร้อม เชื่อมโยง และมีมาตรฐานเดียวกัน จะสามารถลดผลกระทบจากสาเหตุดังกล่าวได้ ซึ่งผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพด้านแม่ กลุ่มงานอนามัยแม่และเด็ก จึงมีความสนใจในการวิจัยและพัฒนา OPOL–Maternal Safety System: ระบบป้องกันการตายมารดาแบบ One Province One Labor Room ในเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อสร้างระบบบริการที่มี

มาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด เชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงสถานบริการ และลดการตายมารดาอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การตายของมารดา ปัญหาและความต้องการพัฒนาเกี่ยวกับระบบป้องกันการตายมารดาแบบ One Province One Labor Room ในเขตสุขภาพที่ 7

2) เพื่อพัฒนาระบบป้องกันการตายมารดาแบบ One Province One Labor Room ในเขตสุขภาพที่ 7

3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของระบบป้องกันการตายมารดาแบบ One Province One Labor Room ในเขตสุขภาพที่ 7

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการตายมารดา และประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบคือ ปัจจัยนำเข้ากระบวนการผลผลิตรวมถึงข้อมูลป้อนกลับเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่องของ Anderson[6]และVon Bertalanffy[7] เป็นฐานสำหรับการพัฒนาระบบป้องกันการตายมารดาแบบ One Province One Labor Room ร่วมกับแนวคิดการประเมินคุณภาพของ Donabedian[8] ประกอบด้วย 3 ด้านคือ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) และแนวคิดระบบป้องกันการตายมารดา

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development [R&D]) มี 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา ระยะที่ 2 พัฒนาระบบป้องกันการตายมารดา ระยะที่ 3 ตรวจสอบประสิทธิผลของระบบ และระยะที่ 4 การประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพระบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เวชระเบียนมารดาตายเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2566-2567 จำนวน 9 ฉบับ และ 2) คณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กระดับเขตสูติแพทย์และพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดระดับจังหวัด และ ระดับ Node ในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 20 แห่งที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันการตายมารดาอย่างน้อย 5 ปี และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 40 คน

ระยะที่ 2 ในการนำร่างระบบฯ ที่ 1 ทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็กจากมารดาที่เข้ารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน ส่วนในการทดลองใช้ระบบ (ร่างระบบฯ ที่ 3) กับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ (pilot study) กลุ่มตัวอย่างได้แก่ *กลุ่มที่ 1* มารดาที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จำนวน 30 คน และ*กลุ่มที่ 2* พยาบาลวิชาชีพประจำ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จำนวน 5 คนที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันการตายมารดาอย่างน้อย 5 ปี และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

ระยะที่ 3 ในการศึกษาประสิทธิผลของ OPOL–Maternal Safety System: ระบบป้องกันการตายมารดาที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ *กลุ่มที่ 1* หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ

คลินิกฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลระดับแม่ข่ายและระดับจังหวัด เขตสุขภาพที่ 7 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเช่นเดียวกับ (ร่างระบบฯ ที่ 3) กับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ (pilot study) กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ระยะเวลาที่ศึกษาเป็นตัวกำหนดโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนการใช้ระบบฯ ที่พัฒนาขึ้น (มิถุนายน-กรกฎาคม 2568) จำนวน 3,391 คน (retrospective group) ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง 2 เดือน และกลุ่มหลังการใช้ระบบฯ ที่พัฒนาขึ้น (สิงหาคม-กันยายน 2568) จำนวน 2,972 คน (prospective group) ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 2 เดือน *และกลุ่มที่ 2* บุคลากรที่ให้การดูแลมารดาที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 ทั้งหมดจำนวน 40 คน (กลุ่มเดียวกับในระยะที่ 3)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้ 1.1 แบบบันทึกเวชระเบียนมารดาและข้อมูลการตายมารดาผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการป้องกันการตายมารดาในเขตสุขภาพที่ 7 ใช้สำหรับการศึกษาการตายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายมารดา โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประเมินปัจจัยเสี่ยงและความเสี่ยงต่อการตายมารดา จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ อายุของมารดา ระยะของการตั้งครรภ์ขณะเสียชีวิต อายุครรภ์ ประวัติการฝากครรภ์ โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน สาเหตุการตาย การเสียชีวิตจัดเป็น Direct หรือ Indirect cause การเสียชีวิตสามารถป้องกันได้ การวินิจฉัยภาวะเสี่ยงถูกต้องตั้งแต่ระยะแรก การส่งต่อจากหน่วยบริการ การประเมินความเสี่ยง การให้การรักษา การส่งต่อและประเภทความล่าช้า มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ และ 1.2 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการตายมารดาในเขตสุขภาพที่ 7 ใช้สำหรับการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนา ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนา จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ในการวิจัย เป็นแบบประเมินโครงสร้างระบบฯ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของโครงสร้างระบบฯ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การประเมินความเหมาะสมของโครงสร้างระบบฯ จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยการแปลผลความเหมาะสม 5 ระดับ ดังนี้ ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50) จนถึงมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00) [9] ส่วนที่ 2 การประเมินความสอดคล้องของโครงสร้างระบบ จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 3 ระดับ ได้แก่ มีความเห็นว่าไม่สอดคล้อง (ให้คะแนน -1) มีความเห็นว่าไม่แน่ใจ (ให้คะแนน 0) และมีความเห็นว่าสอดคล้อง (ให้คะแนน +1) และส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ระยะที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้ 3.1 แบบบันทึกเวชระเบียนมารดาและข้อมูลการตายมารดา (ชุดเดียวกับข้อ 1.1) 3.2 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตายมารดารวมจำนวน 40 ข้อ ทุกมิติทั้ง 5 ด้าน คะแนนเต็ม 40 คะแนน มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าปฏิบัติ (1 คะแนน) หรือไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) การแปลผลการปฏิบัติ 3 ระดับ ดังนี้ ระดับน้อย คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (< 24 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 (24-31 คะแนน) และระดับมาก คะแนนร้อยละ 80-100 (32-40 คะแนน) [9] 3.3 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อระบบฯ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่พัฒนาขึ้น จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 40 คะแนน มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบจากคะแนน 1–4 ได้แก่ น้อย ดี ดีมาก และดีเยี่ยม โดยการแปลผล 4 ระดับความคิดเห็น ดังนี้ ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.75) จนถึงระดับดีเยี่ยม (คะแนนเฉลี่ย 3.26-4.00) [9] และ 3.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบฯ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 40 คะแนน มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบจากคะแนน 1–4 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด โดยการแปลผลความพึงพอใจ 4 ระดับ ดังนี้ ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.75) จนถึงระดับดีมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 3.26-4.00) [9]

ระยะที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ใช้สำหรับการสนทนากลุ่มบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 7 เป็นแนวคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อระบบฯ และส่วนที่ 2 ใช้สำหรับการสัมมนาอิงผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อการตรวจสอบและยืนยันคุณภาพของระบบฯ ที่พัฒนาขึ้นส่วนละ 3 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลมารดา แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อระบบฯ และแบบสอบถามความพึงพอใจ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสูติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (2 คน) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ (2 คน) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ (1 คน) รวมทั้งหมด 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1, 0.97, 0.96 และ 1 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบประเมินทักษะการปฏิบัติตามแนวทางและแบบสอบถามความคิดเห็นต่อระบบฯ ไปทดลองใช้กับบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการรับผิดชอบงานการดำเนินงานการป้องกันการตายมารดาในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 30 คนหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทักษะการปฏิบัติตามแนวทาง ด้วยวิธี interrater reliability ได้ค่าเท่ากับ 1 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความคิดเห็นต่อระบบฯ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบฯ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) 0.91 และ 0.95 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินโครงสร้างระบบฯ สำหรับบุคลากรเพื่อการป้องกันการ

ตายมารดา ในเขตสุขภาพที่ 7 ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ชุดเดิม) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่สามารถประเมินความเหมาะสมของโครงสร้างระบบฯ จำนวน 10 ข้อ และประเมินความสอดคล้องของโครงสร้างระบบฯ จำนวน 10 ข้อ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่โครงการวิจัย MSKH_REC 68-02-002 ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยเป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยอาสาสมัครได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยโดยสมัครใจ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้รับการคุ้มครองความเป็นส่วนตัว ไม่ระบุตัวตน และเก็บรักษาเป็นความลับ นำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่มีการบังคับหรือชักจูง ใด ๆ ที่อาจส่งผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 (R1) ดำเนินการในเดือนมกราคม 2568 ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เวชระเบียนและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตายมารดาที่ตีพิมพ์เผยแพร่แบบสื่อสิ่งพิมพ์และสื่ออินเทอร์เน็ต จากนั้นศึกษาการตายมารดาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายมารดา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนมารดาตายในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 7 ในปีงบประมาณ 2566-2567 จำนวน 9 ฉบับ แล้วบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลการตายมารดา

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) คณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก (MCH board) ระดับเขต ได้แก่ สูติแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดระดับจังหวัด และระดับ Node ในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 20 แห่ง ที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันการตายมารดา อย่างน้อย 5 ปี และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 40 คน โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ และขออนุญาตบันทึกเทปการสนทนา โดยมีผู้ช่วยนักวิจัย 1 คน ช่วยจดบันทึกข้อมูลการสนทนา จากนั้นทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลกับผู้ช่วยผู้วิจัย และตรวจสอบคุณภาพข้อมูลโดยการฟังเสียงสะท้อนจากกลุ่มที่ศึกษา (playback method) ซึ่งได้ตรวจสอบและรับรองความถูกต้องโดยการอ่านข้อมูลที่ผู้วิจัยบันทึกไว้ แก้ไขและลงชื่อรับรอง ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 45 นาที

ระยะที่ 2 (D1, R2, D2, R3, D3) ดำเนินการเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนพฤษภาคม 2568 ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยสร้างระบบฯ (ร่างระบบฯ ที่ 1) โดยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาจัดทำร่างองค์ประกอบและรายละเอียดของระบบฯ และนำระบบฯ (ร่างระบบฯ ที่ 1) ที่สร้างขึ้น ไป

ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ชุดเดิม) ตรวจสอบคุณภาพเกี่ยวกับความเหมาะสมและความสอดคล้องของโครงสร้างระบบฯ โดยใช้แบบประเมินโครงสร้างระบบฯ ผลการตรวจสอบคุณภาพของโครงสร้างระบบฯ พบว่ามีความเหมาะสมโดยรวมในระดับมาก จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขระบบฯ (ร่างระบบฯ ที่ 1) ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จนได้ร่างระบบฯ ที่ 2 2.2 ผู้วิจัยทดลองใช้ระบบฯ (ร่างระบบฯ ที่ 2) กับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก จากมารดาที่เข้ารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2.3 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขระบบฯ (ร่างระบบฯ ที่ 2) จนได้ร่างระบบฯ ที่ 3 2.4 ผู้วิจัยทดลองใช้ระบบฯ (ร่างระบบฯ ที่ 3) กับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ ได้แก่ มารดาที่มารับบริการในห้องคลอด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จำนวน 30 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำระบบฯ ไปใช้จริง ผลการประเมินพบว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง และ 2.5 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขระบบฯ (ร่างระบบฯ ที่ 3) จนได้ร่างระบบฯ ฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 3 (R4) ดำเนินการเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกันยายน 2568

โดยผู้วิจัยศึกษาประสิทธิผลของร่างระบบฯ ฉบับสมบูรณ์ โดยเป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบretrospective and prospective uncontrolled before and after intervention กับมารดาที่เข้ารับบริการห้องคลอดโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูล 1) ข้อมูลมารดา และ 2) แบบบันทึกข้อมูลการตายมารดาในมารดากลุ่มก่อนการใช้ระบบฯที่พัฒนาขึ้น (มิถุนายน-กรกฎาคม 2568) จำนวน 3,391 คนและกลุ่มหลังการใช้ระบบฯ ที่พัฒนาขึ้น (สิงหาคม-กันยายน 2568) จำนวน 2,972 คน (ซึ่งเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มก่อนการใช้ระบบฯ) รวมจำนวน 6,363 คน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ประเมินบุคลากรที่ให้การดูแลมารดาที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 ทั้งหมดจำนวน 40 คน เกี่ยวกับทักษะการปฏิบัติตามระบบฯ โดยใช้แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ และให้บุคลากรตอบแบบสอบถามความคิดเห็นต่อระบบฯ

ระยะที่ 4 (D4) ดำเนินการเดือนตุลาคม 2568

โดยผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่มคณะกรรมการ MCH board ระดับเขต สูติแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดระดับจังหวัด และระดับ Node ในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 20 แห่ง จำนวน 40 คน โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียนเกี่ยวกับการใช้ร่างระบบฯ ฉบับสมบูรณ์ จากนั้นนำร่างระบบฯ ฉบับสมบูรณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนตรวจสอบให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพระบบฯ โดยการสัมมนาอิงผู้ทรงคุณวุฒิ (connoisseurship) โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขระบบฯ (ร่างระบบฯฉบับสมบูรณ์) จนได้ OPOL–Maternal Safety System: ระบบป้องกันการตายมารดาแบบ

One Province One Labor Room ในเขตสุขภาพที่ 7 และขยายผลการนำระบบฯ ไปใช้ในโรงพยาบาลอื่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) ข้อมูลการตายมารดาวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ 2) หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายมารดาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test 3) ข้อมูลคุณภาพของโครงสร้างระบบฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิวิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4) การเปรียบเทียบอัตราการตายมารดาระหว่างก่อนกับหลังที่พัฒนาระบบฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ 5) เปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติของบุคลากรระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนาระบบฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon sign rank test และ 6) ข้อมูลความคิดเห็นต่อระบบฯวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยผู้วิจัยใช้การบรรยายเหตุการณ์ในลักษณะพรรณนาความ (description) แล้วสร้างเป็นข้อสรุป

ผลการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการพัฒนาเกี่ยวกับระบบป้องกันการตายมารดาแบบ One Province One Labor Room ในเขตสุขภาพที่ 7

1.1 การตายมารดาในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2566–2567 จำนวน 9 รายพบว่ามารดาที่เสียชีวิตส่วนใหญ่อายุ 20–34 ปีคิดเป็นร้อยละ 55.6 รองลงมาคืออายุ 35 ปีขึ้นไปร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่อยู่ในระยะหลังคลอดร้อยละ 66.7 และ มีโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนร่วมร้อยละ 77.8 สาเหตุการตายมารดาส่วนใหญ่เกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ33.3 เท่ากัน รองลงมาคือการติดเชื้อรุนแรงร้อยละ 22.2 โดยพบว่าร้อยละ 50 มีประวัติการส่งต่อจากหน่วยบริการระดับพื้นที่และมีความล่าช้าในการประเมินหรือให้การรักษา ซึ่งเมื่อการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตายมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ปัจจัยด้านระบบบริการ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงล่าช้า (χ^2=4.21, p= .040) และการส่งต่อไม่ทันเวลา (χ^2=3.98, p= .046)

1.2 จากการสนทนากลุ่ม พบว่า ประเด็นสำคัญที่ต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องโดยเฉพาะการขับเคลื่อนนโยบายจากระดับเขตสู่การปฏิบัติในระดับหน่วยบริการ ซึ่งแม้จะมีนโยบายและแผนงานที่ชัดเจนแต่การนำไปใช้ในแต่ละพื้นที่ยังมีความแตกต่างกันตามบริบทของทรัพยากรบุคลากรและศักยภาพของหน่วยบริการสะท้อนว่าโครงสร้างการบริหารมีความชัดเจนอย่างไรก็ตามในการปฏิบัติงานจริงยังพบข้อจำกัดด้านการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ โดยเฉพาะในสถานการณ์เร่งด่วนที่ต้องการการตัดสินใจและการส่งต่ออย่างรวดเร็วและควรพัฒนาไปสู่การติดตามเชิงรุกโดยใช้ข้อมูลมารดาตายและกรณีเกือบตายเป็นฐานในการปรับปรุงระบบมากกว่าการทบทวน

หลังเกิดเหตุ ในด้านสมรรถนะของบุคลากรมีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญแต่ยังพบช่องว่างในทักษะการประเมินความเสี่ยงการจัดการภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับ Node ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและอัตรากำลังส่งผลให้การดูแลมารดากลุ่มเสี่ยงบางรายยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ สำหรับกระบวนการดำเนินงานตามกรอบ OPOL–Maternal Safety System ร่วมกันทั้งจังหวัดช่วยลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงช่วยให้การตัดสินใจและการจัดการภาวะแทรกซ้อนเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการขับเคลื่อนระบบบริการให้มีมาตรฐานเดียวกันทั้งเขตและนำไปสู่การลดการตายมารดาอย่างยั่งยืน

2. ระบบป้องกันการตายมารดาแบบ One Province One Labor Room ในเขตสุขภาพที่ 7

โดยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการพัฒนาระบบป้องกันการตายมารดาแบบ One Province One Labor Room ในเขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ *1) องค์ประกอบปัจจัยนำเข้า* มี 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) นโยบายและแผนพัฒนางานด้านการป้องกันการตายมารดาของกระทรวง (2) โครงสร้างการบริหาร (3) บทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการและผู้นิเทศตรวจราชการ (4) สมรรถนะของบุคลากร และ (5) การสนับสนุนด้านต่างๆที่เอื้อต่อการปฏิบัติตามระบบเพื่อป้องกันการตายมารดา ได้แก่ ด้านทรัพยากรเครื่องมือเครื่องใช้ด้านการจัดสรรอัตรากำลังและการมอบหมายงานด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และด้านการสร้างขวัญกำลังใจและแรงจูงใจ *2) องค์ประกอบกระบวนการ* ประกอบด้วย การดำเนินการตามกรอบ OPOL–Maternal Safety System: ระบบป้องกันการตายมารดาแบบ One Province One Labor Room ในเขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ มาตรฐานการดูแลมารดาร่วมกันทั้งจังหวัด (One Provincial Standard of Maternal Care) การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Participation) การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (Outcome-Driven Competency Development) ระบบเรียนรู้จากข้อมูลจริงและเหตุการณ์สำคัญ (Learning & Data-Driven System) และ *3) องค์ประกอบผลลัพธ์* เป็นการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการบริการในการป้องกันการตายมารดาซึ่งประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ จนเกิดรูปแบบการดูแลเชิงรุกที่มีมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัดและเชื่อมโยงสู่ระดับเขตสุขภาพสนับสนุนต่อผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการที่ดีขึ้น

3. ประสิทธิผลของระบบป้องกันการตายมารดาแบบ One Province One Labor Room ในเขตสุขภาพที่ 7

3.1 เปรียบเทียบอัตราการตายมารดาและสาเหตุการตายมารดาพบว่ากลุ่มก่อนใช้ระบบฯมีการตายมารดาจำนวน 2 ราย อัตราการตายมารดาเท่ากับ 59.00 ต่อแสนประชากร ส่วนกลุ่มหลังใช้ระบบฯ ที่พัฒนามีการตาย

มารดาจำนวน 0 รายอัตราการตายมารดาเท่ากับ 0 ต่อแสนประชากร เปรียบเทียบอัตราการตายมารดาระหว่างกลุ่มก่อนใช้ระบบฯ และกลุ่มหลังใช้ระบบฯที่พัฒนาขึ้นพบว่า อัตราการตายมารดาในกลุ่มหลังใช้ระบบฯ ต่ำกว่ากลุ่มก่อนใช้ระบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

3.2 เปรียบเทียบด้านปฏิบัติตามระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงการตายมารดาครบทุกมิติทั้ง 5 ด้าน พบว่าหลังใช้ระบบฯ ที่พัฒนาขึ้นเพิ่มขึ้นร้อยละ 100

3.3 เปรียบเทียบสมรรถนะบุคลากรเพื่อป้องกันการตายมารดาผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้ระบบฯที่พัฒนาขึ้นบุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะฯ เพื่อป้องกันการตายมารดาในระดับดี ($\bar{X}$= 4.22, SD =0.41) สูงกว่าหลังการใช้ระบบฯ ($\bar{X}$= 3.52, SD = 0.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

3.4 บุคลากรส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อคุณภาพของระบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 85.00 และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อระบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.35, SD = 0.87) โดยมีคะแนนความพึงพอใจมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ความพึงพอใจต่อระบบนิเทศติดตาม รองรองมาได้แก่ ความพึงพอใจต่อการจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมเพียงพอ และความพึงพอใจต่อการมอบหมายงาน

4. การประเมินผลปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพระบบฯ

จากการประเมินผลการนำ OPOL–Maternal Safety System: ระบบป้องกันการตายมารดาแบบOne Province One Labor Room ในเขตสุขภาพที่ 7 ไปใช้ พบว่าทุกองค์ประกอบของระบบฯ ที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน ผลจากการสนทนากลุ่มคณะกรรมการ MCH board ระดับเขต พบว่าระบบฯ ที่พัฒนาขึ้น เป็นแนวทางที่เหมาะสมในการขับเคลื่อนระบบบริการให้มีมาตรฐานเดียวกันทั้งเขตนำไปสู่การลดการตายมารดาอย่างยั่งยืน และผลจากการสัมมนาอิงผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่ามีเพียงการให้ปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องและความสมบูรณ์ของการเขียนและการใช้ภาษาเท่านั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงแก้ไขระบบฯ ตามคำแนะนำจนได้ระบบฯ ฉบับสมบูรณ์ และขยายผลไปใช้ในโรงพยาบาลทั้ง 4 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดา พบว่าการตายมารดาส่วนใหญ่เกิดจากภาวะตกเลือดและความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนรินทร์รัตน์ แก้วลา และคณะ[10] และ งานวิจัยของ Huang C, et al.[11] พบสาเหตุการเสียชีวิตของมารดา คือภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดที่ปอด รองลงมาคือภาวะลิ่มเลือดอุดกั้นในปอด ภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการตายมารดาในบริบทที่หลากหลายทั่วโลก 2. ระบบป้องกันการตายมารดาดำเนินงานตาม OPOL–Maternal Safety System การใช้มาตรฐานการดูแลร่วมกันทั้งจังหวัดการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Smith H, et al.[12] และงานวิจัยของ Main EK, et al. [13]

ที่พบว่าการกำหนด clinical standard และ team-based care สามารถลดภาวะ แทรกซ้อนรุนแรงและมีส่วนช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ และ 3. ผลลัพธ์อัตราการตายมารดาลดลงและไม่พบการตายหลังใช้ระบบฯ สอดคล้องกับการวิจัยของ Main EK, et al.[13] พบว่าการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่องช่วยยกระดับคุณภาพบริการและความปลอดภัยของมารดาอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ควรขยายการใช้ OPOL–Maternal Safety System เป็นนโยบายระดับเขตสุขภาพอย่างต่อเนื่องพร้อมพัฒนาสมรรถนะบุคลากรและทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบ และควรส่งเสริมการใช้ข้อมูลการตายมารดาและ near miss เพื่อการเรียนรู้เชิงรุกในการปรับปรุงคุณภาพบริการและความปลอดภัยมารดาในบริบทพื้นที่อื่น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากคณะกรรมการ MCH Board ระดับเขต ผู้ทรงคุณวุฒิ สูติแพทย์และพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดจากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 ทุกแห่ง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารและบุคลากรทุกระดับที่สนับสนุนข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย รวมถึงผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบป้องกันการตายมารดาแบบ One Province One Labor Room จนสำเร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. ยงเจือ เหล่าศิริถาวร. การตายของมารดาในประเทศไทย. ใน: สถานการณ์สุขภาพในประเทศไทย ฉบับที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ; ไม่ปรากฏปี. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 20 มี.ค. 2567. เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/bro/PDF/lesson2.pdf.
2. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2023. [Internet]. Accessed 24 Mar 2024. Available from: https://data.unicef.org/resources/trends-in-maternal-mortality-2000-to-2020.
3. ธิดีพร พันธุ์บ้านแหลม, วัฒนา ชยธวัช, พิศมร กองสิน. การพยากรณ์จำนวนมารดาตายจากการคลอดบุตรในประเทศไทย. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. 2567;4(2):38-51.
4. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. การวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยประจำปีงบประมาณ 2567 จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. เข้าถึงเมื่อ 20 มี.ค. 2567. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th
5. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารสรุปรายงานการ

ประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2566–2567. ขอนแก่น: ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น; 2567.

6. Anderson T. Theories for learning with emerging technologies. In: Anderson T, editor. The theory and practice of online learning. Canada: Athabasca University Press; 2016. p.35-64.
7. Bertalanffy VL. General system theory: foundations, development, applications. New York: George Braziller; 1969.
8. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
9. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
10. นรินทร์รัตน์ แก้วลา, พัชรีภรณ์ ฤทธิ์รักษา, วรินทรัตน์ ขันธสะอาด. สถานการณ์มารดาตายในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2566;5(1):17-8.
11. Huang C, et al. Maternal hypertensive disorder of pregnancy and mortality in observational studies. BMJ. 2022;379:bmj-2022-072157.
12. Smith H, et al. Interprofessional teamwork and maternal safety. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17:318.
13. Main EK, et al. Reduction of severe maternal morbidity from hemorrhage using a statewide quality improvement initiative. Am J Obstet Gynecol. 2017;216(3) :298.e1-298.e11.

ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ

ณิชาภัทร วัดบุญเลี้ยง

(วันที่รับบทความ: 22 มกราคม 2569, วันที่แก้ไข: 10 กุมภาพันธ์ 2569, วันที่ตอบรับ: 16 กุมภาพันธ์ 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหาร ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการสังกัด ศูนย์อนามัยที่ 1-3 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power และกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละศูนย์อนามัยตามสัดส่วนของข้าราชการที่ปฏิบัติงาน จากนั้นสุ่มอย่างง่ายจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 138 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบประเมินภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างตามแนวคิดของคูซและพอสเนอร์และแบบประเมินการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามแนวคิดของมาร์ควอดท์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านปล่อยให้ผู้อื่นปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ขณะที่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยด้านการสร้างพลวัตในการเรียนรู้มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด นอกจากนี้ ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในระดับสูง ($r = 0.67$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพการเรียนรู้ขององค์กรภาครัฐด้านสาธารณสุข และสามารถใช้เป็นฐานเชิงนโยบายในการพัฒนาผู้นำและขับเคลื่อนองค์กรสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่าง, องค์กรแห่งการเรียนรู้, ศูนย์อนามัย

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

Corresponding author: ณิชาภัทร วัดบุญเลี้ยง e-mail: Nichaphat.wat@gmail.com

Exemplary leadership of executives and learning organizations of health promotion centers in the northern region

Nichaphat watboonleang

(Received: 22nd January 2026, Revised: 10th February 2026, Accepted: 16th February 2026)

ABSTRACT

This study aimed to examine the level of exemplary leadership among executives, the level of learning organization characteristics, and the relationship between exemplary leadership and learning organization within Health Centers in the Northern Region of Thailand. This research employed a survey research design using a quantitative approach. Data were collected through questionnaires administered to civil servants working at Health Promotion Centers 1–3. The sample size was determined using the G*Power program, and the number of participants from each health center was proportionally allocated based on the number of civil servants in each center. Simple random sampling was then applied to obtain a total of 138 participants. The research instrument consisted of a questionnaire including the Exemplary Leadership assessment based on the concept of Kouzes and Posner, and the Learning Organization assessment based on Marquardt's framework. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product–moment correlation coefficient.

The results revealed that the overall level of exemplary leadership among executives was at a high level, with the dimension "Enable Others to Act" showing the highest mean score. Similarly, the overall level of learning organization characteristics in the Northern Health Centers was also at a high level, with the dimension "Learning Dynamics" having the highest mean score. Furthermore, exemplary leadership was positively and strongly correlated with learning organization (r = 0.67), with statistical significance at the 0.01 level. The findings indicate that exemplary leadership serves as a key mechanism in strengthening organizational learning capacity within public health organizations and can provide a policy foundation for leadership development and for driving sustainable transformation toward becoming a learning organization.

Keywords: Exemplary leadership, Learning organization, Health promotion centers

---

Public Health Technical Officer (Professional Level),

Health Promotion center 3 Nakhon Sawan

Corresponding author: Nichaphat Watboonleang e-mail: Nichaphat.wat@gmail.com

บทนำ

ในบริบทของการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน องค์กรจำเป็นต้องพัฒนาและปรับตัวเพื่อรองรับความท้าทายที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization: LO) จึงถูกนำมาใช้เป็นกรอบในการพัฒนาองค์กร โดยมุ่งเน้นการพัฒนาภาวะผู้นำ การเรียนรู้ร่วมกัน และการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ภายในองค์กร เพื่อเสริมสร้างศักยภาพและการพัฒนาอย่างยั่งยืน ตามหลักการสำคัญ 5 ประการของ Senge[1] ได้แก่ ความรอบรู้แห่งตน แบบจำลองความคิด วิสัยทัศน์ร่วม การเรียนรู้เป็นทีม และความคิดเชิงระบบ

หน่วยงานภาครัฐในยุคปัจจุบันจำเป็นต้องส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้เกิดสภาพแวดล้อมและระบบการทำงานที่เอื้อต่อการเรียนรู้ สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต และพัฒนาทัศนคติของข้าราชการให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีการเรียนรู้ร่วมกัน[2] อย่างไรก็ตาม การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ลักษณะองค์กร วิสัยทัศน์ นโยบาย ทิศทางองค์กร ภาวะผู้นำ และการจัดการความรู้ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความสามารถขององค์กรในการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง[3-4]

ผลลัพธ์ของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้จะช่วยให้องค์กรสามารถสร้างองค์ความรู้ เพิ่มพูนสมรรถนะ และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในภาครัฐ องค์กรที่สามารถเรียนรู้ได้รวดเร็วจะมีข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ สามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมภายในองค์กรมาประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิผล ทั้งนี้ เมื่อผสานกับการให้อำนาจแก่บุคลากร การจัดการความรู้ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม จะช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพการดำเนินงานขององค์กรอย่างมีนัยสำคัญ[4]

การก้าวสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้จำเป็นต้องอาศัยบทบาทของผู้บริหารซึ่งเป็นผู้กำหนดวิสัยทัศน์ วางกลยุทธ์ และขับเคลื่อนองค์กรไปสู่เป้าหมาย ภาวะผู้นำที่เหมาะสมจะช่วยให้องค์กรสามารถปรับตัวและรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าภาวะผู้นำของผู้บริหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยช่วยสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ แรงจูงใจ และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร[5-6] นอกจากนี้ งานวิจัยของ พัชราวรรณ สุวรรณมะโณ และหทัย น้อยสมบัติ[7] ยังพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารสถานศึกษากับความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในสถานศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมาก ($r = .877$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .014 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของผู้นำในการขับเคลื่อนองค์กรไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

ศูนย์อนามัยซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกรมอนามัย มีพันธกิจในการสร้างสังคมรอบรู้และยกระดับสุขภาพประชาชนทุกช่วงวัย การ

พัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการบรรลุพันธกิจดังกล่าว โดยผลการประเมินระดับความสำเร็จของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยที่ 1–3 ในช่วงปี พ.ศ. 2564–2566 พบว่าผลการดำเนินงานอยู่ในระดับดีอย่างต่อเนื่อง[8] อย่างไรก็ตาม การรักษามาตรฐานดังกล่าวให้ยั่งยืนยังคงเป็นความท้าทายที่ต้องอาศัยบทบาทผู้นำและการพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นระบบ

แม้ว่าจะมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในหลายบริบท ทั้งในสถานศึกษาและองค์กรภาครัฐทั่วไป แต่ยังขาดงานวิจัยที่มุ่งเน้นศึกษาบริบทของศูนย์อนามัย ซึ่งเป็นหน่วยงานสาธารณสุขระดับภูมิภาคที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายด้านส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้ง ศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือมีบริบทเชิงพื้นที่และภารกิจที่แตกต่างจากภูมิภาคอื่น จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยด้านภาวะผู้นำที่ส่งผลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในบริบทดังกล่าว เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดแนวทางพัฒนาผู้นำและยกระดับประสิทธิภาพองค์กรภาครัฐด้านสาธารณสุข

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความ สัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ ภายใต้กรอบแนวคิดภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของ คูซและพอสเนอร์[9] และแนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ของมาร์ควอดท์[10] เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนพัฒนาผู้นำและเสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ในองค์กรภาครัฐด้านสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของหัวหน้างาน สังกัดศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ
2. เพื่อศึกษาระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ

สมมติฐานของการวิจัย

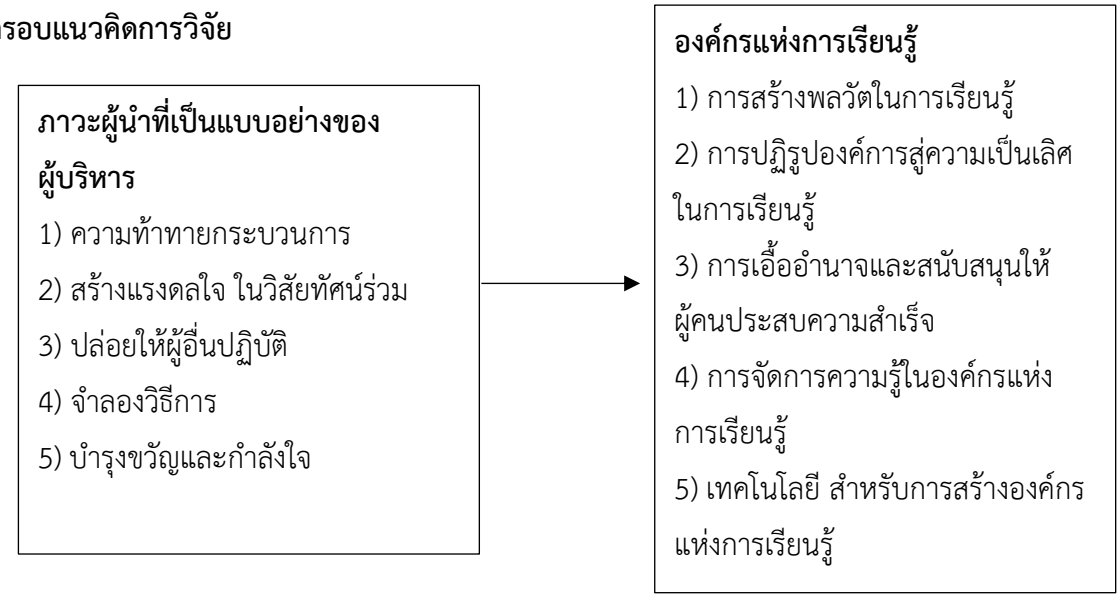
1. ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของหัวหน้างาน สังกัดศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนืออยู่ในระดับมาก
2. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ อยู่ในระดับมาก
3. ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือมีความสัมพันธ์กัน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารตามแนวคิดของคูซและพอสเนอร์ และการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามแนวคิดของมาร์ควาร์ด กลุ่มตัวอย่างคือข้าราชการที่ปฏิบัติงานในศูนย์อนามัยที่ 1, 2 และ 3 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามสัดส่วนข้าราชการของแต่ละศูนย์อนามัย และใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยใช้วิธีจับฉลากจากรายชื่อข้าราชการของแต่ละศูนย์อนามัยตาม

