



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
Faculty of Public Health Nakhon Ratchasima Rajabhat University

วารสารสุขศึกษา

THAI JOURNAL OF HEALTH EDUCATION

ปีที่ 48 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม) 2568

VOLUME 48 NO.2 (MAY - AUGUST) 2025

ISSN: 3027 - 6934 (Online)

วารสารสุขศึกษา

Thai Journal of Health Education

ปีที่ 48 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

วัตถุประสงค์

วารสารสุขศึกษาจัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่วิทยาการความก้าวหน้าทางสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ องค์ความรู้และนวัตกรรมที่มีคุณค่าต่อวิชาการและวิชาชีพสุขศึกษา ส่งเสริมสุขภาพและการสาธารณสุข โดยมีขอบเขตเนื้อหาทางวิชาการดังนี้ จิตวิทยาสุขภาพ (Health Psychology) สุขศึกษา (Health Education) การสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) และการสาธารณสุข (Public Health)

เจ้าของ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ที่อยู่

340 ถนนสุรนารายณ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000
หมายเลขโทรศัพท์: 0 4400 9009 ต่อ 3831 อีเมล: phjournal@nrru.ac.th

Office

Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University
340 Suranarai Road, Nai Mueang Sub-district, Mueang Nakhon Ratchasima District,
Nakhon Ratchasima Province 30000
Tel: 0 4400 9009 ext. 3831 email: phjournal@nrru.ac.th

เผยแพร่

ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ระหว่างเดือน มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 ระหว่างเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 ระหว่างเดือน กันยายน - ธันวาคม

บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสุขศึกษาเป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ คณะผู้จัดทำ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบบทความของตนเอง กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไข ข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสม

วารสารสุขศึกษา

Thai Journal of Health Education

บรรณาธิการ

รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

รองบรรณาธิการ

รศ.ดร.อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ.ดร.ธวัชชัย เอกสันติ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ดร.ฐิติมา ระย้าเพ็ชร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.ดร.พรรณี บัญชรหัตถกิจ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
ในพระบรมราชูปถัมภ์

รศ.พญ.ชวัลัญญา รัตนพิบูลย์

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

รศ.ดร.อุไรวรรณ อินทร์ม่วง

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.ทองทิพย์ สลະวงษ์ลักษณ์

นักวิชาการอิสระ

รศ.ดร.พุดมพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์

นักวิชาการอิสระ

ผศ.ดร.ชลาลัย หาญเจนลักษณ์

สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผศ.ดร.ศรัณญา เบญจกุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ดร.อัศมน ลิ้มสกุล

กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม

กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ผศ.ดร.สุรีย์ ธรรมมิกบวร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ.ดร.ทิวากรณ์ ราชูธร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

เลขานุการจัดทำวารสาร

นางปัทมาภรณ์ อำไพกุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

นางสาวอณูภา สุวรรณชาติ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก พิจารณาบทความ (Peer review)

รศ.ดร.กุลวดี ไรจน์ไพศาลกิจ	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์
รศ.ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล	สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ผศ.ดร.ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.กาญจนา พิบูลย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.มะลิ โพธิพิมพ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ผศ.ดร.ยุภาติ์ สงวนพงษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ผศ.ดร.สุนารี ทะนึ่งะเป็ก	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
ผศ.ดร.นัฐรัมภาพร ธนปิยวัฒน์	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา
ผศ.ดร.นิยม จันทน์นวล	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.สุพัฒน์ อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.นุชธิดา สมัยสงฆ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ดร.วิภาดา พนาถอบกิจ	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
ดร.บัณฑิต นิตยคำหาญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.เกษิณีจันท์ พลศรีประดิษฐ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ศุภศิลป์ ตีรักษา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.จุฑาทิพย์ เอ็มเปี้ย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
ดร.ศิวะยุทธ สิงห์ปฐุ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ดร.ศรีประภา ลุนละวงศ์	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน พิจารณาบทความ (Peer review)

ผศ.ดร.จิตติกาญจน์ บุญรักษา อินทาปัจ	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ดร.จิรัญญา บุรีมาศ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ดร.ณัฐวุฒิ กกกระโทก	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับและการส่งบทความวิชาการ หรือบทความงานวิจัยเพื่อเผยแพร่

1. ประเภทบทความ

1.1 วารสารสุศึกษา รับบทความต้นฉบับทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างรอการตอบรับตีพิมพ์ในวารสารฉบับใด ๆ

1.2 บทความต้นฉบับ ที่เตรียมการเผยแพร่ทั้งในรูปแบบของบทความวิจัย (Research article) บทความปริทัศน์ (Review article) บทความวิชาการหรือบทความพิเศษ (Academic article) ทางสุศึกษา ส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อเพิ่มพูนความรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และคงไว้ซึ่งความเป็นวิชาชีพ

1.3 กรณีบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรองและลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและนักศึกษาผู้ทำวิทยานิพนธ์

2. รูปแบบการเตรียมบทความต้นฉบับ

2.1 บทความต้นฉบับทุกรูปแบบ กำหนดให้จัดพิมพ์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft Office Word 2007 และ pdf ขึ้นไป

2.2 บทความที่ส่งมาจำเป็นต้องมีการทบทวนวรรณกรรม แนวความคิด และทฤษฎีสนับสนุน อย่างน้อย 1 ทฤษฎี และมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ อย่างน้อย 5 ฉบับย้อนหลังไม่เกิน 10 ปี

2.3 กรณีบทความวิจัย กำหนดให้มีความยาวของเนื้อหา พร้อมตาราง (ถ้ามี) จำนวน 12 – 15 หน้า (หากเกินมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมอัตราหน้าละ 300 บาท) กระดาษที่พิมพ์ต้องเป็นขนาดเอ 4 พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 14 points โดยพิมพ์ห่างจากขอบกระดาษ 2.54 เซนติเมตร ทุกด้าน พร้อมใส่หมายเลขหน้าทุกหน้าที่มีบนด้านขวา

ส่วนบทความปริทัศน์ บทความวิชาการ หรือบทความพิเศษ กำหนดให้มีความยาวของเนื้อหาพร้อมรูปหรือตาราง (ถ้ามี) จำนวน 12 – 15 หน้า

กรณีการเขียนเชิงอรรถที่ด้านล่าง กำหนดให้ขนาดอักษรเท่ากับ 12 points

3. การจัดเรียงเนื้อหาในบทความต้นฉบับ

3.1 กรณีบทความวิจัย ควรมีส่วนประกอบและการจัดเรียงเนื้อหา (ไม่ควรเกิน 13 หน้า) เป็นลำดับดังต่อไปนี้

- หน้าแรก ประกอบด้วย

- 1) ชื่อบทความวิจัยภาษาไทย

- 2) ชื่อ-สกุลผู้เขียน อีเมล เบอร์โทร ตำแหน่ง ที่อยู่ ที่ทำงานเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่เกิน 6 คน หากเกินกว่านี้ ให้ระบุคำว่า “และคณะ” สำหรับผู้เขียนในลำดับที่ 7 เป็นต้น พร้อมระบุเชิงอรรถแบบตัวเลข เพื่อเขียนเชิงอรรถด้านล่างเกี่ยวกับตำแหน่งงานและหน่วยงานที่สังกัดพร้อมระบุสัญลักษณ์เพิ่ม “*” ให้กับผู้เขียนที่มีสถานะเป็น Corresponding Author 1 ท่าน และระบุที่อยู่ และ Email เพื่อการติดต่อ

3) บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีเนื้อหาครอบคลุมที่มา / หลักการและเหตุผล
วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัย และการสรุป/ ข้อเสนอแนะ มีความยาวไม่เกิน 350 คำ หรือ 15 - 16 บรรทัด

4) คำสำคัญ 3 - 5 คำ

- หน้าที่สองบทคัดย่อภาษาอังกฤษ มีเนื้อหาตั้งเช่นหน้าแรก แต่เขียนด้วยภาษาอังกฤษ
- หน้าที่ 3 - 15 ประกอบด้วยหัวข้อการนำเสนอ ดังนี้

1) บทนำ

2) วัตถุประสงค์ และสมมติฐานงานวิจัย (ถ้ามี)

3) ระเบียบวิธีวิจัย ประกอบด้วยหัวข้อรูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง
เกณฑ์คัดเลือกตัวอย่าง เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ขั้นตอนการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวม
ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ และการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

4) ผลการวิจัย พร้อมตารางหรือรูป (ถ้ามี) โดยตารางหรือรูปที่เสนอต้องไม่เกิน 2-3 ตารางหรือรูป

5) อภิปรายผล

6) สรุป

7) ข้อเสนอแนะ มุ่งเน้นเฉพาะข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

8) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

9) เอกสารอ้างอิง (TH SarabunPSK 13 points)

3.2 กรณิบทความวิชาการ บทความปริทัศน์ หรือบทความพิเศษ กำหนดให้มีส่วนประกอบและการจัดเรียง
เนื้อหาเป็นลำดับที่คล้ายกับบทความวิจัย ได้แก่ บทคัดย่อ (ทั้งภาษาไทย และอังกฤษ) บทนำ เนื้อเรื่อง สรุป
กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง

ตัวอย่างการจัดเรียงเนื้อหาในบทความต้นฉบับ: กรณิบทความวิจัย

องค์ประกอบบทคัดย่อภาษาไทย

ชื่อบทความวิชาการ

ชื่อผู้นิพนธ์บทความ¹ และผู้ร่วมวิจัย^{2, 3, 4} (ใส่ * Corresponding author)

ตำแหน่ง, ชื่อที่ทำงานของผู้นิพนธ์บทความ¹ และผู้ร่วมวิจัย^{2, 3, 4}

บทคัดย่อ (ไม่เกิน 350 คำ)

ที่มา/ภูมิหลัง/ปัญหาการวิจัย:

ระเบียบวิธีวิจัย:

ผลการวิจัย:

ข้อเสนอแนะ

คำสำคัญ 1...../ 2...../3.....

*ผู้รับผิดชอบบทความ: ชื่อ-สกุล.....อีเมล.....เบอร์โทรศัพท์.....

องค์ประกอบบทความภาษาอังกฤษ

Research Topic

First author,and Co-author (* Corresponding author)

Position and organizational name of first author,, organizational name of corresponding author

Abstract (Not more than 350 word)

Rationale/background:

Aims:

Methodology:

Results:

Recommendation:

Keywords: 1...../ 2...../ 3.....

*Corresponding author: First name and surname..... Email Telephone Number.....

องค์ประกอบเนื้อหาบทความ

เนื้อหาสาระสำคัญ (ไม่เกิน 13 หน้า)

บทนำ

วัตถุประสงค์:

ระเบียบวิธีวิจัย:

ผลการวิจัย:

อภิปรายผลการวิจัย:

สรุป:

ข้อเสนอแนะ:

เอกสารอ้างอิง (แบบ Vancouver) ไม่น้อยกว่า 10 รายการ และย้อนหลังไม่เกิน 10 ปี

4. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงให้เขียนอ้างอิงในระบบ Vancouver ตามลำดับหมายเลขด้วยตัวเลขอารบิกที่พิมพ์แบบตัวยก โดยเริ่มจากหมายเลข 1 และเมื่ออ้างอิงซ้ำในส่วนต่างๆ ของบทความวิจัยจะต้องใช้หมายเลขเดิมตามที่เคยระบุไว้ก่อนแล้วตลอดทั้งบทความ ทั้งนี้ให้เขียนอ้างอิงทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษทุกรายงาน โดยจำแนกเป็น

4.1 การอ้างอิงในเนื้อหา

1) ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลังเป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นวรรค รวมถึงให้อยู่ในวงเล็บกลมและใช้ “ตัวยก”

2) ทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่ม

3) สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่เคยอ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง

4) การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 รายการต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) เชื่อมระหว่างรายการแรกถึงรายการสุดท้าย เช่น (1-3) หากเป็นการอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) โดยไม่มีการเว้นวรรค เช่น (4,6,10)

ตัวอย่างการอ้างอิงในเนื้อหา

แหล่งของการได้รับโซเดียมจากการบริโภคอาหารข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่าส่วนใหญ่ได้รับโซเดียมจากการรับประทานอาหารที่ผ่านกระบวนการผลิต และการรับประทานอาหารนอกบ้าน แบ่งออกเป็นกรณีเติมขณะปรุงอาหาร (ร้อยละ 71) อาหารตามธรรมชาติ (ร้อยละ 18) การปรุงรสเพิ่มบนโต๊ะอาหาร (ร้อยละ 11)^(1,2)

4.2 การอ้างอิงท้ายบทความ

ตัวอย่างการอ้างอิงดังต่อไปนี้

กรณีการอ้างอิงวารสาร

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง (Authors). ชื่อบทความ (Title of article). ชื่อวารสาร (Title of journal). ปีพิมพ์ (Year of publication); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Pages)
ตัวอย่าง	สมเกียรติ อินทะกนก, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์, อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, ราชานนท์ งามใจรัก, ชูสง่า สีสัน, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง:กรณีศึกษาพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซับ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. 2564; 27(1): 56-67. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3): 607-610.

กรณีการอ้างอิงหนังสือ/ตำรา

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.
ตัวอย่าง	สมศักดิ์ นวลแก้ว. เกสซกรรมแผนไทยประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 8. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะเภสัชศาสตร์; 2563. Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

กรณีการอ้างอิงหนังสือ/ตำราที่มีผู้แต่งและบรรณาธิการหรือผู้แปล

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors. หรือ ชื่อผู้แปล, ผู้แปล/translator/translators. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.
ตัวอย่าง	วรารณ เสถียรนพแก้ว. โภชนาการในงานสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. วรารณ เสถียร นพแก้ว, สุภัทรา ลิลิตชาญ, จิรนนท์ แก้วกล้า, พร้อมลักษณ์ สมบูรณ์ปัญญากุล, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิบูลย์การปก 1997; 2558. Breedlove GK, Schorfheide AM. Adolescent pregnancy. 2nd ed. Wiecezorek RR, editor. White Plains (NY): March of Dimes Education Services; 2001.