ขนาดตัวอย่างที่กำหนดไว้จนได้ขนาดตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 138 ตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2568 โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูล

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ข้าราชการที่ปฏิบัติงานในศูนย์อนามัยที่ 1, 2 และ 3 ได้ประชากรศึกษา จำนวน 402 คน (ข้อมูลจากงานการเจ้าหน้าที่ กรมอนามัย ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2566)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้าราชการที่ปฏิบัติงานในศูนย์อนามัยที่ 1, 2 และ 3 ซึ่งกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.28[11] (Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. and Buchner, A.,2007) โดยการกำหนดระดับความเชื่อมั่น (Confidence level) เท่ากับร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และ effect size=0.3 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 138 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของกานต์รวี ถาวรพันธุ์[12] และนำมาปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับการนำมาใช้กับบุคลากรของศูนย์อนามัย ซึ่งขอให้ตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติต่อหัวหน้างานในที่นี้ขอบเขตในการตอบ คือ หัวหน้ากลุ่มงาน ซึ่งจะนำมาเป็นภาพรวมของศูนย์อนามัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ (Checklist) ประกอบด้วย เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, ระดับงาน, ประเภทสายงาน และระยะเวลาปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหาร แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหาร ตามแนวคิดทฤษฎีภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของคูซและพอสเนอร์[9] ประกอบด้วยภาวะผู้นำ 5 ด้าน 1) ด้านความท้าทายกระบวน 2)ด้านสร้างแรงดลใจในวิสัยทัศน์ร่วม 3)ด้านปล่อยให้ผู้อื่นปฏิบัติ 4)ด้านจำลองวิธีการ 5)ด้านบำรุงขวัญและกำลังใจ จำนวน 24 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำถามด้านบวกและลบ กำหนดให้ผู้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามประเมินค่า 5 ระดับของไลเคิร์ท (Likert's Five Rating Scale)

ส่วนที่ 3 การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัย แบบสอบถามเกี่ยวกับ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ข้อคำถามตามแนวคิดของมาร์ควอดท์[10] โดยมี 5 ด้าน ได้แก่ 1)ด้านการสร้างพลวัตรในการเรียนรู้ 2)ด้านการปฏิรูปองค์การสู่ความเป็นเลิศในการเรียนรู้ 3) ด้านการเอื้ออำนาจและการสนับสนุนให้ผู้คนประสบความสำเร็จ 4)ด้านการจัดการความรู้ในองค์กรแห่งการเรียนรู้ 5)ด้านเทคโนโลยี สำหรับการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ จำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามประเมินค่า 5 ระดับ โดยผู้วิจัยกำหนดค่าระดับคะแนนของช่วงน้ำหนัก ซึ่งมีความหมายดังนี้

การแปลผลของคะแนนการปฏิบัติ โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติและแบ่งเป็นระดับการการปฏิบัติ ใช้แบบค่าพิสัย โดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด คือ 5-1 = 4 และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ช่วงเท่าๆ กัน[13] กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ระดับการปฏิบัติมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68 - 5.00

ระดับการปฏิบัติปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 - 3.67

ระดับการปฏิบัติน้อย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 - 2.33

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องในเนื้อหาตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดความถูกต้องและชัดเจนของการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำค่าคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence : IOC) โดยใช้สูตรของโรวิเนลลีและแฮมเบิลตัน[14]

เกณฑ์การพิจารณาเลือกข้อคำถามพิจารณาจากข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง มีคะแนน IOC รายข้ออยู่ในช่วง 0.60-1.00 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ ในการศึกษาครั้งนี้ทางผู้วิจัยไม่มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเนื้อหาใดๆ ของเครื่องมือ จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ

นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ไปหาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม โดยการนำไปทดลองใช้กับบุคลาการศูนย์อนามัยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายนำข้อมูลไปวิเคราะห์ค่าเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีทางสถิติ โดยตรวจสอบค่า

ความเชื่อมั่นในการวัดแบบประเมินรวมค่าโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (alpha coefficient) ด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าค่าความเชื่อมั่นด้านภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหาร, ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัย เท่ากับ 0.969, 0.971 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยบุคคล ปัจจัยภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหาร ปัจจัยการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดค่าต่ำสุด

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของหัวหน้างานกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ เพียร์สัน (Pearson's Product Monument Correlation Coefficient)[15]

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยื่นขออนุมัติจริยธรรมต่อคณะกรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย เพื่อขอรับรองเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เมื่อ 26 พฤษภาคม 2568 ตามหนังสือรับรองโครงการวิจัย 840/2568 และได้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกันยายน 2568

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการศูนย์อนามัย ผู้วิจัยประสานกับศูนย์อนามัยที่ 1-3 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา โดยให้ผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดในการเข้าร่วมวิจัย ผู้ช่วยนักวิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การยุติหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาและการพิทักษ์สิทธิ์ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 17.4 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.6 มีอายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 69.6 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.2 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 71.0 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.0 อยู่สายงานวิชาการ มีประสบการณ์ทำงานมากกว่าร้อยละ 15 ปี ร้อยละ 36.2 รองลงมา 11-15 ปี ร้อยละ 25.4

ส่วนที่ 2 ข้อมูลระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหาร

ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้นำศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.13, S.D.=0.63) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้าน พบว่าภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารด้านที่มีระดับการปฏิบัติ

มากที่สุด คือ ด้านปล่อยให้ผู้อื่นปฏิบัติ (X_3) ($\bar{X}$=4.20, S.D.=0.62) ระดับการปฏิบัติรองลงมา คือ ด้านจำลองวิธีการ (X_4) ($\bar{X}$=4.19, S.D.=0.65) และด้านที่มีระดับการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ด้านความท้าทายกระบวนการ (X_1) ($\bar{X}$=4.05, S.D.=0.70) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ โดยภาพรวม (X_{tot})

ที่	ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารศูนย์อนามัย	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1	ด้านความท้าทายกระบวนการ (X_1)	4.05	0.70	มาก
2	ด้านสร้างแรงดลใจในวิสัยทัศน์ร่วม (X_2)	4.14	0.76	มาก
3	ด้านปล่อยให้ผู้อื่นปฏิบัติ (X_3)	4.20	0.62	มาก
4	ด้านจำลองวิธีการ (X_4)	4.19	0.65	มาก
5	ด้านบำรุงขวัญและกำลังใจ (X_5)	4.10	0.74	มาก
	รวม (X_{tot})	4.13	0.63	มาก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัย

การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.09, S.D.=0.57) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้าน พบว่าด้านที่มีระดับการปฏิบัติมากที่สุด คือ การสร้างพลวัตในการเรียนรู้ (Y_1) ($\bar{X}$=4.14, S.D.=0.62) ด้านที่มีระดับการปฏิบัติรองลงมา คือ การปฏิรูปองค์กรสู่ความเป็นเลิศในการเรียนรู้ (Y_2) ($\bar{X}$=4.10, S.D.=0.65) และการเอื้ออำนาจและการสนับสนุนให้ผู้คนประสบความสำเร็จ (Y_3) ($\bar{X}$=4.10, S.D.=0.69) ด้านที่มีระดับการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ด้านเทคโนโลยีสำหรับการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Y_5) ($\bar{X}$=4.03, S.D.=0.71) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ โดยภาพรวม (Y_{tot})

ที่	การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1	การสร้างพลวัตในการเรียนรู้ (Y_1)	4.14	0.62	มาก
2	การปฏิรูปองค์กรสู่ความเป็นเลิศในการเรียนรู้ (Y_2)	4.10	0.65	มาก
3	การเอื้ออำนาจและการสนับสนุนให้ผู้คนประสบความสำเร็จ (Y_3)	4.10	0.69	มาก
4	การจัดการความรู้ในองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Y_4)	4.08	0.59	มาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ โดยภาพรวม (Y_{tot}) (ต่อ)

ที่	การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
5	ด้านเทคโนโลยีสำหรับการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Y_5)	4.03	0.71	มาก
	รวม	4.09	0.57	มาก

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของหัวหน้างานกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ ในภาพรวม (r=0.67) และรายด้านมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และคู่ที่มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงที่สุด (r=0.70) คือ ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารด้านบำรุงขวัญและกำลังใจกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านปฏิรูปองค์การสู่ความเป็นเลิศในการเรียนรู้ คู่ที่มีความสัมพันธ์รองลงมา (r=0.68) คือ ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารด้านบำรุงขวัญและกำลังใจกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการสร้างพลวัตในการเรียนรู้และที่มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำสุด (r=0.39) คือ ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารด้านจำลองวิธีการกับการเป็นองค์กร แห่งการเรียนรู้ด้านเทคโนโลยีสำหรับการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ โดยภาพรวม

การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Y_{tot})	ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหาร (X_{tot})					
	ความท้าทายกระบวนการ (X_1)	สร้างแรงดลใจในวิสัยทัศน์ร่วม (X_2)	ปล่อยให้ผู้อื่นปฏิบัติ (X_3)	จำลองวิธีการ (X_4)	บำรุงขวัญและกำลังใจ (X_5)	ภาวะผู้นำที่เป็นแบบ อย่างของผู้บริหาร (X_{tot})
ด้านการสร้างพลวัตในการเรียนรู้ (Y_1)	0.563**	0.589**	0.646**	0.592**	0.687**	0.673**
ด้านการปฏิรูปองค์การสู่ความเป็นเลิศในการเรียนรู้ (Y_2)	0.599**	0.609**	0.635**	0.629**	0.708**	0.696**

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ โดยภาพรวม (ต่อ)

การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Y_{tot})	ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหาร (X_{tot})					
	ความท้าทายกระบวนการ (X_1)	สร้างแรงดลใจในวิสัยทัศน์ร่วม (X_2)	ปล่อยให้ผู้อื่นปฏิบัติ (X_3)	จำลองวิธีการ (X_4)	บำรุงขวัญและกำลังใจ (X_5)	ภาวะผู้นำที่เป็นแบบ อย่างของผู้บริหาร (X_{tot})
ด้านการเอื้ออำนาจและการ สนับสนุนให้ผู้คนประสบความสำเร็จ (Y_3)	0.516**	0.553**	0.583**	0.549**	0.667**	0.628**
ด้านการจัดการความรู้ในองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Y_4)	0.499**	0.419**	0.454**	0.479**	0.569**	0.530**
ด้านเทคโนโลยีสำหรับการ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Y_5)	0.400**	0.408**	0.440**	0.399**	0.432**	0.454**
การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Y_{tot})	0.583**	0.586**	0.626**	0.600**	0.693**	0.676**

**ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

อภิปรายและสรุปผลผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาระดับภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย สำหรับภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารด้านที่มีระดับการปฏิบัติมากที่สุด คือด้านปล่อยให้ผู้อื่นปฏิบัติ ($\bar{X}$=4.20, S.D.=0.62) และด้านที่มีระดับการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ด้านความท้าทายกระบวนการ ($\bar{X}$=4.05, S.D.=0.70)

2. ผลการศึกษาระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.09, S.D.=0.57) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย และการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านที่มีระดับการปฏิบัติมากที่สุด คือ การสร้างพลวัตในการเรียนรู้ ($\bar{X}$=4.14, S.D.=0.62) และที่มีระดับการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ด้านเทคโนโลยีสำหรับการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ ($\bar{X}$=4.03, S.D.=0.71)

3. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ ในภาพรวมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับ

สมมติฐานการวิจัย เมื่อพิจารณรายด้าน ผลการวิจัยพบว่า

1. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ พบว่าคู่ที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุด คือ ภาวะผู้นำด้านบำรุงขวัญและกำลังใจกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการปฏิรูปองค์การสู่ความเป็นเลิศในการเรียนรู้ สะท้อนให้เห็นว่าผู้บริหารที่สามารถสร้างแรงจูงใจ สนับสนุนทางจิตใจ และให้คุณค่าแก่บุคลากร มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบขององค์กร ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของเซนจ์[16] ที่มองว่าผู้นำในองค์กรแห่งการเรียนรู้ทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ โดยสร้างบรรยากาศแห่งความไว้วางใจและการมีส่วนร่วมของบุคลากร นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของบาสและอาโวลิโอ[17] ที่ชี้ว่าผู้นำเชิงแบบอย่างซึ่งใส่ใจมิติทางอารมณ์ของบุคลากรสามารถส่งเสริมพลังการทำงานและการเรียนรู้เชิงนวัตกรรมขององค์กรได้ รวมทั้งงานวิจัยของบุญณะอินทร์และกระสังข์[18] สุภาวดี จันทร์ศรี[19] และศิริพร แก้วคำ[20] ที่ยืนยันว่าการเสริมแรงทางบวกและการสร้างแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับขวัญกำลังใจ ความผูกพันและความพร้อมขององค์กรต่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ภาวะผู้นำด้านบำรุงขวัญและกำลังใจจึงเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการปฏิรูปองค์กรสู่ความเป็นเลิศในการเรียนรู้ของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ

2. ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์รองลงมาที่อยู่ในระดับสูง คือ ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารด้านบำรุงขวัญและกำลังใจกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการสร้างพลวัตในการเรียนรู้ สะท้อนให้เห็นว่าการที่ผู้บริหารให้กำลังใจ สนับสนุนทางจิตใจ และเสริมสร้างความผูกพันของบุคลากร มีส่วนสำคัญต่อการก่อให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง การบำรุงขวัญและกำลังใจช่วยเสริมแรงจูงใจภายในและสร้างความรู้สึกปลอดภัยทางจิตวิทยา ทำให้บุคลากรกล้าแสดงความคิดเห็น ซักถาม และเรียนรู้สิ่งใหม่ ส่งผลให้เกิดพลวัตในการเรียนรู้ทั้งในระดับบุคคลและทีมงาน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของเซนจ์[16] ที่เน้นบทบาทผู้นำในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ร่วมกัน และงานวิจัยของเอ็ดมอนด์สัน[21] ที่ชี้ว่าความไว้วางใจและการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้นำช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และนวัตกรรมในองค์กร นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของบุญณะอินทร์และกระสังข์[18] สุภาวดี จันทร์ศรี[22] และศิริพร แก้วคำ[23] ที่ยืนยันว่าการเสริมแรงทางบวกและการสร้างแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของบุคลากร ดังนั้น บทบาทผู้นำด้านบำรุงขวัญและกำลังใจจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างพลวัตในการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างยั่งยืนของศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ

3. ผลการศึกษาพบว่าคู่ที่มีความสัมพันธ์ต่ำที่สุด คือ ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารด้านบำรุงขวัญและกำลังใจกับการ

เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านเทคโนโลยี สะท้อนให้เห็นว่าแม้ผู้บริหารจะมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างขวัญกำลังใจและแรงจูงใจของบุคลากร แต่บทบาทดังกล่าวอาจยังไม่เพียงพอในการผลักดันการใช้และพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้ขององค์กร เนื่องจากมิติด้านเทคโนโลยีต้องอาศัยปัจจัยเชิงโครงสร้างและทรัพยากรเป็นหลัก เช่น โครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ นโยบายองค์กร ระบบจัดการความรู้ และทักษะดิจิทัลของบุคลากร ซึ่งแตกต่างจากปัจจัยด้านจิตใจและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของเซนจ์[16] ที่ชี้ว่าการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ต้องอาศัยทั้งปัจจัยด้านมนุษย์และปัจจัยเชิงระบบ โดยเทคโนโลยีทำหน้าที่เป็นเครื่องมือสนับสนุนมากกว่าผลลัพธ์โดยตรงจากภาวะผู้นำเชิงมนุษยสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุภาวดี จันทร์ศรี[24] ศิริพร แก้วคำ[25] และวีรชัย พรหมศรี[26] ที่ยืนยันว่าความสำเร็จของการใช้เทคโนโลยีในองค์กรภาครัฐขึ้นอยู่กับโครงสร้างพื้นฐาน นโยบาย และการพัฒนาทักษะดิจิทัลมากกว่าปัจจัยด้านขวัญกำลังใจ ดังนั้น ศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือควรเสริมบทบาทผู้นำด้านการกำหนดนโยบาย การจัดสรรทรัพยากร และการพัฒนาศักยภาพด้านดิจิทัล ควบคู่กับการดูแลขวัญกำลังใจ เพื่อยกระดับการใช้เทคโนโลยีในการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ศูนย์อนามัยควรกำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ให้เป็นกรอบการดำเนินงานหลักของหน่วยงาน โดยบูรณาการแนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้เข้ากับแผนยุทธศาสตร์ แผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล และแผนพัฒนาคุณภาพงาน เพื่อให้การเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการบริหารจัดการอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง

2. ศูนย์อนามัยควรพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการเรียนรู้ขององค์กรอย่างเป็นระบบ เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดการความรู้ในองค์กร และการส่งเสริมโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research: R2R) เพื่อเสริมสร้างพลวัตในการเรียนรู้และการพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน

3. ศูนย์อนามัยควรจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณด้านเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างเหมาะสม เพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ระบบข้อมูล และเครื่องมือดิจิทัลที่เอื้อต่อการเรียนรู้ การสื่อสารภายในองค์กร และการใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปรได้อย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างจำกัดเฉพาะข้าราชการในศูนย์อนามัยในเขตภาคเหนือ ซึ่งอาจไม่สามารถอ้างอิงผลไปยังหน่วยงานหรือภูมิภาคอื่นที่มีบริบทแตกต่างกันได้ นอกจากนี้การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามประเมินความคิดเห็นอาจมีอคติจากการตอบแบบสอบถามและการวิเคราะห์ใช้เพียงสถิติสหสัมพันธ์โดย

ไม่ได้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ที่พบ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1, 2, 3 และหัวหน้ากลุ่มงาน บุคลากรที่เกี่ยวข้องภายในศูนย์อนามัยภาคเหนือทั้ง 3 แห่ง ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีจนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Senge PM. The fifth discipline fieldbook: strategies and tools for building a learning organization. New York: Doubleday; 1994.
2. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. คู่มือแนวทางการพัฒนาบุคลากรภาครัฐ พ.ศ. 2563–2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ocsc.go.th
3. อัมพร ปัญญา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อลักษณะการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในวิทยาลัยราชพฤกษ์. วารสาร ปัญญาภิวัฒน์ 2557;5(2):180-90.
4. ธวัช บุณยมณี. ภาวะผู้นำและการเปลี่ยนแปลง. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส. พริ้นติ้ง เฮ้าส์; 2550.
5. จิรพรรณ โพธิ์ทอง, อรุณี สังขพานิต, สาวิตรี ศิริผลวุฒิชัย. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2564;4(2):79-92.
6. พัชราวรรณ สุวรรณมะโณ, หทัย น้อยสมบัติ. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาร้อยเอ็ดเขต 2. วารสารการบริหารและนิเทศการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2565;13(2):122-34.
7. Robbins SP. Organizational behavior. 7th ed. New Jersey: Prentice-Hall; 2005.
8. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการปฏิบัติราชการ กรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย; 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://doc.anamai.moph.go.th/index.php?r=str-indicator-pdc/index
9. Kouzes JM, Posner BZ. The leadership challenge. 3rd ed. San Francisco: John Wiley & Sons; 2002.
10. Marquardt MJ. Building the learning organization. New York: Oxford University Press; 1996.
11. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods 2007;39:175-91.
12. กานต์รวี ถาวรพันธุ์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของผู้บริหารกับ

การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์บัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2556.

13. ประคอง กรรณสูต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2542.
14. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Dutch Journal of Educational Research 1977;2:49- 60.
15. Gerstner CR, Day DV. Meta-analytic review of leader–member exchange theory: correlates and construct issues. J Appl Psychol 1997;82(6):827-44.
16. Senge PM. The fifth discipline: the art and practice of the learning organization. New York: Doubleday; 1990.
17. Bass BM, Avolio BJ. Improving organizational effectiveness through transformational leadership. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994.
18. บุญณะอินทร์ ส, กระสังข์ ป. ภาวะผู้นำของผู้บริหารที่ส่งผลต่อขวัญกำลังใจและความผูกพันของบุคลากรสาธารณสุข. วารสารสุขภาพและการบริหารสาธารณสุข 2565;8(2):45-58.
19. สุภาวดี จันทร์ศรี. ภาวะผู้นำเชิงสนับสนุนกับการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ในหน่วยงานภาครัฐ. วารสารการบริหารการศึกษา 2565;14(2):85-98.
20. ศิริพร แก้วคำ. การบริหารเชิงแรงจูงใจกับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงขององค์กรสาธารณสุข. วารสารการบริหารการสาธารณสุข 2566;7(1):59-72.
21. Edmondson AC. Psychological safety and learning behavior in work teams. Administrative Science Quarterly 1999;44(2):350-83.
22. สุภาวดี จันทร์ศรี. การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ในองค์กรสาธารณสุขสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้. วารสารการบริหารการศึกษา 2565;14(3):101-14.
23. ศิริพร แก้วคำ. ปัจจัยการบริหารที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ของบุคลากรสาธารณสุข. วารสารการบริหารการสาธารณสุข 2566;7(1):59-72.
24. สุภาวดี จันทร์ศรี. เทคโนโลยีสารสนเทศกับการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ในหน่วยงานภาครัฐ. วารสารการบริหารการศึกษา 2565;14(4):97-110.
25. ศิริพร แก้วคำ. การพัฒนาทักษะดิจิทัลของบุคลากรสาธารณสุขกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการปฏิบัติงาน. วารสารการบริหารการสาธารณสุข 2566;7(2):61-75.
26. วีรชัย พรหมศรี. ปัจจัยเชิงโครงสร้างที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในองค์กรภาครัฐ. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ 2565;20(2):49-64.

ประสิทธิผลของหมอนลดปวดต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

วัชราพร นันบุญ[1], ขนิฎฐา นามสง่า[1], จิตรลดา เชิดชนม์[1], ปิยะรัตน์ ญานสาร[1], ภัทรีญา สนธิรัตนชัย[1]
ศุภนิดา ศรีสวัสดิ์[1],จุรี แสนสุข, ส.ด.[2], สายสุดา จันหัวนา, พยม.[3]

(วันที่รับบทความ: 6 ธันวาคม 2568, วันที่แก้ไข: 13 กุมภาพันธ์ 2569, วันที่ตอบรับ: 25 กุมภาพันธ์ 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest–posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ของอาการปวดหลังส่วนล่าง ศึกษาผลของการใช้หมอนลดปวดต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง และศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมหมอนลดปวดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์จำนวน 30 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน ถึงตุลาคม พ.ศ. 2568 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) หมอนลดปวดที่พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นทางเลือกที่ปลอดภัย ใช้งานง่าย และช่วยบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างสำหรับนักศึกษา แทนอุปกรณ์อื่นที่มีข้อจำกัดและความเสี่ยงจากการนวด 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมหมอนลดปวด และ 3) แบบประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดหลังใช้นวัตกรรมลดลงจาก 3 คะแนน เป็น 1.40 คะแนน โดยคะแนนความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมในระดับมากที่สุด นวัตกรรมมีความสะดวกในการเคลื่อนย้าย (ค่าเฉลี่ย 4.60, SD.=0.56) จัดเก็บง่าย (ค่าเฉลี่ย 4.57, SD.=0.62) มีความแข็งแรง ทนทาน ใช้งานได้ต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ย 4.53, SD.=0.50) สรุป นวัตกรรมหมอนลดปวดมีประสิทธิผลในการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง และเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในการบรรเทาอาการปวดในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ทั้งนี้ ควรพิจารณาการเพิ่มระยะเวลาและความถี่ในการใช้งานในการศึกษาครั้งต่อไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของผลลัพธ์

คำสำคัญ: หมอนลดปวด; อาการปวดหลังส่วนล่าง; ความพึงพอใจ; นักศึกษาพยาบาลศาสตร์

[1] **นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต,** [2-3]**อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ**
[1-3]**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก**
Corresponding author: สายสุดา จันหัวนา e-mail: saisuda@bcnkk.ac.th

Effect of pain relief pillows on lower back pain and satisfaction among nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen: a quasi-experimental study

Watcharaporn Nunboon[1], Khanitha Namsanga[1], Chitlada Choedchon[1], Piyarat Yansan[1], Patthareeya Sonthirattanachai[1], Suphanida Srisawat[1], Juree Sansuk, Dr.P.H [2], Saisuda Chanhuana, MNS[3]

(Received: 6th December 2025, Revised: 13th February 2026, Accepted: 25th February 2026)

Abstract

This study used a one-group pretest–posttest design in a quasi-experimental research design. The study's goals were to find out how common lower back discomfort is, how a pain-relieving cushion affects it, and how satisfied nursing students at Boromarajonani College of Nursing in Khon Kaen were with the new pain-relieving pillow.Purposive sampling was used to choose 30 nursing students for the sample. Between September and October of 2025, data was gathered. The research instruments included: A pain-relieving pillow that was created as a user-friendly and safe substitute for various gadgets with drawbacks and possible hazards related to massage in order to treat students with lower back discomfort;a survey measuring user satisfaction with the pain-relieving pillow invention; and An evaluation form for lower back discomfort. A paired t-test and descriptive statistics were used to assess the data.

After implementing the innovation, the mean lower back pain score dropped from 3.00 to 1.40, according to the data. There was a statistically significant decrease in the pain score ($p < 0.05$) There was the highest level of overall satisfaction with the invention. The invention was regarded as being very easy to store (mean = 4.57, SD = 0.62), very convenient to travel (mean = 4.60, SD = 0.56), and robust and long-lasting for constant usage (mean = 4.53, SD = 0.50). In summary, the invention of the pain-relief cushion proved successful in lowering lower back pain and is a suitable substitute for nursing students seeking pain relief. To further improve the efficacy of the results, future research should think about extending the duration and frequency of use.

Keywords: pain-relief pillow; lower back pain; satisfaction; nursing students

[1] Nursing Student, [2-3] Lecturer

[1-3]Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. Corresponding author: Saisuda chanhuana e-mail: saisuda@bcnkk.ac.th

บทนำ

อาการปวดหลังส่วนล่าง (Low back pain: LBP) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่พบได้ทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก[1] ระบุว่ามีผู้ที่ได้รับผลกระทบกว่า 619 ล้านคน และคาดว่าจะ เพิ่มขึ้น 843 ล้านคน ภายในปี 2050 พบมากในช่วง อายุ 45 ถึง 55 ปีและเพศหญิงมีความชุกสูงกว่า เพศชาย ทั้งอัตราการปวดหลังตลอดชีวิตสูงถึงร้อยละ 84 และมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำภายใน 1 ปี ร้อยละ 24 ถึง 80[2] ซึ่งปัญหานี้ก่อให้เกิดผลกระทบ ต่อคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจในระดับโลก[3] ในประเทศไทยมีความชุกร้อยละ 20.70 ในวัยทำงาน (20 ถึง 60 ปี) และประมาณ ร้อยละ 43 เคยมีอาการปวดหลัง อีกทั้งสำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานว่าอัตราการเกิดโรคปวดหลังมีแนวโน้มเพิ่มสูงถึงร้อยละ 33.29 ซึ่งบ่งชี้ถึงความรุนแรงของปัญหาผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และประสิทธิภาพแรงงานของประเทศ[4] ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่นพบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความชุก ของอาการปวดหลังส่วนล่างสูงถึง ร้อยละ 54.07 โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การทำงานกับคอมพิวเตอร์นานเกิน 6 ชั่วโมง การนั่งหลังค่อม และความเครียด ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยทางร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล ให้เกิดอาการปวดหลัง[5] ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น พบว่าการเผชิญ กับปัญหาอาการปวดหลังส่วนล่างจากพฤติกรรมการนั่งเรียนในท่าเดิมเป็นเวลานาน ซึ่งส่งผลเสียต่อ สุขภาพทั้งในด้านระบบกล้ามเนื้อ กระดูก การไหลเวียนโลหิต และระบบเผาผลาญของร่างกาย ผลที่ตามมา คือภาวะเหนื่อยล้า ความเครียด คุณภาพชีวิตที่ลดลง และประสิทธิภาพการเรียนรู้ที่ ถดถอย อาการปวดดังกล่าว มีผลกระทบที่ทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง เลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ เกิดการสะสมของ ของเสียและการอักเสบเรื้อรัง ซึ่งอาจนำไปสู่การจำกัดการเคลื่อนไหว ความเสื่อมของข้อต่อ และความพิการหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม[6] การบรรเทาอาการปวด สามารถทำได้หลากหลายวิธี เช่น การนวดเพื่อการรักษา และการนวดเพื่อผ่อนคลาย มีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลของการนวดไทยโบราณแบบราชสำนักร่วมกับการทำสมาธิเทียบกับการนวดแบบเดียวโดยไม่ทำสมาธิ ในผู้ที่มีภาวะปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังบริเวณกล้ามเนื้อพบว่าทั้งสองวิธีช่วยลดอาการปวดและเพิ่มค่าความทนต่อแรงกดได้อย่างมีนัยสำคัญและการนวดร่วมกับสมาธิช่วยเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของคอได้ชัดเจนกว่า[7] จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 129 เรื่องเกี่ยวกับการนวดเพื่อลดอาการปวดในผู้ใหญ่ พบว่ามีเพียงส่วนน้อยที่ประเมินคุณภาพหลักฐานอย่างเป็นทางการ และไม่พบข้อสรุปใดที่มีหลักฐานระดับสูง โดยมีเพียง 7 ข้อสรุปที่มีหลักฐานระดับปานกลาง ซึ่งล้วนชี้ว่าการนวดช่วยบรรเทาอาการปวดได้ ส่วนหลักฐานที่เหลืออยู่ในระดับต่ำถึงต่ำมาก[8] การนวดสามารถจำแนกได้เป็นหลายประเภท อาทิ การนวดแผนไทย การนวดสปอร์ต ซึ่งส่วนใหญ่ดำเนินการโดยใช้มือเป็นเครื่องมือหลัก อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันมีการใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการ

บำบัดและขยายรูปแบบการให้บริการ เช่น ลูกประคบสมุนไพร ไม้นวด หินร้อน อุปกรณ์สั่นนวด รวมถึงอุปกรณ์พื้นบ้านที่ได้รับความนิยมในบางพื้นที่ เช่น นมสาวและกะลามะพร้าว ทั้งนี้การเลือกใช้เทคนิคและอุปกรณ์ควรพิจารณาตามวัตถุประสงค์ในการบำบัด ความปลอดภัยและความเหมาะสมของผู้รับบริการเป็นสำคัญ[9] อย่างไรก็ตามวิธีการเหล่านี้ยังคงมีข้อจำกัดอยู่หลายประการ เช่น การนวดที่ไม่ตรงแนวเส้นของกล้ามเนื้อ อาจทำให้เกิดการอักเสบ หรือไม่สามารถบรรเทาอาการปวดได้อย่างมี ประสิทธิภาพ เช่น ทำให้ผู้ใช้ รู้สึกเจ็บหรือไม่สบายตัวขณะใช้งาน[10] หรือทำให้เกิดอาการบาดเจ็บบริเวณกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นผลกระทบต่อร่างกายจากการนวดได้เช่นกัน[11] นอกจากนี้จากการศึกษาผลข้างเคียงของการบำบัดด้วยการนวดของ Cambron JA (2007) พบว่าร้อยละ 10 ของผู้รับบริการนวดมีอาการไม่สบายเล็กน้อยหลังการนวด ขณะที่ร้อยละ 23 มีผลข้างเคียงเชิงบวกที่ไม่คาดคิด อาการไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่เกิดภายใน 12 ชั่วโมงและหายไปภายใน 36 ชั่วโมง[12] ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนานวัตกรรมหมอน ลดปวดที่จะช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยออกแบบให้มีความนุ่มสบาย ไม่ก่อให้เกิดการระคายเคือง และใช้งานได้สะดวก เหมาะสำหรับนักศึกษา โดยมีเป้าหมาย ในการบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างและประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมดังกล่าว ตลอดจนเป็นแนวทางในการเสริมสร้างสุขภาวะของนักศึกษาและเป็นทางเลือกในการใช้ภูมิปัญญาเพื่อการอนุรักษ์และส่งเสริมเอกลักษณ์ไทยอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

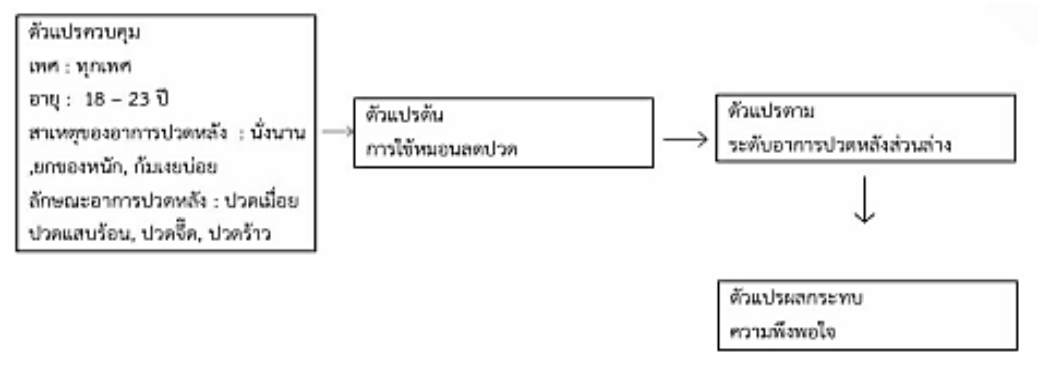
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของอาการปวดหลังส่วนล่างในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้หมอนลดปวดในการลดอาการปวดหลังส่วนล่างของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ต่อการใช้นวัตกรรมหมอนลดปวด