กรณีการอ้างอิงหนังสือ/ตำราที่มีเฉพาะบรรณาธิการ

รูปแบบ	ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.
ตัวอย่าง	ชนิกา ตูจินดา, สุริยเดว ทรีปาตี, ปิยะดา ประเสริฐสม, บรรณาธิการ. เลี้ยงลูกอย่างไร ห่างไกลโรคอ้วน. กรุงเทพฯ: รักลูกแฟมมีลีกรู๊ป; 2547. Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

กรณีอ้างอิงวิทยานิพนธ์ หรือดุษฎีนิพนธ์

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่รับปริญญา.
ตัวอย่าง	อัจฉราพรรณ ค้ายาดี. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีส่วนร่วมต่อความสม่ำเสมอ ของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2558. Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

กรณีอ้างอิงหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม

รูปแบบ	ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; ปี เดือน วันที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. <i>*กรณีเป็นภาษาไทย ให้ใส่วัน เดือน ปีที่ประชุม</i>
ตัวอย่าง	นเรนทร์ โชติรสนิรมิต, บรรณาธิการ. New frontier in surgery. การประชุมวิชาการส่วนภูมิภาค ครั้งที่ 22 New frontier in surgery; 2551; มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะแพทยศาสตร์, ภาควิชาศัลยศาสตร์; 2551. Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5 th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

กรณีอ้างอิงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ [อินเทอร์เน็ต/Internet]. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วัน]. เข้าถึงได้จาก/Available from: http://...
ตัวอย่าง	วิชัย โชควิวัฒน์, บรรณาธิการ. ระบบยาของประเทศไทย 2563 [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 6. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://thesis.swu.ac.th/swuebook/A440954.pdf Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: https://www.nap.edu/catalog/10149/improving-palliative-care-for-cancer

กรณีอ้างอิงบทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต/Internet]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วัน]; เล่มที่: เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/Available from: http://...
ตัวอย่าง	นาคยา อังคนาวิน. ผลของการใช้สตีเวียและมอลทิทอลต่อสมบัติทางเคมี-กายภาพการทดสอบประสาทสัมผัส คุณค่าทางโภชนาการและฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของเชอร์เบทหม่อน. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) [อินเทอร์เน็ต]. ก.ค.-ธ.ค. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. 2563];11(22): 78-90. เข้าถึงได้จาก: http://ejournals.swu.ac.th/index.php/SWUJournal/article/view/12118/10268 Happell B. The influence of education on the career preferences of undergraduate nursing students. Aust Electron J Nurs Educ [Internet]. 2002 Apr [cited 2007 Jan 8];8(1):[about 12 p.]. Available from: http://www.scu.edu.au/schools/nhcp/aejne/vol8-1/refereed/happell_max.html

กรณีอ้างอิงจากเว็บไซต์

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเว็บไซต์ [อินเทอร์เน็ต/Internet]. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors (ถ้ามี). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์ [ปรับปรุงเมื่อ/updated ปี เดือน วัน; เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วัน]. เข้าถึงได้จาก /Available from: http://...
ตัวอย่าง	สำนักงานประกันสังคม [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; c2017 [เข้าถึงเมื่อ 27 ก.ย. 2563]. เข้าถึงได้ จาก: https://www.sso.go.th/wpr/main eatright.org [Internet]. Chicago: Academy of Nutrition and Dietetics; c2016 [cited 2016 Dec 27]. Available from: https://www.eatright.org/

หมายเหตุ เอกสารอ้างอิงควรพิจารณาให้สำคัญในการอ้างอิงบทความที่ตีพิมพ์วารสารในฐานข้อมูล TCI หรือฐานข้อมูลนานาชาติ

5. การจัดส่งบทความต้นฉบับ

5.1 จัดส่งบทความต้นฉบับในรูปแบบเอกสารไฟล์ Word จำนวน 1 ฉบับ และ เอกสารต้นฉบับเดียวกันในรูปแบบไฟล์ pdf 1 ฉบับ ส่งผ่านระบบ ThaiJO ของวารสารสุขภาพศึกษา

5.2 กองบรรณาธิการ จะไม่ส่งคืนบทความต้นฉบับในทุกกรณี ไม่ว่าจะได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์หรือไม่

6. ขั้นตอนการตรวจสอบ/ ทบทวนบทความต้นฉบับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

6.1 บทความต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการ และเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) จำนวน 2-3 ท่าน เพื่อประเมินคุณภาพของบทความในลักษณะผู้พิจารณาไม่ทราบชื่อผู้แต่ง และผู้แต่งไม่ทราบชื่อผู้พิจารณา (double bind)

6.2 ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิจะส่งกลับให้ผู้เขียนดำเนินการแก้ไขภายใน 2 สัปดาห์

6.3 บรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับสุดท้ายก่อนการตีพิมพ์เผยแพร่

6.4 เพื่อป้องกันการปฏิเสธบทความต้นฉบับกรุณาตรวจสอบเนื้อหาบทความในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

6.4.1 ตรวจสอบการสะกดคำตามหลักไวยากรณ์ภาษาไทยอย่างเคร่งครัด

6.4.2 โปรดตรวจสอบชื่อ Technical term ชื่อเรียกสถิติที่นำมาวิเคราะห์ให้เป็นมาตรฐาน

6.4.3 ผลการวิจัยควรมีตารางประกอบการเขียนอธิบาย

7. การเผยแพร่วารสาร

วารสารสุขภาพศึกษากำหนดเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ระหว่างเดือน มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 ระหว่างเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 ระหว่างเดือน กันยายน - ธันวาคม

8. การออกใบรับรองการตีพิมพ์

การออกใบรับรองการตีพิมพ์บทความต้นฉบับใบตอบรับการตีพิมพ์บทความวิชาการลงวารสารสุศึกษา จะได้รับก็ต่อเมื่อผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และกองบรรณาธิการแล้ว

9. รายละเอียดเกี่ยวกับค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียมการส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุศึกษา ดังนี้

9.1 กรณีประสงค์ตีพิมพ์เผยแพร่โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ จำนวน 2 ท่าน มีอัตราค่าธรรมเนียม ดังนี้

9.1.1 บุคคลภายนอกมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

9.1.2 บุคคลภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา 2,000 บาท (สองพันบาทถ้วน)

9.2 กรณีประสงค์ตีพิมพ์เผยแพร่โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ จำนวน 3 ท่าน มีอัตราค่าธรรมเนียม ดังนี้

9.2.1 บุคคลภายนอกมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

9.2.2 บุคคลภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา 2,500 บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)

* หมายเหตุ

1. การชำระค่าธรรมเนียมการส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่นั้น “ไม่ได้ยืนยันว่าบทความของท่านจะได้รับการตีพิมพ์ลงในวารสารสุศึกษา” เนื่องจากบทความจะต้องได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 - 3 ท่าน และบรรณาธิการก่อน จึงจะดำเนินการแจ้งผลการพิจารณาว่าบทความของท่านผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 2 - 3 ท่าน ให้ลงตีพิมพ์เผยแพร่ได้หรือไม่

2. ขอแจ้งให้ท่านรับทราบก่อนส่งบทความเพื่อเข้ารับตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุศึกษา กรณีที่บทความของท่าน “ถูกปฏิเสธการลงตีพิมพ์” จากผู้ทรงคุณวุฒิหรือบรรณาธิการ ทางกองบรรณาธิการจะไม่คืนค่าธรรมเนียมให้กับผู้พิมพ์ทุกกรณี เนื่องจากค่าธรรมเนียมดังกล่าวจะเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินบทความของท่าน

การชำระค่าธรรมเนียม

ชำระค่าธรรมเนียมโดยการโอนเข้าบัญชีธนาคาร

เลขที่บัญชี 419-1-78460-8

ชื่อบัญชี นางธนิดา ผาติเสนะ และ นางปัทมาภรณ์ อ่ำไพบูล

ธนาคาร กรุงศรีอยุธยา สาขา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ประเภทบัญชี ออมทรัพย์

หลังจากชำระค่าธรรมเนียมแล้ว โปรดส่งหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมผ่านทางระบบ ThaiJO หรือ ทางอีเมล phjournal@nrru.ac.th

```
graph TD
    A[ผู้นิพนธ์ส่งบทความ  
เข้าระบบ ThaiJO] --> B[เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ  
ความถูกต้อง]
    B -- "ไม่ถูกต้อง" --> C[แจ้งผู้นิพนธ์แก้ไข]
    C --> A
    B -- "ถูกต้อง" --> D[เสนอรองบรรณาธิการ]
    D --> E[รองบรรณาธิการเสนอ  
ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ]
    E --> F[ติดต่อประสานงาน  
ผู้ทรงคุณวุฒิ]
    F --> G[เจ้าหน้าที่จัดส่งบทความ  
ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ]
    G --> H[ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา  
ประเมินบทความ]
    H --> I[รองบรรณาธิการสรุปผล  
การประเมินแจ้งผู้นิพนธ์]
    I --> J[ผู้นิพนธ์แก้ไขบทความ  
(ภายใน 1 สัปดาห์)]
    J --> K[รองบรรณาธิการตรวจสอบ]
    K -- "ไม่ผ่าน" --> L[บรรณาธิการตรวจสอบ]
    L -- "ไม่ผ่าน" --> K
    L --> M[ตอบรับการตีพิมพ์บทความ]
```

ระยะเวลาดำเนินการ 1 - 2 สัปดาห์

ระยะเวลาดำเนินการ 2 - 3 สัปดาห์

ระยะเวลาดำเนินการ 2 สัปดาห์

ระยะเวลาดำเนินการ 1 - 3 สัปดาห์

ระยะเวลาดำเนินการ 1 สัปดาห์

หมายเหตุ ในกรณีผู้นิพนธ์ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนข้างต้น ขอสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธบทความตีพิมพ์ในวารสารสุศึกษา

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขศึกษาฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2568 ทีมบรรณาธิการยังคงมุ่งมั่นในการพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพ และก้าวหน้าต่อไปอย่างต่อเนื่อง การดำเนินงานของวารสารยังคงดำเนินงานอย่างมีระบบ และเป็นไปตามเกณฑ์คุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI สำหรับฉบับนี้ยังคงมีผู้สนใจส่งบทความมาตีพิมพ์อย่างต่อเนื่อง โดยวารสารฉบับนี้มีบทความรวมทั้งสิ้น จำนวน 16 เรื่อง ประกอบด้วยบทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง และบทความวิจัย จำนวน 15 เรื่อง บทความวิจัยยังคงมีรูปแบบการวิจัยที่หลากหลาย มีเนื้อหาวิชาการทางสุขภาพที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์อย่างมาก บทความทุกเรื่องผ่านกระบวนการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 - 3 ท่าน ทำให้บทความทุกเรื่องมีคุณภาพ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

วารสารสุขศึกษาขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ เจ้าของผลงานวิชาการ กองบรรณาธิการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้มีส่วนร่วมทำให้วารสารสุขศึกษาฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี สุดท้ายนี้หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาในวารสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่าน นักวิชาการ นักวิจัย และผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ในการพัฒนางานและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไป



รองศาสตราจารย์ ดร.ชนิดา ผาติเสนะ
บรรณาธิการ

สารบัญ

ชื่อบทความ	หน้า
บทความวิจัย	
❖ ประสิทธิผลของโปรแกรมฟอร์ติช่วยป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้ม ในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร <i>พรธิภา ไกรเทพ</i>	1 - 15
❖ ประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับลูกอม หญ้าดอกขาวต่อการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความเครียดและเพิ่มคุณภาพชีวิต ของผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ ตำบลท่าม่วง อำเภอเสนาภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด <i>ณัฐิกา ราชบุตร, จิรัชญา เหล่าคมพฒณาจารย์ และ วาสนา สุระภักดิ์</i>	16 - 29
❖ ประสิทธิผลของนวัตกรรมลูกกลิ้งล้อยางยืดต่ออาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล <i>อภิรดี สุขแสงดาว และ พิษณุณัฐ แก้วอำไพ</i>	30 - 45
❖ ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการแปรงฟันคุณภาพ ของนักเรียนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8 <i>ชนกนันท์ ทองดอนบม และ นาฏนภา ทิพย์แก้ว ปัตตาสวรรณ์</i>	46 - 60
❖ ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนักของนักศึกษา วิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน <i>เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, อลงกรณ์ สุขเรืองกุล, ปุณรดา พวงสมัย และ สุธาสินี วัจนะฮาด</i>	61 - 75
❖ ผลของโปรแกรม “รอบรู้ สู้สารเคมี” ต่อการปรับเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยง จากการใช้สารกำจัดแมลง และระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของผู้ชายต้นไม้ ในจังหวัดนครนายก <i>มาวิน วารินตรา, เสาวนีย์ ทองนพคุณ, ธัญชัย บุญหนัก และ อนามัย เทศกะทีก</i>	76 - 93
❖ ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PLERN) ต่อทักษะทางปัญญาและทักษะปฏิบัติ ทางวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล <i>พัทธินันท์ สันตยากร, ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม และ จิราภรณ์ เพียรประสิทธิ์</i>	94 - 108
❖ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท โดยการสร้างเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาอำเภอกุหลอง จังหวัดเลย <i>ประภาพร จันทน์นาม</i>	109 - 128
❖ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี <i>นายประการ เข้มแข็ง และ นายคมกฤทธิ์ การชะงัด</i>	129 - 148

สารบัญ (ต่อ)

ชื่อบทความ	หน้า
บทความวิจัย	
❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย: กรณีศึกษา นักศึกษาในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา <i>พรทิพย์ แก้วชิน, พิษณุเศรษฐ์ ใจใส, สุพัตตรา บุญทด, วันธงไชย บำรุงราษฎร์, ชุภาศิริ อภินันท์เดชา และ ชิษฐเดช อภินันท์เดชา</i>	149 - 163
❖ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความผูกพันทางอารมณ์และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการส่งเสริมการเรียนรู้เด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ <i>ยุภาดี สงวนพงษ์ และ จารุมาศ จันทกุล</i>	164 - 178
❖ ความสัมพันธ์ของต้นทุนชีวิตกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี <i>กิตติยา ฉิมพาลี และ วัลลภ ใจดี</i>	179 - 197
❖ ความชุกของค่าสายตาผิดปกติ ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา <i>โกสินทร์ มพรรณพกุล</i>	198 - 210
❖ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี <i>จิราพร เนียมแพ, เอมอัชมา วัฒนบูรานนท์, วัลลภ ใจดี, ดนัย บวรเกียรติกุล และ นิตยัตตะยา ผาสุขพันธ์</i>	211 - 227
❖ ประสิทธิภาพของผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้า: การทบทวนงานวิจัยเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ <i>พิศสมร เดชดวง, ภัทรกร สฤชสมบัติ, อารยา ทิพย์วงศ์, สรัลรัตน์ พลอินทร์ และ ดวงหทัย ยอดทอง</i>	228 - 240
บทความวิชาการ	
❖ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน: แนวทาง และคำแนะนำ <i>ธนิดา สถิตอุตสาหกร และ กุลินทร คำแน่น</i>	241 - 255

ประสิทธิผลของโปรแกรมฟอร์ติช่วยป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้ม ในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร

พรธิภา ไกรเทพ*

*อาจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

บทคัดย่อ

การหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข เนื่องจากการหกล้มเป็นสาเหตุการตาย และการบาดเจ็บ โดยไม่ได้ตั้งใจทั่วโลก การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฟอร์ติช่วยป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้ม ในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้ม จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฟอร์ติ 5 สัปดาห์ ผ่านกิจกรรม 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมรู้ดี กินดี สิ่งแวดล้อมดี และปฏิบัติดี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม และแบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Independent t-test และ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฟอร์ติ ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองมีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังของผลลัพธ์ และพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนจุดเสี่ยงต่อการหกล้มหลังการทดลองทั้งภายในและภายนอกบริเวณบ้านพักลดลง โดยการซ่อมหรือเปลี่ยนสิ่งของเครื่องใช้ภายในบ้านที่ชำรุดหรือเสียหาย การเพิ่มแสงสว่างให้เพียงพอ การจัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบ การทำป้ายเตือนบริเวณจุดเสี่ยง และโครงสร้างของบ้าน เช่น พื้นบ้าน บันได การติดตั้งราวจับในห้องน้ำ เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักของผู้สูงอายุที่ช่วยป้องกันการหกล้ม หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทุกรายการ จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมฟอร์ติสามารถช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและลดความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุได้ ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมไปเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม เพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: โปรแกรม/ ป้องกันการหกล้ม/ ภาวะเสี่ยงล้ม

Effects of the Four Good of Fall Prevention Program for Pre-Fall Aging, Thonburi District, Bangkok

Porntipa Kraitap*

*Lecturer, Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Bansomdejchaopraya Rajabhat University

Abstract

Falls of the aging is essential issue of the public health because it is the cause of unintentional injury deaths worldwide. This quasi-experimental research study aimed to effects of the Four Good (4Good) of fall prevention program for pre-fall aging, Thonburi District, Bangkok. The population and sample used in the study were 60 pre-fall aging people aged between 60-69 years, who were divided into two groups: 30 were assigned to the experimental group that exposed to the program and 30 were control group, the experimental group shall receive 4Good program for 5 weeks through 4 activities: Good knowledge, Good Eating, Good Environment, and Good Practice. The study tools were questionnaire and observation form. Descriptive statistics and independent t-test and paired t-test at the 0.05 statistical significance level were use in the data analysis.

The results revealed that, after participating in the 4Good, the experimental group has perception about falling prevention, efficacy expectations, outcome expectations, and falling prevention behaviors more than before the test and control group economically significant at the 0.05 level. The risk of falling after the experiment both inside and outside of residential homes was reduced, by repairing or replacing the defected or damaged household items, increasing lighting sufficiently, keeping things orderly, making warning signs at the risky area and house structures, such as floors, stairs, and installing grab bars in the bathroom. When considering the changes in the living environment of the elderly that helped prevent falls after the experiment, it was found that the experimental group had more changes than before the experiment and more than the comparison group in every item. This study indicates that 4Good increase self-efficacy and reduced some falls risk factors in aging. Relevant government agencies may use these program to as a guideline for organizing activities to reduce the risk and prevent falling in the aging.