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับความปวดหลังส่วนล่างหลังการใช้นวัตกรรมหมอนลดปวดลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการใช้หมอนลดปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2.ระดับความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ต่อการใช้นวัตกรรมหมอนลดปวดอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

ขอบเขตการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย: กึ่งทดลอง (Quasi-experimental), แบบกลุ่มเดียววัดก่อน–หลัง (One-group pretest–posttest design)
2. ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
3. ระยะเวลาดำเนินการ กันยายน – ตุลาคม พ.ศ. 2568



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น อายุระหว่าง 18-23 ปี ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง จำนวนทั้งสิ้น 494 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ อายุระหว่าง 18-23 ปี เพศชาย และหญิง ผู้เข้าร่วมต้องมีระดับความปวดหลังส่วนล่างตั้งแต่เล็กน้อยขึ้นไป (อย่างน้อย 1 คะแนน) สมัครใจเข้าร่วม ลงนามยินยอม และสามารถใช้นวัตกรรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนดผู้ที่มีประวัติผ่าตัดหรือความผิดปกติของกระดูกสันหลังรุนแรง อยู่ระหว่างการรักษาด้วยวิธีอื่นที่อาจมีผลต่อผลการศึกษา จะถูกคัดออกรวมถึงผู้ที่มีโรคหรือภาวะที่กระทบต่อการประเมินอาการปวด ไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัย หรือขอถอนตัวระหว่างดำเนินการศึกษา

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 โดยเลือกการทดสอบ t test กำหนดอำนาจทดสอบ (β) ที่ 0.80 ความเชื่อมั่น (α) ที่ 0.05 และกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 , Cohen, 1988; [13] ซึ่งให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ 27 คนเนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน และหลังทดลอง (One group pretest-posttest design) ต้องมีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 10 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามการประเมินความปวด การแบ่งค่าระดับความเจ็บปวดแบบ numeric rating scale แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย, ขยับตัวก็ไม่ปวด คะแนน 1 – 3 หมายถึง ปวดเล็กน้อยพอทนได้ นอนเฉย ๆ ไม่ปวด, ขยับแล้วปวดเล็กน้อย คะแนน 4 –6 หมายถึง ปวดปานกลางนอนเฉยๆก็ปวด, ขยับก็ปวด คะแนน 7–10 หมายถึง ปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้แม้นอนนิ่ง ๆ [14]

2. แบบสอบถามความพึงพอใจ ต่อการใช้นวัตกรรมหมอนลดปวด การประเมินความพึงพอใจตามแนวทาง Likert scale (มาตราส่วนลิเคิร์ต) 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4

หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย 1 หมายถึง น้อยที่สุด[15] ประกอบด้วย 6 ด้านดังนี้ ด้านการออกแบบนวัตกรรมหมอนลดปวด ด้านความปลอดภัยของนวัตกรรมหมอนลดปวด ด้านโครงสร้างด้านการใช้งานนวัตกรรมหมอนลดปวด ด้านประสิทธิผลของนวัตกรรมหมอนลดปวด และด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 พึงพอใจมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 พึงพอใจน้อย ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 พึงพอใจน้อยที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ศึกษางานวิจัย แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เข้าใจหลักการ แนวคิด และทฤษฎีที่ใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดของตัวแปรที่วัดได้ จากนั้นกำหนดนิยามการกระทำและโครงสร้างของตัวแปรที่จะวัดและปรึกษากับที่ปรึกษากับที่ปรึกษาโครงการเพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำแบบทดสอบและนำแนวคิดไปเพื่อปรับปรุงและปรับให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมิน

2. การวัดความตรง ส่งแบบสอบถามที่ออกแบบเสร็จแล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การพยาบาลชุมชนและการส่งเสริมสุขภาพ ทำการประเมินความสอดคล้องระหว่างรายการคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ผลการประเมินพบว่าเครื่องมือประเมินความปวดมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดี โดยมีค่า CVI = 0.85 เครื่องมือประเมินระดับความพึงพอใจมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดี โดยมีค่า CVI = 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมแกรม สำเร็จรูป แบ่งเป็นดังนี้

1.ข้อมูลทั่วไป อายุ, เพศ, ระยะเวลาเป็นโรค, โรคประจำตัววิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.แบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ต่อนวัตกรรม หมอนลดปวด โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

3.เปรียบเทียบระดับความปวดก่อน และหลังใช้หมอนลดปวด โดยใช้สถิติ Pair -Sample t test โดยกำหนดที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น เลขที่โครงการ IRB-BCNKKN-14-2025

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ของอาการปวดหลังส่วนล่างในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ผลการศึกษาสถานการณ์อาการปวดหลังส่วนล่างในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100) มีอายุระหว่าง 18–20 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 66.67) รองลงมาคือ 21–23 ปี (ร้อยละ 33.33) โดยส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 3

(ร้อยละ 60.00) รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 23.33) และชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 16.67) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) รายงานว่ามีอาการปวดหลังส่วนล่างบริเวณเอวถึงก้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา สำหรับวิธีการจัดการความปวด พบว่าส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีอื่น ๆ เช่น การพักผ่อนหรือปรับเปลี่ยนอิริยาบถ (ร้อยละ 63.34) รองลงมาคือ การนวด (ร้อยละ 33.33) และการรับประทานยา (ร้อยละ 3.33) ด้านประวัติสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) ไม่มีประวัติการประสบอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บบริเวณหลัง ไม่เคยได้รับการผ่าตัดบริเวณหลัง ไม่มีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับกระดูกสันหลัง และไม่มีแผลกดทับบริเวณหลัง สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการปวดหลัง พบว่าส่วนใหญ่ระบุว่าสาเหตุเกิดจากการนั่งเป็นเวลานาน (ร้อยละ 93.34) รองลงมาคือ การยกของหนัก (ร้อยละ 3.33) และการก้มเงยบ่อย (ร้อยละ 3.33) ลักษณะอาการปวดที่พบมากที่สุดคือ อาการปวดเมื่อย (ร้อยละ 90.00) รองลงมาคือ อาการปวดจี๊ด (ร้อยละ 6.67) และอาการปวดร้าว (ร้อยละ 3.33) ดังแสดงในตารางที่ 1

2. ผลของการศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ที่ใช้นวัตกรรมหมอนลดปวด

วิเคราะห์ความพึงพอใจหลังใช้นวัตกรรมหมอนลดปวดในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จากการศึกษาพบว่าร้อยละ พบว่าความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมหมอนลดปวดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด โดยส่วนใหญ่เป็นด้านการออกแบบนวัตกรรมหมอนลดปวด พบว่ามีความสะดวกในการเคลื่อนย้าย อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.60, SD.=0.56) โดยพบมากถึงร้อยละ 92.00 รองลงมาคือ ด้านการใช้งานของนวัตกรรมหมอนลดปวดนวัตกรรมจัดเก็บง่ายมีความพึงพอใจ ในระดับพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.57, SD = 0.62) โดยพบมากถึงร้อยละ 91.33 และด้านโครงสร้างนวัตกรรมมีความแข็งแรง ทนทาน ใช้งานได้ต่อเนื่อง ในระดับ พึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.53, SD.=0.50) โดยพบมากถึงร้อยละ 90.67 ดังแสดงในรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (N=30)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	30	100
ชาย	0	0.00
อายุ		
18-20	20	66.67

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ (n=30) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (N=30)	ร้อยละ
21-23	10	33.33
ระดับการศึกษา		
ชั้นปีที่ 1	7	23.33
ชั้นปีที่ 2	5	16.67
ชั้นปีที่ 3	18	60.00
ชั้นปีที่ 4	0	0.00
ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการปวดหลังหรือไม่		
มีอาการปวดหลังส่วนล่าง (เอวถึงก้น)	30	100
ทุกครั้งที่มีอาการปวดหลัง ท่านจัดการความปวดอย่างไร		
กินยา	1	3.33
นวด	10	33.33
อื่นๆ	19	63.34
เคยเกิดอุบัติเหตุได้รับการบาดเจ็บบริเวณหลัง		
ไม่เคย	30	100
เคยได้รับการผ่าตัดบริเวณหลัง		
ไม่เคย	30	100
โรคประจำตัวที่เกี่ยวกับกระดูกสันหลัง		
ไม่มี	30	100
แผลกดทับบริเวณหลัง		
ไม่มี	30	100
สาเหตุของอาการปวดหลังของท่านเกิดจาก		
นั่งนาน	28	93.34
ยกของหนัก	1	3.33
ก้มเงยบ่อย	1	3.33
ลักษณะอาการปวดหลัง		
ปวดเมื่อย	27	90
ปวดจี๊ด	2	6.67
ปวดร้าว	1	3.33

ตารางที่ 2 ตารางแสดงความพึงพอใจหลังใช้นวัตกรรมหมอนลดปวดในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

รายการประเมิน	$\bar{X}$	ร้อยละ	S.D.	ความหมาย
ด้านการออกแบบนวัตกรรมหมอนลดปวด				
วัสดุที่ใช้ในการออกแบบมีความแข็งแรง	88.67	4.43	0.568	มากที่สุด
การออกแบบมีความคิดสร้างสรรค์	86.00	4.40	0.702	มากที่สุด
รูปแบบของนวัตกรรมมีความสวยงามน่าใช้	82.67	4.13	0.730	มาก
มีความสะดวกในการเคลื่อนย้าย	92.00	4.60	0.563	มากที่สุด
ด้านความปลอดภัยของนวัตกรรมหมอนลดปวด				
นวัตกรรมหมอนลดปวดมีความปลอดภัยในการใช้งานมากน้อยเพียงใด	87.33	4.37	0.669	มากที่สุด
นวัตกรรมมีความมั่นคงแข็งแรงขณะใช้งาน	88.67	4.43	0.626	มากที่สุด
ด้านโครงสร้าง				
นวัตกรรมมีการใช้วัสดุอุปกรณ์เหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้สะดวก	90.00	4.50	0.630	มากที่สุด
นวัตกรรมมีความแข็งแรง ทนทาน ใช้งานได้ต่อเนื่อง	90.67	4.53	0.507	มากที่สุด
ขนาดและน้ำหนักของนวัตกรรมเหมาะสมต่อการใช้งาน	88.00	4.40	0.675	มากที่สุด
วัสดุที่ใช้ไม่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง	87.33	4.37	0.615	มากที่สุด
ด้านการใช้งานของนวัตกรรมหมอนลดปวด				
มีความสะดวกในการใช้งาน	90.00	4.50	0.682	มากที่สุด
สามารถทำความสะอาด และดูแลรักษาได้ง่าย	88.00	4.40	0.675	มากที่สุด
นวัตกรรมจัดเก็บง่าย	91.33	4.57	0.626	มากที่สุด
ด้านประสิทธิผลของนวัตกรรมหมอนลดปวด				
นวัตกรรมสามารถลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้หลังใช้งาน	83.33	4.17	0.791	มาก
หลังใช้นวัตกรรมรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น	85.33	4.27	0.640	มากที่สุด
นวัตกรรมใช้งานได้จริงในชีวิตประจำวัน	87.10	4.35	0.661	มากที่สุด
ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการใช้หมอนลดปวด	88.67	4.43	0.568	มากที่สุด
ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ				
การประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมการวิจัย	88.00	4.40	0.621	มากที่สุด
ความเหมาะสมของระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย	88.67	4.43	0.679	มากที่สุด

2.ผลของการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของอาการปวดหลังส่วนล่างในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น หลังการใช้หมอนลดปวด

การประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมหมอนลดปวด โดยทำการวัดค่าคะแนนความปวดก่อนและหลังการใช้งานหมอนลดปวด (Pre-Post intervention Pain relief pillow) ประกอบด้วย การวัดคะแนนความปวดหลังส่วนล่าง และการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการใช้งาน โดยวัดก่อนและหลังการใช้งาน ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า p -value และองศาอิสระ (Degrees of Freedom) ซึ่งมีรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงระดับคะแนนความปวดหลังส่วนล่างในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ก่อนและหลังใช้นวัตกรรมหมอนลดปวด

ประเด็นเปรียบเทียบ	ก่อนใช้ ($\bar{X}$)	ก่อนใช้ (SD.)	หลังใช้ ($\bar{X}$)	หลังใช้ (S.D.)	t	df	p
คะแนนความปวด	3	1.55	1.40	1.45	4.14	29	0.001

จากตารางที่ 3 แสดงระดับความปวดหลังส่วนล่างในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ก่อนและหลังใช้นวัตกรรมหมอนลดปวด พบว่าคะแนนความปวดหลัง หลังใช้นวัตกรรม ลดลงจากก่อนใช้นวัตกรรม จากค่าเฉลี่ย 3 คะแนน เป็น 1.40 คะแนน โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) แสดงถึงการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

สถานการณ์อาการปวดหลังส่วนล่างของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีประสบการณ์ปวดหลังส่วนล่างโดยมีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายประการ เช่น ท่าทางการนั่งเรียนเป็นเวลานาน การทำกิจกรรมทางคลินิก และภาระงานที่ต้องใช้แรงกาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kreiner[16] ที่ระบุว่านักศึกษาพยาบาลมีความชุกของอาการปวดหลังสูงจากการยกผู้ป่วยและการทำกิจกรรมซ้ำ ๆ ในสภาพ แวดล้อมการพยาบาล[16] นอกจากนี้ สรีรศาสตร์ไม่เหมาะสมรวมถึงความเครียดจากการเรียน อาจส่งผลให้กล้ามเนื้อบริเวณหลังส่วนล่างตึงตัวเพิ่มขึ้น[17] ทำให้เกิดอาการปวดมากขึ้น ผลลัพธ์ของการศึกษาครั้งนี้จึงสะท้อนว่า อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเพื่อป้องกันการเกิดอาการปวดเรื้อรังในอนาคต

ด้านความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมหมอนลดปวด ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมหมอนลดปวดอยู่ใน ระดับมากที่สุดในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการใช้งานและด้านโครงสร้าง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทางสรีรศาสตร์

ของ Hedge[18] ที่ให้ความสำคัญของสรีรวิทยาและหลักการยศาสตร์ในการลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อได้[18] และการใช้อุปกรณ์รองรับหลังที่มีรูปทรงพอดีกับสรีระสามารถลดแรงกดทับและลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังได้[19]

ความพึงพอใจในด้านความปลอดภัยและการบริการสะท้อนว่าผู้ใช้รับรู้ถึงความเหมาะสมของวัสดุ ความแข็งแรง และการให้คำแนะนำก่อนใช้งาน ซึ่งตามงานวิจัยของ Langlois พบว่า ผู้ใช้มีความพึงพอใจสูงต่ออุปกรณ์สรีรศาสตร์ที่ใช้งานง่าย มีน้ำหนักเหมาะสม และช่วยให้การนั่งในชีวิตประจำวันดีขึ้น[20] ผู้ใช้ยังประเมินประสิทธิผลของหมอนในระดับสูง ซึ่งบ่งชี้ว่า นวัตกรรมนี้สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้การได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและวิธีการใช้งานอย่างถูกต้องอาจช่วยเสริมประสิทธิภาพของอุปกรณ์ ตามที่ Brown et al. รายงานว่า การแนะนำวิธีใช้และการสอนท่าทางที่เหมาะสมร่วมกับการใช้อุปกรณ์สรีรศาสตร์ช่วยเพิ่มความพึงพอใจและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ใช้ได้ดียิ่งขึ้น[21]

ประสิทธิผลของหมอนลดปวดต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง ผลการศึกษาพบว่า การใช้หมอนลดปวดเป็นเวลา 5 วันช่วยลดระดับความปวดหลังส่วนล่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 3.00 เป็น 1.40 จุด ซึ่งสะท้อนประสิทธิผลของนวัตกรรมในการลดอาการปวดหลังในระยะสั้น

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับหลักการทางชีวกลศาสตร์ (Biomechanics) ที่ระบุว่า การจัดแนวกระดูกสันหลังให้เหมาะสมและการรองรับหลังส่วนล่างด้วยอุปกรณ์ที่เหมาะสมสามารถลดแรงกดที่หมอนรองกระดูก (Lumbar disc pressure) และลดอาการปวดได้[22]

นอกจากนี้ งานวิจัยของ Lee et al. พบว่า การใช้อุปกรณ์รองหลังช่วยลดอาการปวดในผู้ที่นั่งนาน เช่น นักศึกษาและพนักงานสำนักงาน ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ ที่แสดงว่า การใช้หมอนลดปวดช่วยลดภาระของกล้ามเนื้อหลังและช่วยให้ท่าทางดีขึ้น จึงมีผลให้ระดับความปวดลดลง[23]

ผลการลดความปวดอย่างมีนัยสำคัญยังชี้ให้เห็นว่า นวัตกรรมหมอนลดปวดเหมาะสมสำหรับใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลที่มีภารกิจต้องนั่งเรียนและทำงานทางคลินิกเป็นเวลานาน และสามารถแนะนำให้ใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันอาการปวดหลังเรื้อรังได้

จากผลการวิจัยดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า นวัตกรรมหมอนลดปวดมีประสิทธิผลในการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง และได้รับความพึงพอใจในระดับสูงในทุกด้าน แสดงถึงความเหมาะสมทั้งด้านการออกแบบ โครงสร้าง ความปลอดภัย และประโยชน์ต่อสุขภาพ สอดคล้องกับทฤษฎีและงานวิจัยก่อนหน้า จึงมีศักยภาพสูงในการนำไปใช้ในกลุ่มนักศึกษา บุคลากรสาธารณสุข และผู้ที่มีความเสี่ยงต่ออาการปวดหลังจากการนั่งทำงานเป็นเวลานาน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้สถานศึกษาปรับสภาพแวดล้อมการนั่งทำงานให้เหมาะสม (Ergonomics) ควบคู่กับการใช้หมอนลดปวด

หลัง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันอาการปวดหลัง

2. ควรเพิ่มการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังโดยเฉพาะการทำ back strengthening exercise และ stretching เช่น cat-cow, bridge pose เพื่อช่วยลดปวดหลังร่วมกับการใช้หมอน

3. ควรให้คำแนะนำเรื่องการจัดท่าระหว่างการทำกิจกรรมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ลดปวดหลังที่ชัดเจนในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Boniol M, Kunjumen T, Nair TS, Siyam A, Campbell J, Diallo K. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? BMJ global health. 2022;7(6).
2. Yang N, Di J, Wang W, Feng H. Global burden of low back pain from 1990 to 2021: a comprehensive analysis of risk factors and trends using the Global Burden of Disease Study 2021. BMC public health. 2025;25(1):1886.
3. Ahdhi G, Subramanian R, Saya G, Yamuna T. Prevalence of low back pain and its relation to quality of life and disability among women in rural area of Puducherry, India. Indian Journal of Pain. 2016;30:111.
4. Udom C, Janwantanakul P, Kanlayanaphotporn R. The prevalence of low back pain and its associated factors in Thai rubber farmers. Journal of occupational health. 2016;58(6):534-42.
5. Zhang C, Qin L, Yin F, Chen Q, Zhang S. Global, regional, and national burden and trends of Low back pain in middle-aged adults: analysis of GBD 1990–2021 with projections to 2050. BMC Musculoskeletal Disorders. 2024;25(1):886.
6. He Y, Li Z, Alexander PG, Ocasio-Nieves BD, Yocum L, Lin H, et al. Pathogenesis of Osteoarthritis: Risk Factors, Regulatory Pathways in Chondrocytes, and Experimental Models. Biology. 2020;9(8).
7. Srikaew N, Pawa K, Kietinun S, Sriyakul K, Pattaraarchachai J. A Comparative Randomized Controlled Trial Study: The Effects of Court-Type Traditional Thai Massage plus Meditation versus Court-Type Traditional Thai Massage Only on Reducing Pain among the Patients with Myofascial Pain Syndrome. Trends in Sciences. 2022;19:4486.
8. Mak S, Allen J, Begashaw M, Miake-Lye I, Beroes-Severin J, De Vries G, et al. Use of Massage Therapy for Pain,

2018-2023: A Systematic Review. JAMA network open. 2024;7(7):e2422259.

9. Keeratitanont K, Jensen MP, Chatchawan U, Auvichayapat P. The efficacy of traditional Thai massage for the treatment of chronic pain: A systematic review. Complementary therapies in clinical practice. 2015;21(1):26-32.

10. โจ๊ะประโคน ส, บุญเพียร อ, จันทรพล ป. การพัฒนานวัตกรรมหมอนหนุนกะลาบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ สำหรับผู้มารับบริการโรงพยาบาลประโคนชัย อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 มกราคม - กุมภาพันธ์ 2564(ฉบับที่ 1):71-81.

11. Yin P, Gao N, Wu J, Litscher G, Xu S. Adverse events of massage therapy in pain-related conditions: a systematic review. Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM. 2014;2014:480956.

12. Cambron J, Dexheimer J, Coe P, Swenson R. Side-Effects of Massage Therapy: A Cross-Sectional Study of 100 Clients. Journal of alternative and complementary medicine (New York, NY). 2007;13:793-6.

13. Fritz CO, Morris PE, Richler JJ. Effect size estimates: current use, calculations, and interpretation. Journal of experimental psychology General. 2012;141(1):2-18.

14. Nugent SM, Lovejoy TI, Shull S, Dobscha SK, Morasco BJ. Associations of Pain Numeric Rating Scale Scores Collected during Usual Care with Research Administered Patient Reported Pain Outcomes. Pain medicine (Malden, Mass). 2021;22(10):2235-41.

15. Koo M, Yang S-W. Likert-Type Scale. Encyclopedia [Internet]. 2025; 5(1):[18 p.].

16. Kreiner DS, Matz P, Bono CM, Cho CH, Easa JE, Ghiselli G, et al. Guideline summary review: an evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of low back pain. The spine journal : official journal of the North American Spine Society. 2020;20(7):998-1024.

17. Almhdawi KA, Alrabbaie H, Kanaan SF, Alahmar MR, Oteir AO, Mansour ZM, et al. The prevalence of upper quadrants work-related musculoskeletal disorders and their predictors among registered nurses. Work (Reading, Mass). 2021;68(4):1035-47.

18.Hedge A. Ergonomic interventions for reducing back pain in seated tasks. Applied Ergonomics. 2022;98:103–11.

19.Silva C, Dissanayake P, De silva N, Thisakya G. Ergonomic analysis of dynamic working postures among sewing machine operators. Facilities. 2024;43.

20.Langlois P, Perrochon A, David R, Rainville P, Wood C, Vanhaudenhuyse A, et al. Hypnosis to manage musculoskeletal and neuropathic chronic pain: A systematic review and meta-analysis. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2022;135:104591.

21.Brown P, Harris, J., & Watkins, A. . Effectiveness of ergonomic devices in reducing musculoskeletal discomfort in students. Journal of Bodywork and Movement Therapies. 2020;24(2): 45–52.

22.McGill S. Low back disorders: Evidence-based prevention and rehabilitation (3rd ed.). Human Kinetics. 2016.

23.Lee H, Choi, J., & Kim, S. . Lumbar support cushions and reduction of back pain in prolonged sitting. Journal of Occupational Health,. 2021;63(1),:1–9.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้สารเสพติดที่มีภาวะวิกฤต ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพนมไพร

ดวงใจ เดียร์แมน

(วันที่รับบทความ: 16 มกราคม 2569, วันที่แก้ไข: 27 กุมภาพันธ์ 2569, วันที่ตอบรับ: 9 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ตามแนวคิดของอรพรรณ โตสิงห์ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชจากการใช้สารเสพติดร่วมที่มีภาวะวิกฤต ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพนมไพร 2) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม และ 3) เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 17 คน และผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพนมไพร จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ทางกระบวนการ ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นยังไม่ถูกกำหนดเป็นแนวปฏิบัติอย่างเป็นทางการของอำเภอพนมไพร แต่เป็นแนวปฏิบัติที่ร่วมพัฒนาโดยทีมพยาบาล มีการจัดการดูแลตามระดับความรุนแรงของภาวะวิกฤต หลังการนำไปใช้พบว่าอัตราการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในลดลงจากร้อยละ 6.3 เหลือร้อยละ 2.6 และพยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ครบถ้วน ร้อยละ 100

ดังนั้น แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพและได้มาตรฐาน ช่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลได้ อย่างไรก็ตามควรมีการวิจัยเชิงทดลองและการติดตามผลระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความยั่งยืนของผลลัพธ์ต่อไป

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, ผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้สารเสพติดที่มีภาวะวิกฤต

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด
Corresponding author: ดวงใจ เดียร์แมน e-mail: duangjaithongkanluang@gmail.com

Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Caring for Patients with Substance Induced Psychosis in Crisis in the Inpatient Ward at Phanom Phrai Hospital

Duangjai Dearman

(Received: 16th January 2026, Revised: 27th February 2026, Accepted: 9th March 2026)

Abstract

This action research, utilizing the nursing practice development framework based on the concept of Orraphan Tosingh, aimed to: 1) study the problems and needs in caring for patients with substance abuse-related psychiatric disorders in critical condition in the inpatient wards of Phanom Phrai Hospital; 2) develop appropriate nursing practice guidelines; and 3) evaluate the effectiveness of the developed guidelines. The target group consisted of 17 professional nurses who would use the guidelines and 30 patients with amphetamine-induced psychiatric disorders admitted to Phanom Phrai Hospital. The research instruments included questionnaires, evidence-based nursing practice guidelines, a clinical outcome assessment scale, and a process outcome assessment tool, with a content validity index of 0.80. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentages, and content analysis. The results showed that the developed nursing practice guidelines, while not yet officially adopted by Phanom Phrai District, were collaboratively developed by the nursing team and managed care according to the severity of the critical condition. After implementation, the inpatient admission rate decreased from 6.3% to 2.6%, and 100% of nurses were able to fully follow the guidelines.

Therefore, the developed nursing practice guidelines are of high quality and meet standards, helping to reduce the hospital admission rate. However, experimental research and long-term follow-up are needed to confirm the effectiveness and sustainability of the outcomes.

Keywords: Nursing practice, Patients with substance abuse psychiatric crises

Registered Nurse, Inpatient Nursing Department, Nursing Group, Phanom Phrai Hospital, Roi Et Province.

Corresponding author: Duangjai Dearman e-mail: duangjaithongkanluang@gmail.com

บทนำ

การใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนหรือยาบ้า นับเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม รายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) ในปี ค.ศ. 2020 ระบุว่า มีประชากรทั่วโลกใช้สารเสพติดมากถึง 275 ล้านคน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ใช้แอมเฟตามีนประมาณ 27 ล้านคน สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงและการแพร่กระจายของปัญหาดังกล่าวในระดับนานาชาติ[1] สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูลในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดจำนวน 155,500 ราย โดยผู้ใช้แอมเฟตามีนเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.20 ของผู้เข้ารับการรักษาทั้งหมด[2] สอดคล้องกับข้อมูลของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ซึ่งในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจากการใช้แอมเฟตามีนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีสัดส่วนร้อยละ 54.36, 56.29 และ 58.08 ตามลำดับ และในจำนวนดังกล่าวได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนร้อยละ 8.60, 8.70 และ 9.15 ตามลำดับ[3]

ผลกระทบจากการใช้แอมเฟตามีนในปริมาณมากและต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ทำลายเซลล์สมอง และก่อให้เกิดความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม โดยเฉพาะการเกิดโรคจิตจากการใช้สารเสพติด ซึ่งมีความรุนแรงและอาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเองและผู้อื่น โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยขาดการรักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่อง[4] งานวิจัยก่อนหน้าพบว่า การใช้แอมเฟตามีนเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตอย่างรุนแรง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับมาเสพซ้ำหลังการรักษา[5] ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน คือ การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งเห็นได้จากข้อมูลของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นในช่วงปี พ.ศ. 2564–2566 ที่มีอัตราการรักษาซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 32.00, 38.30 และ 38.60 ตามลำดับ[3] เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยด้านตัวบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญ โดยการใช้แอมเฟตามีนส่งผลให้กระบวนการคิดบกพร่อง เกิดอาการทางจิต และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการกลับไปเสพซ้ำและการกลับมารักษาซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่ผ่านมา มีการใช้รูปแบบการบำบัดที่หลากหลาย ได้แก่ การดูแลแบบผสมผสาน การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การบำบัดโดยการให้สิ่งจูงใจ และการฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งล้วนมีส่วนช่วยลดอาการทางจิตและการใช้สารเสพติด[6-11] สำหรับโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น มีการใช้การบำบัดหลายรูปแบบ เช่น การให้คำปรึกษากลุ่ม การให้ความรู้ การบำบัดแบบกลุ่ม การบำบัดแบบสั้น การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การ

ปรับความคิดและพฤติกรรม และการให้คำปรึกษาครอบครัว อย่างไรก็ตาม อัตราการกลับเป็นซ้ำยังคงอยู่ในระดับสูง สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดของการดูแลที่ยังขาดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและชัดเจน การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Clinical Practice Guidelines) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ใช้หลักฐานจากการวิจัยอย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์ให้เป็นไปอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย[12] งานศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด สามารถช่วยลดช่องว่างของการปฏิบัติงาน เพิ่มคุณภาพการดูแล และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกตามเป้าหมายที่ตั้งไว้[13-16]

โรงพยาบาลพนมไพร เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่อำเภอพนมไพรและพื้นที่ใกล้เคียง โดยในช่วงหลายปีที่ผ่านมา พบแนวโน้มผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะกลุ่มเมทแอมเฟตามีน มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีความรุนแรงของอาการมากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมาด้วยอาการทางจิตเฉียบพลัน เช่น หลงผิด หูแว่ว หวาดระแวง ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ มีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น ส่งผลให้การดูแลรักษาในหอผู้ป่วยในมีความซับซ้อนและท้าทายมากยิ่งขึ้น ในด้านทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลพนมไพรมีข้อจำกัดด้านจำนวนและความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านจิตเวช พยาบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลทั่วไปที่ต้องรับผิดชอบผู้ป่วยหลากหลายประเภทพร้อมกัน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในภาวะวิกฤตจึงเพิ่มภาระงานและความเครียดแก่บุคลากร โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะ เช่น การประเมินความเสี่ยงต่อความรุนแรง การสื่อสารเพื่อลดความก้าวร้าว หรือการจำกัดพฤติกรรมอย่างปลอดภัยและสอดคล้องตามกฎหมาย หากขาดการพัฒนาองค์ความรู้และแนวปฏิบัติที่ชัดเจน อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนในการดูแล และกระทบต่อความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเกินศักยภาพของโรงพยาบาล จำเป็นต้องพิจารณาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ หรือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อย่างไรก็ตาม กระบวนการส่งต่ออาจประสบข้อจำกัดจากจำนวนเตียงที่ไม่เพียงพอ ระยะทางที่ไกล และขั้นตอนด้านเอกสารหรือกฎหมาย ทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องพักรักษาในโรงพยาบาลพนมไพรนานกว่าที่เหมาะสม ส่งผลต่อการบริหารจัดการเตียงและทรัพยากรโดยรวม

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้แอมเฟตามีนในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติของเครือข่ายแนวปฏิบัตินานาชาติแมคมาสเตอร์ (GIN–McMaster Guideline Development Checklist) และแนวทางการ

ประเมินคุณภาพของหลักฐานตามระบบ GRADE ซึ่งเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล[17-18] แนวปฏิบัติดังกล่าวจะช่วยให้การพยาบาลมีความเป็นมาตรฐาน ครอบคลุมทุกมิติของปัญหา ส่งเสริมคุณภาพการดูแล ลดการกลับไปเสพซ้ำ และยกระดับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนให้สอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช จากการใช้สารเสพติดร่วมที่มีภาวะวิกฤต ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพนมไพร
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช จากการใช้สารเสพติดร่วมที่มีภาวะวิกฤต ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพนมไพร
3. เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช จากการใช้สารเสพติดร่วมที่มีภาวะวิกฤต ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพนมไพร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้วิจัยใช้กระบวนการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล Clinical Nursing Practice Gui line (CNPG) ตามแนวคิดของ อรพรรณ โตสิงห์[19] โดยมีกระบวนการ 4 ขั้นตอนดังนี้ 1. การกำหนดปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาในหน่วยงานและเลือกหัวข้อสำหรับศึกษาหรือหัวข้อสำหรับการทบทวนผ่านกระบวนการสืบค้นงานวิจัยซึ่งผู้วิจัยพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่เป็นจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละปีและไม่มีการปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ 2. สืบค้นและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์พร้อมทางทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นต่อการปฏิบัติแล้วปฏิบัติโดยสืบค้นและรวบรวมหลักฐานจากการทบทวนเอกสารตามรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่กำหนดไว้ 3.วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์หรือการคัดเลือกและพิจารณาข้อมูลที่ทบทวนที่ได้จากการสืบค้น 4. เขียนแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเชื่อว่าการมีแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน แล้วจะทำให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีประสิทธิภาพมากขึ้นนอกจากนี้ยังเป็นการแก้ไขปัญหาในหน่วยงาน และช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้น[19]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ 1) กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด 2) กลุ่มผู้ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพนมไพร

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ 1) กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแอมเฟตามีน โรงพยาบาลพนมไพร โดยเลือกแบบเฉพาะ เจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้ เป็นบุคลากร

ที่ปฏิบัติงานให้บริการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนอย่างน้อย 1 ปี ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดำเนินการขั้นตอนของการศึกษา และแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน ยินดีและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา และเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในช่วงเดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม 2568 จำนวนทั้งหมด 17 คน และ 2) กลุ่มผู้ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพนมไพร (กลุ่มตัวอย่างประมาณจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในช่วงธันวาคม 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม 2568) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังนี้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-V criteria ว่าเป็น Amphetamine dependence with Induced Psychosis อายุมากกว่า 18 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ อาการทางจิตอยู่ในระยะที่สงบ และยินดีเข้าร่วมการศึกษานี้จำนวนทั้งหมด 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้น แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับทีมบุคลากรที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้น