Keywords: Program/ Fall prevention/ Risk of falls

*Corresponding author: Porntipa Kraitap, email: porntipa.kr@bsru.ac.th, Tel.: 09 5568 8989

Received: April 6, 2025/ Revised: May 2, 2025/ Accepted: May 3, 2025

บทนำ

ปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุจัดเป็นปัญหาที่สำคัญในงานสาธารณสุข เนื่องจากการหกล้มในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของการบาดเจ็บโดยไม่ได้ตั้งใจทั่วโลก ในแต่ละปีมีคนประมาณ 684,000 คน เสียชีวิตจากการหกล้มทั่วโลก ซึ่งกว่าร้อยละ 80 อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ประสบอุบัติเหตุหกล้มเสียชีวิตมากที่สุด ในแต่ละปีมีการหกล้ม 37.3 ล้านครั้ง ที่รุนแรงจนต้องไปพบแพทย์⁽¹⁾ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูงอายุที่หกล้ม 1 ใน 3 ราย ที่ออกจากแผนกฉุกเฉินแล้วกลับมาหกล้มใหม่ภายใน 3 เดือน⁽²⁾ สำหรับในประเทศไทย จากสถิติพลัดตกหกล้มในปี พ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุหกล้มในรอบ 6 เดือน จำนวนประมาณ 7.9 แสนราย และกรุงเทพมหานครมีผู้สูงอายุหกล้มมากที่สุดเป็นอันดับ 1⁽³⁾ มีภาวะเสี่ยงล้มถึงร้อยละ 36.46 และมีประวัติเคยหกล้มร้อยละ 18.23⁽⁴⁾ มีการพยากรณ์จำนวนผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มว่าโดยเฉลี่ยผู้สูงอายุไทยเสียชีวิตจากการหกล้มประมาณ 3 คนต่อวัน และอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุสูงกว่าทุกกลุ่มอายุถึง 3 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป⁽⁵⁾

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นจัดเป็นปัญหาที่สำคัญในงานสาธารณสุขที่ต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการหกล้มมี 2 ปัจจัยหลัก ซึ่งปัจจัยที่ 1 เป็นปัจจัยภายในร่างกายของผู้สูงอายุเอง เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เสื่อมถอยลง เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านสายตาทำให้มีปัญหาการมองเห็น การเปลี่ยนแปลงด้านข้อต่อและเอ็นที่อ่อนแอลงส่งผลต่อการทรงตัวได้ไม่ดี การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะทำให้ปัสสาวะบ่อยหรือกลั้นไม่อยู่ต้องรีบเร่งในการเข้าห้องน้ำ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้เกิดการหกล้มได้ นอกจากนี้ความเจ็บป่วยทำให้ต้องมีการใช้ยาบางตัวก็ทำให้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มได้เช่นกัน ปัจจัยที่ 2 เป็นปัจจัยภายนอกร่างกายเป็นเรื่องของสภาพแวดล้อม พฤติกรรม เศรษฐกิจและสังคม จากการสำรวจประชากรสูงอายุปี พ.ศ. 2564 พบว่าสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวผู้สูงอายุที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มมากที่สุด คือ บริเวณภายในตัวบ้าน บริเวณตัวบ้าน ร้อยละ 58, 31.6 ตามลำดับ⁽³⁾ ส่วนพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นปัจจัยให้เกิดการพลัดตกหกล้ม เช่น การขาดการออกกำลังกาย การสวมเสื้อผ้ารองเท้าไม่เหมาะสม การทำอะไรที่รวดเร็วเกินไป การดื่มแอลกอฮอล์เกินพอดี การรับประทานกลุ่มยาที่ส่งผลทำให้เสี่ยงต่อภาวะหกล้มหรือทำให้ความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่า⁽⁶⁾ ส่วนเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุเอง ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การขาดการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เสี่ยงต่อการหกล้มร้อยละ 28 - 35 ส่วนในผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป เสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32 - 42⁽⁷⁾

เมื่อผู้สูงอายุหกล้มจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุ สังคม และประเทศชาติ ผลกระทบต่อร่างกาย เมื่อมีการพลัดตกหกล้มแล้วผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับบาดเจ็บตั้งแต่เล็กน้อยจนรุนแรงถึงพิการและเสียชีวิตได้ ในสหรัฐอเมริกา การล้มเป็นสาเหตุหลักของการเข้ารับการรักษาฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บในผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่เคยหกล้มยังเพิ่มความเสี่ยงของการล้มในอนาคตเป็น 2 เท่า ภายใน 6 เดือนหลังจากออกจากแผนกฉุกเฉิน⁽⁸⁾ ในประเทศไทยมีข้อมูลรายงานว่า อัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งประเทศอยู่ที่ 11.7 ต่อประชากรแสนคน ส่วนในกรุงเทพมหานครพบอยู่ที่อัตรา 3.6 ต่อประชากรแสนคน⁽⁹⁾ และเมื่อผู้สูงอายุหกล้มและกระดูกหัก พบว่า 1 ใน 5 ไม่สามารถกลับมาเดินได้อีก และบางส่วนต้องใช้รถเข็นไปตลอด ทำให้ส่งผลกระทบต่อครอบครัวต้องมีคนดูแลตลอดเวลา สูญเสียรายได้ มีค่าใช้จ่ายที่ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้กรณีที่จ้างผู้ดูแลอยู่ที่ประมาณ 20,000 - 36,000 บาทต่อเดือน ผลกระทบต่อสภาพจิตใจเกิดความวิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่น กลัวที่จะเป็นภาระแก่ครอบครัว อาจทำให้เกิดอาการกลัวการพลัดตกหกล้ม (Fear of falling) ตามมา ผลกระทบต่อสังคมทำให้ไม่กล้าเดินออกนอกบ้าน หลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น บางคนไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ เกิดภาวะพึ่งพาตามมา ส่วนผลกระทบต่อประเทศชาติ รัฐสูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาลประมาณ 1,500 ล้านบาทต่อปี⁽¹⁰⁾ และมีการศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้สูงอายุ

กระดุกสะโพกหักที่โรงพยาบาลเลิดสิน มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 150,720 บาท⁽¹¹⁾ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้มหนึ่งคน ส่งผลกระทบต่อตัวเอง ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศ

แต่ปัญหาดังกล่าวข้างต้นสามารถป้องกันและแก้ไขได้หากเข้าใจถึงความเสี่ยงและการดูแลที่เหมาะสม เช่น การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม การให้ความรู้ที่เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ส่งเสริมการออกกำลังกายให้กับผู้สูงอายุ ทำให้มีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการหกล้ม การปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในและรอบบ้าน และการประเมินตนเองถึงความเสี่ยงต่อการหกล้มจะช่วยให้ผู้สูงอายุทราบภาวะสุขภาพของตนเองที่อาจเสี่ยงต่อการหกล้ม ทำให้ระมัดระวังในการเคลื่อนไหวได้มากขึ้น และสามารถปฏิบัติตามการป้องกันการหกล้มได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของตนเอง

จากการแก้ปัญหาที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศ มีการให้ความรู้ด้านการป้องกันการหกล้ม การมีสัญญาณเตือนบริเวณจุดเสี่ยง⁽¹²⁾ การทำวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันการหกล้ม⁽¹³⁾ แต่ยังขาดการบูรณาการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การปรับสิ่งแวดล้อมมาไว้ด้วยกันในโปรแกรมเดียว โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้สมรรถนะตนเองในการป้องกันการหกล้ม ซึ่งการส่งเสริมที่เกิดความยั่งยืนต้องปรับเปลี่ยนที่ตัวบุคคล ดังนั้น การประยุกต์ใช้ทฤษฎี Self-Efficacy จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถของตนเอง และตั้งความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการหกล้ม จะเป็นแรงกระตุ้นและแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุปฏิบัติได้นั่นเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญจึงมีความสนใจที่จะสร้างโปรแกรมที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการหกล้ม และการปรับสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณรอบบ้านให้เหมาะสม ซึ่งจะช่วยป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การคาดหวังของผลลัพธ์ และพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ก่อนและหลังการทดลองทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม
2. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักของผู้สูงอายุ ที่ช่วยป้องกันการหกล้ม

สมมติฐานงานวิจัย

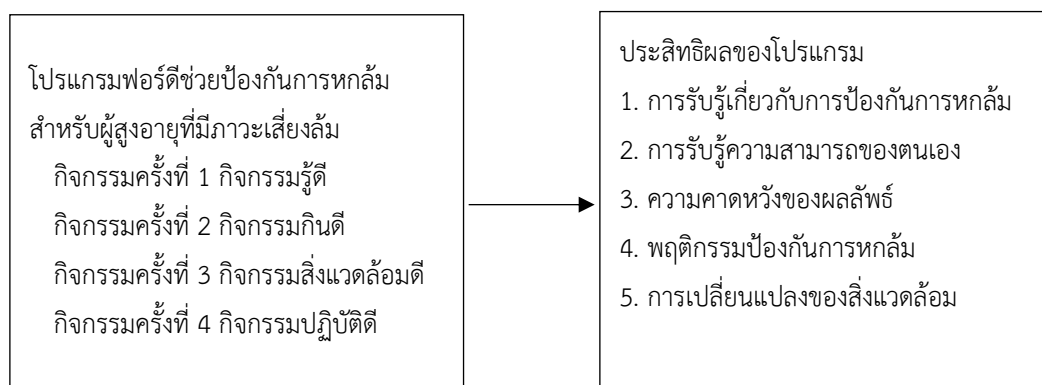
1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมระดับการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การคาดหวังของผลลัพธ์ และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในกลุ่มทดลอง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักของผู้สูงอายุ ที่ช่วยป้องกันการหกล้มมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาประเมินประสิทธิผลโปรแกรมฟอร์ติช่วยป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้ม ในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้ม ในเขตธนบุรี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยมีตัวแปรต้น คือ โปรแกรมฟอร์ติ และตัวแปรตาม คือ ประสิทธิภาพของโปรแกรม ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังของผลลัพธ์ พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม สถานที่ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ชุมชนวัดกัลยาณ์ แขวงวัดกัลยาณ์ ชุมชนหลังมัสยิดสวนพลู แขวงบางยี่เรือ และชุมชนวัดกันตาราม แขวงตลาดพลู ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน เป็นระยะเวลารวม 5 สัปดาห์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎี Self-Efficacy โดยนำเอาองค์ประกอบเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองมาเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองสามารถทำได้มากน้อยแค่ไหน มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้างในการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันการหกล้มให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งการคาดหวังในผลลัพธ์ เป็นความเชื่อที่บุคคลประเมินว่า พฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลดีต่อสุขภาพของตนเอง ดังกรอบแนวคิดดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ที่มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแบบ Non-randomized control-group pretest posttest design โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ และกลุ่มเปรียบเทียบดำเนินชีวิตตามปกติ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการสุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรเป็นผู้ที่มีอายุ 60 - 79 ปี ที่พักอาศัยในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ในขณะที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.7 เลือก Test family เป็น t-test เลือก statistic test เป็น Means: Difference between to independent means (Two groups) เลือก Type of power analysis เป็น A priori: computer required sample size-given α , power and effect size เลือก Tails เป็น Two ค่า Effect size ได้มาจากการกำหนดค่า Determine โดยทบทวนวรรณกรรมของ ช่อผกา จันประดับ⁽¹⁴⁾ มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของกลุ่มเปรียบเทียบ = 37.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.35 ของกลุ่มทดลอง = 40.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.01 ได้ค่า Effect size = 0.79 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05 Power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน ซึ่งเพียงพอในการแปลผลการทดลอง แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงเพิ่มตัวอย่าง 15 % เป็นกลุ่มละ 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการหยิบลูกบอลได้มา 3 แหวง จาก 7 แหวง คือ แหวงวัดกัลยาณ์ แหวงบางยี่เรือ และแหวงตลาดพลู หยิบลูกบอลมาแหวงละ 1 ชุมชน ได้ 3 ชุมชน คือ ชุมชนวัดกัลยาณ์ ชุมชนหลังมัสยิดสวนพลู และชุมชนวัดกันตทาราม

2.2 เกณฑ์คัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย โดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มโดยมีคะแนนระหว่าง 4 - 11 ตามการประเมินความเสี่ยงด้วยแบบประเมิน Thai Fall Risk Assessment Tool-Thai FRAT จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน คัดเลือกตัวอย่างโดยการให้ผู้สูงอายุสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย และกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี สามารถเข้าร่วมโครงการได้ครบตามกำหนด เกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบ ทำการจัดเข้ากลุ่มทดลองและ

กลุ่มเปรียบเทียบกับวิธีการจับคู่อายุ เพศ ส่วนเกณฑ์ยุติการวิจัย คือ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ครบทุกครั้ง ภายใน 5 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ยุติการวิจัยยังสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามปกติ แต่ผู้วิจัยไม่นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อสรุปผลการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวแปรด้วยตัวผู้วิจัยเอง ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชนิด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือกำกับการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมฟอร์ติช่วยป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้มในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมรู้ดี กิจกรรมกินดี กิจกรรมสิ่งแวดล้อมดี และกิจกรรมปฏิบัติ โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

3.1.1 กิจกรรมครั้งที่ 1 กิจกรรมรู้ดี เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้และปฏิบัติเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่เสี่ยงต่อการหกล้ม ได้รู้ถึงการเปลี่ยนแปลงตามวัยของตนเอง พฤติกรรมและลักษณะนิสัยของตนเอง โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ผลข้างเคียงของยาที่รับประทานอยู่ ที่อาจส่งผลกระทบต่ออาการหกล้ม และรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบ และการป้องกันการหกล้ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้บรรยายและสาธิต และกลุ่มทดลองประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการหกล้มของตนเอง ปฏิบัติปรับพฤติกรรมตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมตามความเสี่ยงที่ตนเองมีอยู่ เช่น วิธีการลุกและนั่งบนเตียง/ที่นอน เก้าอี้ และพื้น การเดิน การนั่ง การยืน การหยิบของในที่สูงและบนพื้นอย่างถูกวิธี กลุ่มทดลองเขียนวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของตนเองให้ถูกต้องเหมาะสม และตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของตนเองให้ถูกต้องเหมาะสม และมีความคาดหวังหรือต้องการอะไรจากการปฏิบัติ และกลุ่มทดลองกลับไปปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันการหกล้มที่บ้านตนเองตามกิจกรรมที่ 1 และบันทึกการปฏิบัติลงในสมุดบันทึกการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้ม

3.1.2 กิจกรรมครั้งที่ 2 กิจกรรมกินดี เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้และปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนาการที่ช่วยป้องกันการหกล้ม และเลือกรับประทานอาหารที่ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยการทำงานของระบบไหลเวียนเลือดและระบบประสาท และช่วยในการทำงานของจอประสาทตา ที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยผู้วิจัยเป็นผู้บรรยาย และกลุ่มทดลองประเมินลักษณะการรับประทานอาหารของตนเอง และร่วมกันหาแนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการหกล้ม รวมถึงการตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสม และมีความคาดหวังหรือต้องการอะไรจากการปฏิบัติ และกลุ่มทดลองกลับไปปฏิบัติเลือกบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการหกล้มที่บ้านตนเองตามกิจกรรมที่ 2 และบันทึกการปฏิบัติลงในสมุดบันทึกการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้ม

3.1.3 กิจกรรมครั้งที่ 3 กิจกรรมสิ่งแวดล้อมดี เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อม และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านให้ปลอดภัย ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย แสงสว่างภายในบ้าน บันได ห้องน้ำ ห้องส้วม การจัดวางสิ่งของ พรมเช็ดเท้า การติดป้ายเตือนบริเวณจุดเสี่ยง และบริเวณรอบๆ บ้าน เพื่อให้เหมาะสมปลอดภัยและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเป็นผู้บรรยาย และกลุ่มทดลองประเมินจุดเสี่ยงต่อการหกล้มภายในบ้านหรือรอบบ้านตนเอง และร่วมกับผู้วิจัยหาแนวทางการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ รวมถึงการตั้งเป้าหมายความสามารถของตนเองในการที่จะปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม (ตามบริบทของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน) และคาดหวังอะไรจากการปรับสิ่งแวดล้อม และผู้วิจัยไปประเมินสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบริเวณบ้านของกลุ่มทดลอง (กลุ่มตัวอย่างได้แจ้งกับครอบครัวเรื่องการเข้าประเมินก่อนที่ผู้วิจัยจะเข้าประเมิน) จากนั้นผู้วิจัยและกลุ่มทดลองร่วมกันปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ได้แก่ การจัดวางสิ่งของ ติดป้ายเตือนด้วยข้อความหรือแถบสีบริเวณจุดเสี่ยง ได้แก่ ทางเดินไปห้องน้ำ ทางต่างระดับ ทางลาด บันได ซึ่งค่าใช้จ่ายในการติดป้ายเตือนจุดเสี่ยงผู้วิจัยเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย

ทั้งหมด ส่วนจุดเสี่ยงอื่นๆ ผู้วิจัยให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม เปรียบเทียบให้เห็นข้อดีของการปรับเปลี่ยน และผลกระทบของจุดเสี่ยงอื่นๆ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบผู้วิจัยเข้าไปประเมินบ้านเพียงอย่างเดียว

3.1.4 กิจกรรมครั้งที่ 4 กิจกรรมปฏิบัติ เป็นกิจกรรมที่ติดตามผลการปฏิบัติตามกิจกรรมครั้งที่ 1 - 3 ของกลุ่มทดลอง โดยการติดตาม 4 สัปดาห์ ละ 1 ครั้งๆ ละ ใช้เวลา 40 นาที โดยผู้วิจัยตรวจสอบบันทึกการปฏิบัติในสมุดบันทึกกลุ่มทดลองร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติตามกิจกรรมที่ 1 - 3 และร่วมกันหาแนวทางในการกำจัดปัญหาและอุปสรรคดังกล่าว

ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญประเมินและตรวจสอบความสมบูรณ์ของโปรแกรม จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน ซึ่งได้มาด้วยการเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญ คือ เป็นผู้มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป และมีประสบการณ์การทำงานในสาขาที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 8 ปี หรือมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอกและมีประสบการณ์ทำงานในสาขาที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 5 ปี และนำมาปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปใช้จริง

3.2 เครื่องมือกำกับการทดลอง ในการวิจัยครั้งนี้มีสมุดบันทึกการปฏิบัติป้องกันการหกล้ม เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง โดยให้กลุ่มทดลองได้มีการบันทึกเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มตามกิจกรรมรู้ดี การบริโภคอาหารตามกิจกรรมกินดี การจัดสิ่งแวดล้อมภายในและนอกบริเวณบ้านตามกิจกรรมสิ่งแวดล้อมดี ที่ผู้วิจัยได้แจกให้กับกลุ่มทดลอง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม และแบบสังเกตสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้าน ดังนี้

3.3.1 แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะที่พัก การมีผู้ดูแล โรคประจำตัว การใช้ยา และประวัติการหกล้ม แปลผลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก คือ 5, 4, 3, 2, 1 ข้อคำถามเชิงลบ คือ 1, 2, 3, 4, 5 นำคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มซึ่งมีคะแนนระหว่าง 10 - 50 คะแนน มาจัดระดับการรับรู้ตามเกณฑ์ของ Bloom⁽¹⁴⁾ ได้ 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนระหว่าง 5 - 30 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย คะแนนระหว่าง 31 - 40 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 41 - 50 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภค การใช้ยา การแต่งกาย พฤติกรรมการใช้ชีวิต และการดูแลสิ่งแวดล้อม ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก คือ 3, 2, 1 ข้อคำถามเชิงลบ คือ 1, 2, 3 นำคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มซึ่งมีคะแนนระหว่าง 23 - 69 คะแนน มาจัดระดับพฤติกรรมตามเกณฑ์ของ Bloom⁽¹⁴⁾ ได้ 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนระหว่าง 3 - 41 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย คะแนนระหว่าง 42 - 55 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 56 - 69 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการหกล้ม มีจำนวน 17 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 5, 4, 3, 2, 1 นำคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการหกล้ม ซึ่งมีคะแนนระหว่าง 17 - 85 คะแนน มาจัดระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการหกล้ม ตามเกณฑ์ของ Bloom⁽¹⁴⁾ ได้ 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนระหว่าง 17 - 50 หมายถึง ระดับน้อย คะแนนระหว่าง 51 - 67 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 68 - 85 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการคาดหวังของผลลัพธ์ มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 5, 4, 3, 2, 1 นำคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการหกล้ม ซึ่งมีคะแนนระหว่าง 15 - 75 คะแนน มาจัดระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการหกล้ม ตามเกณฑ์ของ Bloom⁽¹⁴⁾ ได้ 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนระหว่าง 15 - 44 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย คะแนนระหว่าง 45 - 59 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 60 - 75 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

3.4 ผู้วิจัยหาคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (Index of Item objective congruence: IOC) เลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป และนำแบบสอบถามไป Try out กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาหาค่า Reliability ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เป็นค่า Cronbach Alpha เกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันการหกล้ม เท่ากับ 0.81 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม เท่ากับ 0.84 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการหกล้ม เท่ากับ 0.83 และแบบสอบถามเกี่ยวกับการคาดหวังของผลลัพธ์ เท่ากับ 0.82

4. การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามรายละเอียดของโปรแกรมฟอร์ตช่วยป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้มในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมรู้ดี กิจกรรมกินดี กิจกรรมสิ่งแวดล้อมดี และกิจกรรมปฏิบัติดี โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 5 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบดำเนินชีวิตตามปกติ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยการให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย และผู้วิจัยประเมินบ้าน ครั้งที่ 1 และเก็บข้อมูลหลังการทดลอง ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 5

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

5.1 สถิติเบื้องต้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเบื้องต้นเพื่อให้รู้ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และสภาพของตัวแปรต่างๆ ซึ่งใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปในรูปความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 สถิติการวิเคราะห์ที่ใช้ คือ สถิติอนุमान ชนิด paired samples t-test เพื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม ความสามารถของตนเอง การคาดหวังของผลลัพธ์ ระดับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และใช้สถิติ Independent samples t-test เพื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม ความสามารถของตนเอง การคาดหวังของผลลัพธ์ ระดับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

6. จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยของมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา เลขที่ 009/68E08 ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้มในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจำนวน 60 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.67 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 65 - 69 ปี ร้อยละ 33.33 ที่พักอาศัยเป็นบ้านตนเอง ร้อยละ 48.33 พักอาศัยอยู่กับครอบครัว ลูกหลาน ญาติ ร้อยละ 66.66 มีโรคประจำตัวและมีการใช้ยา ร้อยละ 81.67 และมีประวัติเคยหกล้ม ร้อยละ 53.33 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง n = 30	กลุ่มควบคุม n = 30	ทั้งสองกลุ่ม n = 60
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ			
ชาย	7(23.33)	7(23.33)	14(23.33)
หญิง	23(76.67)	23(76.67)	46(76.67)
อายุ (ปี)			
60 - 64	5(16.67)	5(16.67)	10(16.67)
65 - 69	10(33.33)	10(33.33)	20(33.33)
70 - 74	8(26.67)	8(26.67)	16(26.67)
75 - 79	7(23.33)	7(23.33)	14(23.33)
กลุ่มทดลอง $\bar{x} = 67.26 \pm 4.59$ Min. = 60, Max. = 79			
กลุ่มควบคุม $\bar{x} = 66.43 \pm 4.25$ Min. = 60, Max. = 79			
ลักษณะที่พัก			
บ้านตนเอง	17(56.67)	12(40.00)	29(48.33)
บ้านเช่า	12(40.00)	13(43.33)	25(41.67)
บ้านญาติ	1(3.33)	3(10.00)	4(6.67)
บ้านเพื่อน	0.00(0)	2(6.67)	2(3.33)
พักอาศัยอยู่กับ (การมีผู้ดูแล)			
อยู่รวมครอบครัว ลูกหลาน ญาติ	23(76.67)	17(56.66)	40(66.66)
อยู่กับคู่สมรส	5(16.67)	8(26.67)	13(21.67)
อยู่ตามลำพัง	2(6.66)	5(16.67)	7(11.67)
โรคประจำตัว			
มี	25(83.33)	24(80.00)	49(81.67)
ไม่มี	5(16.67)	6(20.00)	11(18.33)
การใช้ยา			
ใช้	25(83.33)	24(80.00)	49(81.67)
ไม่ใช้	5(16.67)	6(20.00)	11(18.33)
ประวัติการหกล้ม			
เคย	16(53.33)	16(53.33)	32(53.33)
ไม่เคย	14(46.67)	14(46.67)	28(46.67)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนของแต่ละตัวแปร พบว่า ก่อนทดลองทั้งสองกลุ่มมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม อยู่ในระดับปานกลาง และความคาดหวังของผลลัพธ์ อยู่ในระดับมาก ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนของแต่ละตัวแปร อยู่ในระดับสูงทุกตัวแปร กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลางทุกตัวแปร ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และระดับ จำแนกตามตัวแปรก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ระดับ	กลุ่มทดลอง n = 30		กลุ่มเปรียบเทียบ n = 30	
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
		จำนวน (ร้อยละ)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)
การรับรู้เกี่ยวกับ	น้อย (5 - 30 คะแนน)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	10(33.33)
การป้องกันการหกล้ม	ปานกลาง (31 - 40 คะแนน)	23(76.67)	8(26.67)	24(80.00)	20(66.67)
	มาก (41 - 50 คะแนน)	7(23.33)	22(73.33)	6(20.00)	0(0.00)
การรับรู้ความสามารถ	น้อย (17 - 50 คะแนน)	3(10.00)	0(0.00)	3(10.00)	2(6.67)
ของตนเอง	ปานกลาง (51 - 67 คะแนน)	24(80.00)	0(0.00)	22(73.33)	28(93.33)
	มาก (68 - 85 คะแนน)	3(10.00)	30(100.00)	5(16.67)	0(0.00)
ความคาดหวัง	น้อย (17 - 50 คะแนน)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
ของผลลัพธ์	ปานกลาง (51 - 67 คะแนน)	14(46.67)	0(0.00)	13(43.33)	28(93.33)
	มาก (68 - 85 คะแนน)	16(53.33)	30(100.00)	17(56.67)	2(6.67)
พฤติกรรมป้องกันการ	น้อย (15 - 44 คะแนน)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
การหกล้ม	ปานกลาง (45 - 59 คะแนน)	26(86.67)	0(0.00)	22(73.33)	29(96.67)
	มาก (60 - 75 คะแนน)	4(13.33)	30(100.00)	8(26.67)	1(3.33)

การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมจากจุดที่เสี่ยงต่อการหกล้มให้เป็นจุดที่ปลอดภัย หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เป็นจุดเสี่ยงลดลงกว่าก่อนการทดลองทุกรายการ ยกเว้นไม่แยกห้องอาบน้ำออกจากห้องส้วม ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมจากจุดที่เสี่ยงต่อการหกล้มให้เป็นจุดที่ปลอดภัย หลังการทดลองลดลง จำนวน 11 รายการ ส่วนรายการอื่นๆ ยังเหมือนเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลง ดังตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักของผู้สูงอายุให้เป็นจุดที่ปลอดภัย ช่วยป้องกันการหกล้มหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทุกรายการ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักจำแนกตามจุดเสี่ยงต่อการหกล้มก่อนและหลังการทดลอง

ลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่เป็นจุดเสี่ยง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. มีสิ่งกีดขวางทางเดิน	30(100.00)	0(0.00)	25(83.33)	19(36.67)
2. แสงสว่างบริเวณทางเดินภายในบ้านไม่เพียงพอ	25(83.33)	12(40.00)	18(60.00)	17(56.67)
3. แสงสว่างบริเวณบันไดไม่เพียงพอ	22(73.33)	11(36.67)	7(23.33)	7(23.33)
4. แสงสว่างบริเวณห้องน้ำไม่เพียงพอ	13(43.33)	2(6.67)	14(46.67)	12(40.00)
5. แสงสว่างบริเวณห้องนอนไม่เพียงพอ	11(36.67)	3(10.00)	12(40.00)	11(36.67)
6. แสงสว่างบริเวณห้องครัวไม่เพียงพอ	13(43.33)	2(6.67)	10(33.33)	6(20.00)
7. ไม่มีโคมไฟหรือสวิตช์ไฟใกล้ๆ กับเตียงนอนที่เอื้อมถึง	24(80.00)	12(40.00)	16(53.33)	12(40.00)
8. บันไดชำรุด	18(60.00)	17(56.67)	12(40.00)	12(40.00)
9. พื้นห้องชำรุด	13(43.33)	10(33.33)	12(40.00)	12(40.00)
10. เตียงนอนชำรุด	6(20.00)	1(3.33)	8(26.67)	6(20.00)
11. เก้าอี้ชำรุด	16(53.33)	3(10.00)	14(46.67)	8(26.67)
12. โต๊ะชำรุด	16(53.33)	5(16.67)	15(50.00)	12(40.00)
13. ผ้า/พรมบนเตียง	7(23.33)	6(20.00)	6(20.00)	6(20.00)
14. ไม่มีราวจับ/กระดานวางลาดบริเวณจุดต่างระดับภายในบ้านและนอกบ้าน	28(93.33)	27(90.00)	22(73.33)	22(73.33)
15. ไม่มีป้ายเตือนบริเวณจุดต่างระดับภายในบ้านและนอกบ้าน	30(100.00)	0(0.00)	30(100.00)	30(100.00)
16. ความสูงของเตียงนอนเกินเข้า/ต่ำกว่าเข้า	27(90.00)	24(80.00)	28(93.33)	28(93.33)
17. ไม่มีราวจับ/ไม้เท้าช่วยพยุงตัวเมื่อลุกขึ้นจากเตียงนอน	24(80.00)	22(73.33)	23(76.67)	23(76.67)
18. ห้องนอนอยู่ไกลจากห้องน้ำ	8(26.67)	5(16.67)	24(80.00)	23(76.67)
19. เก้าอี้สูงสำหรับผู้สูงอายุไม่มีพนักพิง	4(13.33)	0(0.00)	18(60.00)	16(53.33)
20. พื้นห้องน้ำมีระดับไม่เสมอกับพื้นภายนอก	28(93.33)	27(90.00)	25(83.33)	25(83.33)
21. พื้นห้องน้ำปูด้วยวัสดุที่ลื่น	7(23.33)	4(13.33)	12(40.00)	12(40.00)
22. ไม่มีราวจับที่สามารถเดินได้ทั่วห้องน้ำ	27(90.00)	25(83.33)	25(83.33)	25(83.33)
23. ไม่แยกห้องอาบน้ำออกจากห้องส้วม	27(90.00)	27(90.00)	29(96.67)	29(96.67)
24. ติดตั้งโถส้วมแบบนั่งยอง	1(3.33)	0(0.00)	2(6.67)	2(6.67)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของการเปลี่ยนแปลงลักษณะสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยก่อนและหลังการทดลอง

ลักษณะสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	กลุ่มทดลอง n = 30		กลุ่มเปรียบเทียบ n = 30	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การจัดวางสิ่งของที่เป็นระเบียบไม่กีดขวางทางเดิน	0(0.00)	30(100.00)	5(16.67)	11(36.67)
2. แสงสว่างที่เพียงพอทั้งภายในและภายนอกที่พัก	5(16.67)	22(73.33)	8(26.67)	8(26.67)
3. ลักษณะบ้านที่ปลอดภัย (บันได/พื้นห้อง/เก้าอี้/โต๊ะ/ ผ้า/เพดาน)	7(23.33)	19(63.33)	8(26.67)	10(33.33)
4. ห้องนอน (ห้องนอนใกล้ห้องน้ำ/มีโต๊ะข้างเตียง หีบของถึงโดยไม่ต้องเอื้อม/เตียงสูงพอดีเข้า)	6(20.00)	20(66.67)	10(33.33)	11(36.67)
6. การทำป้ายเตือนหรือติดแถบสีเตือนบริเวณจุดเสี่ยง	0(0.00)	30(100.00)	0(0.00)	0(0.00)

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรก่อนทดลอง พบว่า ทุกตัวแปรไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยหลังการทดลองของตัวแปรทุกตัวแปร ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังของผลลัพธ์ และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประสิทธิผลโปรแกรมก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30 ทั้งสองกลุ่ม)

ประสิทธิผลของโปรแกรม		กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	S.D.	t	p
การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม	ก่อน	กลุ่มทดลอง	38.23	4.30	0.81	0.420
		กลุ่มเปรียบเทียบ	37.43	3.24		
	หลัง	กลุ่มทดลอง	44.97	5.04	10.72	<0.001
		กลุ่มเปรียบเทียบ	33.07	3.39		
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	ก่อน	กลุ่มทดลอง	56.40	5.31	-0.84	0.401
		กลุ่มเปรียบเทียบ	57.83	7.62		
	หลัง	กลุ่มทดลอง	81.27	2.20	22.99	<0.001
		กลุ่มเปรียบเทียบ	58.63	4.92		
ความคาดหวังของผลลัพธ์	ก่อน	กลุ่มทดลอง	62.23	5.94	1.39	0.171
		กลุ่มเปรียบเทียบ	60.50	3.40		
	หลัง	กลุ่มทดลอง	72.37	2.22	23.83	<0.001
		กลุ่มเปรียบเทียบ	54.07	3.57		
พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม	ก่อน	กลุ่มทดลอง	56.37	5.17	1.22	0.228
		กลุ่มเปรียบเทียบ	54.73	5.23		
	หลัง	กลุ่มทดลอง	69.00	0.45	33.12	<0.001
		กลุ่มเปรียบเทียบ	33.07	3.39		

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า โปรแกรมฟอร์ติสามารถช่วยลดความเสี่ยงหกล้มจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมได้ รวมถึงสามารถเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังของผลลัพธ์ ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สามารถอธิบายตามทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โปรแกรมฟอร์ติสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังของผลลัพธ์ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมรู้ดี กินดี ปฏิบัติดี เป็นกิจกรรมสร้างประสบการณ์และสร้างการมีส่วนร่วมให้กับผู้สูงอายุ เกิดการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองที่เสี่ยงต่อการหกล้ม รับรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบ และการป้องกันการหกล้ม รับรู้เกี่ยวกับบริโภคอาหารที่ช่วยป้องกันการหกล้ม และเลือกรับประทานอาหารที่ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กระดูก ช่วยการทำงานของระบบไหลเวียนเลือด และระบบประสาท และช่วยในการทำงานของจอประสาทตา ที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย นอกจากนั้นผู้สูงอายุยังได้ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการหกล้ม พฤติกรรมการรับประทานอาหารของตนเอง ผ่านการฝึกปฏิบัติปรับพฤติกรรมตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมตามความเสี่ยงที่ตนมีอยู่ และการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยน ความคาดหวังจากการปรับเปลี่ยน โดยมีการบันทึกการปฏิบัติลงในสมุดบันทึกการปฏิบัติป้องกันการหกล้ม และการติดตามจากผู้วิจัยที่ใช้คำพูดในการชักจูง โน้มน้าวใจ รวมถึงการหาแนวทางในการกำจัดอุปสรรคของการปฏิบัติ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มได้มากขึ้น

การศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎี Self-Efficacy ที่ว่าการที่ผู้อื่นใช้ความพยายามในการพูดกับบุคคล เพื่อให้บุคคลเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบความสำเร็จได้ การพูดชักจูงโน้มน้าวใจจากผู้อื่น จะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในการทำพฤติกรรมต่างๆ มากยิ่งขึ้น และมีความพยายามกระทำพฤติกรรมบางอย่างให้สำเร็จ รวมถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมอย่างไร มีแบบแผนในการคิดอย่างไร และมีการตอบสนองทางอารมณ์อย่างไร เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่จะต้องใช้ความพยายามอย่างมาก⁽¹⁵⁾ และผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ เสาวภา เต็ดขาด และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ตติยา เฟ่งชัย และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการหกล้ม ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการหกล้ม และพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

2. โปรแกรมฟอร์ติสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เป็นจุดเสี่ยงต่อการหกล้มบริเวณบ้านพักอาศัย ให้มีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น ทำให้ความเสี่ยงต่อการหกล้มที่มาจากสิ่งแวดล้อมลดลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมได้รับความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม รวมถึงได้ร่วมประเมินบ้านตนเองกับผู้วิจัย ทำให้ทราบจุดเสี่ยงที่อาจเป็นสาเหตุของการหกล้มภายในบ้าน ประกอบกับผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังของผลลัพธ์ และมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่เพิ่มขึ้น ทำให้สามารถตั้งเป้าหมายความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย อยู่ที่ร้อยละ 80 ขึ้นไป และความคาดหวังที่ผู้สูงอายุต้องการจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ไม่ล้มในอนาคต เป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพดี ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียง ไม่เป็นภาระของลูกหลาน ซึ่งกิจกรรมที่ 4 กิจกรรมสิ่งแวดล้อมดี เป็นกิจกรรมที่ช่วยสร้างประสบการณ์ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม และสามารถประเมินจุดเสี่ยง

ภายในและภายนอกบ้านตนเองได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม โดยการปรับเปลี่ยนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ผลการวิจัยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงจะพบว่า สิ่งแวดล้อมใดซึ่งงบประมาณในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงต่ำ กลุ่มทดลองจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ส่วนสิ่งแวดล้อมที่ต้องใช้งบประมาณในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสูง ยังเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลอง อยู่บ้านเช่า ถึงร้อยละ 40.00(12) ทำให้ยากต่อการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เป็นโครงสร้างหรือลักษณะของบ้าน ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎี Self-Efficacy ที่ว่าหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเอง และมีความคาดหวังของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงทั้งสองด้าน จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอย่างแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูงหรือต่ำบุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรม⁽¹⁶⁾ และผลการวิจัยยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ พิรุณตรี ศรชัยเลิศสกุล⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ด้านการจัดและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยมากกว่ากลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

สรุป

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฟอร์ตช่วยป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้มในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎี Self-Efficacy มาใช้ในการออกแบบกิจกรรม เพื่อจัดประสบการณ์และสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลอง ให้มีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังของผลลัพธ์เพิ่มขึ้น ผ่านกระบวนการประเมินความเสี่ยงทั้งปัจจัยเสี่ยงภายในร่างกาย พฤติกรรมเสี่ยง และสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการหกล้ม รวมถึงการชักจูงโน้มน้าวใจ ให้กำลังใจ กระตุ้นในการตั้งเป้าหมายและความคาดหวังจากการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่เพิ่มขึ้น และการจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านพักให้มีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น ทำให้ช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุได้ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมฟอร์ตไปเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อลดความเสี่ยงและเป็นแนวทางในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เพื่อความมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมป้องกันการหกล้มเพิ่มมากกว่ากลุ่มทดลอง และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านลดลง ดังนั้นการนำโปรแกรมไปใช้ ควรให้ผู้สูงอายุมีการตั้งเป้าหมายการปฏิบัติ และตั้งสิ่งที่คาดหวังจากสิ่งที่ปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้ม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีเป้าหมายในการปฏิบัติ และมีการติดตามการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

1.2 การประเมินสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ควรแนะนำผู้สูงอายุและผู้ดูแลหรือครอบครัวเกี่ยวกับความสำคัญของสิ่งแวดล้อมต่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ และควรส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่บ้านเช่าถึงร้อยละ 41.67 ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าของบ้านเช่าในการดูแลและจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับบ้านเช่า โดยเฉพาะบ้านเช่าที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ เพื่อลดความเสี่ยงและช่วยป้องกันการหกล้มต่อไป

2.2 ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว ลูกหลาน ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการและบริหารความเสี่ยงหกล้มให้กับครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อช่วยป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Falls [Internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2022 Nov 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
2. Shankar KN, Li A. Older adult falls in emergency medicine, 2023 update. Clin Geriatr Med. 2023;39(4):503-18.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ข้อมูลสถิติจำแนกตามโครงการสำมะโน/สำรวจตัวอย่าง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/statistical_system
4. มะอารีพ มะลี, นูรนา เจะสนิ, สุไฮนีย์ กาจิ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความชุกภาวะเสี่ยงล้มและการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร. บัณฑิตนิพนธ์จากการวิจัย สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา; 2566.
5. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, ภัทรพร คงบุญ. รายงานวิจัยโครงการศึกษานโยบายและการดำเนินงานการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaitgri.org/?p=39585>
6. ณัฐนิชา ธัญญาดี, ธาตรี โบลทิพย์เชษฐ, ธนภมณ ลีศรี. การไต่ถามหาสาเหตุ การไต่ถามหาความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มและภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการระบบบริการปฐมภูมิ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(1):236-49.
7. จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี. รายการ Rama Square ช่วงนัดกับ Nurse “การหกล้มในผู้สูงอายุ” อันตรายที่เราสามารถป้องกันได้ [อินเทอร์เน็ต]. 17 เม.ย. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 17 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/>
8. Zirulnik AW, Liu S. Top 10 things to know about falls in older adults. J Geriatr Emerg Med. 2023;4(2):8.
9. กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. ข้อมูลจำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ICD 10 (W00-W19) ปี พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?id=13659&gid=18>
10. กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. สูงวัยหกล้ม รัฐใช้งบเท่าไร? [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://link.bsru.ac.th/11qj>
11. จุฑาทิพ อาธิรรณ, อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ, ชิตวีร์ เจริญตน, ฉัตรระวี จินดาพล, รมนปวีร์ บุญใหญ่, วรัญญา ทาสมบุรณ์, สุวิภา อุดมพร. ต้นทุน-ประสิทธิผลของโครงการรู้ทัน...กันหกล้มในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลเลิดสิน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(3):326-43.
12. Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. Ann Intern Med. 2013;158(5 Pt 2):390-6.
13. ช่อผกา จันประดับ. ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ่อพลอย อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา. 2567;12(2):14-27.
14. Bloom S. Human characteristics and school learning. New York: McGraw-Hill; 1976.
15. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
16. เสาวภา เต็ดชาต, สุดารัตน์ ทองคง, พยอม ถิ่นอ่อน. ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2565;9(2):213-30.
17. ตติยา เฟิงชัย, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์, สมัทนา กลางคาร. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;10(1):49-60.
18. พิรณตรี ศรีชัยเลิศสกุล. ผลของโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566;4(1):98-110.

ประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับลูกอมหย้าดอกขาว ต่อการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความเครียดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ ตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ณัฐกา ราชบุตร^{1*} จิรัชญา เหล่าคมพุดาจารย์² วาสนา สุระภักดิ์³

^{1*}ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

³อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระดับความเครียดและคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการเข้ากลุ่มบำบัด และ 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระดับความเครียดและคุณภาพชีวิต หลังการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด สุ่มแบบง่ายด้วยวิธีจับสลาก แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน เครื่องมือการวิจัย 1) กลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม จำนวน 6 กิจกรรม ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.84 ร่วมกับอมลูกอมหย้าดอกขาวครั้งละ 1 เม็ด (2 กรัม) วันละ 4 ครั้งหลังอาหาร นาน 8 สัปดาห์ 2) แบบประเมินความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง (SPST-20) ค่าความเชื่อมั่น 0.85 3) ประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ด้วยแบบทดสอบการติดบุหรี่ (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence ฉบับแปลเป็นภาษาไทย) ค่าความเชื่อมั่น 0.86 และ 4) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ WHO [ฉบับภาษาไทย] ค่าความเชื่อมั่น 0.81, 0.87, 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Two - Way MANOVA ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย พบว่า หลังการเข้ากลุ่มบำบัด กลุ่มทดลองมีความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงและคุณภาพชีวิตดีขึ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2275.079$, $df = 6$, $p = .000$) รวมทั้งยังมีความแตกต่างกันกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 8.395$, $df = 3$, $p = .000$) กิจกรรมกลุ่มบำบัดนี้มีประสิทธิผล นำไปใช้เป็นแนวทางในการช่วยแก้ปัญหาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

คำสำคัญ: กลุ่มบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม/ ลูกอมหย้าดอกขาว/ พฤติกรรมการสูบบุหรี่

Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Group with *Vernonia cinerea* Less to Reduce Smoking Behavior Stress and Increase the Quality of life of Who Want to Quit Smoking in Thamuang Sub-district, Selaphum District, Roi Et Province

Natika Rachabootr^{1*} Jiratchaya Laokompruttajarn² Wassana Suraphak³

^{1*}Asst. Prof., Faculty of Nursing, Northeastern University

²Lecturer, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

³Lecturer, Faculty of Nursing, Roi-Et Rajabhat University

Abstract

This research is a quasi-experimental. The objectives are to; 1) compare Smoking behavior, stress levels, and quality of life before and after entering the treatment group and 2) compare Smoking behavior stress levels, and quality of life after treatment between the experimental and the control group. The sample of 40 people was selected purposively according to the specified criteria, using a simple random drawing method, and divided into an experimental group 20, control group 20 people. Tools used in the research include: 1) Cognitive behavior therapy group 6 activities, IOC value 0.84, along with sucking candy *Vernonia cinerea* (L.) Less, 2 grams (1 tab), 4 times after meals a day for 8 weeks. 2) The collect data was Suan Prung Hospital Stress Assessment (SPST-20) Form Reliability value 0.89, 3) Assess smoking behavior with Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) [Thai Version]. The confidence value was 0.86 4) the World Health Organization Quality of Life Assessment [Thai Version] the confidence value was 0.85, respectively. The statistics used to analyze the data used descriptive statistics and Two - Way MANOVA at Statistically significant at the .05 level.

The results of the study found that after participating in the program, the experimental group had decreased stress and smoking behavior, quality of life improved, Statistically significantly different ($F = 2275.079$, $df = 6$, $p = .000$) and with the control group, it was also found to be statistically significantly different ($F = 8.395$, $df = 3$, $p = .000$) This treatment program is effective and can be used as a guideline to help solve the smoking behavior problems of those who want to quit smoking so that they can quit smoking successfully.

Keywords: Cognitive behavior therapy group/ Candy *Vernonia cinerea* (L.) less/ Smoking behavior

*Corresponding author: Natika Rachabootr, email: rachabootr1108@gmail.com, Tel.: 08 3894 0019

Received: March 1, 2025/ Revised: May 30, 2025/ Accepted: June 20, 2025

บทนำ

การสูบบุหรี่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 9.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.4⁽¹⁾ โดยกลุ่มอายุ 25 - 44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 45 - 59 ปี และ 20 - 24 ปี ตามลำดับ (ร้อยละ 21.0, 19.7 และ 18.5)⁽²⁾ ปัจจัยที่กระตุ้นให้สูบบุหรี่มากขึ้น ได้แก่ ความเครียด (ร้อยละ 34.8) และความจำเป็นต้องเข้าสังคมเพื่อน (ร้อยละ 28.4)⁽³⁾ การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดโรคมามากกว่า 25 ชนิด เพิ่มความเสี่ยงโรคหัวใจ 2 เท่า ถุงลมโป่งพอง 6 เท่า และมะเร็งปอด 10 เท่า⁽⁴⁾ ผู้ที่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่วัยรุ่นมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องถึงร้อยละ 50 โดยครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี นอกจากนี้ควันบุหรี่มือสองยังส่งผลร้ายต่อเด็ก ภายหลังได้รับควันบุหรี่เท่ากันกับผู้ใหญ่ เด็กจะมีระดับนิโคตินในร่างกายสูงกว่าผู้ใหญ่ถึงร้อยละ 70 และยังมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 3 เท่า⁽⁵⁾ ปัญหาการสูบบุหรี่ส่งผลให้รัฐบาลต้องใช้งบประมาณในการดูแล รักษาผู้สูบบุหรี่ และผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองสูงถึง 102,526 ล้านบาทต่อปี ในขณะที่สหประชาชาติมีเป้าหมายลดอัตราการสูบบุหรี่ลงเหลือร้อยละ 30 รวมทั้งเป้าหมายระดับประเทศลดอัตราการสูบบุหรี่ลงเหลือร้อยละ 16.7 ภายในปี 2568 ยังห่างไกลความเป็นจริง⁽²⁾ การส่งเสริมให้เลิกบุหรี่จึงเป็นภารกิจสำคัญที่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความสัมพันธ์ในครอบครัว⁽⁶⁾