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และสังเคราะห์องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นกรอบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีมาตรฐาน

3. เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcomes) ประกอบด้วย 3.1) แบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test: ASSIST) ฉบับภาษาไทย แปลโดยสาวิตรี อัษณางค์กรชัย และคณะ[20] ใช้เฉพาะหัวข้อ D (ยาบ้า/ยาไอซ์/ยาอี) ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยคะแนนรวมใช้ในการประเมินระดับความเสี่ยงและแนวทางการรักษา ผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้มาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ 3.2) แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทย แปลโดยพันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ[21] ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม ลักษณะการประเมินเป็นการให้คะแนนตั้งแต่ 1–7 คะแนน ตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรง การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ คะแนน 18–36 คะแนน หมายถึงอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อย และคะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง

มีอาการทางจิตรุนแรง ผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหา จึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

4. เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ทางกระบวนการ (Process outcomes) ประกอบด้วย 4.1) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งปรับใช้จากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมใกล้บ้านสมานใจของหรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ[22] ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 2 ระดับ คือ เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย โดยผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหา จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ 4.2) แบบประเมินความคิดเห็นของทีมบุคลากรผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์[23] ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ข้อได้เปรียบของนวัตกรรม การเข้ากันได้กับสิ่งที่มีอยู่เดิม ความซับซ้อน ความสามารถในการทดลองใช้ และการสังเกตผลได้ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 2 ระดับ คือ เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย ซึ่งเป็นแบบประเมินฉบับภาษาไทยที่พัฒนาโดยชมัยพร จันทร์ศิริ[24] 4.3) แบบสำรวจความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการประเมินผลลัพธ์ด้านกระบวนการในประเด็นความสะดวก ความง่ายในการนำไปใช้จริง ความเหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน ความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติ และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในบริบทการดูแลผู้ป่วยจริง โดยอาศัยกรอบแนวคิดการประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางคลินิก

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ขอมูล

1. ข้อมูลที่ได้จากข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามประเมินคุณภาพการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ นำมาวิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม นำมาวิเคราะห์เนื้อหา

3. วิเคราะห์ข้อมูลการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ร้อยละ

การพิทักษสิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โดยได้รับเอกสารรับรองเลขที่ COE1032567 มีระยะเวลาการรับรองตั้งแต่วันที่ 27 ธันวาคม 2567 ถึงวันที่ 26 ธันวาคม 2568

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะวิกฤติ ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้รับผิดชอบงานเครือข่ายสุขภาพจิต อำเภอพนมไพรจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 17 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.12 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 55 ครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 ทุกคนสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 และมีประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 40 ผลการศึกษา

สถานการณ์จากการสนทนากลุ่ม พบว่า อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งอำเภอ การปฏิบัติการพยาบาลยังขึ้นอยู่กับทักษะและบริบทของแต่ละบุคคล และยังไม่มีรูปแบบแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน จึงมีความต้องการสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะวิกฤติ ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพนมไพร

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะวิกฤติในชุมชน แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้สารเสพติดที่มีภาวะวิกฤต โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาล ใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) เพื่อแบ่งระดับการดูแล และดำเนินการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะวิกฤติในชุมชน โดยใช้แบบประเมิน 10 ด้านของกรมสุขภาพจิต ได้แก่ 1. การวินิจฉัยปัญหาจากผลการประเมิน 2. การวางแผนการดูแล (Care Plan) ตามปัญหาที่พบ 3. การปฏิบัติการพยาบาลโดยการเยี่ยมบ้านตามระดับความรุนแรง 4. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล 5. การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง 6. การดำเนินการพยาบาลในชุมชนใช้ระยะเวลา 4 ครั้ง ครั้งละ 30–60 นาที ทุก 1 เดือน

3. ผลลัพธ์การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชจากการใช้สารเสพติดที่มีภาวะวิกฤต โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 30 ราย พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นบุตร ร้อยละ 73.24 เป็นเพศชาย ร้อยละ 96.25 มีอายุอยู่ในช่วง 21–30 ปี ร้อยละ 73.24 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 73.26 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 66.07 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 80.55 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001–15,000 บาท ร้อยละ 77.65 ระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1–3 ปี ร้อยละ 82.41 และผู้ป่วยทุกรายไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 100

3.2 ผลการประเมิน 1) การประเมินการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียน ระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม 2568 พบว่า อัตราการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2567 จากร้อยละ 6.3 เหลือร้อยละ 2.6 ในปี พ.ศ. 2568 2) ผลการประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ผลการประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 มีความเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ในทุกข้อคำถาม ครอบคลุมด้านการประเมินสภาพปัญหาโดยใช้แบบประเมิน 10 ด้าน ด้านการวินิจฉัยปัญหาจากแบบประเมิน

10 ด้าน ด้านการวางแผนการดูแล (Care Plan) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยการเยี่ยมบ้าน ด้านการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้สารเสพติดที่มีภาวะวิกฤต ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพนมไพร

แนวปฏิบัติการพยาบาล	ความคิดเห็นต่อการนำไปใช้	
	ความเป็นไปได้	เป็นไปไม่ได้
1.การประเมินสภาพปัญหาโดยใช้แบบประเมิน	17(100.00)	0(0.00)
2.การวินิจฉัยปัญหาจากแบบประเมิน	17(100.00)	0(0.00)
3.การวางแผนการดูแล	17(100.00)	0(0.00)
4.การปฏิบัติการพยาบาลการเยี่ยมบ้าน	17(100.00)	0(0.00)
5.การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล	17(100.00)	0(0.00)
6.การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง	17(100.00)	0(0.00)

3) ผลการสนทนากลุ่มพยาบาลผู้รับผิดชอบงานพยาบาลในหอผู้ป่วยใน และการสรุปข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิด พบว่า สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการและเสนอแนะให้โรงพยาบาลพนมไพร ได้แก่ การจัดประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง และการจัดให้มีช่องทางการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว โดยเฉพาะในรายที่ชุมชนยังไม่พร้อมรองรับการกลับคืนสู่ชุมชน

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาสถานการณ์ในประเด็นด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะวิกฤติ พบว่า โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ดำเนินการโดยการเยี่ยมบ้านตามทักษะประสบการณ์ และบริบทของพยาบาลแต่ละราย ส่งผลให้รูปแบบการดูแลขาดความเป็นระบบและความต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้านการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลผู้รับผิดชอบงาน สะท้อนถึงความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ ธงชัย และคณะ[12] ที่พบว่า ปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน คือ กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานจริง โดยเริ่มจากการร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในครั้งนี้โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของอรพรรณ โตสิงห์ ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมของ

ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างแท้จริง ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน การกำหนดแนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริง และการจัดทำแผนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษ์ ยิ้มเยื้อน และคณะ[14] ที่ระบุว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อปรับปรุงและแก้ไขปัญหาโดยบูรณาการความรู้กับการปฏิบัติจริง ผลการดำเนินงานในครั้งนี้พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ ได้แก่ การจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะวิกฤติในชุมชน การส่งต่อข้อมูลให้ผู้นำชุมชนและทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมกันเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการดำเนินการพยาบาลเชิงรุกในชุมชน ส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดภาวะวิกฤติลดลงอย่างชัดเจน ผลลัพธ์ที่สำคัญคือ อัตราการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเดือนมกราคมถึงพฤษภาคม 2567 ลดลงจากร้อยละ 6.3 ในปี พ.ศ. 2568 เหลือร้อยละ 2.6 และพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทุกคนสามารถดำเนินการตามแนวปฏิบัติได้ แสดงถึงประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า การพยาบาลในชุมชนที่เน้นการประเมินผู้ป่วยและเฝ้าระวังภาวะวิกฤติ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การยอมรับ ความเข้าใจ และความเห็นอกเห็นใจ การส่งเสริมการกินยาอย่างต่อเนื่อง การดำเนินชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพที่เหมาะสม รวมถึงการประสานการดูแลระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ล้วนมีส่วนสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤติในชุมชน แม้จะยังมีงานวิจัยที่ศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะวิกฤติในชุมชนค่อนข้างจำกัด แต่ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของนภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ[21] ที่พบว่าการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมร่วมกับการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษา อาการสงบลง และสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของจลีเจริญ สรรพ์[14] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่งผลให้ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p = .01

ข้อเสนอแนะ

1.ควรมีการกำกับติดตามผลหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะวิกฤติในชุมชนไปใช้ในระยะยาว อย่างน้อย 12 เดือน เพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

2.ควรกำหนดนโยบาย แผนงาน และโครงการในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะวิกฤติในชุมชนอำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันและลดปัญหาความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน

3.ควรดำเนินการวิจัยเชิงทดลองเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถแสดงถึงประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมไพร ท่านอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ รวมถึงขอขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่านตลอดจนผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. *World drug report 2020*. Vienna: UNODC; 2020.
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. *รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประจำปีงบประมาณ 2566*. กรุงเทพฯ: ป.ป.ส.; 2566.
3. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. *รายงานสถิติผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน ปีงบประมาณ 2564–2566*. ขอนแก่น; 2566.
4. กรมสุขภาพจิต. *แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้สารเสพติด*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2566.
5. McKetin R, et al. Methamphetamine use and psychotic symptoms: a longitudinal analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2019;202:86–92.
6. Carrico AW, et al. Integrated care models for stimulant use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2020;46(2):123–35.
7. Lee NK, Rawson RA. A systematic review of cognitive and behavioral therapies for methamphetamine dependence. *Drug Alcohol Rev*. 2008;27(3):309–17.
8. Smedslund G, et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(5):CD008063.
9. Joo YH, Huber DL. Contingency management for substance use disorders. *J Addict Nurs*. 2015;26(2):62–8.
10. Hunt GE, et al. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;(12):CD001088.
11. Knapp WP, et al. Social skills training for substance use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2015;41(4):319–32.
12. ฉวีวรรณ ธงชัย. *แนวปฏิบัติทางคลินิกตามหลักฐานเชิงประจักษ์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.

13.เสาวลักษณ์ ยิ้มเยื้อน, และคณะ. *แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม*. กรุงเทพฯ; 2554.

14.จลีเจริญ สรรพ์, เสาวลักษณ์ ยิ้มเยื้อน. *แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด*. กรุงเทพฯ; 2557.

15.กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, และคณะ. *แนวทางการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ระยะถอนฤทธิ์สุรา*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2564.

16.โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต. *แนวทางการบำบัดผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในสถานการณ์โควิด-19*. เชียงใหม่; 2562.

17.Schünemann HJ, et al. GRADE: grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336:924–6.

18.Tungpunkom P, et al. Guideline development using GRADE approach. *J Med Assoc Thai*. 2020;103(5):489–97.

19.อรพรรณ โตสิงห์. *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.

20.Assanangkornchai S, et al. *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Thai version*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2011.

21.Kittirattanapaiboon P, et al. *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): Thai version*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2001.

22.Sethabuppha H, et al. Development and evaluation of a community-based program for persons with alcohol dependence. *Songklanagarind J Nurs*. 2013;33(2):1–15.

23.Rogers EM. *Diffusion of innovations*. 3rd ed. New York: Free Press; 1983.

24. Chansiri C. Innovation diffusion and nursing practice. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2010.

ผลของรูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้าต่อการเผาผลาญพลังงานของร่างกายในวัยรุ่นตอนปลาย

สรัญญา เปล่งกระโทก[1], ธรณิศ สายวัฒน์[2] ,รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง[3]

(วันที่รับบทความ: 16 มกราคม 2569, วันที่แก้ไข: 23 กุมภาพันธ์ 2569, วันที่ตอบรับ: 9 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้กลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้าต่อการเผาผลาญพลังงานของร่างกายในวัยรุ่นตอนปลาย กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นตอนปลายวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง 30 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมวิจัย ดำเนินการวิจัยเดือนตุลาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้าประกอบเพลง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที เครื่องมือการวิจัย คือ เครื่องวัดการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย และแบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังใช้รูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้าค่าเฉลี่ยการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย (M = 220.40, SD = 116.14) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ (M = 194.10, SD = 98.90) ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 26.30 กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า หลังใช้รูปแบบค่าเฉลี่ยการเผาผลาญพลังงานของร่างกายกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้าระดับมากสุด (M = 4.60, SD = 0.54) สรุป การออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้าสามารถช่วยเพิ่มการเผาผลาญพลังงานของร่างกายให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับสูง สะท้อนถึงศักยภาพของกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและการออกกำลังกายอย่างยั่งยืนในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย

คำสำคัญ: การออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิค, ผ้าขาวม้า, การเผาผลาญพลังงานของร่างกาย, วัยรุ่นตอนปลาย

[1-2]**อาจารย์**, [3]**ผู้ช่วยศาสตราจารย์**

[1-3]**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนนก**

Corresponding author: รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง e-mail: ratdawan.k@bcnkk.ac.th

The Effect of Aerobic Dance Exercise Using A Pha Khao Ma on Energy Expenditure in Late Adolescents

Saranya Plengkratoke[1] , Thoranit Sayawat[2], Ratdawan Klungklang[3]

(Received: 16th January 2026, Revised: 23rd February 2026, Accepted: 9th March 2026)

ABSTRACT

This quasi-experimental pre- and post-test study aimed to investigate the effect of aerobic dance exercise using a Pha Khao Ma on body energy expenditure in late adolescents. The sample consisted of 30 late adolescents from a nursing college, selected specifically based on their willingness to participate. The research was conducted in October 2025. The participants performed aerobic dance exercise using a Pha Khao Ma to music for 4 weeks, 3 days a week, 30 minutes a day. The research instruments were a body energy expenditure monitor and a satisfaction assessment questionnaire with a Cronbach's alpha coefficient of 0.87. Data was analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results showed that after using the aerobic dance exercise program with a Pha Khao Ma, the average body energy expenditure (M = 220.40, SD = 116.14) was higher than before using the program (M = 194.10, SD = 98.90), a difference of 26.30 kilocalories per hour. The average body energy expenditure of the sample group was significantly higher after using the exercise program than before, at the 0.05 statistical significance level. Furthermore, the sample group expressed the highest level of satisfaction with the aerobic dance exercise program using a Pha Khao Ma (M = 4.60, SD = 0.54). In conclusion, aerobic dance exercise using a traditional Thai sarong can help increase body energy expenditure to an optimal level, and the sample group showed a high level of satisfaction, reflecting the potential of this activity to promote sustainable health and exercise among late adolescents.

Keywords: Aerobic exercise, Pha Khao Ma, Energy Expenditure, Late adolescents

[1-2]**Lecuture,** [3]**Assistant Professor**

[1-3]**Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nursing, Phaboromarajchanok Institute**

Corresponding author: Ratdawan Klungklang e-mail: ratdawan.k@bcnkk.ac.th

บทนำ

ในปัจจุบัน ปัญหาการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอในเด็กและเยาวชนเป็นประเด็นสำคัญด้านสาธารณสุข ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รายงานสถานการณ์กิจกรรมทางกายของเด็กและเยาวชนไทย ปี พ.ศ. 2565 พบว่า เด็กและเยาวชนไทยจำนวนมากยังมีระดับกิจกรรมทางกายต่ำกว่าเกณฑ์ที่แนะนำ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว[1] สอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาวะในสถานศึกษา ที่เน้นให้เยาวชนมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพในอนาคต[2] วัยรุ่นตอนปลายซึ่งอยู่ในช่วงอายุ 18–21 ปี เป็นช่วงรอยต่อสำคัญของการเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นผู้ใหญ่ตอนต้น พฤติกรรมการดำเนินชีวิตในช่วงวัยนี้ โดยเฉพาะพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับสุขภาพกายและสุขภาพโดยรวม งานวิจัยในประเทศไทยพบว่าการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่น ๆ เช่น การนอนหลับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน[3] การออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคเป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่ช่วยเพิ่มการใช้พลังงานของร่างกาย และส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศรายงานว่า รูปแบบการออกกำลังกายที่มีความหลากหลายและสอดคล้องกับความสนใจของเยาวชน สามารถช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ เช่น การออกกำลังกายรูปแบบการเต้นหรือกิจกรรมที่ผสมผสานความสนุกสนาน[4] นอกจากนี้ งานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบยังชี้ให้เห็นว่าความหนักและรูปแบบของการออกกำลังกายมีผลต่อการพัฒนาสมรรถภาพทางกายและการเผาผลาญพลังงานของร่างกายในเด็กและวัยรุ่น[5,6] ผ้าขาวม้าเป็นเครื่องใช้พื้นบ้านของไทยที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการออกกำลังกายได้หลากหลายรูปแบบ ช่วยเพิ่มความแปลกใหม่และความน่าสนใจให้กับกิจกรรมทางกาย สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การออกกำลังกายรูปแบบต่างๆ ตามบริบทท้องถิ่นและวัฒนธรรมช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนุกสนานเพลิดเพลินและลดระดับความดันโลหิตสูงได้[7] การนำผ้าขาวม้ามาใช้ร่วมกับการออกกำลังกายเต้นแอโรบิคจึงอาจเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายให้เกิดความต่อเนื่อง และเพิ่มการเผาผลาญพลังงานของร่างกายได้อย่างเหมาะสม การเต้นแอโรบิคเป็นรูปแบบการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนที่กระตุ้นการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นหัวใจ ปริมาณการใช้ออกซิเจนและอัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย กลไกดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการของการออกกำลังกายตามแนวคิด FITT ซึ่งระบุว่าความถี่ ความหนัก ระยะเวลา และประเภทของกิจกรรม ล้วนมีผลต่อการพัฒนาสมรรถภาพทางกายและการใช้พลังงาน ในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีศักยภาพด้านสรีรวิทยาสูงแต่มีแนวโน้มลดระดับกิจกรรมทางกายจากภาระการเรียนและพฤติกรรมเนือยนิ่ง การออกกำลังกายที่มีความสนุกและหลากหลายจึงมี

บทบาทสำคัญต่อการสร้างแรงจูงใจและความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ การประยุกต์ใช้ผ้าขาวม้าร่วมกับการเต้นแอโรบิคไม่เพียงเพิ่มความแปลกใหม่ในเชิงวัฒนธรรม หากยังทำหน้าที่เสมือนอุปกรณ์เสริมแรงต้านขนาดเบาซึ่งอาจเพิ่มภาระการทำงานของกล้ามเนื้อหลายมัดพร้อมกัน ส่งผลให้ความต้องการออกซิเจนและพลังงานของร่างกายเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการเต้นแอโรบิคแบบปกติ ดังนั้น รูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้า จึงอาจส่งผลต่อการเพิ่มการเผาผลาญพลังงานของร่างกายในวัยรุ่นตอนปลาย ทั้งในมิติทางสรีรวิทยาและมิติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเป็นแนวทางที่บูรณาการองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายเข้ากับบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่นอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายรูปแบบการเต้นหรือกิจกรรมแอโรบิคในเด็กและเยาวชนไทย โดยรายงานผลเชิงบวกต่อสมรรถภาพทางกาย สุขภาวะ และพฤติกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย แต่ส่วนใหญ่ยังขาดการวัดการเผาผลาญพลังงานของร่างกายโดยตรง และงานวิจัยจำนวนมากจึงยังไม่สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจนว่ากิจกรรมแอโรบิกที่ออกแบบขึ้นนั้นก่อให้เกิดการใช้พลังงานเพียงพอต่อการส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์ที่แนะนำหรือไม่ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและเมตาบอลิซึมอย่างรวดเร็ว นอกจากนั้นยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาการออกกำลังกายการเต้นแอโรบิคซึ่งใช้อุปกรณ์หรือสื่อที่สะท้อนอัตลักษณ์และวัฒนธรรมไทย เช่น ผ้าขาวม้า เป็นองค์ประกอบหลักของโปรแกรม โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของการเผาผลาญพลังงานของร่างกายในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย ช่องว่างดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการขาดนวัตกรรมด้านการออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายเชิงพื้นที่ที่เชื่อมโยงกิจกรรมทางกายเข้ากับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของไทยอย่างเป็นรูปธรรม

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของรูปแบบการออกกำลังกายการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้าต่อการเผาผลาญพลังงานของร่างกายในวัยรุ่นตอนปลาย เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับบริบทของเยาวชนไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการเผาผลาญพลังงานของร่างกายในวัยรุ่นตอนปลายก่อนและหลังการใช้รูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้า

2. เพื่อเปรียบเทียบผลของการเผาผลาญพลังงานของร่างกายในวัยรุ่นตอนปลายก่อนและหลังการใช้รูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้า

3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของวัยรุ่นตอนปลายหลังการใช้รูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้า

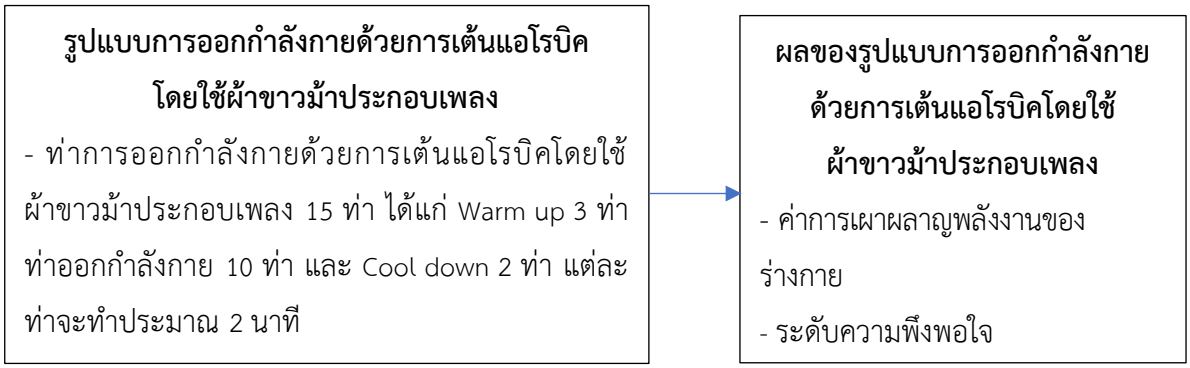
สมมติฐาน

ค่าเฉลี่ยการเผาผลาญพลังงานของร่างกายในวัยรุ่นตอนปลายหลังการใช้รูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้าสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลของรูปแบบการออกกำลังกายการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้าต่อการเผาผลาญพลังงานของร่างกายในวัยรุ่นตอนปลาย ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ วัยรุ่นตอนปลายอายุ 18-21 ปี ของสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 124 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ วัยรุ่นตอนปลายคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกวัยรุ่นตอนปลายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่สมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 30 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2568 โดยกลุ่มตัวอย่างมีการให้ออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้าประกอบเพลง ดำเนินการทดลอง 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที ตัวแปรอิสระ คือ รูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้าเป็นรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยกำหนดระดับความหนักของการออกกำลังกายอยู่ในระดับเบาถึงปานกลาง ตัวแปรตาม ได้แก่ ค่าเฉลี่ยการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย และระดับความพึงพอใจต่อการออกกำลังกาย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ วัยรุ่นตอนปลายอายุ 18-21 ปี ของสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 124 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ วัยรุ่นตอนปลายอายุ 18-21 ปี ของสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ขนาดตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power โดยเลือกการทดสอบแบบ Paired t-test, กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05, กำลังการทดสอบ (power) = 0.80 และค่าขนาดผล (effect size, Cohen's d) = 0.5 ได้จำนวนตัวอย่างเบื้องต้น (n_0) เท่ากับ 34 คน จากนั้นนำมาปรับด้วยสูตร Finite Population Correction (FPC) เนื่องจากประชากรมี 124 คน จึงได้จำนวนตัวอย่างที่เหมาะสม 27 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มร้อยละ 5 และให้สอดคล้องกับหลัก Central limit theorem[8] จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน คัดเลือก

แบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมงานวิจัย ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายได้ 2) สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ 3) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยหรือข้อจำกัดที่ไม่สามารถออกกำลังกายได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิค โดยใช้ผ้าขาวม้าประกอบเพลง ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ดำเนินทดลอง 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที โดยกำหนดระดับความหนักของการออกกำลังกายอยู่ในระดับเบาถึงปานกลาง กำหนดความเร็วของดนตรีที่ 128–132 BPM ในจังหวะ 4/4 เพื่อควบคุมระดับความหนักให้อยู่ในช่วงปานกลาง เหมาะสมต่อการกระตุ้นการเผาผลาญพลังงานในวัยรุ่นตอนปลาย เป็นท่าการเต้นที่ผสมผสานการเคลื่อนไหวด้วยการเต้นแอโรบิคร่วมกับผ้าขาวม้า โดยได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและการออกกำลังกาย 15 ท่า แบ่งเป็น Warm up 3 ท่า ท่าที่ 1 Standing Side Bend (การก้มตัวด้านข้างในท่ายืน) ท่าที่ 2 Front squat Lift (ก้าวไปด้านหน้า+ย่อเข่า+ชูมือ) ท่าที่ 3 Back swing kick (เตะข้างพร้อมแกว่งผ้าขาวม้าไปด้านหลัง) ท่าออกกำลังกาย 10 ท่า ท่าที่ 1 Front Step (ก้าวเดินหน้าเป็นจังหวะพร้อมชูมือไปด้านหน้า) ท่าที่ 2 Dual Lift (ยกผ้าขาวม้า 2 ระดับ พร้อมก้าวข้างสลับ) ท่าที่ 3 V-Step ท่าที่ 4 High Knee (ยกเข่าสูง) ท่าที่ 5 Standing Overhead Leg Extension (ยืนยืดขาและแขนเหนือศีรษะ) ท่าที่ 6 Step Switch (ก้าวสลับพร้อมเปลี่ยนท่ามือบน–หน้า) ท่าที่ 7 Kick & Lift (เตะขาพร้อมชูมือขึ้น) ท่าที่ 8 Level Step (ก้าวพร้อมยกผ้าขาวม้าเป็นระดับ) ท่าที่ 9 Double Up & Side Wave (ยก 2 ครั้งแล้วแกว่งข้าง) ท่าที่ 10 Opposite Lift Step (ท่าก้าวยกไขว้)และ Cool down 2 ท่า ท่าที่ 1 Twist & Reaoh (ยืดแขน+บิดตัว) ท่าที่ 2 Back Pull (ดึงขาไปด้านหลัง) โดยจัดทำเป็นวีดิโอ แต่ละท่าจะทำประมาณ 2 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) เครื่องมือวัดการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย ที่สามารถคำนวณพลังงานที่ใช้ระหว่างการออกกำลังกายได้อย่างแม่นยำ โดยใช้โพลาทีม (Polar Team)[9] ที่มีโปรแกรมวัดการเผาผลาญพลังงานของร่างกายและเชื่อมต่อแอปพิเคชันโพลาบีท (Polar Beat)[10] พร้อมแบบบันทึกข้อมูล ใช้สำหรับวัดปริมาณพลังงานที่ร่างกายใช้ขณะออกกำลังกาย ทำการวัดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เกณฑ์การแปลผลน้อยกว่า 150 กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง อยู่ในระดับเบา 150-300 กิโลแคลอรีต่อชั่วโมงอยู่ในระดับปานกลาง 300-600 กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง อยู่ในระดับมาก มากกว่า 600 กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง อยู่ในระดับหนักมาก

2) แบบสอบถามความพึงพอใจ 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 = พึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 = พึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 = พึงพอใจปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 = พึงพอใจน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 = พึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. รูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้า ตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหาโดยผู้เชียวชาญจากมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ ประจำวิทยาเขตมหาสารคาม 1 คน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 1 คน มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิทยาเขตหนองคาย 1 คน มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติประจำวิทยาเขต อุดรธานี 1 คน และทำการปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิจนรูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้ามีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้ผ่าน ค่าความเที่ยงตรงของการออกกำลังกาย (Item Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 0.85

2. แบบสอบถามความพึงพอใจ ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 คน การพยาบาลชุมชน 1 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะค่าดัชนีความสอดคล้องกับเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือ มากกว่า 0.5 ขึ้นไป ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และระดับความพึงพอใจด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบผลของค่าเฉลี่ยการเผาผลาญพลังงานของร่างกายในวัยรุ่นตอนปลายก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ paired t-test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) ของการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ (test of normality) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้สถิติ shapiro-wilk test พบว่า กลุ่มทดลองมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (p=.22, p=.28)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น รหัสโครงการ IRB-BCNKK-29-2025 ลงวันที่ 30 กันยายน 2568 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีการอธิบายชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยสิทธิในการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับไม่มีการนำเสนอชื่อของกลุ่มตัวอย่าง แต่เป็นการนำเสนอเป็นภาพรวม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาของการเข้าร่วมวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และลงชื่อยินยอมการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจในแบบฟอร์มใบยินยอมที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้ หลังจากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์

ข้อมูลทั่วไป และทำการวัดการเผาผลาญพลังงานของร่างกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้รูปแบบ โดยใช้โพลาทีมที่มีโปรแกรมวัดการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย และเชื่อมต่อแอปพิเคชันโพลาบีทก่อนใช้รูปแบบ (pretest) พร้อมแบบบันทึกข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามรูปแบบที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมา ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมใช้รูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้า ดำเนินการทดลอง 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที โดยควบคุมระดับความหนักของการออกกำลังกายให้อยู่ในระดับเบาถึงปานกลาง การออกกำลังกาย 15 ท่า แบ่งเป็น Warm up 3 ท่า ท่าที่ 1 Standing Side Bend (การก้มตัวด้านข้างในท่ายืน) ท่าที่ 2 Front squat Lift (ก้าวไปด้านหน้า+ย่อเข่า+ชูมือ) ท่าที่ 3 Back swing kick (เตะข้างพร้อมแกว่งผ้าขาวม้าไปด้านหลัง) ท่าออกกำลังกาย 10 ท่า ท่าที่ 1 Front Step (ก้าวเดินหน้าเป็นจังหวะพร้อมชูมือไปด้านหน้า) ท่าที่ 2 Dual Lift (ยกผ้าขาวม้า 2 ระดับ พร้อมก้าวข้างสลับ) ท่าที่ 3 V-Step ท่าที่ 4 High Knee (ยกเข่าสูง) ท่าที่ 5 Standing Overhead Leg Extension (ยืนยืดขาและแขนเหนือศีรษะ) ท่าที่ 6 Step Switch (ก้าวสลับพร้อมเปลี่ยนท่ามือบน–หน้า) ท่าที่ 7 Kick & Lift (เตะขาพร้อมชูมือขึ้น) ท่าที่ 8 Level Step (ก้าวพร้อมยกผ้าขาวม้าเป็นระดับ) ท่าที่ 9 Double Up & Side Wave (ยก 2 ครั้งแล้วแกว่งข้าง) ท่าที่ 10 Opposite Lift Step (ท่าก้าวยกไขว้)และ Cool down 2 ท่า ท่าที่ 1 Twist & Reaoh (ยืดแขน+บิดตัว) ท่าที่ 2 Back Pull (ดึงขาไปด้านหลัง) โดยจัดทำเป็นวีดิโอ แต่ละท่าจะทำประมาณ 2 นาที

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการใช้รูปแบบการออกกำลังกายโดยผู้วิจัยทำการวัดการเผาผลาญพลังงานของร่างกายของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งหลังสิ้นสุดการใช้รูปแบบและประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการออกกำลังกาย หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์และรายงานผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 18.50 ปี ทุกคนมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นครั้งคราว มีประสบการณ์การใช้ผ้าขาวม้าในการออกกำลังกาย ร้อยละ 80 ซึ่งผลของรูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้น แอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้าต่อการเผาผลาญพลังงานของร่างกายในวัยรุ่นตอนปลายมีผลการวิจัยดังนี้

1. ผลของการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย พบว่า หลังการใช้รูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้าอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 220.40 กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง (SD = 116.14) ซึ่งสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 194.10 กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง (SD = 98.90) ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.30 กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง (ตารางที่ 1)

2. เปรียบผลของการเผาผลาญพลังงานของร่างกายในวัยรุ่นตอนปลาย พบว่า หลังการใช้รูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้าสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

3. ผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังใช้รูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้า โดยค่าเฉลี่ยความพึงพอใจภาพรวมเท่ากับ 4.60 (S.D.=0.54) อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.70 (S.D.=0.48) รองลงมา คือ ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรม ค่าเฉลี่ย 4.67 (S.D.=0.49) ด้านความปลอดภัยและความเหมาะสมของกิจกรรม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 (S.D.=0.52) ด้านเนื้อหาและรูปแบบของกิจกรรม ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.57 (S.D.=0.61) และด้านความสนุกสนานและแรงจูงใจ ค่าเฉลี่ย 4.57 (S.D.=0.60) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบผลของค่าเฉลี่ยการเผาผลาญพลังงานของร่างกายในวัยรุ่นตอนปลาย (**n**=30)

การเผาผลาญพลังงานของร่างกาย	**M**	**SD**	**t**	**p-value(1-tailed)**
ก่อนการใช้รูปแบบ	194.10	98.90	4.12	<0.001
หลังการใช้รูแบบ	220.40	116.14		

อภิปรายผลการวิจัย

ผลของการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย พบว่า หลังเข้าร่วมการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้า ค่าเฉลี่ยการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้นจาก 194.10 เป็น 220.40 กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่ากิจกรรมดังกล่าวสามารถกระตุ้นการใช้พลังงานของร่างกายได้จริง ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดด้านสรีรวิทยาการออกกำลังกายที่ระบุว่า กิจกรรมแอโรบิกที่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดใหญ่แบบต่อเนื่อง สามารถเพิ่มอัตราการใช้ออกซิเจนและการเผาผลาญพลังงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในระดับความหนักปานกลางถึงค่อนข้างหนัก ตามแนวทางของ American College of Sports Medicine (ACSM)[11] ซึ่งแนะนำว่าการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ มีผลต่อการเพิ่มการใช้พลังงานและส่งเสริมสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ ข้อมูลจาก World Health Organization (WHO)[12] ระบุว่ากิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนักมีบทบาทสำคัญในการควบคุมน้ำหนักและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าการเต้นแอโรบิคสามารถเพิ่มค่าใช้พลังงานได้อย่างมีนัยสำคัญ ในเชิงกลไกการเต้นแอโรบิคมีลักษณะการเคลื่อนไหวซ้ำต่อเนื่อง ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่หลายส่วน เช่น ขา ลำตัว และแขน การเพิ่มอุปกรณ์อย่าง “ผ้าขาวม้า” อาจเพิ่มแรงต้านและการเคลื่อนไหวหลายทิศทาง ส่งผลให้ปริมาณการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของรูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้าในการส่งเสริมการใช้พลังงานของร่างกายและการยอมรับของวัยรุ่นตอนปลายอย่างชัดเจน ทั้งในเชิงสรีรวิทยา