การส่งเสริมให้เลิกบุหรี่สามารถดำเนินการได้หลายวิธี ได้แก่ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรม การบำบัดทางจิต การใช้ยาทางจิตเวช และผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย เช่น ยาอมประสมมะแว้ง ยาอมมะขามป้อม กานพลู วิตามินซี และชาชงหญ้าดอกขาว⁽⁷⁾ การให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) ซึ่งพัฒนาโดย Beck มุ่งปรับความคิดที่ไม่เหมาะสมซึ่งเป็นสาเหตุของพฤติกรรมเสพติด โดยเสริมสร้างความคิดใหม่ที่เป็นจริง มีวิธีการเผชิญปัญหาของตนเองมากขึ้น ยอมรับ เข้าใจปัญหาจากการสูบบุหรี่ของตนเองและมีเป้าหมายในการเลิกสูบบุหรี่ที่ชัดเจน มีทักษะในการจัดการปัญหามากขึ้น เพิ่มแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ⁽⁸⁻¹⁰⁾ การสูบบุหรี่มีองค์ประกอบของการติดสารนิโคติน เมื่อหยุดสูบบุหรี่มักเกิดอาการถอนยา การใช้ยาจึงช่วยลดอาการถอนและความอยากสูบบุหรี่ได้⁽¹¹⁾ สมุนไพรไทยหญ้าดอกขาวซึ่งมีสารฟลาโวนอยด์ เทอร์พีน สเตอรอล และไกลโคไซด์ มีฤทธิ์ทำให้เส้นฝาดและช่วยลดความอยากบุหรี่ ปัจจุบันอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2555⁽¹²⁾ การใช้ลูกอมหญ้าดอกขาวร่วมกับ CBT ส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนัก เข้าใจตนเอง และมีเป้าหมายการเลิกบุหรี่ที่ชัดเจน พร้อมทั้งลดอาการถอนนิโคตินได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹³⁾ สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่า การใช้วิธีผสมผสานระหว่างยาและการบำบัดทางพฤติกรรมช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 70 - 80⁽¹⁴⁾

ชุมชนเทศบาลตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นเขตพื้นที่ที่ได้มีการทำบันทึกความเข้าใจความร่วมมือในการทำงานร่วมกับมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดด้านการวิจัย การบริการวิชาการแก่สังคมและการเรียนการสอน มีนโยบายส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างสังคมแห่งความมั่นคงปลอดภัยแก่ประชาชน โดยมีแผนงานโครงการการส่งเสริม ป้องกัน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดของประชาชน⁽¹⁵⁾ ผู้วิจัยได้ดำเนินโครงการบริการวิชาการ โครงการส่งเสริมการ ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ในผู้สูงอายุ ณ ตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ 2562 มีผู้เข้าร่วมโครงการ 45 คน กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโทษภัยของบุหรี่ ร่วมกับการดื่มชาชงหญ้าดอกขาว นาน 8 สัปดาห์ ผลการดำเนินการพบว่าผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 9 คุณภาพชีวิตดีขึ้นร้อยละ 44 ผู้นำชุมชนตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ต้องการให้มีโครงการส่งเสริมการ ลด ละ เลิกพฤติกรรมสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง โดยขยายผลในกลุ่มประชาชนผู้สูบบุหรี่ที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม⁽¹⁶⁾ จากข้อมูลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการนำกลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับลูกอมหญ้าดอกขาว ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ 2) ให้ความรู้โทษและพิษภัยของบุหรี่ 3) ให้ความรู้เรื่องความสัมพันธ์ของความคิด มีอิทธิพลต่ออารมณ์และพฤติกรรมสูบบุหรี่ (ABC model) 4) ฝึกทักษะเทคนิคการสร้างความคิด

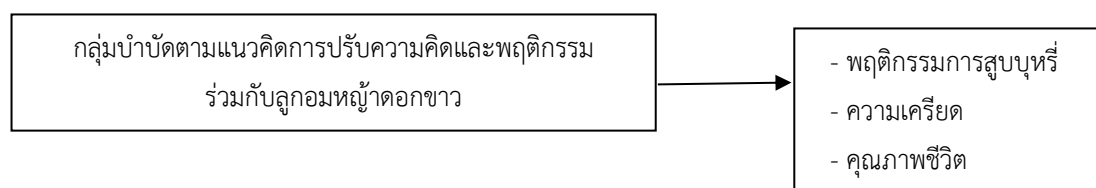
ที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ 5) ฝึกทักษะการจัดการกับอาการถอนพิษบุหรี่ด้วยเทคนิคการปรับพฤติกรรม 6) ฝึกเทคนิคการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ร่วมกับการอมลูกอมหญ้าดอกขาว ปริมาณ 2 กรัม ครั้งละ 1 เม็ด 4 เวลาหลังอาหาร เวลาเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน ทุกวัน นาน 8 สัปดาห์ มาใช้เพื่อช่วยให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการสนับสนุนจิตใจ สามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง ลดความทรมานจากอาการถอนพิษบุหรี่ จนสามารถเลิกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ส่งผลให้ ความเครียดลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระดับความเครียด และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้ากลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการอมลูกอมหญ้าดอกขาว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระดับความเครียด และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างหลังการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การบำบัดตามแนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Beck⁽¹⁷⁾ นำมาปรับใช้เป็นการปรับความคิด ความเชื่อที่ไม่เหมาะสม ด้วยการปรับกระบวนการคิดและเสริมสร้างความคิดใหม่ที่เหมาะสมเป็นจริง การบำบัด จะช่วยสอนให้บุคคลมีความเข้าใจ ยอมรับ และแก้ไขแนวทางการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม มีเทคนิคการป้องกันการใช้บุหรี่ซ้ำ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ 2) ให้ความรู้โทษและพิษภัยของบุหรี่ 3) ให้ความรู้เรื่องความสัมพันธ์ของความคิด มีอิทธิพลต่ออารมณ์และพฤติกรรมสูบบุหรี่ (ABC model) 4) การฝึกทักษะเทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ 5) ฝึกทักษะการจัดการกับอาการถอนพิษบุหรี่ด้วยเทคนิคการปรับพฤติกรรม 6) การฝึกเทคนิคการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ร่วมกับการอมลูกอมหญ้าดอกขาว ปริมาณ 2 กรัม ครั้งละ 1 เม็ด 4 เวลาหลังอาหาร เวลาเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน ทุกวัน นาน 8 สัปดาห์ ร่วมกับการอมลูกอมหญ้าดอกขาว ปริมาณ 2 กรัม ครั้งละ 1 เม็ด 4 เวลาหลังอาหาร เวลาเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน ทุกวัน นาน 8 สัปดาห์ การอมลูกอมหญ้าดอกขาวจะช่วยจัดการอาการที่ทุกข์ทรมานทางกายจากการหยุดสูบบุหรี่ ซึ่งกรอบแนวคิดการวิจัยสรุปได้ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (Two group pretest - posttest design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนที่ต้องการเลิกบุหรี่ในเขตเทศบาลตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 11 หมู่บ้าน จำนวน 85 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่ต้องการเลิกบุหรี่ในเขตเทศบาลตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 40 คน ด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion Criteria) ดังนี้ เป็นผู้ติดบุหรี่ ต้องการเลิกบุหรี่ ไม่มีประวัติเป็นโรคหัวใจและโรคไต สมครใจเข้าร่วมโครงการ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย อ่านและเขียนหนังสือได้ และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด มีความผิดปกติทางระบบประสาท มีภาวะซึมเศร้า มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคตับหรือไตผิดปกติ ใช้สารเสพติดชนิดอื่น เช่น กัญชา เฮโรอีน ปัจจุบันได้รับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่โดยยาชนิดอื่น กำลังตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร และขอถอนตัวออกจากโครงการ จากนั้นจับสลากแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 19 คน (ขอถอนตัวออกจากโครงการเนื่องจากย้ายที่อยู่ไปต่างจังหวัด 1 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ กลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับลูกอมหญ้าดอกขาว อดครั้งละ 1 เม็ด (2 กรัม) วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอนทุกวันติดต่อกันนาน 8 สัปดาห์ ส่วนกิจกรรมกลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ 2) ให้ความรู้โทษและพิษภัยของบุหรี่ 3) ให้ความรู้เรื่องความสัมพันธ์ของความคิด มีอิทธิพลต่ออารมณ์และพฤติกรรมสูบบุหรี่ (ABC model) 4) ฝึกทักษะเทคนิคการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ 5) ฝึกทักษะการจัดการกับอาการถอนพิษบุหรี่ด้วยเทคนิคการปรับพฤติกรรม 6) ฝึกเทคนิคการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ และประเมินผลกิจกรรมดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เวลา 09.00 - 11.00 น. ระยะเวลา 3 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 ประเมินผลหลังเข้าร่วมกลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับลูกอมหญ้าดอกขาว ตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านคือ นักจิตวิทยาคลินิกระดับเชี่ยวชาญ อาจารย์พยาบาลกลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย ค่า IOC เท่ากับ 0.89

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1) แบบประเมินความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง (SPST-20)⁽¹⁸⁾ ซึ่งเป็นแบบประเมินความเครียดมาตรฐานที่สร้างขึ้นเพื่อวัดระดับความเครียดที่เหมาะสมกับคนไทย โดยใช้กรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจและสังคม ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับดังนี้ 5 = รู้สึกเครียดมากที่สุด 4 = รู้สึกเครียดมาก 3 = รู้สึกเครียดปานกลาง 2 = รู้สึกเครียดเล็กน้อย และ 1 = ไม่รู้สึกเครียด จำนวน 20 ข้อ มีเกณฑ์การแปลผลตามช่วงคะแนน ได้แก่ 0 - 23 คะแนน ความเครียดระดับน้อย 24 - 41 คะแนน ความเครียดระดับปานกลาง 42 - 61 คะแนน ความเครียดระดับสูง และ 62 คะแนนขึ้นไป ความเครียดระดับรุนแรง วิจัยผ่านตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

2) ประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ใช้แบบทดสอบการติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) (ฉบับแปลเป็นภาษาไทย)⁽¹⁹⁾ มีข้อคำถาม 6 ข้อ คะแนนเต็มทั้งหมด 10 คะแนน การแปลผลคือ 8 - 10 คะแนน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มีการติดนิโคตินระดับสูง 4 - 7 คะแนน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มีการติดนิโคตินระดับน้อย และ 0 - 3 คะแนน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ไม่ติดนิโคติน วิจัยผ่านตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก [ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย] (WHOQOL - BREF - THAI)⁽²⁰⁾ จำนวนข้อคำถาม 26 ข้อโดยแบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ คือ ไม่ดี ปานกลาง ดี ดังนี้ ด้านร่างกาย 7 - 16 คะแนน (คุณภาพชีวิตไม่ดี) 17 - 26 คะแนน (คุณภาพชีวิตปานกลาง) 27 - 35 คะแนน (คุณภาพชีวิตดี) ด้านจิตใจ 6 - 14 คะแนน (คุณภาพชีวิตไม่ดี) 15 - 22 คะแนน (คุณภาพชีวิตปานกลาง) 23 - 30 คะแนน (คุณภาพชีวิตดี) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 3 - 7 คะแนน (คุณภาพชีวิตไม่ดี) 8 - 11 คะแนน (คุณภาพชีวิตปานกลาง) 12 - 15 คะแนน (คุณภาพชีวิตดี) ด้านสิ่งแวดล้อม 8 - 18 คะแนน (คุณภาพชีวิตไม่ดี) 19 - 29 คะแนน (คุณภาพชีวิตปานกลาง) 30 - 40 คะแนน (คุณภาพชีวิตดี) คุณภาพชีวิตโดยรวม 26 - 60 คะแนน (คุณภาพชีวิตไม่ดี) 61 - 95 คะแนน (คุณภาพชีวิตปานกลาง) และ 96 - 130 คะแนน (คุณภาพชีวิตดี) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าความเที่ยงตรง (validity) เท่ากับ 0.65 และผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับคนที่สูบบุหรี่มาบำบัดให้เลิกบุหรี่ที่โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน แล้วนำมาทดสอบ หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เอกสารรับรองเลขที่ 014/2563 และได้ดำเนินการ ศึกษาภายใต้ขอบข่ายของโครงร่างวิจัย เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจง อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูลและสอบถามความสมัครใจ โดยมีการลงลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ก่อนรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงนายกเทศมนตรี เทศบาลตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบนายกเทศมนตรีชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตเข้าพบเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติสอดคล้องตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น
2. ขึ้นเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดยการนัดหมายการพบกับกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายหรือเชิญชวนร่วมวิจัย โดยเข้าพบกลุ่มทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เวลา 09.00 - 11.00 น. ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ตามตารางนัดหมาย และประเมินผลสรุปข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 8 เวลา 09.00 - 11.00 น. รายละเอียดกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 1 สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ พร้อมทั้งประเมินระดับความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และคุณภาพชีวิต หลังจากนั้นประเมินองค์ประกอบทางความคิดและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สรุปความคิด ความเชื่อ โดยใช้สถานการณ์ในชีวิตประจำวันของผู้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดในมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันภายใต้บรรยากาศกลุ่มที่ผ่อนคลาย ยอมรับกันและกัน รวมทั้งความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ผู้บำบัดช่วยให้สมาชิกกลุ่มมองพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในลักษณะที่เป็นเรื่องปกติทั่วไปที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน (Normalization technique) เชื่อมโยงเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง และตั้งเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ พร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดี และวิธีการใช้ลูกอมหมятаดอกขาวขนาด 2 กรัม วิธีการใช้: วันละ 4 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน ใช้อย่างต่อเนื่องกันทุกวันเป็นเวลา 8 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ โดยอ้างอิงจากประสบการณ์ตรงของผู้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดที่มีประสบการณ์การสูบบุหรี่และได้รับผลจากพิษภัยของบุหรี่ พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลกระทบที่ได้รับ เรียนรู้เกี่ยวกับความคิด

อัตโนมัติในแง่ลบที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ผ่านเหตุการณ์ในอดีต สรุปลงสิ่งที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน และนัดหมายการเข้าร่วมกลุ่มในสัปดาห์ถัดไป

สัปดาห์ที่ 2

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามแนวคิด ABC Model ทบทวนและอภิปรายความคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ผ่านเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ฝึกทักษะการวิเคราะห์ความคิดด้านลบโดยใช้เทคนิคหาหลักฐานสนับสนุนหรือโต้แย้งความคิด (Evidence Counter-Evidence) และนำไปสู่ความคิดที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Restructuring) ด้วยเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดโดยการตั้งคำถามแบบโสเครติส (Socratic Questioning) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดสามารถตรวจสอบและเปลี่ยนแปลงความคิดบิดเบือนให้มีเหตุผลมากขึ้นจากสถานการณ์จริง ช่วยให้เข้าใจความเชื่อมโยงของความคิดกับผลลัพธ์ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม ยอมรับและปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่มีเหตุและผลตามความเป็นจริง ร่วมกันสรุปบทเรียนและมอบหมายการบ้านเพื่อฝึกทักษะ พร้อมนัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งถัดไป

สัปดาห์ที่ 3

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการจัดการอาการถอนพิษนิโคตินด้วยเทคนิคการปรับพฤติกรรม (Behavioral Techniques) เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย และการปรับมุมมองเพื่อรับมือกับสถานการณ์ในปัจจุบัน เสริมสร้างทักษะการควบคุมตนเอง (Self-control) และทดลองใช้แนวคิดใหม่ในรูปแบบต่างๆ ที่สามารถช่วยจัดการกับปัญหาของตนเอง เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการเลิกบุหรี่

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง พร้อมทั้งประเมินผลการนำกิจกรรมที่ผ่านมาไปใช้สำหรับเลิกบุหรี่ ทบทวนเนื้อหาและทักษะที่ได้รับ โดยเน้นการจัดการอาการอยากบุหรี่ การเผชิญปัญหา และการควบคุมตนเอง เพื่อสะท้อนความก้าวหน้าการเปลี่ยนแปลงของตนเองชัดเจนในการเลิกสูบบุหรี่ยิ่งขึ้น และเสริมแรงจิตใจในการปรับตัว นัดหมายการเข้าร่วมกลุ่มในสัปดาห์ที่ 8

สัปดาห์ที่ 8

ขั้นตอนประเมินผล ทบทวนการใช้ทักษะในการจัดการอาการอยากสูบบุหรี่ตามแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เน้นการประยุกต์ใช้ทักษะการเผชิญปัญหาและการควบคุมตนเองที่ได้ฝึกฝนมา เพื่อเสริมแรงจิตใจในการเลิกบุหรี่อย่างยั่งยืน ทำการประเมินระดับความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และคุณภาพชีวิต เพื่อสรุปผลลัพธ์ของโครงการ สิ้นสุดโครงการ

กลุ่มควบคุม เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดแบบปกติ ร่วมกับลูกอมหญ้าดอกขาว รายละเอียดกิจกรรมมีดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ พร้อมทั้งประเมินระดับความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และคุณภาพชีวิต หลังจากนั้นประเมินองค์ประกอบทางความคิดและพฤติกรรม การสูบบุหรี่ สรุปลงความคิด ความเชื่อ โดยใช้สถานการณ์ในชีวิตประจำวันของผู้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดในมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ภายใต้บรรยากาศกลุ่มที่ผ่อนคลาย ยอมรับกันและกัน รวมทั้งความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ตั้งเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ พร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดี และวิธีการใช้ลูกอมหญ้าดอกขาวขนาด 2 กรัม วิธีการใช้: วันละ 4 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน ใช้ต่อเนื่องกันทุกวันเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ให้ข้อมูลสถานบริการสุขภาพที่สามารถเข้ารับคำปรึกษาและช่วยเหลือเมื่อต้องการ รวมทั้ง วัน เวลาที่เปิดบริการ ที่สามารถเข้ารับบริการได้

สัปดาห์ที่ 8 ประเมินระดับความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และคุณภาพชีวิต เพื่อสรุปผลลัพธ์ของโครงการ สิ้นสุดโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบระดับความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้ากลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับลูกอมหญ้าดอกขาว ด้วยสถิติ Two - Way MANOVA ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
3. เปรียบเทียบระดับความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างหลังการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Two - Way MANOVA ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เป็นเพศชายร้อยละ 100 กลุ่มทดลองอายุต่ำสุด 45 ปี อายุสูงสุด 75 ปี อายุเฉลี่ย 62 ปี สถานะภาพสมรส ร้อยละ 80 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80 กลุ่มควบคุมอายุต่ำสุด 41 ปี อายุสูงสุด 74 ปี อายุเฉลี่ย 57 ปี สถานะสมรส ร้อยละ 84.2 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 78.9 และ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 90)

2. ผลการเปรียบเทียบระดับความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้ากลุ่มบำบัด

2.1 ระดับความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง ก่อนทดลองมีความเครียดอยู่ในระดับสูง หลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 47.70$, S.D. = 12.61; $\bar{X} = 29.80$, S.D. = 8.52) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อนทดลองอยู่ในระดับน้อย หลังการทดลองไม่ติดนิโคติน ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = 1.73 ; $\bar{X} = 1.15$, S.D. = 1.53) และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 88.45$, S.D. = 4.96; $\bar{X} = 97.55$, S.D. = 4.97) ส่วนกลุ่มควบคุม มีความเครียดก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 37.79$, S.D. = 9.03 ; $\bar{X} = 38.00$, S.D. = 9.33) พฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับน้อย ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 1.73; $\bar{X} = 3.53$, S.D. = 1.74) คุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 93.05$, S.D. = 8.65 ; $\bar{X} = 92.47$, S.D. = 8.65)

2.2 ผลการเปรียบเทียบระดับความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้ากลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับลูกอมหญ้าดอกขาว โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณแบบทางเดียว โดยใช้สถิติ Hotelling T² การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของความสัมพันธ์ภายในกลุ่มของตัวแปรตาม โดยใช้ Bartlett's Test of Sphericity ในการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างค่าของตัวแปรตาม คือ ความเครียด พฤติกรรมการเลิกบุหรี่และคุณภาพชีวิต พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .000$) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบความแปรปรวนตัวแปรพหุนาม จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเข้าโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับลูกอมหญ้าดอกขาว หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 2275.079$, $df = 6$, $p = .000$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่และคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังเข้าร่วมบำบัดตามแนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับลูกอมหญ้าดอกขาว

Effect	Multivariate Tests	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pre -Post	Pillai's Trace	.999	2275.079 ^b	6.000	14.000	<.001
	Wilks' Lambda	.001	2275.079 ^b	6.000	14.000	<.001
	Hotelling's Trace	975.034	2275.079 ^b	6.000	14.000	<.001
	Roy's Largest Root	975.034	2275.079 ^b	6.000	14.000	<.001

Bartlett's Test: Likelihood Ratio = .000, Approx. Chi-Square = 105.427, p = .000

เมื่อแยกตามตัวแปรความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่และคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่อง Compound Symmetry ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำโดยใช้สถิติ Mauchly's Test of Sphericity พบว่า ความแปรปรวนจากการวัดซ้ำมีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (Mauchly's = 1.00, Chi-Square = .00, df = 0, p = .000) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ผลการเปรียบเทียบรายตัวแปรตาม พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับลูกอมหญ้าดอกขาวกลุ่มตัวอย่างมีความเครียด พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ลดลง และคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F = 455.92, df = 1, p = .000 และ F = 137.33, df = 1, p = .000 ตามลำดับ)

3. ผลการเปรียบเทียบระดับความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างหลังการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณแบบทางเดียว (Multivariate Analysis of Variance: One-Way MANOVA) โดยการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของความเป็นเอกพันธ์ของเมตริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม (Homogeneity of variance-covariance matrices) ของตัวแปรโดยใช้ Box's M test of Covariance Matrices และความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน (Equality of error variances) พบว่า เมตริกซ์ความแปรปรวน - ความแปรปรวนร่วม ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับลูกอมหญ้าดอกขาว แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Box's M = 7.230, F = 1.098, p = .361) กล่าวคือ เมตริกซ์ความแปรปรวน - ความแปรปรวนร่วม ของกลุ่มตัวอย่างมีความเป็นเอกพันธ์กัน และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ(one-way MANOVA) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม โดยใช้ Bartlett's Test of Sphericity พบว่า ความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่และคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .000) เปรียบเทียบความเครียด พฤติกรรมการเลิกบุหรี่และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับลูกอมหญ้าดอกขาวกับกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมฯ แบบปกติ ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณแบบทางเดียว (Multivariate Analysis of Variance: One-Way MANOVA) พบว่าความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลง และคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F = 8.395, df = 3, p = .000) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่และคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้ากลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับลูกอมหญ้าดอกขาว

	Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Group	Pillai's Trace	.418	8.395 ^b	3.000	35.000	<.001
	Wilks' Lambda	.582	8.395 ^b	3.000	35.000	<.001
	Hotelling's Trace	.720	8.395 ^b	3.000	35.000	<.001
	Roy's Largest Root	.720	8.395 ^b	3.000	35.000	<.001

Box's M = 7.230, F = 1.098, p=.361

Bartlett's Test: Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy = .000

Approx. Chi-Square = 77.293, df = 5 , Sig. = .000

เมื่อแยกตามตัวแปรความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับความเป็นเอกพันธ์กันของความแปรปรวนในแต่ละตัวแปรตาม พบว่า ความแปรปรวนของความเครียดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับลูกอมหญ้าดอกขาว และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .831$) และความแปรปรวนของพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .049$) และความแปรปรวนของคุณภาพชีวิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .750$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์แยกตามตัวแปรความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่และคุณภาพชีวิต

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	ความเครียด	655.159 ^a	1	655.159	8.225	.007
	คุณภาพชีวิต	230.688 ^b	1	230.688	4.755	.036
	พฤติกรรมการสูบบุหรี่	55.021 ^c	1	55.021	20.504	<.001
Intercept	ความเครียด	44789.723	1	44789.723	562.303	<.001
	คุณภาพชีวิต	352611.304	1	352611.304	7268.087	<.001
	พฤติกรรมการสูบบุหรี่	213.072	1	213.072	79.403	<.001
Group	ความเครียด	655.159	1	655.159	8.225	.007
	คุณภาพชีวิต	230.688	1	230.688	4.755	.036
	พฤติกรรมการสูบบุหรี่	55.021	1	55.021	20.504	<.001
Error	ความเครียด	2947.200	37	79.654		
	คุณภาพชีวิต	1795.055	37	48.515		
	พฤติกรรมการสูบบุหรี่	99.287	37	2.683		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Total	ความเครียด	48144.000	39			
	คุณภาพชีวิต	355332.000	39			
	พฤติกรรมการสูบบุหรี่	362.000	39			

Levene's Test : ความเครียด F = .160 Sig. = .691 : คุณภาพชีวิต F = 4.145 Sig. = .049;
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ F = .103, Sig. = .750

อภิปรายผลการวิจัย

ประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดตามแนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับลูกอมหญ้าดอกขาว ช่วยให้กลุ่มทดลองซึ่งเข้าร่วมกลุ่มบำบัดฯ มีความเครียดลดลง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงได้สำเร็จเพิ่มขึ้น และคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มบำบัดฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดแล้วยังพบว่ากลุ่มทดลอง มีความเครียดลดลง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงได้สำเร็จเพิ่มขึ้น และคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการบำบัดตามแบบปกติร่วมกับลูกอมหญ้าดอกขาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากสมาชิกกลุ่มทุกคนมีสัมพันธภาพที่ดี ให้ความเคารพซึ่งกันและกัน เกิดความรู้สึกว่ายังมีคนสนใจและใส่ใจต่อความรู้สึกของตนเอง รวมไปถึงการได้รับการยอมรับความจริงใจจากสมาชิกกลุ่ม บรรยากาศผ่อนคลาย ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น คงความต่อเนื่องตลอดการบำบัด มีโอกาสได้ระบายความรู้สึกทุกข้อ รวมทั้งให้ข้อมูลด้านความเชื่อ ความคิด และสิ่งที่กังวลตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงออกมา ซึ่งสอดคล้องกับ Beck⁽¹⁷⁾ ที่กล่าวว่า สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่ดีที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเป็นมนุษย์ ให้ความเคารพซึ่งกันและกัน ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น คงความต่อเนื่องตลอดการบำบัด ส่งผลให้สมาชิกกลุ่มให้ข้อมูลด้านความเชื่อ ความคิด และสิ่งที่กังวลตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงโดยที่ไม่รู้สึกว่าการส่งลูกสูบ ชัก หรือตำหนิ นอกจากนี้ เทคนิคการทำให้เป็นเรื่องราวธรรมดา (normalization technique) จะช่วยให้มองพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องราวธรรมดา สามารถเกิดขึ้นได้กับคนทั่วไป ถ้าต้องอยู่ในเหตุการณ์เช่นเดียวกัน ไม่ได้มีความผิดปกติแต่อย่างใด ในขณะที่เดียวกันหากเรามีเป้าหมายในการเลิกสูบบุหรี่เราก็สามารถทำได้เช่นกัน ซึ่งเทคนิคนี้จะลดความรู้สึกถูกตีตรา สร้างความหวัง ช่วยส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มมีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ การมีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องโทษและผลกระทบ ของบุหรี่ โดยการให้ความรู้ผ่านประสบการณ์ของแต่ละคน เมื่อผู้วิจัยสอนเรื่องเดิมซ้ำ จึงเกิดการเรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบจากการสูบบุหรี่ของตนเองดีมาก ทั้งนี้เนื่องจากพื้นฐานที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการเลิกสูบบุหรี่ เคยมีประสบการณ์ในการเรียนรู้ที่จะพยายามเลิกบุหรี่มาก่อนหลายครั้งแต่ยังเลิกบุหรี่ไม่ได้ เมื่อเข้าใจ ยอมรับโทษ และผลกระทบของบุหรี่ อธิบายว่าความคิด อารมณ์ พฤติกรรม มีความสัมพันธ์กัน เชื่อมโยงถึงกันหมดเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ก็จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับองค์ประกอบอื่นตาม ตลอดจนการพัฒนาทักษะสำคัญในการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ทักษะการเผชิญปัญหา ทักษะการจัดการอารมณ์ และทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริม กระตุ้น ให้กำลังใจ รวมทั้งสมาชิกภายในกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันทั้งความรู้ และประสบการณ์ ทำให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของเพื่อน⁽²¹⁾ ส่วนการอภิปรายสรุปประเด็นการเรียนรู้ร่วมกัน จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้นว่าจะสามารถสูบบุหรี่ลดลงได้ การนำเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงทางกระบวนการคิดที่สมเหตุสมผลมากขึ้น ทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ⁽¹³⁾ อธิบายว่าความคิด อารมณ์ พฤติกรรม มีความสัมพันธ์กัน เชื่อมโยงถึงกันหมด เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ก็จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับองค์ประกอบอื่น

ตามความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการเลิกบุหรี่ให้ได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จอย่างต่อเนื่อง เมื่อสมาชิกกลุ่มเลิกสูบบุหรี่และมีการถอนนิโคติน การอมลูกอมหล้าดอกขาวจะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการถอนนิโคตินได้เนื่องจากหล้าดอกขาวมี สารกลุ่มฟลาโวนอยด์ เทอร์พีน สเตอรอล และสารกลุ่มไกลโคไซด์ ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้ลื่นปาก หรือชาลิ้น ไม่รับรู้รสชาติ ทำให้รู้สึกอยากบุหรี่ เหมือนกลิ่นบุหรี่เมื่อสูบลแล้วรู้สึก อายากอาเจียน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดลชนา อีสริยานันท์, นวลัย พิษชาติ, อุบล ชุ่มจินดา, วิเนตรา แน่นหนา และนภวรรณ แก้ววังอ้อ และศรินทร์พย หมื่นแสน^(12,22) ที่พบว่าลูกอมหล้าดอกขาวใช้ในการลดความอยากบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่ได้ โดยระยะเวลาที่ใช้ได้ผลคือใช้ต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ ซึ่งถ้าใช้ในระยะเวลาที่นานขึ้นอาจจะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น⁽²³⁾ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จและความก้าวหน้าเกี่ยวกับความคิดและพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของตนเอง เป็นแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง เมื่อมีสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดความเครียด สามารถนำทักษะการเผชิญปัญหา การควบคุมตนเองที่ได้จากการฝึกทักษะไปใช้ในการจัดการความเครียดด้วยเทคนิคการปรับพฤติกรรม (Behavior technique) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹³⁾ สอดคล้องกับรายงานการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการรักษาผู้ติดบุหรี่พบว่าการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการใช้ยาและการบำบัดทางพฤติกรรมจะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้มากกว่าการใช้วิธีอื่นมากถึงร้อยละ 70 - 80⁽¹⁴⁾ ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จส่งผลให้ระดับความเครียดลดลง จากรายงานผลการศึกษาเปรียบเทียบคนที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เลิกบุหรี่ไม่ได้ และไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่เลย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าคนที่เลิกบุหรี่ไม่ได้มีระดับความเครียดสูงกว่า⁽²⁴⁾ ทั้งนี้ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อมและสัมพันธภาพด้านสังคมของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ด้วย โดยมีผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลแม่ไร่ อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย พบว่าผู้สูบบุหรี่มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ รวมทั้งผู้เลิกสูบบุหรี่สามารถกลับสู่สังคมได้อย่างมั่นใจ ลูกหลานยอมให้เข้าใกล้และยอมให้อุ้ม ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของคนที่เลิกสูบบุหรี่ดีขึ้น⁽⁶⁾ แนวคิดทฤษฎีนี้จึงสามารถนำไปใช้ในการบำบัดบุคคลที่มีปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมได้ สอดคล้องกับการใช้แนวคิดการปรับความคิด พฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น สามารถปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม การสูบบุหรี่ได้สำเร็จ⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ยัง ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้การจัดการกับความเครียดที่บิดเบือนเกี่ยวกับสารเสพติด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืนในการเลิกสารเสพติด⁽²⁵⁾