และเชิงพฤติกรรม ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและบริบทด้านกิจกรรมทางกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 18.50 ปี และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพียงเป็นครั้งคราว ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์กิจกรรมทางกายในกลุ่มวัยรุ่นที่พบว่า กลุ่มวัยนี้มักมีระดับกิจกรรมทางกายต่ำ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 มีประสบการณ์การใช้ผ้าขาวม้าในการออกกำลังกายมาก่อน ซึ่งอาจเอื้อต่อการยอมรับรูปแบบกิจกรรม และลดอุปสรรคด้านความคุ้นเคยหรือความกังวลในการเข้าร่วมกิจกรรม ส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปอย่างราบรื่น สอดคล้องกับแนวคิดด้านสรีรวิทยาการออกกำลังกายที่ระบุว่าการเต้นแอโรบิคที่มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ สามารถเพิ่มอัตราการใช้พลังงานของร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะเมื่อกิจกรรมมีระดับความหนักอยู่ในช่วงปานกลางถึงค่อนข้างหนัก นอกจากนี้ ค่าใช้พลังงานที่พบยังอยู่ในช่วงที่สอดคล้องกับการเต้นแอโรบิคทั่วไปที่ถูกรายงานในคู่มือกิจกรรมทางกายซึ่งจัดให้กิจกรรมลักษณะดังกล่าวมีค่าหน่วยวัดปริมาณพลังงานที่ร่างกายใช้ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (METs) อยู่ในระดับที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ[13]

เมื่อพิจารณาในเชิงประยุกต์ ผลการวิจัยครั้งนี้ช่วยเติมเต็มช่องว่างของงานวิจัยก่อนหน้าที่เน้นผลลัพธ์ด้านสมรรถภาพทางกายหรือสุขภาวะทางจิตใจ แต่ขาดข้อมูลเชิงปริมาณด้านการใช้พลังงาน โดยผลลัพธ์ที่ได้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการออกกำลังกายที่ผสานบริบททางวัฒนธรรมสามารถกระตุ้นการใช้พลังงานของร่างกายได้จริง และมีศักยภาพในการนำไปใช้เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในสถานศึกษา ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ระบุว่า การออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคต่อเนื่อง 30–50 นาที สามารถช่วยเพิ่มการเผาผลาญพลังงานของร่างกายและเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ[14] การใช้ ผ้าขาวม้าเป็นอุปกรณ์เสริม ทำให้กล้ามเนื้อหลายกลุ่มได้ใช้งานมากขึ้น เพิ่มแรงต้านและการเคลื่อนไหว ทำให้ปริมาณการเผาผลาญแคลอรี่สูงกว่าการออกกำลังกายทั่วไปที่ไม่ใช้อุปกรณ์ในด้านจิตวิทยา

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการออกกำลังกาย ผลการประเมินความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบการออกกำลังกาย พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.60, SD = 0.54) โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบ รองลงมาคือประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรม และด้านความปลอดภัยและความเหมาะสมของกิจกรรม ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้าไม่ได้เพียงตอบโจทย์ด้านการใช้พลังงานของร่างกายเท่านั้น แต่ยังตอบสนองต่อความต้องการด้านประสบการณ์ของผู้เข้าร่วม ทั้งในแง่ของความปลอดภัย ความเหมาะสม และคุณค่าที่ได้รับจากกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุว่าความพึงพอใจและความสนุกสนานมีบทบาทสำคัญต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมการออกกำลังกายในระยะยาว[15]

แม้ว่าด้านความสนุกสนานและแรงจูงใจจะมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่นเล็กน้อย แต่ยังคงอยู่ในระดับมาก ซึ่งอาจสะท้อนความแตกต่างของความชอบส่วนบุคคลหรือข้อจำกัดด้านเวลาและภาระการเรียนของนักศึกษา อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในระดับสูงในทุกด้านบ่งชี้ว่ารูปแบบกิจกรรมมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้จริงในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย

สรุปผลการวิจัย

ผลของรูปแบบการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้าต่อการเผาผลาญพลังงานของร่างกายในวัยรุ่นตอนปลาย ชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการเต้นแอโรบิคโดยใช้ผ้าขาวม้ามีประสิทธิภาพในการเพิ่มการใช้พลังงานของร่างกายในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย เป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่ได้รับการยอมรับในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในสถานศึกษาได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำรูปแบบกิจกรรมดังกล่าวอาจพัฒนาเป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพประจำสัปดาห์ในสถานศึกษา หรือบูรณาการร่วมกับรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและพลศึกษา เพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย

2. ควรมีการศึกษาต่อโดยควบคุมปัจจัยแทรกซ้อน เช่น อาหารและกิจกรรมทางกายอื่น รวมถึงการวัดอัตราการเต้นของหัวใจเพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประเมินระดับความหนักของการออกกำลังกาย

3. ควรมีการศึกษาการออกกำลังกายรูปแบบอื่น ๆ ร่วมกับการใช้วัสดุหรืออุปกรณ์ในท้องถิ่น เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการเลือกชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของเยาวชนไทย

4. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อการเผาผลาญพลังงานของร่างกายและสมรรถภาพทางกายของวัยรุ่นตอนปลาย เช่น พฤติกรรมการพักผ่อน กิจกรรมยามว่าง และการบริโภคอาหาร ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณผู้บริหาร คณาจารย์ และเจ้าหน้าที่ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่นที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายและตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ

เอกสารอ้างอิง

1. Tanaka C, Pinyopornpanish K, Watanaprakarnchai R, Thananuraksakul N, Limpawattana P, Srirug P, et al. Results from the Thailand 2022 report card on physical activity for children and youth. J Exerc Sci Fit. 2022:20(3):215–22.

2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. คู่มือการพัฒนาโรงเรียนสุขภาวะ (ระดับมัธยมศึกษา). กรุงเทพฯ: สสส.; 2565.
3. ปิยวิทย์ จันดี. ความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายและการนอน. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.
4. Chotsampancharoen T, Pittapan P. Dance exergame versus home-based dance exercise on physical fitness and stress in female youths with sedentary behavior. ASEAN J Rehabil Med. 2022:32(3):103–9.
5. Wang Y, Zhang Y, Li X, Liu J, Chen H, Zhao Q, et al. Effects of different types of exercise intensity on improving physical fitness among children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2024:14:12345.
6. Li X, Wang Y, Chen H, Zhang Y, Liu J, Zhao Q, et al. Effects of combined aerobic and resistance training on metabolic health in children and adolescents with overweight or obesity: A systematic review and meta-analysis. BMC Pediatr. 2024:24:567.
7. สุรพันธ์ สืบเนียม, ศตวรรษ อุดรศาสตร์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเต้นแอโรบิคด้วยผ้าขาวม้าประกอบเพลงสุขภาพพื้นบ้านต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565:16(3):1-12.
8. Kang H. Sample size determination and power analysis using G*Power software. Journal of Educational Evaluation for Health Professions, 2021:18:17.
9. Kloss EB et al. Validation of Polar Grit X Pro for estimating energy expenditure against indirect calorimetry. Journal of Sports Science and Medicine. 2023:22(4):658–66.
10. Crouter SE. Accuracy of Polar S410 heart rate monitor to estimate gross energy expenditure during exercise. Med Sci Sports Exerc. 2004:36(8):1433-9.
11. American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription (11th ed.). Wolters Kluwer; 2021.
12. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior. World Health Organization; 2020.
13. Ainsworth BE, Haskell WL, Herrmann SD, Meckes N, Bassett DR Jr, Tudor-Locke C, et al. 2011 Compendium of Physical Activities: A second update

of codes and MET values. Med Sci Sports Exerc. 2011:43(8):1575-81.

14. Thanasartsakul P. Effects of continuous aerobic exercise on energy expenditure and muscular strength among adults. J Sports Sci Health. 2020:12(2):45-53.

15. Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: The evidence. CMAJ. 2006:174(6):801-9.

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชน อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

ธัญชนก จุลละศรี[1], เทพไทย โชติชัย[2]

(วันที่รับบทความ: 18 กุมภาพันธ์ 2569, วันที่แก้ไข: 12 มีนาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 12 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชน อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือ สมาชิกกลุ่มวิสาหกิจ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 56 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น 0.85 วิเคราะห์และนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 50.9±8.9 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.6 สถานภาพคู่ ร้อยละ 62. เป็นกลุ่มวิสาหกิจชุมชนท่าช้าง ร้อยละ 76.8 ภาวะสุขภาพ พบว่า มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 30.4 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.9 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ส่วนใหญ่กินอาหารไม่ครบ 3 มื้อ ร้อยละ 51.8 กินผักใบปรุงสุกแล้ว 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 44.6 รับประทานผลไม้รสไม่หวาน ครบ 3 มื้อต่อวัน 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 62.5 เติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้ง ร้อยละ 80.4 เติมเครื่องปรุงรสหวานบางครั้ง ร้อยละ 57.1 ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน 4-6 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 51.8 สูบบุหรี่ ร้อยละ 16.1 เฉลี่ย 7.8 มวนต่อวัน สูบบุหรี่มวนแรกในช่วง 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง หลังตื่นนอน ร้อยละ 77.8 ดื่มเบียร์เกิน 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไปสัปดาห์ละครั้ง ร้อยละ 42.9 ดื่มสุราเดือนละครั้ง ร้อยละ 41.1 มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ น้อยกว่า 30 นาทีต่อวัน ร้อยละ 40.0 นั่งหรือเอนกายเฉยๆ นานเกิน 2 ชั่วโมงบางวัน ร้อยละ 55.4 นอนถึง 7 ชั่วโมงบางวัน ร้อยละ 53.6 มีการแปรงฟันก่อนนอนบางวัน ร้อยละ 58.9 และ มีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 1.8

คำสำคัญ : แรงงานวิสาหกิจชุมชน, ภาวะสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ

---

[1]เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงอ้อ อำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา

[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding author: เทพไทย โชติชัย e-mail: tepthai@scphkk.ac.th

Health status and health behaviors of community enterprise group members Pak Chong District, Nakhon Ratchasima Province

Thanchanok Junlasri[1], Tepthai Chotchai[2]

(Received: 18th February 2026, Revised: 12th March 2026, Accepted: 12th March 2026)

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study health status and health behaviors of community enterprise group members in Pak Chong District, Nakhon Ratchasima Province. The sample consisted of 56 community enterprise members in Pak Chong District, Nakhon Ratchasima Province. The instrument used as a questionnaire was reliability 0.85, analyzed and presented by descriptive statistics.

This study found that the sample group has an average age of 50.9±8.9 years. The majority are female, 78.6%. The majority being from the Tha Chang community enterprise at 76.8 percent. Found that had a normal BM (30.4%), have chronic disease (58.9%), Health care behaviors; found that they did not have 3 meals (51.8%), cooked vegetables 1-3 days per week accounted (44.6%), non-sweet fruits 3 times a day, 1-3 days per week (62.5%), Occasionally adding salty seasonings (80.4%), adding sweet seasonings (57.1%), drinking sweetened beverages 4-6 days per week (51.8%), smoking (16.1%) with an average of 7.8 cigarettes per day. The first cigarette was smoked within 30 minutes to 1 hour after waking up (77.8%), drinking more than 4 cans of beer or 2 large bottles per week (42.9%), drinking alcohol once a month (41.1%). Engaging in physical activities until feeling more tired than usual, less than 30 minutes per day (40.0%), sitting or reclining without physical activity for more than 2 hours on some days (55.4%), sleeping for up to 7 hours on some days (53.6%), brushing teeth before bed on some days (58.9%) and had high levels of stress (1.8%).

Keywords: Community Enterprise Workers, Health Status, Health Behaviors

---

[1]**Senior Public Health Technical Officer, Bueng-Or Subdistrict Health Promoting Hospital, Kham Thale So District, Nakhon Ratchasima Province.**

[2]**Asst.Prof. Bachelor of Public Health Program in Community Public Health, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen. Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute.**

Corresponding author: Tepthai Chotchai e-mail: tepthai@scphkk.ac.th

บทนำ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของคนเรามีความสำคัญที่จะส่งผลไปถึงภาวะสุขภาพและการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคม คุณภาพชีวิตดี หมายถึง การมีสุขภาพกายสุขภาพจิตที่ดี มีปัจจัย 4 ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค ที่เหมาะสมและเพียงพอ อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดีปลอดภัยมีความเสี่ยงน้อย มีความสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถใช้ศักยภาพของตนเองในทางสร้างสรรค์ สามารถพัฒนาตนเองและสังคมให้อยู่ร่วมกันได้อย่างสันติสุข รวมทั้งความพึงพอใจในวิถีชีวิตของตนเอง[1] ซึ่งในปัจจุบันในชุมชนต่าง ๆ โดยเฉพาะในเขตชนบทจะมีประชาชน ประกอบอาชีพเพื่อการดำรงชีวิตที่หลากหลาย เพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว หรือเป็นงานอดิเรกที่เป็นการรวมกลุ่มของผู้ที่มีความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมือนกัน ซึ่งเป็นการใช้เวลาว่างให้มีความคุ้มค่า และเกิดประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้เป็นอย่างดี การมีสุขภาพที่ดี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แนะหลักปฏิบัติตามสูตร 3 อ. 2 ส. 1ฟ. ได้แก่ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และดูแลสุขภาพฟัน เพื่อสุขภาพที่ดี[2] จะเห็นได้ว่าวิสาหกิจชุมชน มีความสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจฐานราก ช่วยสร้างงาน สร้างรายได้ และเพิ่มมูลค่าให้กับวัตถุดิบในท้องถิ่น ส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง ผ่านการรวมกลุ่มโดยใช้วิถีชีวิตและภูมิปัญญาร่วมกัน ทั้งยังช่วยลดการย้ายถิ่นฐานของแรงงาน และสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนอย่างยั่งยืน

สมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ประกอบด้วยกลุ่มวัยทำงานที่ส่วนใหญ่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งจากผลการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2565 พบว่า โครงสร้างของประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงทำให้ประชากรวัยทำงานที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[3] ประชากรวัยแรงงานถือเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศ มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศและเป็นที่พึ่งของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมและเทคโนโลยีในปัจจุบัน ทำให้การดำเนินชีวิตรวมถึงการทำงานในแต่ละวันเป็นไปด้วยความเร่งรีบ เคร่งเครียด หรือการแข่งขันทางด้านเศรษฐกิจสูงขึ้น มีความเหนื่อยล้าจากภาระงานจนทำให้ละเลยการดูแลสุขภาพโดยรวมของตนเอง เช่นเรื่องการพักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีแนวโน้มการสูบบุหรี่และดื่มสุราเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ไม่รับประทานอาหารเช้า ไม่พิถีพิถันในการเลือกทานอาหาร มีความเครียดสูง ขาดทักษะในการจัดการความเครียด ซึ่งความเครียดและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนี้จะเป็นตัวการสำคัญของการเกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ตามมา[4]

อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เป็นอำเภอหนึ่งที่มีความสำคัญของการเป็นสถานที่ท่องเที่ยว การอนุรักษ์วัฒนธรรมของคนในชุมชน ซึ่งอำเภอปากช่องแบ่งออกเป็น 14 ตำบล แต่ละตำบลมีการประกอบอาชีพและเป็นสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ที่สมาชิกมีการ

รวมกลุ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งที่ผ่านมามีหลายกิจกรรมเกิดขึ้น ได้แก่ การปลูกทุเรียน การปลูกน้อยหน่า การทำวิสาหกิจชุมชนท่องเที่ยงเชิงการเกษตร การแปรรูปผลิตภัณฑ์น้ำพริก การทำกระยาสารท กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่สมาชิกในกลุ่มต้องใช้แรงกาย ใช้ความสามารถทักษะ สมอง ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียด เกิดความปวดเมื่อยตามร่างกาย นอนไม่หลับ เป็นต้น ล้วนเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาของ พัชรา พยัคเวช[5] ซึ่งได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมบริโภค พฤติกรรมการคลื่อนไหวออกแรง พฤติกรรการดูแลช่องปาก พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการนอนหลับ พฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม มีผลต่อภาวะสุขภาพ กล่าวคือ หากประชากรวัยทำงาน มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะส่งผลให้ภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานดี แต่หากประชากรวัยทำงาน มีพฤติกรรมที่ไม่ดี จะส่งผลทำให้ภาวะสุขภาพประชากรวัยทำงานไม่ดีเช่นกัน และการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ขณะฤกษ์ และอุบล จันทร์เพชร[6] ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงาน 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5 ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่นกลุ่มอายุ เพศ การศึกษา ปัจจัยด้านทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่นมลภาวะทางสิ่งแวดล้อม และ ปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การรับประทานอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลกระทบทั้งต่อประชาชนวัยทำงานและครอบครัวที่ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น และมีภาระในการดูแลหากเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาหรือข้อมูลภาวะสุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจ ในอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพวิสาหกิจในอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชน อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนดำเนินโครงการที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชนดังกล่าวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสุขภาพของสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชน อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชน อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ สมาชิกกลุ่มวิสาหกิจ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 180 คน[7] กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 56 คน ได้จาก

การคำนวณ โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง Lwanga, S. and Lemeshow, S.[8] ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 โดยใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะสุขภาพจากการศึกษาของ พัชรา พยัคเวช[5] มีค่าเท่ากับ 2.270 แทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่าง 56 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าสู่โครงการ (Inclusion criteria) เป็นสมาชิกทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 18 – 59 ปี เป็นสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชนท่าช้าง กลุ่มวิสาหกิจทุเรียนคลองม่วง กลุ่มวิสาหกิจชุมชนกระยาสารท และกลุ่มวิสาหกิจอื่นๆ ในอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมามาอย่างน้อย 1 ปี เกณฑ์คัดออกเป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดในการสื่อสารหรือไม่สามารถทำความเข้าใจเอกสารการยินยอมได้

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลากจากบัญชีรายชื่อสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ให้ได้ขนาดตัวอย่างตามที่คำนวณได้คือ 56 คน เพื่อเป็นตัวแทนในการศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิด แบบปลายปิดและแบบผสม ประกอบด้วยข้อมูลเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และกลุ่มวิสาหกิจ รวม 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพ ข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าความดันโลหิต โรคประจำตัว และการตรวจสุขภาพประจำปี รวม 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ ข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด ประกอบด้วย การทานอาหารครบ 3 มื้อ การทานผัก การทานผลไม้รสไม่หวาน การเติมเครื่องปรุงรสเค็ม การเติมเครื่องปรุงรสหวาน การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกาย พฤติกรรมการนอนหลับ พฤติกรรมการแปรงฟัน รวม 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการแสดงจำนวน (Frequency) ของแต่ละข้อคำถาม และผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) ข้อคำถามประกอบด้วย การมีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก มีสมาธิน้อยลง อาการหงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ รู้สึกเบื่อ/เซ็งไม่อยากพบปะผู้คน รวม 5 ข้อ

ระดับอาการแทบไม่มี หมายถึง ไม่มีอาการหรือเกิดอาการเพียง 1 ครั้ง

ระดับอาการเป็นบางครั้ง หมายถึง มีอาการมากกว่า 1 ครั้ง แต่ไม่บ่อย

ระดับอาการบ่อยครั้ง หมายถึง มีอาการเกิด ขึ้นเกือบทุกวัน

ระดับอาการเป็นประจำ หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นทุกวัน

การแปลผล

0-4 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเครียดในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหากับตัวเอง ยังสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นใน

ชีวิตประจำวันได้ และปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

5-7 คะแนน หมายถึง สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด ควรผ่อนคลายความเครียดด้วยการพูดคุยหรือปรึกษา หารือกับคนใกล้ชิด เพื่อระบายความเครียดหรือคลี่คลายที่มาของปัญหาและอาจใช้การหายใจ เข้าออกลึก ๆ ช้า ๆหลายครั้ง หรือใช้หลักการทางศาสนาเพื่อคลายความกังวล

8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดสูงในระดับที่อาจจะส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดหลัง นอนไม่หลับฯลฯ ควรขอรับคำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขเพื่อดูแลจิตใจหรือได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษา

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) โดยมีค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00 จากนั้นนำมาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษา ที่อำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในข้อคำถามและความสมบูรณ์ของเครื่องมือ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ในส่วนของภาวะสุขภาพเท่ากับ 0.82 ในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91 และค่าความเชื่อมั่นโดยรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85 ในส่วนของข้อมูลทั่วไป นำมาพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถามกับผู้ตอบ การใช้ภาษาในการสื่อสาร ความเข้าใจในข้อคำถาม และประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวข้องจนสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริงต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. ติดต่อขอข้อมูลประชาชนในพื้นที่ในการศึกษาจากสำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อใช้ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้

3. นำหนังสือจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ถึง พัฒนาชุมชนอำเภอปากช่อง เพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือในการแจ้งให้สมาชิกกลุ่มวิสาหกิจอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคัดเลือกทราบถึงการเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่รับผิดชอบ รวมถึงกำหนดวัน เวลา สถานที่ และวิธีการดำเนินงานที่สะดวกในการเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยเดินทางไปเก็บข้อมูลตามที่สุ่มได้ในหมู่บ้าน แนะนำตัวกับผู้นำชุมชน อสม. และดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างตามที่นัดหมายไว้ โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา และเพื่อไม่ให้มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างเอง จึงไม่ต้องลงชื่อผู้ตอบแต่อย่างใด

5. กรณีที่ผู้ตอบไม่สะดวกที่จะตอบในวันที่นัดหมาย ผู้วิจัยจะแจ้งกำหนดวัน และเวลาที่จะไปขอรับแบบสอบถามคืนจากผู้ตอบโดยตรง โดยกำหนดเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์หลังจากทอดแบบสอบถามแล้ว

6. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามที่นัดหมายของกลุ่มตัวอย่างจนแล้วเสร็จ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดจะนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ (Completeness) ของแบบสอบถาม และตรวจสอบความสอดคล้อง (Consistency) ของคำตอบ จากนั้นผู้วิจัยจะทำการลงรหัส (Coding) และบันทึกข้อมูล (Keying) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยด้านข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ผ่านการรับรองเลขที่ HE671034 วันที่ 3 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.6 มีอายุ 46 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 50.9±8.9 ปี อายุต่ำสุด 32 ปี อายุสูงสุด 65 ปี สถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพคู่ ร้อยละ 62. ระดับการศึกษาจบการศึกษามัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 66.1 รองลงมาจบการศึกษาระดับ ปวช.,ปวส. ร้อยละ 28.6 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50.0 รายได้ต่อเดือน 10,001 – 15,000 บาท ร้อยละ 48.2 เป็นกลุ่มวิสาหกิจชุมชนท่าช้าง ร้อยละ 76.8 รองลงมากลุ่มวิสาหกิจกระยาสารท ร้อยละ 12.5 และ กลุ่มวิสาหกิจอื่นๆ ร้อยละ 10.7

ภาวะสุขภาพของสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชน มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 30.4 รองลงมามีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 28.6 และอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 21.4 ตามลำดับ ค่าความดันโลหิตช่วงบน อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 58.9 รองลงมาสูงระดับที่ 1 เริ่มแรก ร้อยละ 23.2 ค่าความดันโลหิตช่วงล่าง อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 85.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.9 โดยพบว่า ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 51.5 รองลงมาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 21.2 ตามลำดับ และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 61.8

พฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ส่วนใหญ่กินอาหารไม่ครบ 3 มื้อ ร้อยละ 51.8 กินผักใบปรุงสุกแล้ว 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 44.6 รับประทานผลไม้รสไม่หวาน ครบ 3 มื้อต่อวัน 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 62.5 เติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้ง ร้อยละ 80.4 ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน 4-6 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 51.8 สูบบุหรี่ ร้อยละ 16.1 ดื่มเบียร์เกิน 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไป สัปดาห์ละครั้ง ร้อยละ 42.9 ดื่มสุราเดือนละครั้ง ร้อยละ 41.1 มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึก

เหนื่อยกว่าปกติ น้อยกว่า 30 นาทีต่อวัน ร้อยละ 40 นั่ง นอนถึง 7 ชั่วโมงบางวัน ร้อยละ 53.6 รู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอน 1 ถึง 4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 66.1 มีการแปรงฟันก่อนนอนบางวัน ร้อยละ 58. ในปีที่ผ่านมาได้ไปรับบริการทันตกรรม ร้อยละ 89.3 เริ่มมีความเครียด ร้อยละ16.1 และ มีความเครียดระดับสูงร้อยละ 1.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชน

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (n=56)	ร้อยละ
1.ใน 1 วัน กินอาหารครบ 3 มื้อ หรือไม่		
ครบ 3 มื้อ	27	48.2
ไม่ครบ 3 มื้อ	29	51.8
2. ใน 1 วัน กินผักใบปรุงสุกแล้ว หรือ ผักใช้ผล/หัว/ราก เช่น มะเขือเทศ แครอท ฟักทอง ข้าวโพด กะหล่ำดอก ถั่วฝักยาว หอมหัวใหญ่ หรือผักใบเขียวสดไม่ผ่านการปรุงสุก ปริมาณ 4 ทัพพีขึ้นไป		
กิน 1-3 วันต่อสัปดาห์	25	44.6
กิน 4-6 วันต่อสัปดาห์	25	44.6
กินทุกวัน	6	10.8
3.ใน 1 วัน รับประทานผลไม้รสไม่หวาน ครบ 3 มื้อต่อวัน หรือไม่ (1 มื้อ = 1 จานเล็ก)		
ไม่กินเลย	1	1.7
กิน 1-3 วันต่อสัปดาห์	35	62.5
กิน 4-6 วันต่อสัปดาห์	17	30.4
กินทุกวัน	3	5.4
4.การเติมเครื่องปรุงรสเค็ม		
ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็มเลย	3	5.4
เติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้ง	45	80.4
เติมเครื่องปรุงรสเค็มทุกครั้ง	8	14.2
5. เติมเครื่องปรุงรสหวาน		
ไม่เติมเครื่องปรุงรสหวานเลย	5	9.0
เติมเครื่องปรุงรสหวานบางครั้ง	32	57.1
เติมเครื่องปรุงรสหวานทุกครั้ง	19	33.9
6. ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน		
ดื่ม 1-3 วันต่อสัปดาห์	23	41.1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชน (ต่อ)

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (n=56)	ร้อยละ
ดื่ม 4-6 วันต่อสัปดาห์	29	51.8
ดื่มทุกวัน	4	7.1
7. ปัจจุบันสูบบุหรี่ *		
ไม่สูบ	47	83.9
สูบ	9	16.1
7.1 โดยปกติสูบบุหรี่ วันละกี่มวน		
5 มวน	4	44.4
10 มวน	5	55.6
$\bar{x}$ =7.8, SD. =2.6, Min =5, Max =10		
7.2 หลังตื่นนอนตอนเช้า สูบบุหรี่มวนแรกเมื่อใด		
สูบมวนแรกในช่วง 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง หลังตื่นนอน	7	77.8
สูบมวนแรกหลัง 1 ชั่วโมงขึ้นไป หลังตื่นนอน	2	22.2
7.3 การเคยคิดอยากเลิกสูบบุหรี่		
คิดจะเลิกภายใน 30 วัน	1	11.1
คิดจะเลิกภายใน 12 เดือนข้างหน้า	5	55.6
คิดจะเลิก แต่ไม่ใช่ภายใน 12 เดือนข้างหน้า	3	33.3
8. ดื่มเบียร์เกิน 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไป หรือไม่		
ไม่เคยดื่มเลย	11	19.6
สัปดาห์ละครั้ง	24	42.9
เดือนละครั้ง	19	33.9
ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	2	3.6
9. ดื่มสุราหรือไม่		
ไม่เคยดื่มเลย	11	19.6
สัปดาห์ละครั้ง	20	35.7
เดือนละครั้ง	23	41.1
ดื่มทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	2	3.6
10.มีกิจกรรมทางกาย หรือเคลื่อนไหวร่างกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ ทั้งในการทำงาน การเดินทาง หรือนันทนาการ (ออกกำลังกาย)		
ไม่มีเลย	6	10.7

ตารางที่ 1 พฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชน (ต่อ)

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (n=56)	ร้อยละ
มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ< 30นาทีต่อวัน	40	71.4
มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ>30 นาทีต่อวัน	10	17.9
11. การนั่ง หรือเอนกายเฉยๆ ติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมง		
นั่ง หรือเอนกายเฉยๆ นานเกิน 2 ชั่วโมง ทุกวัน	7	12.5
นั่ง หรือเอนกายเฉยๆ นานเกิน 2 ชั่วโมง บางวัน	31	55.4
ไม่นั่ง หรือเอนกายเฉยๆ นานเกิน 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	18	32.1
12. นอนถึง 7 ชั่วโมง		
นอนไม่ถึง 7 ชั่วโมงทุกวัน	7	12.5
นอนถึง 7 ชั่วโมงบางวัน	30	53.6
นอนถึง 7 ชั่วโมงทุกวัน	19	33.9
13. รู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอน		
ทุกวัน	7	12.5
5 ถึง 6 วันต่อสัปดาห์	10	17.9
1 ถึง 4 วันต่อสัปดาห์	37	66.0
ไม่เคย	2	3.6
14. การแปรงฟันก่อนนอน		
ไม่แปรงฟันก่อนนอนเลย	4	7.2
แปรงฟันก่อนนอนบางวัน	33	58.9
แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน	19	33.9
15. ใช้เวลาในการแปรงฟันแต่ละครั้งนานกี่นาที		
น้อยกว่า 2 นาที	2	3.6
2 - 3 นาที	36	64.3
3 นาทีขึ้นไป	18	32.1
16. ในปีที่ผ่านมา ได้ไปรับบริการทันตกรรม		
ไม่ไป	6	10.7
ไป	50	89.3
บริการทันตกรรมที่ได้รับ ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)		
อุดฟัน	8	16.0
ขูดหินปูน	23	46.0

ตารางที่ 1 พฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชน (ต่อ)

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (n=56)	ร้อยละ
ถอนฟัน	24	48.0
รักษารากฟัน	1	2.0
17. ระดับความเครียด (จากแบบประเมิน ST-5)		
ไม่มีความเครียด (ไม่เกิน 4 คะแนน)	46	82.1
เริ่มมีความเครียด (5-7 คะแนน)	9	16.1
มีความเครียดระดับสูง (8 คะแนนขึ้นไป)	1	1.8
$\bar{x}$ =2.7, SD. =2.0, Min =0.0, Max =10.0		

*ตอบคำถามไม่ครบทุกคน

อภิปรายผลการวิจัย

ภาวะสุขภาพของสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ รองลงมาค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน ค่าความดันโลหิตช่วงบน (Systolic Blood Pressure) มีค่าความดันโลหิตช่วงบน อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีโรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ วริยา บุญทอง และพัชรา พลเยี่ยม[9] ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงาน พบว่า กลุ่มวัยแรงงาน อายุ 25 – 59 ปี ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ รองลงมามีดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 1 มีโรคประจำตัว 2 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ข้อมูลที่ได้อาจเนื่องจากกลุ่มที่ศึกษาเป็นกลุ่มวัยแรงงาน มีช่วงอายุเดียวกัน เป็นวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อม เช่นเริ่มเข้าสู่วัยทองที่ฮอร์โมนเพศเริ่มทำงานน้อยลง ทำให้มีอาการหงุดหงิดง่าย ร้อนวูบวาบตามตัว และมีโรคต่างๆ เข้ามารุมเร้าได้ง่าย นอกจากนี้ยังเป็นวัยที่ต้องใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบ ขยับร่างกายน้อยเพราะนั่งทำงานเป็นเวลานาน เผชิญกับความเครียดต่างๆเนื่องจากความรับผิดชอบที่สูงขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นที่มาของโรคต่างๆในช่วงวัยทำงาน

พฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่กินอาหารไม่ครบ 3 มื้อ กินผักใบปรุงสุกแล้ว 1-3 วันต่อสัปดาห์ รับประทานผลไม้รสไม่หวาน ครบ 3 มื้อต่อวัน 1-3 วันต่อสัปดาห์ มีการเติมเครื่องปรุงรสเค็มรสหวานในบางครั้ง ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน 4-6 วันต่อสัปดาห์ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มเบียร์เกิน 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไปสัปดาห์ละครั้ง ดื่มสุราเดือนละครั้ง มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ น้อยกว่า 30 นาทีต่อวัน นั่งหรือเอนกายเฉยๆ นานเกิน 2 ชั่วโมงบางวัน นอนถึง 7 ชั่วโมงบางวัน รู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอน 1 ถึง 4 วันต่อสัปดาห์ พฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอนบางวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วริยา บุญทอง และพัชรา พลเยี่ยม[9] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ด้านการบริโภค พฤติกรรมการบริโภคผัก 5 ทัพพี 4 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ เติม

เครื่องปรุงรสเค็มบางครั้ง ด้านพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงและการนอนพบว่า ส่วนใหญ่ มีกิจกรรมทางกายมากว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ การนั่งหรือเอนกายติดต่อกันนาน 2 ชั่วโมงขึ้นไปประมาณ 0-2 วันต่อสัปดาห์ และการนอนหลับ 7- 8 ชั่วโมงบางวัน แปรงฟันก่อนนอนทุกวันนานอย่างน้อย 2 นาที เหตุผลที่ได้นี้อาจเนื่องจากกลุ่มวัยแรงงาน มีช่วงอายุเดียวกัน มีพฤติกรรมสุขภาพที่อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องใช้ชีวิตประจำวันที่เร่งรีบอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีการบริโภคอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลในอัตราที่สูงมาก รวมไปถึงปริมาณน้ำตาลและโซเดียมที่สูงกว่าอาหารทั่วไป มีการขยับร่างกายน้อยเพราะนั่งทำงานเป็นเวลานานติดต่อกัน หรือการใช้ท่าทางที่ไม่เหมาะสมในการทำงาน ไม่มีกิจกรรมทางกายระหว่างวัน มีพฤติกรรมการนอนดึกพักผ่อนไม่เพียงพอซึ่งนำไปสู่ปัญหาในระยะยาวได้ เช่นนอนตื่นมาแล้วไม่สดชื่น สมาธิสั้น รวมไปถึงโรคร้ายต่าง ๆ เผชิญกับความเครียดต่างๆเนื่องจากความรับผิดชอบที่สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยและการนำไปใช้ประโยชน์

1. สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มแรงงานวิสาหกิจที่ได้จากการศึกษา สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาแนวทางหรือประเด็นในการจัดการ ภาวะสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มแรงงานวิสาหกิจอำเภอปากช่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. จากผลการศึกษาที่ได้มีข้อเสนอแนะว่าควรจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้เหมาะสมในแต่ละช่วงวัยของวัยทำงาน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตั้งแต่วัยหนุ่มสาวและป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังในอนาคต โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคและการเคลื่อนไหวออกแรง

3. ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้สอดคล้องลักษณะการทำงานของวัยทำงานในแต่ละอาชีพ โดยเฉพาะในกลุ่มอาชีพที่ต้องนั่งทำงานนาน ๆ หรือทำงานในท่าทางเดิม ๆ ซ้ำ ๆ ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย และนอนหลับพักผ่อนไม่เป็นเวลา

4. ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เสริมพลังให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีการควบคุมการบริโภคลดหวาน มัน เค็ม และส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เพิ่มเติมเพื่อหาปัจจัยร่วมที่จะส่งเสริมให้วัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น เช่น จำนวนชั่วโมงในการทำงาน หรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สถานที่ออกกำลังกายในชุมชน แหล่งซื้ออาหารบริโภค เป็นต้น รวมทั้งควรมีการนำข้อมูลจากการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และศึกษาเชิงทดลองเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ใน

กลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดโปรแกรมพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และกลุ่มเปรียบเทียบ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ทำอย่างไรให้ คุณภาพชีวิตดี. [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2486
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. คนไทยไร้พุงยึด 3อ.2ส.1ฟ. [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealth.or.th
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจภาวการณ์ทำงานของประชากรทั่วราชอาณาจักร ไตรมาสที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2566. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/index#gsc.tab=0
4. วุชธิตา คงดี. สถานการณ์ “โรคปัจจุบัน” ของกลุ่มคนวัยทำงานใน “โลกปัจจุบัน”. [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://www.ohswa.or.th/17675458/health-promotion-for-jorpor-series-ep2
5. พัชรา พยัคเวช. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2565 ; 7(2) : 44 – 55.
6. ศิริลักษณ์ ขณะฤกษ์, อุบล จันทร์เพชร. พฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงาน 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารช่อพะยอม 2562 ; 30(1) : 155 – 64.
7. สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. ข้อมูลสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. ม.ป.ป. (เอกสารสำเนา).
8. Lwanga, S. and Lemeshow, S. Sample Size Determination in Health Studies. A Practical Manual. [อินเตอร์เน็ต]. 1991 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: http://www.tbrieder.org/publications/books_english/lemeshow_samplesize.pdf
9. วริยา บุญทอง และพัชรา พลเยี่ยม. สถานการณ์และแนวโน้มของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 6 ปี พ.ศ. 2562 – 2564. วารสารวิชาการ
10. สาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี 2564 ; เล่มที่ ; 74 – 89.

การพัฒนาโมเดลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยวเขตสุขภาพที่ 7 แบบมีส่วนร่วม สู่การเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

นิติยาภรณ์ ศรีชัย[1], สุวิศิษฎ์ ช่างทอง[2], เมธาพร บำรุงสวัสดิ์[3]

(วันที่รับบทความ: 4 พฤศจิกายน 2568, วันที่แก้ไข: 19 มกราคม 2569, วันที่ตอบรับ: 16 กุมภาพันธ์ 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยว ศึกษาการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในแหล่งท่องเที่ยวตามองค์ประกอบการท่องเที่ยว 6A และพัฒนาโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยวแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) การวิจัยใช้ระเบียบวิธีแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เก็บข้อมูลจากแหล่งท่องเที่ยว 14 แห่ง ระหว่างเดือนมกราคม 2567 – กันยายน 2568 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เจ้าหน้าที่และผู้บริหารแหล่งท่องเที่ยว 129 คน นักท่องเที่ยว 380 คน และผู้บริหารแหล่งท่องเที่ยว 14 คน ซึ่งให้ข้อมูลเชิงลึก ผลการศึกษาพบว่า ทุกแหล่งท่องเที่ยวมีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการจัดการขยะมูลฝอยและส้วมสาธารณะ ร้อยละ 100 อย่างไรก็ตาม การจัดการน้ำเสียและการอบรมผู้สัมผัสอาหารต้องพัฒนาเพิ่มเติม ร้อยละ 64.29 และ 57.14 ตามลำดับ เจ้าหน้าที่มีการรับรู้ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในระดับสูง โดยเฉพาะการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ร้อยละ 96.12 และการจัดการขยะ ร้อยละ 95.35 นักท่องเที่ยวให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบการท่องเที่ยว 6A ในระดับมาก ($\overline{x}$ = 4.19) โดยเน้นความเป็นธรรมชาติและเข้าถึงสะดวก ผู้บริหารร้อยละ 78.57 มีนโยบายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษร ผลการวิจัยนำไปสู่การพัฒนาโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ ด้านสุขอนามัย และด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม 9 ประเด็น ได้แก่ การจัดการขยะ น้ำเสีย สุขาภิบาลอาหาร ส้วมสาธารณะ สิ่งอำนวยความสะดวก ความปลอดภัย การประชาสัมพันธ์ ที่พัก และการท่องเที่ยวยั่งยืน ซึ่งเป็นแนวทางขับเคลื่อนสู่การพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวที่เป็นมิตรต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: อนามัยสิ่งแวดล้อม, แหล่งท่องเที่ยว, การมีส่วนร่วม, การพัฒนาอย่างยั่งยืน

---

[1]นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ , [2]นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ , [3]นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

[1-3]ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Corresponding author: นิติยาภรณ์ ศรีชัย e-mail: nitiyaporn1919@gmail.com

Development of a Participatory Environmental Health Management Model for GREEN Health Attraction, Health Region 7

Nitiyaporn Srichai[1], Suwisith Changthong[2], Maythaporn Bumrungsawat[3]

(Received: 4th November 2025, Revised: 19th January 2026, Accepted: 16th February 2026)

ABSTRACT

This research aimed to study the situation and factors influencing environmental health management in tourist attractions, to explore the health and environmental awareness of administrators and staff based on the 6A tourism components, and to develop a participatory environmental health management model (Participatory Action Research: PAR). The study employed a mixed-methods approach, collecting data from 14 tourist attractions between January 2024 and September 2025. The samples included 129 administrators and staff members, 380 tourists, and 14 executives providing in-depth information. The findings revealed that all tourist attractions (100%) implemented environmental health management measures in solid waste and public toilet management. However, wastewater management and food handler training required further improvement (64.29% and 57.14%, respectively). Staff demonstrated a high level of health and environmental awareness, particularly regarding COVID-19 vaccination (96.12%) and waste management (95.35%). Tourists rated the 6A tourism components at a high level ($\bar{x}$ = 4.19), emphasizing natural attractions and accessibility. Moreover, 78.57% of administrators had clear, written environmental health policies. The study results showed that a participatory environmental health management model comprising two key aspects—hygiene and environmental health management—covering nine dimensions: waste management, wastewater, food sanitation, public toilets, facilities, safety, public relations, accommodation, and sustainable tourism. This model serves as a guideline for promoting health- and environmentally friendly tourism development in a sustainable manner.

Keywords: Environmental health, Tourist destination, Participation, Sustainable development

[1]**Professional Public Health Officer** , [2]**Senior Professional Public Health Officer** ,

[3]**Practitioner Public Health Officer**

[1-3]**Regional Health Promotion Center 7 Khon Kaen, Department of Health**

Corresponding author: Nitiyaporn Srichai e-mail: nitiyaporn1919@gmail.com

บทนำ

ภาคการท่องเที่ยว เป็นกลไกที่สำคัญในระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย ทั้งทางตรงและทางอ้อมสร้างรายได้ให้ประเทศไทย 2.99 ล้านล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 18 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ จากบทความ Revitalizing Thailand's tourism sector: In search of enablers for future sustainability ของธนาคารแห่งประเทศไทย[1] การปรับโครงสร้างภาคการท่องเที่ยวเน้นการสร้างการลงทุนในภาคการท่องเที่ยวเพิ่มขึ้น อาทิ การลงทุนด้านดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการให้บริการแบบไร้การสัมผัส และแพลตฟอร์มด้านการท่องเที่ยว การปรับปรุงสถานที่ท่องเที่ยวและการลงทุนในระบบการคมนาคม การพัฒนาการท่องเที่ยวให้เป็นไปตามมาตรฐานแหล่งท่องเที่ยวที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (GREEN Health Attraction) ของกรมอนามัย มีส่วนช่วยขับเคลื่อนการบรรลุเป้าหมาย SDGs ในหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม อาทิ SDG 3: สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Good Health and Well-being) SDG 6: น้ำสะอาดและการสุขาภิบาล (Clean Water and Sanitation) SDG 11: เมืองและชุมชนที่ยั่งยืน (Sustainable Cities and Communities) SDG 12: การผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืน(Responsible Consumption and Production) SDG 13: การรับมือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Action) เนื่องจากเป็นการท่องเที่ยวที่คำนึงถึงผลกระทบทั้งในปัจจุบันและอนาคตต่อเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยตอบสนองความต้องการของนักท่องเที่ยว อุตสาหกรรม สิ่งแวดล้อม และชุมชน[2]

อย่างไรก็ตาม แม้ประเทศไทยมีแหล่งท่องเที่ยวหลากหลาย แต่ยังคงประสบปัญหาด้านสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดการขยะ น้ำเสีย และความปลอดภัยของอาหาร ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์และความเชื่อมั่นของนักท่องเที่ยว[3] การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมจึงมีบทบาทสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพของแหล่งท่องเที่ยวให้ตอบสนองทั้งมิติสุขภาพและเศรษฐกิจ เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ครอบคลุมและมีส่วนร่วม[4] ผู้วิจัยได้นำกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการประเมินองค์ประกอบการท่องเที่ยว 6A ได้แก่ ด้านสิ่งดึงดูดใจ ด้านการคมนาคมขนส่งและการเข้าถึงการท่องเที่ยว ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านที่พัก ด้านกิจกรรม และด้านการให้บริการของแหล่งท่องเที่ยว[5] เพื่อหาช่องว่างทางความรู้ (Gap of Knowledge) ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานที่ท่องเที่ยว มาสร้างโมเดลการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับบริบทของแหล่งท่องเที่ยวในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด ทั้งนี้เพื่อต่อยอดการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวที่เป็นมิตรต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืนในทุกระดับ

วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยว

1.2 เพื่อศึกษาการรับรู้ข้อมูลด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในแหล่งท่องเที่ยว

1.3 เพื่อพัฒนาโมเดลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยวแบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ บุคคลที่มีบทบาทและเกี่ยวข้องโดยตรงกับแหล่งท่องเที่ยว ได้แก่ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่หรือผู้ดูแลด้านการท่องเที่ยว พระสงฆ์ ชาวบ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้นำชุมชนในพื้นที่ และองค์กรปกครองท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานราชการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง จำนวน 129 คน และนักท่องเที่ยว จำนวน 380 คน

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ คัดเลือกจากแหล่งท่องเที่ยวที่ผ่านการประเมินแหล่งท่องเที่ยวที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (GREEN Health Attraction) ของกรมอนามัย จำนวน 14 แห่ง ได้แก่ สวนสัตว์ขอนแก่น อุทยานแห่งชาติภูเวียง อุทยานแห่งชาติภูผาม่าน อุทยานแห่งชาติน้ำพอง พิพิธภัณฑ์สิรินธร วัดพระบาทภูพานคำ วัดพุทธนิมิต(ภูค่าว) พิพิธภัณฑสถานแห่งชาติร้อยเอ็ด พระบรมธาตุนาดูน ศูนย์วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมเพื่อการศึกษาร้อยเอ็ด วัดป่าธรรมอุทยาน จ.ขอนแก่น วัดพุทธวนาราม (วัดป่าวังน้ำเย็น) ธรรมอุทยานหลวงปู่ศิลา สิริจันโท และหอชมเมืองร้อยเอ็ด หรือ หอโหวด 101

3. ขอบเขตด้านเนื้อหา

ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในการลงพื้นที่ปฏิบัติงาน โดยใช้แบบสำรวจในการเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในแหล่งท่องเที่ยว จำนวน 129 คน ระหว่างเดือนมกราคม 2567 ถึงเดือนธันวาคม 2567

ระยะที่ 2 จัดอบรมเพื่อสร้างการรู้ในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในแหล่งท่องเที่ยว ระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึงเดือนเมษายน 2568

ระยะที่ 3 แบบสอบถามสำรวจด้านองค์ประกอบการท่องเที่ยว 6A ของนักท่องเที่ยวเขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ ด้านสิ่งดึงดูดใจ ด้านการคมนาคมขนส่งและการเข้าถึงการท่องเที่ยว ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านที่พัก ด้าน กิจกรรม และด้านการให้บริการของแหล่งท่องเที่ยว โดยสอบถามนักท่องเที่ยวจำนวน 380 คน ระหว่างเดือนมกราคม 2567 ถึงเดือนธันวาคม 2567

ระยะที่ 4 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกทางโทรศัพท์ เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับผู้บริหารแหล่งท่องเที่ยวทั้ง 14 แห่ง แห่งละ 1 คน ระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2568

ระยะที่ 5 คือการพัฒนาและทดสอบโมเดลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยวแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน 2568

4. ขอบเขตด้านระยะเวลา การศึกษาวิจัยนี้ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2568

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ประชากร การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิจัยครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่บุคคลที่มีบทบาทและเกี่ยวข้องโดยตรงกับแหล่งท่องเที่ยว ได้แก่ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่หรือผู้ดูแลด้านการท่องเที่ยวในแหล่งท่องเที่ยว พระสงฆ์ ชาวบ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้นำชุมชนในพื้นที่ และองค์กรปกครองท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานราชการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ในแหล่งท่องเที่ยวต้นแบบที่ผ่านมาตรฐานแหล่งท่องเที่ยวที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ของกรมอนามัย จำนวน 14 แห่ง

2. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้ สูตรของ Taro Yamane ที่ระดับความคลาดเคลื่อน e = 0.05 จากนั้นจึงทำการสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนของแต่ละกลุ่มย่อย โดยวิธีจับสลาก (Lottery) มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้ กำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่ทุกหน่วยในประชากร นำหมายเลขประจำตัวของสมาชิกมาจัดทำเป็นฉลาก และจับฉลากขึ้นมาทีละหมายเลขจนกระทั่งครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ ส่งผลให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างบุคคลที่มีบทบาทและเกี่ยวข้องโดยตรงกับแหล่งท่องเที่ยว จำนวน 129 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในการวิจัยครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ นักท่องเที่ยวในแหล่งท่องเที่ยวทั้ง 14 แห่ง จำนวน 380 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกทางโทรศัพท์ผู้บริหารแหล่งท่องเที่ยว 14 แห่ง จำนวน 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. สร้างแบบสอบถามและตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยปรึกษาหารือและขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

1) แบบสำรวจการศึกษาสถานการณ์และการรับรู้การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในแหล่งท่องเที่ยว (แบบสำรวจฉบับนี้พัฒนาขึ้นจากความร่วมมือของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ดร.อังสุมาลิน จำนงชอบ และทีมวิจัยจากคณะวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมและการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ) และค่าดัชนี IOC (Index of Item-Objective Congruence) ≥0.50: แสดงว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

2) แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการด้านองค์ประกอบการท่องเที่ยว 6A 2 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามจะมีลักษณะเป็นคำถามแสดงระดับความ คิดเห็นใช้ตามมาตราวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) [6] จำนวน 20 ข้อ โดยแต่ละคำถามจะมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (Rating Scale) ดังนี้

5 หมายถึง มีระดับความต้องการมากที่สุด
4 หมายถึง มีระดับความต้องการมาก
3 หมายถึง มีระดับความต้องการปานกลาง
2 หมายถึง มีระดับความต้องการน้อย
1 หมายถึง มีระดับความต้องการน้อยที่สุด

การแปลความหมายของระดับคะแนนได้แปลผลระดับคุณภาพของผู้ใช้บริการ โดยใช้ค่าเฉลี่ยของผลคะแนนเป็นตัวชี้วัดตามเกณฑ์ในการวิเคราะห์ ตามแนวคิดของลิเคิร์ทมีรายละเอียดดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ระดับความต้องการมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ระดับความต้องการมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ระดับความต้องการปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ระดับความต้องการน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ระดับความต้องการน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นปลายเปิด (Open Ended Questions) เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

2. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชน/นักท่องเที่ยวที่เข้ามาท่องเที่ยว จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) และนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มากกว่า 0.7

3. แบบสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เรื่องการรับรู้ข้อมูลด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของผู้บริหารแหล่งท่องเที่ยว 14 แห่ง ๆ ละ 1 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 14 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น รหัสโครงการวิจัยที่ 137 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยว

1.1 ข้อมูลด้านสุขอนามัย การป้องกันโรค และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ พบว่า แหล่งท่องเที่ยวต่างๆ มีการดำเนินการด้านสุขอนามัยและการป้องกันโรคสำหรับนักท่องเที่ยวและพนักงานร้อยละ 100.00 และหลังช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แหล่งท่องเที่ยวยังคงมีมาตรการ แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลด้านสุขอนามัย การป้องกันโรค และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่

ข้อมูลด้านสุขอนามัย การป้องกันโรค และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่	จำนวนแห่ง	ร้อยละ
1. การดำเนินการด้านสุขอนามัย และการป้องกันโรคสำหรับนักท่องเที่ยวและพนักงาน	14	100.00

ตารางที่ 1 ข้อมูลด้านสุขอนามัย การป้องกันโรค และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขอนามัย การป้องกันโรค และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่	จำนวน แห่ง	ร้อยละ
2. การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ (**หลัง**ช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19)	14	100.00
1) มีมาตรการให้นักท่องเที่ยวสวมหน้ากากอนามัย	8	57.14
2) แหล่งท่องเที่ยวจัดให้มีอ่างล้างมือ พร้อมสบู่ หรือเจล แอลกอฮอล์ 70% ขึ้นไป สำหรับทำความสะอาดมือไว้	11	78.57
3) แหล่งท่องเที่ยวจัดให้มีการเว้น อย่างน้อย 1 เมตร	7	50.00
4) มีการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโรค ภายในอาคารสถานที่	12	85.71
5) การจัดที่ทิ้งหน้ากากอนามัยของนักท่องเที่ยว	14	100.00
6) เจ้าหน้าที่ของแหล่งท่องเที่ยวได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19	14	100.00

1.2 ข้อมูลด้านการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า แหล่งท่องเที่ยวมีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม แยกเป็นรายประเด็น 9 ด้าน แสดงดังตารางที่ 2

1) ด้านการจัดการขยะมูลฝอย มีความพอเพียงของที่ทิ้งขยะมูลฝอย การแยกประเภทของขยะมูลฝอย และความคงทนของภาชนะรองรับขยะมูลฝอย เช่น ไม่รั่วซึม มีฝาปิดป้องกันสัตว์ และแมลงรบกวน แหล่งท่องเที่ยวมีการคัดแยกมูลฝอยก่อนทิ้งและส่งกำจัดโดยองค์กรปกครองท้องถิ่น ร้อยละ 100

2) ด้านการกำจัดน้ำเสีย มีการบริหารจัดการ คือดูแลไม่ให้มีน้ำขังบริเวณห้องน้ำ ห้องส้วมสาธารณะ และท่อระบายน้ำไม่ให้ตัน หรือมีกลิ่นเหม็น มีการติดตั้งระบบบำบัดน้ำเสีย คิดเป็นร้อยละ 64.29

3) ด้านการจัดบริการส้วมสาธารณะของแหล่งท่องเที่ยวและด้านการจัดการสิ่งปฏิกูล แหล่งท่องเที่ยวได้ดำเนินการให้ผ่านมาตรฐาน HAS ของกรมอนามัย ร้อยละ 100

4) ด้านสุขาภิบาลอาหาร มีการบริหารจัดการความสะอาดของอาหารที่มีไว้บริการและจำหน่าย ความสะอาดของภาชนะ ใส่อาหาร ช้อน ส้อม ความสะอาดของร้านอาหาร/แผงลอยจำหน่ายอาหาร ได้มาตรฐาน SAN และมาตรฐาน SAN Plus ผู้สัมผัสอาหารผ่านการอบรม (Food Handler) ร้อยละ 57.14

5) ด้านการจัดให้มีสิ่งก่อสร้างที่อำนวยความสะดวกให้นักท่องเที่ยว ตามหลักการ Universal Design (UD) หรือที่รู้จักกันในชื่อ "การออกแบบเพื่อทุกคน" หรือ "การออกแบบแบบไม่แบ่งแยก" เช่น การจัดทางลาดสำหรับผู้เคลื่อนไหวลำบาก (Curb cuts/Ramps) ร้อยละ 100

6) ด้านการจัดการความปลอดภัยมีการบริหารจัดการในเรื่องความแข็งแรงและปลอดภัยของทางเท้าบันได สะพาน ราวกันตก สถานที่/อุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อดูแลความปลอดภัยให้แก่นักท่องเที่ยว ป้ายประชาสัมพันธ์

คำเตือน หรือแนะนำการปฏิบัติตัวของนักท่องเที่ยว ร้อยละ 100

7) ด้านการประชาสัมพันธ์และบริการข้อมูลข่าวสารนักท่องเที่ยว มีเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกเกี่ยวกับการให้ข้อมูลด้านการท่องเที่ยวที่จำเป็นแก่นักท่องเที่ยว และจัดเจ้าหน้าที่ดูแลรักษาความปลอดภัยแก่นักท่องเที่ยว ร้อยละ 100

8) ด้านการบริหารจัดการที่พัก มีการจัดบริการบ้านพัก มีลานกางเต็นท์บริการ และสถานที่ปฏิบัติธรรม (จำนวน 10 แห่ง) ซึ่งเมื่อมีประชาชนเข้าพักต้องมีการวางแผนเพื่อบริหารจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย

9) ด้านการท่องเที่ยวยั่งยืน มีนำเทคโนโลยีให้ข้อมูลทดแทนการใช้สื่อสิ่งพิมพ์ ผ่านช่องทางเว็บไซต์/เฟสบุค ไลน์กลุ่ม) คิดเป็นร้อยละ 100 มีกิจกรรมกับชุมชนรอบข้างให้เกิดการอยู่ร่วมกันอย่างสร้างสรรค์และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 100

ตารางที่ 2 การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยว

การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	จำนวนแห่ง	ร้อยละ
1. ด้านการจัดการขยะมูลฝอยส่งกำจัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	14	100.00
2. ด้านการกำจัดน้ำเสีย มีการติดตั้งระบบบำบัดน้ำเสีย	9	64.29
3. ด้านการจัดบริการส้วมสาธารณะและการจัดการสิ่งปฏิกูล	14	100.00
4. ด้านสุขาภิบาลอาหาร- ผ่านการอบรมผู้สัมผัสอาหาร	8	57.14
5. ด้านการจัดให้มีสิ่งก่อสร้างที่อำนวยความสะดวกให้นักท่องเที่ยว ตามหลักการ Universal Design	14	100.00
6. ด้านการจัดการความปลอดภัย และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น	14	100.00
7. ด้านการจัดให้มีศูนย์ประชาสัมพันธ์นักท่องเที่ยว	14	100.00
8. ด้านการบริหารจัดการที่พัก	10	71.43
9. ด้านการท่องเที่ยวยั่งยืน มีนำเทคโนโลยีให้ข้อมูลทดแทนการใช้สื่อสิ่งพิมพ์ ผ่านช่องทางเว็บไซต์/เฟสบุค ไลน์กลุ่ม	14	100.00

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 9 ด้าน เพื่อหาช่องว่างทางความรู้ (Gap of Knowledge) พบว่า ในด้านความยั่งยืนในมิติเชิงลึก (Deep Sustainability Gap) การจัดการน้ำเสียและสุขาภิบาลอาหาร เป็นจุดอ่อนที่มีคะแนนการดำเนินงานต่ำสุด (ร้อยละ 64.29 และ 57.14 ตามลำดับ) ซึ่งพื้นที่ต้องมีวิธีการแก้ปัญหาเชิงเทคนิคที่เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านงบประมาณของแต่ละพื้นที่ต่อไป โดยท้องถิ่นต้องดำเนินการด้านสุขาภิบาลอาหารคือการจัดอบรมผู้สัมผัสอาหาร ด้านการกำจัดน้ำเสียในแหล่งท่องเที่ยวต้องมีการติดตั้งระบบบำบัดน้ำเสียขั้นพื้นฐานให้ครอบคลุมทุกแห่ง

2. ผลการศึกษาการรับรู้ข้อมูลด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของ

ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในแหล่งท่องเที่ยว โดยการจัดอบรมเพื่อสร้างการรู้ในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในแหล่งท่องเที่ยว สามารถสรุปแสดงดังตารางที่ 3

1. การรับรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ พบว่าประเด็นที่มีการรับรู้สูงสุดคือ การได้รับวัคซีนช่วยป้องกันการเสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ได้ ร้อยละ 96.12

2. การรับรู้ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าประเด็นที่มีการรับรู้สูงสุดคือ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่รับรู้การจัดการด้าน การจัดการขยะร้อยละ 95.35

3. การรับรู้ด้านการท่องเที่ยวยั่งยืน โดยพบว่า ประเด็นที่มีการรับรู้สูงสุดคือ แหล่งท่องเที่ยวมีความเห็นว่าการรักษาคุณภาพของสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยวเป็นหน้าที่ของทุกคน ร้อยละ 96.89

ตารางที่ 3 ข้อมูลการรับรู้ในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในแหล่งท่องเที่ยว

การรับรู้ในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	จำนวนคน	ร้อยละ
1. การรับรู้ด้านสุขภาพ		
- การได้รับวัคซีนช่วยป้องกันการเสียชีวิตจากโรคโควิด 19	124	96.12
- สวมใส่หน้ากากอนามัยขณะปฏิบัติงาน	68	52.71
2. การรับรู้ด้านสิ่งแวดล้อม		
- การจัดการขยะ	123	95.35
- ส้วมสาธารณะและสิ่งปฏิกูล	99	76.74
- การอนุรักษ์พลังงาน	100	77.52
- การบริหารจัดการอาคารและสิ่งแวดล้อม	113	87.60
- การจัดการอาหารและน้ำดื่มที่ปลอดภัย	101	78.30
- ความสามารถในการรองรับได้ของพื้นที่ (Carrying Capacity)	118	91.47
3. การรับรู้ด้านการท่องเที่ยวยั่งยืน		
- การประเมินและจัดการท่องเที่ยวเฉพาะกลุ่ม	89	69.00
- การสร้างการมีส่วนร่วมของนักท่องเที่ยวและชุมชน	119	92.25
- การจัดการท่องเที่ยววิถีใหม่	109	84.50
- การรักษาคุณภาพของสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยวเป็นหน้าที่ของทุกคน	125	96.90

3.การสำรวจความต้องการนักท่องเที่ยวด้านองค์ประกอบการท่องเที่ยว 6A เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 380 คน พบว่าด้านที่มีความต้องการสูงสุดคือ ด้านสิ่งดึงดูดใจและด้านที่พัก สรุปแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการสำรวจด้านองค์ประกอบการท่องเที่ยว 6A ของนักท่องเที่ยวเขตสุขภาพที่ 7

องค์ประกอบการท่องเที่ยว 6A	**ระดับความต้องการ**		
	$\bar{x}$	**S.D.**	**แปลผล**
1. ด้านสิ่งดึงดูดใจ	**4.59**	**0.56**	**มากที่สุด**
- ต้องการสถานที่ท่องเที่ยวที่มีความสวยงามและเป็นธรรมชาติ	4.64	0.50	มากที่สุด
- ต้องการสถานที่ท่องเที่ยวทางด้านจิตใจ ศาสนา และวัฒนธรรม	4.53	0.62	มากที่สุด
2. ด้านการคมนาคมขนส่งและการเข้าถึงการท่องเที่ยว	**4.27**	**0.83**	**มาก**
- ต้องการมีเส้นทางการเดินทางที่สะดวก	4.34	0.76	มาก
- ต้องการให้มีเส้นทางการคมนาคมที่เชื่อมต่อสถานที่ท่องเที่ยวต่างๆ	4.27	0.99	มาก
- ต้องการให้มีแผนที่และป้ายบอก/สัญลักษณ์ที่ชัดเจน	4.21	0.75	มาก
3. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	**4.29**	**0.67**	**มาก**
- ต้องการให้มีส้วมสาธารณะหรับผู้พิการและผู้สูงอายุโดยเฉพาะ	4.17	0.75	มาก
- ต้องการที่จอดรถสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ	4.35	0.63	มาก
- ต้องการให้สถานที่ท่องเที่ยวมีทางลาดแทนการใช้บันได	4.35	0.63	มาก
4.ด้านที่พัก	**4.41**	**0.67**	**มาก**
- ต้องการบรรยากาศที่พักที่เงียบสงบ เหมาะสำหรับการพักผ่อน	4.32	0.70	มาก
- ต้องการปุ่มสัญญาณเตือนภายในห้องพัก หากเกิดกรณีฉุกเฉิน	4.49	0.64	มาก
5.ด้านกิจกรรม	**3.72**	**0.93**	**มาก**
- ต้องการให้มีลานกิจกรรมสำหรับนักท่องเที่ยว	3.79	0.89	มาก
- ต้องการให้มีบริการเสริม เช่น โปรแกรมทัวร์ในสถานที่ท่องเที่ยวต่าง ๆ	3.64	0.97	มาก
6.ด้านการให้บริการของแหล่งท่องเที่ยว	**3.82**	**0.87**	**มาก**
- ต้องการให้มีศูนย์บริการและขอความช่วยเหลือนักท่องเที่ยว	3.80	0.92	มาก
- ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานรัฐ ช่วยดูแลความปลอดภัย	3.83	0.81	มาก
รวม	**4.19**	**0.79**	**มาก**

4.การรับรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้บริหารแหล่งท่องเที่ยว ทั้ง 14 แห่ง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีการกำหนดเป็นนโยบายและเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 78.57 แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การรับรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับผู้บริหารแหล่งท่องเที่ยว

การกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและการส่งเสริมสุขภาพ		**จำนวนแห่ง**	**ร้อยละ**
แหล่งท่องเที่ยวมีนโยบายหรือมีการ ดำเนินการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการส่งเสริมสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยวอย่างชัดเจน	ไม่มี	3	21.43
	มีการรับนโยบายจากหน่วยงานส่วนกลางหรือต้นสังกัด และถือปฏิบัติชัดเจน ปิดประกาศให้พนักงาน เจ้าหน้าที่ทราบ และถือปฏิบัติ	9	64.29
	มีการกำหนดเป็นนโยบายของแหล่งท่องเที่ยวชัดเจน และถือปฏิบัติ	11	78.57
	มีการกำหนดนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร	9	64.29

5. ผลการศึกษาพัฒนาโมเดลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยวแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) สุขภาพที่ 7 ผลการทดลองใช้โมเดลเบื้องต้น พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวแบบมีส่วนร่วมคือ ด้านสุขอนามัย การป้องกันโรค และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ และด้านการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โมเดลนี้ช่วยให้เกิดกลไกการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างหน่วยงานและชุมชน ส่งผลให้แหล่งท่องเที่ยวมีความพร้อมทั้งด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เป็นแนวทางสู่การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ยั่งยืน (Sustainable Health Tourism) แหล่งท่องเที่ยวมีการจัดการ ขยะมูลฝอย ส้วมสาธารณะ ความปลอดภัย การประชุมสัมพันธ์ สิ่งอำนวยความสะดวก และการท่องเที่ยวยั่งยืน ร้อยละ 100 อย่างไรก็ตาม การจัดการน้ำเสีย และการอบรมผู้สัมผัสอาหารต้องพัฒนาเพิ่มเติม ร้อยละ 64.29 และ 57.14 ตามลำดับ ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 โมเดลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยวแบบมีส่วนร่วม เขตสุขภาพที่ 7

การสังเคราะห์ผลการพัฒนาโมเดลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยวแบบมีส่วนร่วม เขตสุขภาพที่ 7 แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของภาคส่วนต่าง ๆ การดำเนินงานเริ่มต้นจากการบูรณาการความร่วมมือ โมเดลนี้ช่วยให้เกิดกลไกการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างหน่วยงานและชุมชน ส่งผลให้แหล่งท่องเที่ยวมีความพร้อมทั้งด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมตาม Logic Model ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 Logic Model : โมเดลการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (Green Health Attraction) เขตสุขภาพที่ 7

อภิปรายผลการวิจัย

การประยุกต์ใช้กระบวนการ PAR ในการพัฒนาโมเดล ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและต้นแบบการปรับใช้แนวทางที่เหมาะสมกับพื้นที่ เมื่อนำผลการศึกษามาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวแบบมีส่วนร่วม เขตสุขภาพที่ 7 คือ ปัจจัยแรกภาคีเครือข่ายผู้ขับเคลื่อน (Stakeholders & Participation) ประกอบด้วย ฝ่ายบริหารและนโยบาย: ผู้บริหาร , องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น , และหน่วยงานราชการอื่นๆ ฝ่ายปฏิบัติการและวิชาการ: ผู้ดูแลแหล่งท่องเที่ยว และหน่วยงานสาธารณสุข และฝ่ายชุมชนและภูมิปัญญา: พระสงฆ์ ผู้นำ และปราชญ์ชาวบ้าน ปัจจัยที่ 2 การพัฒนาและปรับปรุงด้านส่งเสริมสุขภาพและด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Health and GREEN Pillars of Management) ปัจจัยที่ 3 ผลลัพธ์สุดท้าย (Outcome) เป้าหมายสูงสุด: การพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน จุดที่ต้องเร่งพัฒนา (Gap to fill) การยกระดับสุขาภิบาลอาหารและน้ำ (SAN Plus) และการเพิ่มประสิทธิภาพระบบบำบัดน้ำเสีย โดยสร้างความเป็นเจ้าของร่วม (Ownership) และการมีส่วนร่วม (Participation) ผลการวิจัยสอดคล้องกับการมีส่วนร่วมของภาคีทุกฝ่ายมีความสำคัญต่อความยั่งยืนของระบบซึ่งสัมพันธ์กับผลการศึกษาของจง แซ่สง[7] ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยเสริมสร้างความเข้มแข็ง นักท่องเที่ยวให้ความสำคัญต่อสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย และสิ่งอำนวยความสะดวก ซึ่งสัมพันธ์กับผลการศึกษาของกนกวรรณ โพธิ์บุญรอด[8] ที่ระบุว่าคุณภาพสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจและการท่องเที่ยวซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

เชิงนโยบาย:

1. ควรจัดสรรงบประมาณพัฒนาระบบน้ำเสียและสุขาภิบาลอาหารในแหล่งท่องเที่ยว

2. ควรบูรณาการการประเมิน Green Health Attraction เข้ากับระบบรับรองคุณภาพแหล่งท่องเที่ยวระดับจังหวัด

เชิงปฏิบัติการ:

1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน

2. จัดอบรมผู้สัมผัสอาหารและสร้างเครือข่ายอาสาสมัครสิ่งแวดล้อมท่องเที่ยว

เชิงวิจัย: เพิ่มการหาช่องว่างทางความรู้ (Gap of Knowledge) สามารถต่อยอดเพิ่มเติม

1. ศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสุขภาพ เพื่อประเมินผลกระทบเชิงประจักษ์ (Impact Evaluation)

2. พัฒนาเครื่องมือประเมินแบบดิจิทัลเพื่อติดตามคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อลดข้อจำกัดด้านการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เชิงลึก (Digital & Innovation Gap) และพัฒนานวัตกรรมการบริการ

3. ศึกษาในมิติการวัดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (Carbon Footprint) ของแหล่งท่องเที่ยว ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของความยั่งยืนในระดับสากล

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้บริหาร เจ้าหน้าที่หรือผู้ดูแลด้านการท่องเที่ยว พระสงฆ์ ชาวบ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้นำชุมชนในพื้นที่ และองค์กรปกครองท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานราชการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้ง 14 แห่ง ประกอบด้วย สวนสัตว์ขอนแก่น อุทยานแห่งชาติภูเวียง อุทยานแห่งชาติภูผาม่าน อุทยานแห่งชาติน้ำพอง พิพิธภัณฑ์สิรินธร วัดพระบาทภูพานคำ วัดพุทธนิมิต(ภูค่าว) พิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ ร้อยเอ็ด พระบรมธาตุนาดูน ศูนย์วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมเพื่อการศึกษาร้อยเอ็ด วัดป่าธรรมอุทยาน จ.ขอนแก่น วัดพุทธวนาราม (วัดป่าวังน้ำเย็น) ธรรมอุทยานหลวงปู่ศิลา สิริจันโท และหอชมเมืองร้อยเอ็ด หรือ หอโหวด ๑๐๑ ที่สนับสนุนข้อมูลและร่วมพัฒนาแนวทางการวิจัยจนประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. ธนาคารแห่งประเทศไทย. Revitalising Thailand’s tourism sector In search of enablers for future sustainability [อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2568]; เข้าถึงได้ จาก: https://www.bot.or.th/content/dam/bot/documents/th/research-and-publications/research/discussion - paper-and-policy-paper/27062021 _RevitalisingThailandTourism.pdf

2.กรมควบคุมโรค. คำแนะนำการเดินทางท่องเที่ยวที่ปลอดภัยในช่วงโควิด 19 [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 เมษายน 2567]; เข้าถึงได้ จาก:https://ddc.moph.go.th/dcd/pagecontent.php? page=569&dept=dcd

3.คณาธิป ไกยชน. นวัตกรรมเพื่อการท่องเที่ยววิถีใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 29 เมษายน 2567]; เข้าถึงได้ จาก:https://dl.parliament.go.th/backoffice/viewer2300/web/viewer.php

4.กรมอนามัย. คู่มือโรงแรมที่เป็นมิตรกับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม Green Health Hotel [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 เมษายน 2567]; เข้าถึงได้จาก:http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER17/DRAWER002/GENERAL /DATA0003/00003404.PDF

5.วจินี อารีรอบ และคณะ. การพัฒนาโมเดลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ภูมิภาคตะวันตกเพื่อการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอย่างยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2568]; เข้าถึงได้จาก: https://doi.nrct.go.th/admin/doc/doc_607069.pdf

6.กัลยา วานิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 29. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โรงพิมพ์สามลดา; 2560.

7. จง แซ่สง. การรับรู้องค์ประกอบด้านการท่องเที่ยวที่ส่งผลต่อการบอกต่อให้นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติเดือนทางมาเยือนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา[อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2568]; เข้าถึงได้ จาก: https://libdoc.dpu.ac.th/thesis/Jong.Sae.pdf

8.กนกวรรณ โพธิ์บุญรอด. แนวทางการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพื่อรองรับนักท่องเที่ยวผู้สูงอายุ ชาวไทย ของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2568]; เข้าถึงได้ จาก: https://journal.pbru.ac.th/admin/upload/article/5800-2021-08-26.pdf

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษในโรงพยาบาลชุมชน

ศนิชา แซ่อึ้ง[1] ทิวาวรรณ เทพา[2]

(วันที่รับบทความ: 6 มกราคม 2569, วันที่แก้ไข: 13 กุมภาพันธ์ 2569, วันที่ตอบรับ: 19 กุมภาพันธ์ 2569)

บทคัดย่อ

ภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญของการตั้งครรภ์ที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของมารดาและทารก การคัดกรองและการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบในระดับโรงพยาบาลชุมชนจึงมีความสำคัญ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน–หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษในบริบทโรงพยาบาลชุมชน โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Iowa Model ดำเนินการ 2 ระยะ ได้แก่ (1) การพัฒนาแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์และบริบทหน่วยงาน (2) การทดลองใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ 12 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ 6 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับครรภ์เป็นพิษและแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ paired t-test ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติ คะแนนความรู้ของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$; Cohen's $d = 1.84$) และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน ($p < .05$) พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจและความมั่นใจในการนำไปใช้ในระดับมาก

แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นแสดงความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน และมีศักยภาพในการเสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่อง ขนาดตัวอย่างจำกัด และยังไม่ได้ออกแบบเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก จึงควรมีการศึกษาที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และติดตามต่อเนื่องจนสิ้นสุดการตั้งครรภ์เพื่อประเมินผลต่อการเกิดและความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษ

คำสำคัญ: ภาวะครรภ์เป็นพิษ, แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง, โรงพยาบาลชุมชน

[1]**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยขอนแก่น**

[2]**รองศาสตราจารย คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยขอนแก่น**

Corresponding author: ทิวาวรรณ เทพา e-mail: tthiwawan@kku.ac.th

Development and Evaluation of a Clinical Nursing Practice Guideline for Pregnant Women at Risk of Preeclampsia in a Community Hospital: A Pilot Study

Sanicha Sae-ueng[1] Thiwawan Thepa[2]

(Received: 6th January 2026, Revised: 13th February 2026, Accepted: 19th February 2026)

Abstract

Preeclampsia is a major complication of pregnancy associated with significant maternal and neonatal morbidity and mortality. Systematic screening and management of at-risk pregnant women at the community hospital level are therefore essential. This research and development study employed a one-group pretest–posttest design to develop and examine the feasibility of a clinical nursing practice guideline (CNPG) for pregnant women at risk of preeclampsia in a community hospital setting. The study was guided by the Iowa Model and conducted in two phases: (1) development of the guideline based on evidence and local context, and (2) pilot implementation. Participants included 12 at-risk pregnant women attending the antenatal care clinic and 6 registered nurses providing antenatal services. Research instruments consisted of a preeclampsia knowledge questionnaire and a self-care behavior assessment. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results showed that, after implementation of the guideline, pregnant women demonstrated a significant increase in knowledge scores ($p < .001$; Cohen's $d = 1.84$) and significant improvements in self-care behaviors across all domains ($p < .05$). Nurses reported high levels of satisfaction and confidence in applying the guideline.

The developed guideline demonstrated feasibility for implementation in a community hospital and showed potential to enhance knowledge and self-care behaviors among at-risk pregnant women. However, this study was a pilot with a small sample size and was not designed to evaluate clinical outcomes. Further studies with larger samples and follow-up through delivery are needed to determine its impact on the incidence and severity of preeclampsia.

Keywords: preeclampsia; clinical nursing practice guideline; high-risk pregnant women; community hospital

[1]**Master of Nursing Science Student (Midwifery), Faculty of Nursing, Khon Kaen University**

[2]**Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University**

Corresponding author: Thiwawan Thepa e-mail: tthiwawan@kku.ac.th

บทนำ

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญของการตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกทั่วโลก[1] ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยให้นิยามภาวะครรภ์เป็นพิษว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ โดยมีค่าความดันโลหิตตัวบน ≥140 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันโลหิตตัวล่าง ≥90 มิลลิเมตรปรอท วัดซ้ำอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง ร่วมกับการพบโปรตีนในปัสสาวะ หรือมีความผิดปกติของอวัยวะสำคัญ[1] ภาวะดังกล่าวจัดเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาร่วมกับภาวะตกเลือดและการติดเชื้อ[2] องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประมาณร้อยละ 16 ของการเสียชีวิตของมารดาในประเทศพัฒนาแล้วเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์[3] และพบอุบัติการณ์ของภาวะครรภ์เป็นพิษทั่วโลกประมาณร้อยละ 2–8 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด[4] ในประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 11.01 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน และการเสียชีวิตจากความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ยังคงเป็นสาเหตุสำคัญ[2] ภาวะครรภ์เป็นพิษมีความรุนแรงแตกต่างกันตั้งแต่ชนิดไม่รุนแรงจนถึงชนิดรุนแรงที่อาจนำไปสู่ภาวะชัก (eclampsia) และกลุ่มอาการ HELLP syndrome ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น[5-6] ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจล้มเหลว ไตวาย และปอดบวมน้ำ และเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว ขณะเดียวกันทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ คลอดก่อนกำหนด และน้ำหนักแรกเกิดต่ำ[5-6] แม้สาเหตุของภาวะครรภ์เป็นพิษยังไม่สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจน แต่มีหลักฐานสนับสนุนปัจจัยเสี่ยงสำคัญทั้งก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ ประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษ ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคเบาหวาน การตั้งครรภ์ครั้งแรก ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และอายุ 35 ปีขึ้นไป[5]

แนวทางสากลจึงให้ความสำคัญกับการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ไตรมาสแรก การป้องกันด้วยยาแอสไพรินในกลุ่มเสี่ยงและการเสริมแคลเซียมตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก[7] อย่างไรก็ตาม ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนยังพบข้อจำกัดด้านการประเมินความเสี่ยงและการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ จากการทบทวนสถานการณ์โรงพยาบาลไพรบึงพบอุบัติการณ์ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 6.1–7.4 และยังพบภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (preeclampsia with severe features) อย่างต่อเนื่องทุกปี รวมถึงพบภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ (eclampsia) จำนวน 1 รายในปี พ.ศ. 2565 นอกจากนี้ยังพบประเด็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ 1) การบันทึกและการสื่อสารข้อมูลปัจจัยเสี่ยงยังขาดความสม่ำเสมอ ส่งผลต่อการวางแผนการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) องค์ความรู้ด้านการป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษโดยเฉพาะแนวทางการใช้ยาแอสไพริน มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทำให้การปฏิบัติยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และ3) การขาดแนวทาง

เฉพาะในการให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลตนเองแก่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเฝ้าระวังอาการเตือนและการเข้ารับบริการอย่างทันท่วงที จากการศึกษาหลายประเทศพบว่าหญิงตั้งครรภ์จำนวนมากยังมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันครรภ์เป็นพิษในระดับไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลต่อการมารับบริการล่าช้า[8] การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาโดยบุคลากรสุขภาพสามารถเพิ่มการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและการมารับบริการเมื่อมีอาการเตือนได้รวดเร็ว[9] ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและภาวะแทรกซ้อนยังช่วยสนับสนุนการตัดสินใจด้านสุขภาพและพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของหญิงตั้งครรภ์[10] และการให้ความรู้แบบมุ่งเป้าหมายเกี่ยวกับสัญญาณเตือนสามารถเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้[11] ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับกรอบแนวคิด Iowa Model[12] จึงมีความสำคัญในการสร้างมาตรฐานการคัดกรอง การประเมินความเสี่ยงและการให้ความรู้เพื่อเสริมพลังการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยเน้นผลลัพธ์ด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อสนับสนุนการคัดกรอง การป้องกัน และการเฝ้าระวังที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

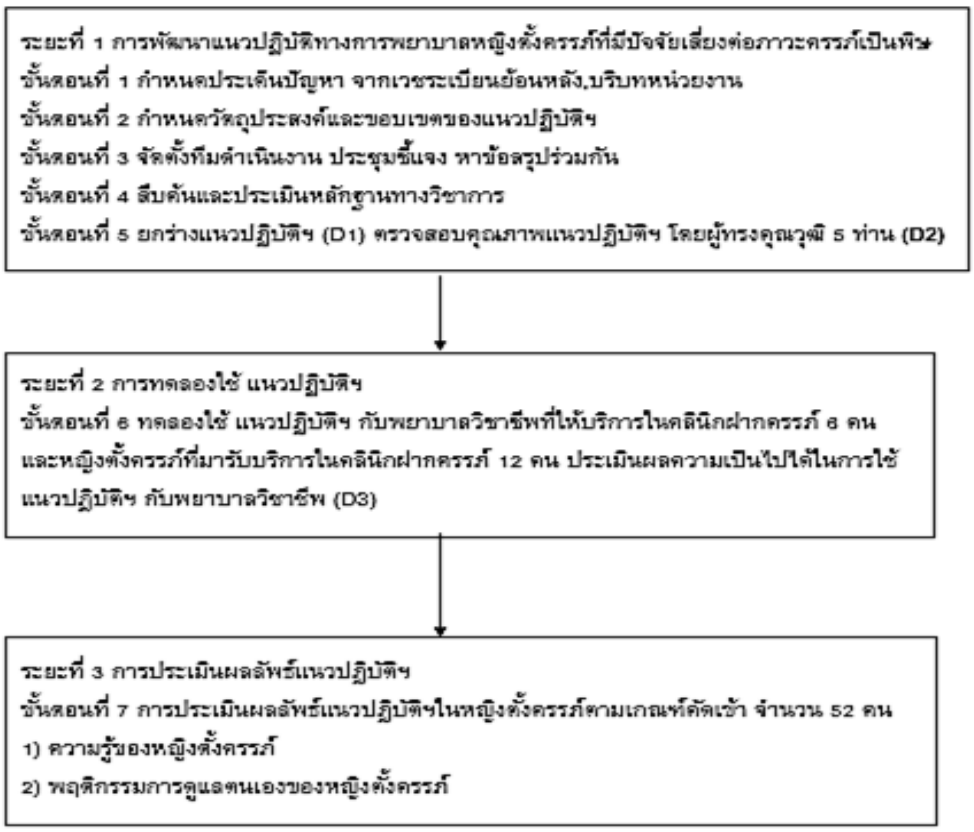
วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อพัฒนาและศึกษาความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ โรงพยาบาลไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

2) เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติเบื้องต้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของไอโอวาโมเดล โดยมีระยะการพัฒนา 3 ระยะ มีขั้นตอน 7 ขั้นตอน และประเมินผลการทดลองในกลุ่มเดียว โดยการเปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ซึ่งในระยะที่ 3 ยังไม่มีการดำเนินการในการวิจัยนี้



แผนภูมิที่ 1: กรอบแนวคิดการวิจัยไอโอวาโมเดล

ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา แบบการศึกษานำร่อง ใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อน–หลัง เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยประยุกต์กรอบแนวคิด Iowa Model ดำเนินการ 2 ระยะ ได้แก่ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ 2) การทดลองใช้ แนวปฏิบัติฯ ในคลินิกฝากครรภ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลไพรบึง

นิยาม หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ ตามเกณฑ์ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ได้แก่

ปัจจัยเสี่ยงสูง (High-risk factors)

1) ประวัติครรภ์เป็นพิษในครรภ์ก่อนหน้า 2) ตั้งครรภ์แฝด 3) โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง 4) โรคเบาหวาน type 1 หรือ type 2

5) โรคไต 6) โรคภูมิคุ้มกันผิดปกติ (SLE, Antiphospholipid syndrome)

ปัจจัยเสี่ยงปานกลาง (Moderate-risk factors) 1) ตั้งครรภ์ครั้งแรก 2) ดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 35 kg/m² 3) ประวัติครอบครัวเป็นครรภ์เป็นพิษ (แม่ หรือ พี่น้องสาว) 4) อายุ ≥35 ปี 5) ประวัติคลอดบุตร LBW 6) ช่วงห่างระหว่างการตั้งครรภ์ > 10 ปี

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

Inclusion Criteria สำหรับหญิงตั้งครรภ์ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 11-28 สัปดาห์ 3) มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษตามเกณฑ์ ACOG อย่างน้อย 1 ข้อ 4) ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลไพรบึง 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

Exclusion Criteria สำหรับหญิงตั้งครรภ์ 1) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงที่ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า 2) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะทางนอกเหนือจากการวิจัย 3) หญิงตั้งครรภ์แจ้งความประสงค์ขอถอนตัวจากการวิจัย

Withdrawal Criteria สำหรับหญิงตั้งครรภ์ 1) หญิงตั้งครรภ์แท้งบุตรหรือคลอดก่อนสิ้นสุดการวิจัย 2) หญิงตั้งครรภ์เปลี่ยนสถานที่ฝากครรภ์ ทำให้ไม่สามารถติดตามผลได้

Inclusion Criteria สำหรับพยาบาลพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ 12 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ 6 คน

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนา ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1.การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงทางคลินิกตามเกณฑ์ ACOG และการวัดความดันโลหิตตามแนวทางราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

2.การป้องกันทางการแพทย์ การประสานแพทย์พิจารณา low-dose aspirin แนะนำการเสริมแคลเซียมตามข้อบ่งชี้

3.การให้ความรู้เฉพาะด้านแก่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือ 5 ชุด ประกอบด้วย (1) แผนผังแนวทางการพยาบาล (Flow CNPG) (2) แผ่นพับให้ความรู้เรื่องภาวะครรภ์เป็นพิษ (3) แบบบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้าน (4) แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และ (5) แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์โดยอ้างอิงหลักฐานจากงานวิจัยเชิงประจักษ์

เครื่องมือวิจัย

1. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับครรภ์เป็นพิษ (18 ข้อ)

2. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Likert 4 ระดับ จำนวน 30 ข้อ)

3. ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ (Likert 4 ระดับ จำนวน 7 ข้อ)

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน การแปลผลคะแนนแบ่ง

ระดับเป็น มาก ปานกลาง และน้อย[13] ค่า CVI เท่ากับ 0.964

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลก่อนใช้แนวปฏิบัติ (pre test) และหลังใช้แนวปฏิบัติ 8 สัปดาห์ (post test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลมีการกระจายใกล้เคียงปกติจากการพิจารณาค่าความเบ้และความโด่ง จึงเลือกใช้สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลองการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล พร้อมคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size)

ผู้วิจัยจัดอบรมการใช้แนวปฏิบัติฯ ให้แก่พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 ครั้ง ดำเนินการทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ กับหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ จำนวน 12 คน ประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติฯ กับพยาบาลวิชาชีพ 6 คน ประเมินความรู้ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติฯ โดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะครรภ์เป็นพิษ จำนวน 18 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น KR-20= 0.74 ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติฯ โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ จำนวนข้อคำถาม 30 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha = 0.90 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลที่ได้ ลำดับต่อมาจึงคำนวณเพื่อวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล สรุปผลและรายงานผลจากระยะการทดลองใช้เครื่องมือ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในคลินิกโรงพยาบาลไพรบึง ผู้วิจัยยึดถือหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยงานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่ HE682105 ลงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ.2568)

ผลการวิจัย

1.ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พยาบาลวิชาชีพที่ประเมินแนวปฏิบัติ จำนวน 6 คน มีอายุระหว่าง 29-47 ปี และมีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 4-24 ปี ทุกคนมีบทบาทโดยตรงในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับปานกลางถึงมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 2.50-3.67) โดยขั้นตอนการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงตามเกณฑ์ได้รับการประเมินสูงสุด (Mean ± SD = 3.67 ± 0.52) ขณะที่ขั้นตอนการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องได้คะแนนต่ำสุด (2.50 ± 0.55) แต่ยังอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ (n = 6)

ข้อ	รายการประเมิน	Mean ± SD	ระดับ
1	ขั้นตอนการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงแยกตาม High Risk และ Moderate Risk	3.67 ± 0.52	มากที่สุด
2	ขั้นตอนการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติฯ	2.50 ± 0.55	ปานกลาง
3	การให้ความรู้ตามเอกสารแผ่นพับภาวะครรภ์เป็นพิษในหญิงตั้งครรภ์	3.33 ± 0.52	มาก
4	แบบบันทึกการวัดความดันโลหิตที่บ้านสำหรับหญิงตั้งครรภ์ มีความสะดวกในการใช้	3.00 ± 0.00	มาก
5	ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลในแนวปฏิบัติฯภาพรวมสามารถปฏิบัติได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	3.00 ± 0.00	มาก
6	มีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติฯในภาพรวม	3.00 ± 0.00	มาก
7	ระดับความมั่นใจในการนำแนวทางปฏิบัตินี้ไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ	3.00 ± 0.00	มาก

2.ลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ จำนวน 12 คน มีอายุเฉลี่ย 31.08 ± 8.12 ปี (ช่วง 19-44 ปี) ร้อยละ 41.7 มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป และร้อยละ 91.7 มีสถานภาพสมรส ด้านการศึกษา ร้อยละ 75.0 มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และร้อยละ 58.3 มีรายได้ครัวเรือนตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป ด้านการตั้งครรภ์และสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 2.58 ± 1.68 ครั้ง (ช่วง 1-7 ครั้ง) โดยร้อยละ 33.3 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์อยู่ที่ 24.37 ± 7.02 กก./ม² (ช่วง 18-40) ซึ่งอยู่ในช่วงน้ำหนักเกินถึงอ้วน อายุครรภ์เฉลี่ยก่อนเข้าร่วมการทดลองคือ 16.1 สัปดาห์ (ช่วง 11-22 สัปดาห์) และหลังการทดลอง 20.3 สัปดาห์ (ช่วง 16-26 สัปดาห์) สำหรับปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 41.7) การตั้งครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ 33.3) และดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กก./ม² (ร้อยละ 25.0) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น มีประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษ/PIH และเว้นระยะห่างการคลอดมากกว่า 10 ปี อย่างละร้อยละ 8.3

3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะครรภ์เป็นพิษ

หลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล คะแนนความรู้หลังการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 4.91 คะแนน, 95% CI 3.14–6.68, $p < .001$) และมีขนาดอิทธิพล (Cohen's d = 1.84) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ระดับความรู้ และขนาดอิทธิพล (n = 12)

ช่วงเวลา	คะแนนเฉลี่ย (Mean ± SD)	Mean difference	95% CI	p-value	Cohen's d
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	9.92 ± 3.12	4.91	3.14 – 6.68	< .001	1.84
หลังใช้แนวปฏิบัติ	14.83 ± 1.64				

ระดับความรู้*	ก่อนใช้ n (%)	หลังใช้ n (%)
ดี	1 (8.3)	10 (83.3)
ปานกลาง	4 (33.3)	2 (16.7)
เล็กน้อย	7 (58.3)	0 (0.0)

* คะแนนความรู้รวม 18 คะแนน แบ่งระดับความรู้ดังนี้

14–18 คะแนน ความรู้ระดับมาก

9–13 คะแนน ความรู้ระดับปานกลาง

0–8 คะแนน ความรู้ระดับน้อย

4. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

หลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล คะแนนรวมพฤติกรรมหลังการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพิ่มจาก 94.00 ± 11.12 เป็น 102.58 ± 6.72 คะแนน (Mean difference = 8.58, 95% CI 4.73–12.43, p < .001) และมีขนาดอิทธิพล (Cohen's d = 0.93) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน (n = 12)

ด้านพฤติกรรม*	ก่อน (Mean ± SD)	หลัง (Mean ± SD)	Mean difference	95% CI	p-value	Cohen's d
1) การบริโภคอาหาร	28.00 ± 2.70 (ปานกลาง)	30.75 ± 3.39 (ปานกลาง)	2.75	1.27 – 4.23	0.002	0.89
2) การออกกำลังกาย/อิริยาบถ	16.33 ± 3.17 (ดี)	18.08 ± 2.11 (ดี)	1.75	0.06 – 3.44	0.044	0.65

ตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน (n = 12) (ต่อ)

ด้านพฤติกรรม*	ก่อน (Mean ± SD)	หลัง (Mean ± SD)	Mean difference	95% CI	p-value	Cohen's d
3) การจัดการความเครียด	13.00 ± 2.34 (ดี)	14.33 ± 1.30 (ดี)	1.33	0.46 – 2.20	0.006	0.71
4) การดูแลตนเองด้านอื่น ๆ	36.67 ± 5.73 (ดี)	39.42 ± 3.58 (ดี)	2.75	0.77 – 4.73	0.011	0.58
คะแนนรวมพฤติกรรม	94.00 ± 11.12 (ดี)	102.58 ± 6.72 (ดี)	8.58	4.73 – 12.43	< .001	0.93

*การแปลผลระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านคำนวณจากคะแนนรวมของแต่ละด้านเทียบกับคะแนนเต็ม (มาตรประมาณค่า 4 ระดับ: 1–4 คะแนน/ข้อ) แล้วแปลงเป็นร้อยละของคะแนนเต็ม โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดการประเมินผลทางการศึกษา ดังนี้ ด้านการบริโภคอาหาร (10 ข้อ; คะแนนเต็ม 40 คะแนน) ระดับต่ำ 10–20 คะแนน ปานกลาง 21–30 คะแนน และดี 31–40 คะแนน) ด้านการออกกำลังกาย/อิริยาบถ (5 ข้อ; คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ระดับต่ำ 5–10 คะแนน ปานกลาง 11–15 คะแนน และดี 16–20 คะแนน) ด้านการจัดการความเครียด (4 ข้อ; คะแนนเต็ม 16 คะแนน) ระดับต่ำ 4–8 คะแนน ปานกลาง 9–12 คะแนน และดี 13–16 คะแนน) ด้านการดูแลตนเองด้านอื่น ๆ (11 ข้อ; คะแนนเต็ม 44 คะแนน) ระดับต่ำ 11–22 คะแนน ปานกลาง 23–33 คะแนน และดี 34–44 คะแนน คะแนนรวม 120 คะแนน แบ่งระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (30–60 คะแนน) ระดับปานกลาง (61–90 คะแนน) และระดับดี (91–120 คะแนน)

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษในบริบทโรงพยาบาลชุมชน โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Iowa Model และทดลองใช้ในคลินิกฝากครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า การประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะครรภ์เป็นพิษเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมี

นัยสำคัญ ผลการศึกษาสะท้อนว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และมีศักยภาพในการเสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่อง มีขนาดตัวอย่างจำกัด และยังไม่ได้ออกแบบเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก จึงควรมีการศึกษาที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดการตั้งครรภ์ เพื่อประเมินผลต่อการเกิดความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษต่อไป

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้ ซึ่งสะท้อนถึงความเหมาะสมของการประยุกต์ใช้แนวคิดการพยาบาลเชิงหลักฐานร่วมกับการให้สุขศึกษาเฉพาะรายในบริบทโรงพยาบาลชุมชน การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติอาจอธิบายได้จากลักษณะการให้ความรู้ที่มีโครงสร้างชัดเจน ใช้สื่อประกอบ และมีการติดตามต่อเนื่อง ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าใจปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และแนวทางการปฏิบัติตนได้ดีขึ้น ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาทดลองแบบสุ่มที่พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับครรภ์เป็นพิษช่วยเพิ่มความรู้ ความพึงพอใจ และความสามารถในการรับรู้อาการเตือนของหญิงตั้งครรภ์[9] นอกจากนี้การมีความรู้เกี่ยวกับโรคยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาอย่างเหมาะสมและการมารับบริการอย่างทันท่วงที[10] ในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการสังเกตอาการเตือน การควบคุมอาหาร และการปฏิบัติตามแผนการรักษา แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติไม่ได้เพียงถ่ายทอดความรู้ แต่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่เปรียบเทียบวิธีการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับครรภ์เป็นพิษและพบว่าการให้คำแนะนำที่มีโครงสร้างและมุ่งเป้าหมายช่วยเพิ่มการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันได้[11] ในมุมมองเชิงระบบบริการ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยลดช่องว่างการดูแลในคลินิกฝากครรภ์ โดยทำให้การประเมินความเสี่ยงเป็นมาตรฐานเดียวกัน เพิ่มการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ และส่งเสริมการเฝ้าระวังอาการที่บ้าน อย่างไรก็ตาม ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ใช่ผลลัพธ์ปลายทางของแนวปฏิบัติทางคลินิก การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรม เช่น การวัดความดันโลหิต การสังเกตอาการเตือน และการมารับบริการเร็วขึ้น เป็นกลไกสำคัญที่คาดว่าจะช่วยลดความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษ เนื่องจากโรคนี้มักดำเนินเร็วและอันตรายหากได้รับการดูแลล่าช้า เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการทดลองนำร่อง มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 12 คน และระยะติดตาม 8 สัปดาห์ ยังไม่ครอบคลุมจนถึงระยะคลอด ทำให้ไม่สามารถประเมินผลต่อการเกิดครรภ์เป็นพิษหรือผลลัพธ์ทางมารดาและทารกได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่อง โดยแสดงให้เห็นความเป็นไปได้และศักยภาพของแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ และอาจนำไปสู่การพัฒนาระบบเฝ้าระวังหญิง

ตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลชุมชนในอนาคต เนื่องจากการวิจัยนี้อยู่ในระยะทดลองนำร่อง จึงมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาผลการวิจัย ดังนี้

1. การวิจัยใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อน –หลัง และไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถยืนยันความเป็นเหตุเป็นผลโดยตรงระหว่างการใช้แนวปฏิบัติกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และพฤติกรรมอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ประสบการณ์จากการฝากครรภ์ตามปกติหรือข้อมูลจากแหล่งอื่น

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัด (n=12) และเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในโรงพยาบาลชุมชนเพียงแห่งเดียว จึงอาจมีข้อจำกัดด้านความสามารถในการอ้างอิงทั่วไปไปยังบริบทบริการอื่น โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีโครงสร้างบุคลากรและทรัพยากรแตกต่างกัน

3. ตัวแปรที่ศึกษาเป็นผลลัพธ์ด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ แม้มีความสำคัญต่อการป้องกันโรค แต่ยังไม่สามารถใช้แทนผลลัพธ์ทางคลินิกได้โดยตรง จำเป็นต้องมีการติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดการตั้งครรภ์ในระยะถัดไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ให้คำแนะนำทางวิชาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องขอขอบพระคุณผู้บริหารและบุคลากรโรงพยาบาลไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ที่ให้การสนับสนุน อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดียิ่ง ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิอย่างสูงสำหรับข้อเสนอแนะอันมีคุณค่า ซึ่งช่วยให้บทความมีความสมบูรณ์และชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะทุกประเด็นเรียบร้อยแล้ว รวมทั้งขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพและหญิงตั้งครรภ์ทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ และขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่มิได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย: ฉบับครบรอบ 50 ปี. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2022.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน [Internet]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2024 [cited 2025 Feb 4]. Available from: https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/changwat?year=2022&rg=10
3. Goyal D, Bhati I, Rana S. Determinants of preeclampsia at a tertiary care hospital. Int J Med Sci. 2020;19:56-61.
4. Vera-Ponce VJ, Loayza-Castro JA, Ballena-Caicedo J, Valladolid-Sandoval LAM, Zuzunaga-Montoya FE, Gutierrez De Carrillo CI. Global prevalence of preeclampsia, eclampsia, and HELLP syndrome: a

systematic review and meta-analysis. Front Reprod Health. 2025;7:1706009. doi:10.3389/frph.2025.1706009.

5. Vats H, Saxena R, Sachdeva MP, Walia GK, Gupta V. Impact of maternal pre-pregnancy body mass index on maternal, fetal and neonatal adverse outcomes in worldwide populations: a systematic review and meta-analysis. Obes Res Clin Pract. 2021;15(6):536-45. doi:10.1016/j.orcp.2021.10.005.
6. Carter EB, Conner SN, Cahill AG, Rampersad R, Macones GA, Tuuli MG. Impact of fetal growth on pregnancy outcomes in women with severe preeclampsia. Pregnancy Hypertens. 2017;10:1-6.
7. World Health Organization. WHO recommendations on antiplatelet agents for prevention of pre-eclampsia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2026 Feb 11]. Available from: https://iris.who.int
8. Igbokwe U, Abdullahi H, Musa A, et al. Knowledge, attitude, and practice of pre-eclampsia/eclampsia preventive measures among pregnant women in selected primary health care facilities in Kano State: a cross-sectional study. Res Sq [Preprint]. 2024. doi:10.21203/rs.3.rs-4034471/v1.
9. Gingras-Charland ME, Côté AM, Girard P, Grenier A, Pasquier JC, Sauvé N. Pre-eclampsia educational tool impact on knowledge, anxiety, and satisfaction in pregnant women: a randomized trial. J Obstet Gynaecol Can. 2019;41(7):960-70.
10. Mekie M, Bezie M, Melkie A, Addisu D, Chanie ES, Bayih WA, et al. Perception towards preeclampsia and perceived barriers to early health-seeking among pregnant women in selected hospitals of South Gondar Zone, Northwest Ethiopia: a qualitative study. PLoS One. 2022;17(8):e0271502.
11. Strassberg ER, Fisher S, Mackeen AD, Sun H, Paglia MJ. Comparison of different methods of patient education on preeclampsia: a randomized controlled trial. J Matern Fetal Neonatal Med. 2022;35(13):2507-11.
12. Brown CG. The Iowa Model of Evidence-Based Practice to promote quality care: an illustrated example in oncology nursing. Clin J Oncol Nurs. 2014;18(2):157-9.
13. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2017.

ผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตของวัยรุ่นต่อความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตของวัยรุ่น ในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของนักเรียนมัธยมศึกษา ในจังหวัดขอนแก่น

ประพิณทิพย์ ปักกุนนัน[1], วิมล ปักกุนนัน[2]

(วันที่รับบทความ: 16 มกราคม 2569, วันที่แก้ไข: 6 มีนาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 9 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตของวัยรุ่น มีผลต่อความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต ในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของนักเรียนมัธยมศึกษา ในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 กลุ่มๆละ 80 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตของวัยรุ่น ประกอบด้วย กิจกรรมการเรียนรู้ 5 ฐานและหลังการอบรมใน 8 สัปดาห์ได้ดำเนินการ สื่อสารผ่าน Line กลุ่มเรื่อง เพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต 5 เรื่อง /สัปดาห์ ผ่านอินโฟกราฟิก รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลอง (กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนทดลอง ด้านเพศวิถีศึกษา $\bar{X}$= 4.06, ทักษะชีวิต $\bar{X}$=4.11 และ หลังการทดลอง ด้านเพศวิถีศึกษา $\bar{X}$= 4.34, ทักษะชีวิต $\bar{X}$= 4.27)และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (หลังการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ด้านเพศวิถีศึกษา $\bar{X}$= 4.15, ทักษะชีวิต $\bar{X}$=4.11) ส่วนความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษารายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยสูงสุดด้านการเข้าถึงข้อมูล และต่ำสุดด้านการซักถาม ส่วนทักษะชีวิต พบว่ากลุ่มทดลองสูงสุดคือทักษะการจัดการกับอารมณ์ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตมีประสิทธิผลสามารถป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: เพศวิถีศึกษา, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ทักษะชีวิต, การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

---

[1]**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ,** [2]**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ**

[1-2]**ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น**

Corresponding author: วิมล ปักกุนนัน e-mail Email: Prapin7751@gmail.com

The results of a sexual education and life skills literacy development program for adolescents on sexual education and life skills literacy in prevent the problem of unwanted pregnancy among secondary school students in KhonKaen Province

Prapintip Pukkunnun[1], Wimol Pukkunnun [2]

(Received: 16th January 2026, Revised: 6th March 2026, Accepted: 9th March 2026)

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a program designed to enhance sexual health literacy and life skills among adolescents on their sexual health literacy and life skills for preventing unintended pregnancy among secondary school students in Khon Kaen Province. The sample consisted of two groups, with 80 students in each group. The experimental group received a program to build sexuality education and life skills for teenagers. The program included five learning activity stations, and after the 8-week training period, communication was continued through a LINE group, delivering five topics per week on sexual health education and life skills via infographics. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics, including percentages, means, and standard deviations. The level of statistical significance was set at 0.05.

The results revealed that after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores in sexual health literacy and life skills compared with their pre-intervention scores. (pre-test: sexual health literacy $\bar{x}$ = 4.06, life skills $\bar{x}$ = 4.11; post-test: sexual health literacy $\bar{x}$ = 4.34, life skills $\bar{x}$ = 4.27) and those of the comparison group. (post-test: sexual health literacy $\bar{x}$ = 4.15, life skills $\bar{x}$ = 4.11) Regarding specific dimensions of sexual health literacy, the experimental group demonstrated the highest mean score in access to information and the lowest in inquiry skills. For life skills, the highest mean score was found in emotional management skills. These findings indicate that the sexual health literacy and life skills enhancement program is effective and can appropriately prevent sexual risk behaviors and unintended pregnancy among adolescents.

Keywords: sexual health education, health literacy, life skills, unintended pregnancy

[1]**Public Health Technical Officer,** [2] **Registered Nurse, Professional Level**

[1-2]**Regional Health Promotion Center 7 Khonkaen**

Corresponding author: Wimol Pukkunnun e-mail: Prapin7751@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยมีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 0.8 ต่อพันคน ในปี 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 0.9 ต่อพันคน ในปี 2567 ในเขตสุขภาพที่ 7 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี เท่ากับ 0.79 ต่อพันประชากร ส่วนในจังหวัดขอนแก่นมีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี มีค่าสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 7 (ร้อย,แก่น,สาร,สินธุ์) เท่ากับ 1.26 ต่อพันประชากร ซึ่งเกินค่าเป้าหมาย (เป้าหมาย ปี 2567 = 0.7 ต่อพันคน)[1] ส่วนอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี มีแนวโน้มลดลงจาก 42.5 ต่อพันคน ในปี 2559 เป็น 19.2 ต่อพันคน ในปี 2567 อีกทั้งในระดับประเทศยังมีปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 13.7 ที่นับว่ายังสูงเกินค่าเป้าหมาย (เป้าหมาย ≤ ร้อยละ 13.5) นอกจากนี้ข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกรมอนามัยพ.ศ. 2564 พบว่ามีแม่วัยรุ่นที่เป็นนักเรียน/นักศึกษาไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 77 แม่วัยรุ่นที่ไม่ได้คุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ที่มีสาเหตุจากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจ ร้อยละ 47.5 และไม่รู้จักวิธีคุมกำเนิด ร้อยละ 28.8[2] ปัญหาด้านสุขภาพข้างต้นนี้อาจมีผลมาจากการที่วัยรุ่นยังขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญที่เชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้ และการสื่อสารเข้ากับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยให้บุคคลเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลลัพธ์เชิงบวกต่อสุขภาพ ลดอัตราการป่วยและค่าใช้จ่าย[3] ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะหรือความ สามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต[4,5]

จากงานวิจัย สถานการณ์ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในวัยรุ่น อายุ 10-19 ปี เขตสุขภาพที่ 7 ในปี 2565 ได้สำรวจนักเรียนอายุ 10-19 ปี จำนวน 900 คน พบว่า เด็กวัยรุ่นมีระดับคะแนนความรอบรู้ ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.8 ด้านที่พบปัญหามีคะแนนต่ำมากที่สุดคือด้านการซักถาม และทักษะชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับในระดับปานกลาง ด้านที่พบปัญหามีคะแนนต่ำมากที่สุดคือ ทักษะการจัดการกับอารมณ์ ร้อยละ 40.9 ด้านที่คะแนนต่ำรองลงมาคือ ทักษะการตระหนักในตนเองและทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณซึ่งเป็นทักษะสำคัญข้างต้นมีผลต่อการตัดสินใจในเรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่น [6,7]

จากสภาพปัญหาสุขภาพดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัย กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จึงเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อให้เด็กและเยาวชนไทย มีความคิดและทักษะแห่งอนาคตใหม่ทั้ง Hard Skills และ Soft Skills มีความพร้อมทุกด้าน สามารถการจัดการสุขภาวะได้ด้วยตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เติบโตสมวัยไม่มีการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่น จึงได้การศึกษาและพัฒนาโปรแกรมด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ให้เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 7 ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตของวัยรุ่นมีผลต่อความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา และทักษะชีวิตในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของนักเรียนมัธยมศึกษา ในจังหวัดขอนแก่น

สมมติฐาน

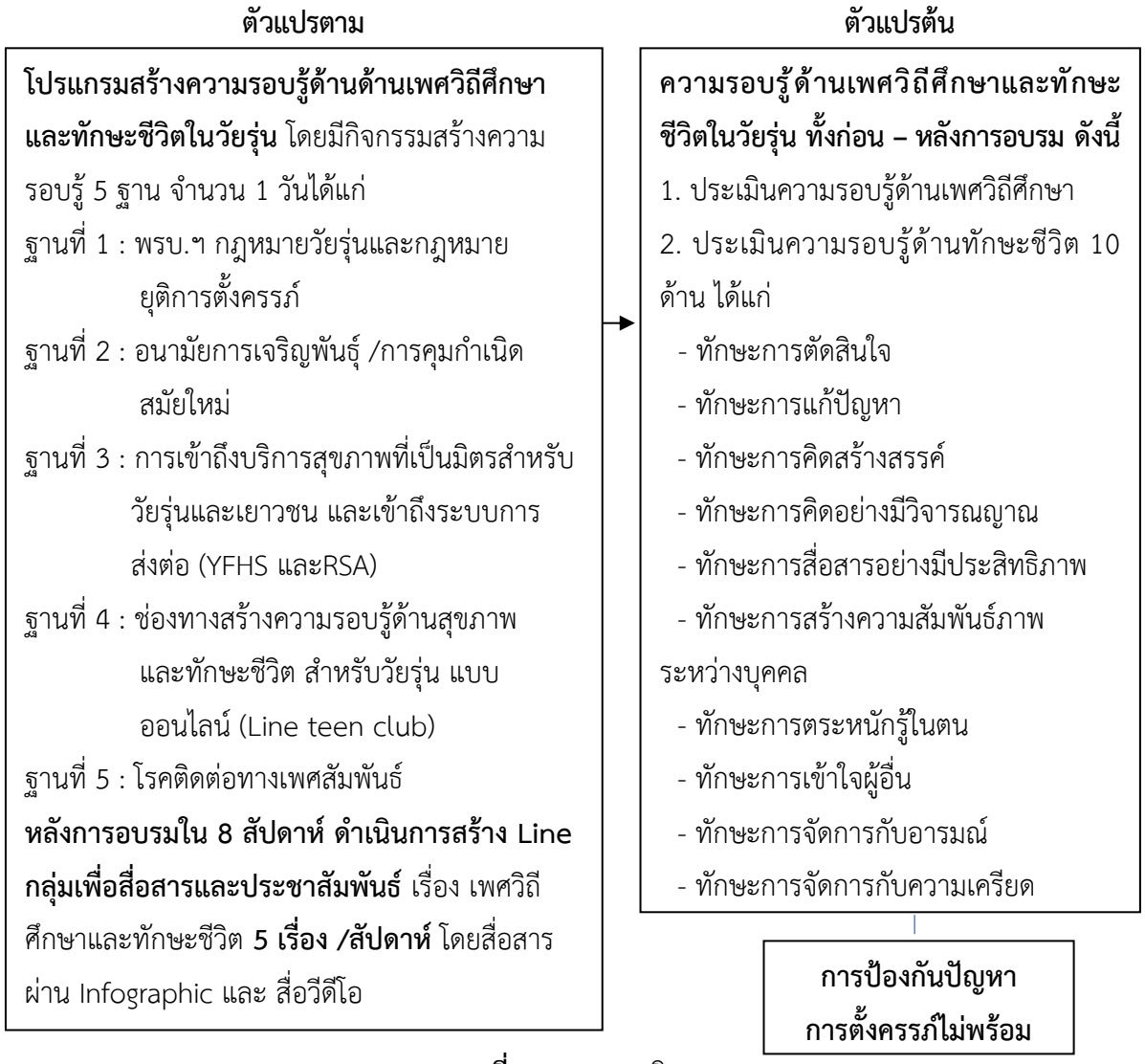
1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา และทักษะชีวิต หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา และ ทักษะชีวิต สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยศึกษาผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตของวัยรุ่น ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การซักถาม การตัดสินใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และทักษะชีวิต ในวัยรุ่น 10 ด้าน เพื่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระยะเวลา 8 สัปดาห์

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ศึกษาในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โดยยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยจำนวน 160 คน การคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Two Independent mean)

สูตรที่ใช้ในการคำนวณ n / กลุ่ม = $\frac{2\,(Z\alpha + Z\beta)2s^2}{D2}$ (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2548)

โดย n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

α = α error และ β = β error

s^2 = ความแปรปรวนของตัวแปรผลที่ใช้คำนวณขนาดตัวอย่าง

D = ความต่างของผล (effect size) คำนวณจาก μ1-μ2

$Z\alpha$ = 1.64 เมื่อกำหนด = 0.05 (การทดสอบสมมุติฐานแบบด้านเดียว)

$Z\beta$ = 0.84 เมื่อกำหนด = 0.20 หรือกำหนดอำนาจของการทดสอบเท่ากับ 80 %

ค่า s2, m1-m2 ได้จากผลการศึกษาของพีรพล ไชยชาติ [8] ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้น ผลการศึกษาได้ค่า s^2 = 32.95,μ1= 66.40,μ2 = 63.98(D = 2.42) แทนค่าลงในสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{2[(1.64+0.84)]\,2(5.74)^2}{(2.42)2} = 69.20 \text{ ประมาณ } 70$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 70 ราย เนื่องจากการศึกษาแบบกึ่งทดลองอาจมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างทำการทดลอง ผู้ศึกษา จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 80 ราย

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.คัดเลือกกลุมตัวอย่างจากโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา เขตเทศบาลนครขอนแก่น ในจังหวัดขอนแก่น ที่ไม่เคยได้รับการสร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในวัยรุ่น เป็นโรงเรียนที่มีจำนวนนักเรียน และจำนวนห่องเรียนใกล้เคียงกัน มีหลักสูตรการเรียนการสอนคล้ายกัน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.ทำการสุมตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลากเลือกโรงเรียน 2 แห่ง ได้กลุมทดลอง คือ โรงเรียนกัลยานวัตร สวนกลุมเปรียบเทียบ คือ โรงเรียนขามแก่นนคร

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ของกลุ่มทดลอง จำนวน 80 คน ดังนี้

1.) เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาอยู่ในโรงเรียนกัลยาณวัตร จังหวัดขอนแก่น

2.) อายุระหว่าง 13-19 ปี 3.) มีสมาร์ตโฟนสามารถใช้สมาร์ตโฟนได้และมีแอปพลิเคชันไลน์ในสมาร์ตโฟน 4.) ไม่เคยเข้าร่วมงานวิจัยด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต 5.) ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับเพศศึกษาและทักษะชีวิตในโรงเรียน 6.) นักเรียนยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ของกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 80 คน ดังนี้

1.) ท่านเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษา อายุระหว่าง 13-19 ปี อยู่ในโรงเรียนขามแก่นนคร จังหวัดขอนแก่น 2.) มีสมาร์ตโฟนสามารถใช้สมาร์ตโฟนได้และมีแอปพลิเคชันไลน์ในสมาร์ตโฟน 3.) ไม่เคยเข้าร่วมงานวิจัยด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต 4.) ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับเพศศึกษาและทักษะชีวิตในโรงเรียน

2.) **เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)** นักเรียนที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนสิ้นสุดการทดลองหรือไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองได้ โดยสามารถยกเลิกเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตของวัยรุ่น อายุ 13-19 ปี ผู้วิจัยได้นำมาจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตของวัยรุ่น จำนวน 44 ข้อ จากสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้แก่ อายุ,เพศ, ระดับการศึกษา,จำนวนพี่น้อง,การพักอาศัยอยู่กับใคร,สถานภาพสมรสของพ่อแม่และเคยมีแฟนหรือไม่ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต โดยแยกเป็นรายด้าน ได้แก่ การเข้าถึง, ข้อมูล ความเข้าใจ, การซักถาม, การตัดสินใจ, และการเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 16 ข้อ

การแปลผลแบบสำรวจความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต

การให้คะแนน	**คะแนนเชิงบวก**		**คะแนนเชิงลบ**	
มากที่สุด/เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	คะแนน	1	คะแนน
มาก/เห็นด้วย	4	คะแนน	2	คะแนน
ปานกลาง/ไม่แน่ใจ	3	คะแนน	3	คะแนน
น้อย/ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน	4	คะแนน
น้อยที่สุด/ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	คะแนน	5	คะแนน

ส่วนที่ 3 ทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น จำนวน 21 ข้อ

แปลความหมายออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom[9] คะแนน ดังนี้ ดีมาก หมายถึงได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป พอใช้ หมายถึงได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 ถึง< 80 ไม่ดีพอ หมายถึงได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

กิจกรรมมีดังนี้

1.จัดอบรมแกนนำนักเรียนสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่น ในโครงการโรงเรียนต้นแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่น ในสถานศึกษา เขตเทศบาลนครขอนแก่น ปีงบประมาณ 2568 ในวันที่ 6 มิถุนายน 2568 ณ โรงเรียนกัลยาณวัตร แบ่งกลุ่ม 5 ฐาน ดังนี้

ฐานที่ 1 พรบ.ฯ กฎหมายวัยรุ่น และกฎหมายยุติการตั้งครรภ์

ฐานที่ 2 อนามัยการเจริญพันธุ์/การคุมกำเนิดสมัยใหม่ Modern method

ฐานที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนและระบบการส่งต่อ (YFHS และRSA)

ฐานที่ 4 ช่องทางสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและทักษะชีวิต สำหรับวัยรุ่นแบบออนไลน์ (Line teen club)

ฐานที่ 5 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2. แบบประเมินวัดคะแนนความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตก่อนอบรมและหลังอบรม 8 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามแล้วลงบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistics) รายงานด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

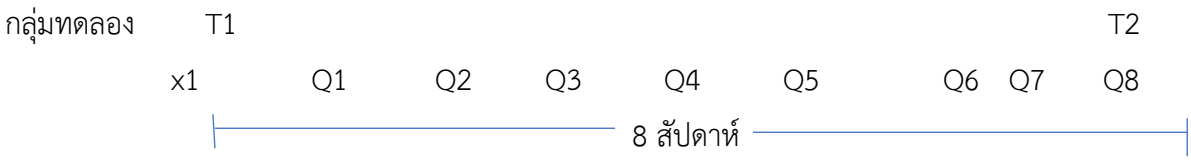
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตของวัยรุ่นเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น โดยวิเคราะห์สถิติPair t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูลกลุ่มเดียวกัน (การวัดก่อนและหลังการทดลอง) ค่า p-value น้อยกว่า 0.05 เป็นนัยสำคัญทางสถิติและเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตของวัยรุ่นเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test ค่า p-value น้อยกว่า 0.05 เป็นนัยสำคัญทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ผ่านจริยธรรมการวิจัยจากศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น รหัสโครงการวิจัย เลขที่ 116 รับรองตั้งแต่วันที่ 27 พฤศจิกายน 2567 ถึง 26 พฤศจิกายน 2568

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในวัยรุ่น โดยมีการวัดก่อนและหลังการทดลอง ดังนี้



T1, T3 หมายถึง เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ทั้ง 2 กลุ่ม ใช้แบบสอบถามโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี จำนวน 44 ข้อ จำนวน 1 ชุด

T2, T4 หมายถึง เก็บข้อมูลหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม หลังเสร็จสิ้นการทดลองในระยะเวลา 8 สัปดาห์ แบบสอบถามโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในวัยรุ่นฯ จำนวน 44 ข้อจำนวน 1 ชุด

X1 หมายถึง โปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต โดยบรรยายให้ความรู้ฯแก่วัยรุ่นจำนวน 2 ชั่วโมง และ จัดกิจกรรมแบ่งนักเรียนออกเป็น 5 กลุ่ม โดยให้แต่ละกลุ่มหมุนเวียนเข้าฐานให้

ครบทั้ง 5 ฐาน รวมเวลา 4 ชั่วโมง รวมจัดกิจกรรมใน 1 วันQ1,Q2,Q3, Q4,Q5, Q6,Q7,Q8 หมายถึง ส่งอินโฟกราฟฟิกสื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม จำนวน 8 สัปดาห์ ๆ ละ 5 เรื่อง

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป เก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลาเดือน พฤษภาคม 2568 - กันยายน 2568 ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป แสดงจำนวนและร้อยละ

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	14	17.5	29	36.2
หญิง	66	82.5	51	63.8
อายุ				
13 – 15 ปี	52	65.0	27	33.8
16 - 19 ปี	28	35.0	53	66.2
ระดับชั้น				
มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	52	65.0	27	33.8
มัธยมศึกษาปีที่ 4-6	28	35.0	53	66.2
จำนวนพี่น้อง				
ไม่มีพี่น้อง	1	1.2	5	6.25

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป แสดงจำนวนและร้อยละ (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1-2	42	52.5	44	55.0
3-4	27	33.8	30	37.5
มากกว่า 5	10	12.5	1	1.25
อาศัยอยู่กับ				
พ่อและแม่	45	56.3	42	52.5
พ่อหรือแม่	14	17.5	18	22.5
ญาติ	21	26.2	20	25.0
สถานภาพ				
สมรส	80	100	80	100
เคยมีแฟน	46	57.5	52	65
ไม่เคยมีแฟน	34	42.5	28	35

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองจำนวน 80 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.5 กลุ่มอายุส่วนใหญ่ระหว่าง 13–15 ปี ร้อยละ 65 อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1–ม.3) ร้อยละ 65 ในด้านโครงสร้างครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่มีพี่น้อง1–2คนร้อยละ 52.5 และอาศัยอยู่กับพ่อและแม่ ร้อยละ 56.3 พ่อและแม่สถานภาพสมรส ร้อยละ100 ประวัติเคยมีแฟน ร้อยละ 57.5 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 80 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 63.8 กลุ่มอายุส่วนใหญ่ระหว่าง 16–19 ปี ร้อยละ 66.2 อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4–ม.6) ร้อยละ 66.2 ส่วนใหญ่มีพี่น้อง 1–2 คน ร้อยละ 55 และอาศัยอยู่กับพ่อและแม่ ร้อยละ 52.5 พ่อและแม่สถานภาพสมรส ร้อยละ 100 ประวัติส่วนใหญ่เคยมีแฟน ร้อยละ 65

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=80)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังการทดลอง		95%CI	t-test	*p*-vale
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา	4.06	0.44	4.34	0.47	0.13 –0.41	3.92	0.000*
ทักษะชีวิต	4.11	0.36	4.27	0.44	0.03 - 0.28	2.59	0.011*

***p ‹ 0.5**

จากตารางที่ 2 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตของกลุ่มทดลอง (t = 3.92, *p-vale* = 0.000 ก่อนการทดลอง $\bar{x}$= 4.06,SD = 0.44 หลังการทดลอง $\bar{x}$= 4.34,SD = 0.47) และทักษะชีวิตของวัยรุ่น (t = 2.59, *p*-vale = 0.011 ก่อนการทดลอง $\bar{x}$= 4.11 ,SD = 0.36) หลังการทดลอง ($\bar{x}$ =4.27,SD =0.44) ในการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง (n=80)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t-test	*p*-vale
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา	4.34	0.47	4.15	0.41	2.68	0.009*
และทักษะชีวิต	4.27	0.36	4.11	0.36	2.52	0.01*

***p* ‹ 0.5**

จากตารางที่ 3 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในด้านเพศวิถีศึกษาในการเข้าถึงข้อมูล, ความเข้าใจ, การซักถาม, การตัดสินใจและการเปลี่ยนพฤติกรรม(t = 2.68, *p* = 0.009 กลุ่มทดลอง $\bar{x}$= 4.34, SD=0.47 กลุ่มเปรียบเทียบ $\bar{x}$= 4.15, SD=0.41) และทักษะชีวิต (t=2.52, *p* = 0.01กลุ่มทดลอง $\bar{x}$= 4.27,SD = 0.36 กลุ่มเปรียบเทียบ $\bar{x}$= 4.11,SD = 0.36)หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความรอบรู้ในด้านการเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การซักถาม การตัดสินใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ขั้นตอนของความรอบรู้	ระดับความรอบรู้ (ร้อยละ)			$\bar{x}$	SD	แปลผล
	ดีมาก	ปานกลาง	ไม่ดี			
การเข้าถึงข้อมูล						
- กลุ่มทดลอง	87.5	10.0	2.5	4.46	0.59	ดีมาก
- กลุ่มเปรียบเทียบ	85.0	7.5	7.5	4.18	0.57	ดีมาก

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความรอบรู้ในด้านการเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การซักถาม การตัดสินใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ขั้นตอนของความรอบรู้	ระดับความรอบรู้ (ร้อยละ)			$\bar{x}$	SD	แปลผล
	ดีมาก	ปานกลาง	ไม่ดี			
ความเข้าใจ						
- กลุ่มทดลอง	77.5	15.00	7.5	4.29	0.68	ดีมาก
- กลุ่มเปรียบเทียบ	55.0	43.75	1.25	4.29	0.52	ดีมาก
การซักถาม						
- กลุ่มทดลอง	73.75	15	11.25	4.03	0.66	ดีมาก
- กลุ่มเปรียบเทียบ	46.3	25.0	28.7	3.60	0.83	ปานกลาง
การตัดสินใจ						
- กลุ่มทดลอง	81.25	17.5	1.25	4.38	0.56	ดีมาก
- กลุ่มเปรียบเทียบ	81.25	11.25	7.5	4.20	0.59	ดีมาก
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม						
- กลุ่มทดลอง	88.75	1.25	10	4.45	0.92	ดีมาก
- กลุ่มเปรียบเทียบ	81.25	6.25	12.5	4.43	0.68	ดีมาก
ภาพรวมด้านเพศวิถีศึกษา						
- กลุ่มทดลอง	73.75	25.0	1.25	4.34	0.47	ดีมาก
- กลุ่มเปรียบเทียบ	71.3	28.7	-	4.15	0.41	ดีมาก

จากตารางที่ 4 พบว่า จากข้อมูลระดับความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต พบว่าภาพรวมความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต กลุ่มทดลองอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$= 4.34 ,SD=0.47) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{x}$=4.15, SD=0.41) อย่างชัดเจน และกลุ่มทดลองที่มีค่าคะแนนสูงสุด คือ การเข้าถึงข้อมูล ($\bar{x}$=4.46 ,SD=0.59)ส่วนกลุ่มทดลองมีคะแนนที่ต่ำสุด คือ การซักถาม ($\bar{x}$=4.03,SD=0.66) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบสูงสุด คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ($\bar{x}$= 4.43,SD=0.68)ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การซักถาม ($\bar{x}$= 3.60,SD=0.83)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับทักษะชีวิต หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ขั้นตอนทักษะชีวิต	ระดับทักษะชีวิต (จำนวน/ร้อยละ)			$\bar{x}$	SD	แปลผล
	ดีมาก	ปานกลาง	ไม่ดี			
1.) ทักษะการตัดสินใจ						
- กลุ่มทดลอง	80.0	13.75	6.25	4.37	0.65	ดีมาก
- กลุ่มเปรียบเทียบ	63.7	13.8	22.5	4.08	0.77	ดีมาก
2.) ทักษะการแก้ปัญหา						
- กลุ่มทดลอง	80.0	10.0	10.0	4.26	0.66	ดีมาก
- กลุ่มเปรียบเทียบ	77.5	12.5	10.0	4.24	0.72	ดีมาก
3.) ทักษะการคิดสร้างสรรค์						
- กลุ่มทดลอง	92.5	5.0	2.5	4.56	0.53	ดีมาก
- กลุ่มเปรียบเทียบ	91.25	2.5	6.25	4.50	0.60	ดีมาก
4.) ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ						
- กลุ่มทดลอง	82.5	10.0	7.5	4.43	0.66	ดีมาก
- กลุ่มเปรียบเทียบ	67.5	3.8	28.7	4.11	0.98	ดีมาก
5.) ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ						
- กลุ่มทดลอง	65.0	25.0	10.0	4.10	0.74	ดีมาก
- กลุ่มเปรียบเทียบ	62.5	12.5	25.0	3.95	0.91	ปานกลาง
6.) ทักษะการสร้างความสัมพันธ์ภาพ						
- กลุ่มทดลอง	68.75	16.25	15.0	4.20	0.75	ดีมาก
- กลุ่มเปรียบเทียบ	67.5	17.5	15.0	3.86	0.65	ปานกลาง
7.) ทักษะการตระหนักรู้ในตน						
- กลุ่มทดลอง	55.0	33.75	11.25	3.89	0.57	ปานกลาง
- กลุ่มเปรียบเทียบ	51.2	18.8	30.0	3.76	0.74	ปานกลาง
8.) ทักษะการเข้าใจผู้อื่น						
- กลุ่มทดลอง	83.75	7.5	8.75	4.42	0.67	ดีมาก
- กลุ่มเปรียบเทียบ	81.25	7.5	11.25	4.31	0.67	ดีมาก

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับทักษะชีวิต หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ขั้นตอนทักษะชีวิต	ระดับทักษะชีวิต (จำนวน/ร้อยละ)			$\bar{X}$	SD	แปลผล
	ดีมาก	ปานกลาง	ไม่ดี			
9.) ทักษะการจัดการกับอารมณ์						
- กลุ่มทดลอง	75.0	20.0	5.0	4.18	0.51	ดีมาก
- กลุ่มเปรียบเทียบ	30.0	23.75	46.25	3.40	0.74	ปานกลาง
10.) ทักษะการจัดการกับความเครียด						
- กลุ่มทดลอง	88.75	3.75	7.5	4.52	0.59	ดีมาก
- กลุ่มเปรียบเทียบ	67.5	1.25	31.25	3.91	0.92	ปานกลาง
ภาพรวมมีระดับทักษะชีวิต						
- กลุ่มทดลอง	73.75	26.25	-	4.27	0.44	ดีมาก
- กลุ่มเปรียบเทียบ	60.0	38.75	1.25	3.98	0.41	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่า จากข้อมูลหลังการทดลอง พบว่า ภาพรวมของทักษะชีวิตในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยทักษะชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มทดลอง $\bar{X}$=4.27 เทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ $\bar{X}$=3.98) อยู่ในระดับดีมาก ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับ ปานกลาง ส่วนทักษะชีวิตที่กลุ่มทดลองมีค่ามากที่สุด คือ การคิดสร้างสรรค์ ($\bar{X}$=4.56 ,SD=0.53) กลุ่มทดลองมีทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและลดการใช้ความรุนแรงของวัยรุ่นที่มีค่าต่ำสุดคือ ทักษะการตระหนักรู้ในตน ($\bar{X}$=3.89,SD=0.57) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับอารมณ์ของกลุ่มทดลอง อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$= 4.18) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.40) แตกต่างกันอย่างมากที่สุด ซึ่งกลุ่มทดลองมีพัฒนาการเด่นในทักษะการจัดการกับอารมณ์

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านเพศวิถีศึกษาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษามีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ เบญจพร เชาวนเกต[10] ผลการวิจัยจึงสรุปได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับเพศวิถีศึกษาหลังดำเนินกิจกรรมการเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยด้านเพศวิถีศึกษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมนักเรียนมีระดับความรู้เรื่องเพศวิถีศึกษาคะแนนเฉลี่ยเพิ่ม

มากขึ้นร้อยละการตอบถูก ในประเด็นคำถามความรู้เกี่ยวกับเพศวิถีศึกษานักเรียนตอบคำถามได้ถูกต้อง ผลการเปรียบเทียบทัศนคติต่อเพศวิถีศึกษาหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ บุษกร กนแกม[11] หลังเข้าร่วมโปรแกรม ความรู้เรื่องเพศศึกษา ทักษะชีวิต และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นตอนต้นดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการวิจัยพบว่าทักษะชีวิตของนักเรียนในกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะด้านการคิดสร้างสรรค์ การจัดการกับความเครียดและการเข้าใจผู้อื่น ซึ่งเป็นทักษะสำคัญต่อการตัดสินใจเชิงบวกและการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยขององค์การอนามัยโลก[12] ที่เสนอว่าการพัฒนาทักษะชีวิตในวัยรุ่น เช่น การคิดอย่างมีเหตุผลและการตัดสินใจที่เหมาะสม จะช่วยลดปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างมีประสิทธิผล ซึ่งสรุปได้ว่าโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตมีประสิทธิผลสามารถป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตไปประยุกต์ใช้ในโรงเรียนอื่น ๆ โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้เรียน

2. ควรเพิ่มกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะการซักถามและการสื่อสารเรื่องเพศอย่างสร้างสรรค์เพื่อเสริมความมั่นใจให้แก่วัยรุ่น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

รายงานวิจัยฉบับนี้ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงนิรุชา ปัญโญวัฒน์ ที่ปรึกษางานวิจัย คณะเจ้าหน้าที่จากกลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและคณะอาจารย์โรงเรียนกัลยาณวัตรที่สนับสนุนกิจกรรม 5 ฐาน

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานมาตรฐานจาก Health Data Center (HDC): การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ10–14 ปี [อินเทอร์เน็ต].นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567ไตรมาส 2]. https://hdc.moph/center /public/standard-reportdetail/ 782a6749bd5608ecaf7ab67f0e3fabd.
2. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2564 . กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย; 2564.
3. ปิยนุช พันธ์ศิริ, และคณะ. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นและเยาวชนในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: ศูนย์อนามัยที่ 10; 2565.
4. Nutbeam D. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health Educ Res. 2008;23(5).

5. ภมร ดรุณประกันชัย, ไกรรัตน์. ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. รายงานวิชาการ. บึงกาฬ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ; 2561.
6. ประพิณทิพย์ ปักกุนนัน. ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตของวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาในเขตสุขภาพที่ 7. ขอนแก่น: ศูนย์อนามัยที่ 7; 2565.
7. ชนิตา รุ่งวิทยาการ, มเหศักดิ์ ภูริวัฒน์ภากร, จันทร์ธรา สมตัว. ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม เขตสุขภาพที่ 7. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2568;17(3):89-90.
8. พีรพล ไชยชาติ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.2019;37(4).
9. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
10. เบญจพร เชาวนเกต. ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5–6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. Thai J Health Phys Educ Recreat. 2024;50(3):[107].
11.บุษกร กนแกม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องเพศศึกษา ทักษะชีวิต และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นตอนต้น [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561.
12. World Health Organization. Life skills education for children and adolescents in schools. Geneva: World Health Organization; 1997.