สรุป

กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับลูกอมหล้าดอกขาว สามารถพัฒนาความคิดให้มีเหตุมีผล มีวิธีการคิดเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (เลิกบุหรี่ได้) ลดความเครียด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเพื่อช่วยให้ผู้มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ในชุมชนสามารถลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (เลิกสูบบุหรี่ได้)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติทางโรงพยาบาล สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานด้านการลด ละ เลิก และบำบัดผู้ติดบุหรี่ในชุมชน ให้มีความเหมาะสมในบริบทของแต่ละพื้นที่
2. นำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเพื่อพัฒนาการบำบัดผู้ติดสูบบุหรี่ในชุมชน และศึกษาเปรียบเทียบผลของการบำบัดกับพื้นที่อื่นเพิ่มเติม โดยมีการติดตามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี เพื่อยืนยัน ประสิทธิภาพของโปรแกรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาแบบทดลองโดยใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับลูกอมหล้าดอกขาว เพื่อลดพฤติกรรมสูบบุหรี่ ลดความเครียด และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ต้องการเลิกบุหรี่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว และสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ผู้นำชุมชนและประชาชนตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดที่ให้การสนับสนุนอย่างดียิ่งทำให้การศึกษานี้บรรลุผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
2. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2566.
3. ศรีนคร มังคะมณี, สุพิศ บุญลาภ, วณิดา ขวเจริญพันธ์, อ้อมใจ พลกายา, กนิพันธ์ ปานณรงค์, ลลิต ศิริทรัพย์จันทน์. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่กรณีศึกษาจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(4):106-16.
4. เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. คู่มือการเลิกบุหรี่สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สันทวิกิจ พรินต์; 2561.
5. เพชรรัตน์ กิจสนาโยธิน. ความชุกและผลกระทบทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ของประชาชนวัยทำงาน จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก. 2563;7(3):40-53.
6. รัชณี มิตกิตติ, ประภัสสร ธรรมเมธา, ขวัญชนก เหล่าสุนทร, เชษฐกานต์ เหล่าสุนทร. คุณภาพชีวิตของผู้ที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ไร่ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. Health Sci J Thai. 2022;4(1):44-53.
7. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2563.
8. พรหมพร ลิวิโรจน์, บุญรัตน์ ไ้วตระกูล, ดาริกา กุลแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นนอกระบบการศึกษาและผลการพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดการสูบบุหรี่. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2560;37(4):76-91.
9. รัชตะ รอดสูงเนิน, ธนากร เสถียรพูนสุข, สาธิต สีเสนสุข, วัชรกร หวังหุ่นกลาง, วันฉัตร โสฬส. แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). 2564;15(2):362-76.
10. Umaru Y, Abdullahi MI, Oliagba O, Sambo S. The effect of Cognitive Restructuring Intervention on Tobacco Smoking Among Adolescence in Senior Secondary School in Zaria Kaduna State, Nigeria. Eur Sci J. 2014;10(5):922-44.
11. Muhammad M, Waseem UH, Suresh CA, Pritpal S. Pharmaceutical interventions: A solution to stop smoking. Pharm Pract. 2022;20(2):1-10.
12. ศรีนทิพย์ หมั่นแสน. สมุนไพรดอกขาว ทางเลือกสำหรับลดความอยากบุหรี่. วารสารเพื่อการวิจัยและพัฒนาองค์การเภสัชกรรม. 2560;24(3):16-20.
13. ณีจิกา ราชบุตร. การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรดอกขาว: เสี่ยงสะท้อนผู้เลิกบุหรี่. วารสารสุขศึกษา. 2566;46(2):1-14.
14. Anna-Marie M, Faraz S, Omara D. An evidence-based guide to smoking cessation therapies. J Prescribing Pract. 2023;5(8):324-33.
15. เทศบาลตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. แผนพัฒนาท้องถิ่น พ.ศ. 2561–2565 [อินเทอร์เน็ต]. ร้อยเอ็ด: เทศบาลตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 23 มิ.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thamuang101.go.th/wp-content/uploads/2022/01>

16. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด. รายงานผลการดำเนินการโครงการส่งเสริมการ ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ใน ผู้สูงอายุ ณ ตำบลท่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดเสลภูมิ 2562. ร้อยเอ็ด: มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด; มปท.
17. Beck AT. Cognitive Therapy and The Emotional Disorder. New York: International Universities Press; 1976.
18. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมพ์มาศ ตาปัญญา. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง. วารสารสวนปรง. 2540;13(3):1-20.
19. ผ่องศรี ศรีมรกต. การบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่. กรุงเทพฯ: NP Press Limited Partnership; 2550.
20. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2543;8(2):110-1.
21. เขมิกา ณภัทรเดชาชนนท์, ภักวรินทร์ ภักทศิริสมบุญ, จิรัชญา เหล่าคมพุดาจารย์. ผลของโปรแกรมการลดการสูบบุหรี่โดยใช้การ รับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการลดการสูบบุหรี่อย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาที่ติดบุหรี่. วารสารสุขภาพและการศึกษา พยาบาล. 2566;29(2):1-15.
22. ดลนชา อีสริยานันท์, นวลใย พิเศษชาติ, อุบล ชุ่มจินดา, วิเนตรา แนนหนา, นภวรรณ แก้ววังอ้อ. ผลของลูกอมสมุนไพรดอกขาว ในการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชน ชุมชนบางเตย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี. 2566;31(2):142-52.
23. กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก. หลอดดอกขาว-มะนาว ช่วยเลิกบุหรี่ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2020/05/19460>
24. Seong-Jun K, Wonjeong C, Woo-Hyun P, Min-Ho P, Eun-Cheol P, Sung-In J. The impact of smoking cessation attempts on stress levels. BMC Public Health. 2019;19(267):1-9.
25. อมาวสี กลั่นสุวรรณ. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการ เปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.

ประสิทธิผลของนวัตกรรมลูกกลิ้งล้อยางยืดต่ออาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล

อภิรดี สุขแสงดาว¹ พิชญาณัฐ แก้วอำไพ^{2*}

^{1,2*}อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

บทคัดย่อ

โปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรมลูกกลิ้งล้อยางยืด เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความปวดของกล้ามเนื้อหลังส่วนบนในนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการใช้ และเพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจหลังใช้นวัตกรรมลูกกลิ้งล้อยางยืดบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ชั้นปีที่ 3 ที่มีอายุตั้งแต่ 20 - 21 ปี จำนวน 30 คน โดยการสุ่มเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรม “ลูกกลิ้งล้อยางยืด” และคู่มือการใช้นวัตกรรม 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการปวด แบบประเมินความปวด และแบบประเมินความพึงพอใจหลังการใช้นวัตกรรมลูกกลิ้งล้อยางยืดขนาดบ่า สะบัก ไหล่ ซึ่งมีสัมประสิทธิ์ Cronbach’s alpha ความพึงพอใจหลังการใช้นวัตกรรมลูกกลิ้งล้อยางยืดขนาดบ่า สะบัก ไหล่ เท่ากับ .82 และแบบประเมินความปวด (Numeric rating scales: NRS) เท่ากับ .71 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon Sign Rank Test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนความพึงพอใจนวัตกรรมของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.58) ดังนั้นนวัตกรรม “ลูกกลิ้งล้อยางยืด” จัดเป็นอุปกรณ์ที่สามารถใช้ในการบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนได้ และกลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะว่า ควรเพิ่มระยะเวลาในการใช้งานนวัตกรรมให้นานขึ้น

คำสำคัญ: นวัตกรรม/ นักศึกษาพยาบาล/ ปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน/ ลูกกลิ้งล้อยางยืด

*ผู้รับผิดชอบบทความ: พิชญาณัฐ แก้วอำไพ, อีเมล: phitchayanat@knc.ac.th, โทร.: 09 1017 2114

Received: 9 เมษายน 2568/ Revised: 11 มิถุนายน 2568/ Accepted: 20 มิถุนายน 2568

The Effectiveness of Elastic Wheel Rollers Innovation for Shoulder Pain and Satisfaction among Nursing Students

Apiradee Sooksangdow¹ Phitchayanat Kaewampai^{2*}

^{1, 2*}Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

Abstract

The Effectiveness of elastic wheel roller innovation is a quasi-experimental research with one-group. The objectives are to compare the pain in the shoulder muscles among nursing students before and after using the elastic wheel roller innovation, and to study the level of satisfaction after using the elastic wheel roller innovation to relieve shoulder muscle pain in nursing students. The sample group was 30 third-year nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, aged 20-21 years, by purposive sampling. The research instruments were divided into two parts as follow: 1) The experimental equipment consisted of a Nursing innovation program “Elastic Wheel Rollers” and a manual of the innovation, 2) Instruments for data collection, consisted of personal data questionnaire, shoulder pain interview form, a pain scale, and satisfaction assessment. The Cronbach's alpha coefficient of satisfaction assessment was 0.82 and the pain assessment (Numeric rating scales: NRS) was .71. Data were analyzed by descriptive statistics and testing with the Wilcoxon Sign Rank Test.

The research results showed that the samples had significantly decreased shoulder pain ($p < .001$). Most of them had a high level of satisfaction on the nursing innovation program (Mean = 4.41, SD = 0.58). The innovation “Elastic Wheel Roller” is an equipment that could be used to decrease musculoskeletal discomfort at shoulders. They suggested that there should be longer period in using the innovation.

Keywords: Innovation/ Nursing students/ Shoulder pain/ Elastic roller wheel

*Corresponding author: Phitchayanat Kaewampai, email: phitchayanat@knc.ac.th, Tel.: 09 1017 2114

Received: April 9, 2025/ Revised: June 11, 2025/ Accepted: June 20, 2025

บทนำ

อาการปวดคอและไหล่ เกิดจากกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของกระดูกสันหลังส่วนคอ เส้นประสาท หรือ กล้ามเนื้อ อัตราการเกิดอาการปวดคอและไหล่ในประชากรวัยผู้ใหญ่สูงขึ้น⁽¹⁾ ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตของคนในปัจจุบัน มีหลายสิ่งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อ เช่น ทำงานหน้าคอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน ไม่มีการเคลื่อนไหว อยู่ในอิริยาบถเดิมซ้ำๆ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานกว่า 4 - 6 ชั่วโมงต่อวัน รวมถึงการมีความเครียดสะสม และความเหนื่อยล้าจากการทำงานจะก่อให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย กล้ามเนื้อ และเนื้อเยื่ออ่อน⁽²⁾ จากระบบ คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน จำนวน 109,699 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 ซึ่งมีจำนวน 107,995 ราย⁽³⁾ อาการปวดคอและไหล่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สร้างความไม่สุขสบายเนื่องจากกล้ามเนื้อบริเวณไหล่และหลังส่วนบนเป็นส่วนที่ควบคุมท่าทางและการเคลื่อนไหว ซึ่งจำเป็นต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน การทำงาน รวมทั้งการเรียน ปัจจุบันเนื่องจากภาวะการศึกษาที่เพิ่มขึ้น นักเรียนนักศึกษาจำนวนมากจึงออกกำลังกายไม่เพียงพอ เวลาที่ใช้ในกิจกรรมกลางแจ้งที่ลดลง รูปแบบการเรียนรู้ และพฤติกรรมประจำวันเปลี่ยนไปพึ่งพาอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในการเรียนและการใช้ชีวิตเพิ่มขึ้น ทำให้แนวโน้มการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณนี้รุนแรงขึ้น⁽⁴⁾ การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้ท่าทางไม่เหมาะสม เช่น การนั่งยื้นคอมองจอคอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต และโทรศัพท์ การก้มคอทำงาน การสะพายกระเป๋าหนัก ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจากการทำงานหรือปัญหาออฟฟิศซินโดรม (Office syndrome) คือ อาการปวดหลังส่วนบน ได้แก่ บ่า สะบัก และไหล่ เนื่องจากกล้ามเนื้อบริเวณหลังส่วนบนทั้งสามส่วนถูกเชื่อมติดกันด้วยข้อต่อ เส้นเอ็น และกล้ามเนื้อ จึงเรียกว่าเป็นบริเวณเดียวกัน (Shoulder Girdle) อีกทั้งกล้ามเนื้อทั้งสามส่วนมีจุดเกาะจากกระดูกคอ และหัวไหล่ กล้ามเนื้อทั้งสามส่วนนั้นเชื่อมติดกันกับกล้ามเนื้อคอ (Trapezius) เมื่อมีการใช้อิริยาบถไม่เหมาะสม เกิดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อส่วนนั้นเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดความปวดเรื้อรังขึ้น⁽⁴⁻⁵⁾ การรักษาอาการปวดในระยะแรกเน้นการรักษาเพื่ลดอาการปวด ได้แก่ การรับประทานยาแก้ปวด และยาต้านอักเสบ (Analgesic drugs) โดยใช้ยาในกลุ่ม (Non-Steroidal Anti Inflammation Drugs; NSAIDS) ในปริมาณที่น้อยที่สุดและระยะเวลาสั้นที่สุด หรือการใช้ยาชาเฉพาะที่ ยาสมุนไพร และการหยุดเคลื่อนไหวบริเวณที่มีความปวด การออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการใช้นวัตกรรมเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ ซึ่งเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่⁽⁶⁾

จากการสำรวจนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ปีการศึกษา 2567 จำนวน 353 คน ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นช่วงอายุของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่ามีการทำงานหน้าคอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต และโทรศัพท์นานเกินวันละ 2 ชั่วโมงขึ้นไป และการดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้ท่าทางไม่เหมาะสม จึงทำให้เกิดความปวดของบริเวณหลังส่วนบน ส่งผลต่อการเรียน การขึ้นฝึกปฏิบัติงาน และการใช้ชีวิตประจำวัน⁽¹⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาผลการใช้นวัตกรรมลูกกลิ้งคลายปวดนวดตัวเอง พบว่า ลักษณะของนวัตกรรมนั้นเป็นลูกกลิ้งอิสระที่มีด้ามจับ ความยาวของด้าม หรือความห่างระหว่างมือที่จับด้ามกับลูกกลิ้งขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ใช้ชาวด เพราะระยะที่ห่างมากทำให้มีแรงกดน้อย⁽⁷⁾ ขณะเดียวกันยังไม่มีการศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมที่มีลักษณะใกล้เคียงกับนวัตกรรมลูกกลิ้งคลายปวดนวดตัวเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมที่ช่วยบรรเทาความปวด ซึ่งเป็นการพัฒนานวัตกรรมเกี่ยวกับลูกกลิ้งคลายปวดบรรเทาอาการปวดหลังส่วนบนจากปัญหาออฟฟิศซินโดรม เป็นนวัตกรรมด้านผลิตภัณฑ์ (Product innovation project) จากวัสดุที่มีราคาเหมาะสมและหาได้ง่าย เช่น ล้อยาง สายรัดยางยืด ลูกกลิ้งไม้ นำมาพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ ในการใช้งานล้อยางยืดบรรเทาอาการปวด ส่วนที่สำคัญ คือ ลูกกลิ้งส่วนบนบ่า ทำหน้าที่กดลงตรงจุดบริเวณหลังส่วนบน ได้แก่ บ่า สะบัก และไหล่ เป็นการนวดบริเวณกล้ามเนื้อที่เกิดอาการปวด ช่วยยับยั้งการส่งกระแสประสาทของความปวด ทำให้มีการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และส่งผลให้แขนเกิดการออกแรง ได้มีการบริหารจากการดึงที่จับร่วมด้วย โดยการขยับของข้อต่อและยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อใช้แรงดึงลูกกลิ้งให้ขยับ

ขึ้น ลงพร้อมกัน และล้อบริเวณกลางหลังที่ช่วยนวด คลายกล้ามเนื้อในส่วนนั้น เกิดการผ่อนคลาย และเกิดกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิต จึงนำนวัตกรรมนี้ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อทดสอบประสิทธิผลของนวัตกรรมลูกกลิ้งล้อย่างยืดบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนในนักศึกษาพยาบาล

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน ก่อนและหลังใช้นวัตกรรมลูกกลิ้งล้อย่างยืดในนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจหลังใช้นวัตกรรมลูกกลิ้งล้อย่างยืดบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนในนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานงานวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลมีค่าคะแนนความปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน หลังใช้นวัตกรรมลูกกลิ้งล้อย่างยืดน้อยกว่าก่อนใช้
2. ระดับความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลหลังใช้นวัตกรรมลูกกลิ้งล้อย่างยืด อยู่ในระดับดีขึ้นไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้เริ่มจากผู้วิจัยคิดค้นประดิษฐ์ นวัตกรรมลูกกลิ้งล้อย่างยืด ซึ่งเป็นนวัตกรรมทางการพยาบาลที่พัฒนาต่อยอดมาจากการวิจัยเดิม⁽⁷⁾ เพื่อนำไปใช้ในนักศึกษาพยาบาลที่มีปัญหาปวดบริเวณคอ บ่า ไหล่ และหลังส่วนบน ในรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพคาดหวังผลลัพธ์ทางการส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น ใช้แนวคิดการสร้างนวัตกรรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเริ่มจากพบปัญหานักศึกษามีอาการปวดบริเวณกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ และหลังส่วนบนจากการนั่งทำงานเป็นเวลานาน โดยไม่มีการเคลื่อนไหวที่เพียงพอ นั่งทำงานหน้าคอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต โทรศัพท์มากยิ่งขึ้น โดยนานเกินวันละ 2 ชั่วโมงขึ้นไป หรือการดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้ท่าทางไม่เหมาะสมระหว่างวัน เมื่อนั่งทำงานเป็นเวลานาน โดยไม่มีการเปลี่ยนอิริยาบถของร่างกายจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจากการทำงานหรือปัญหาออฟฟิศซินโดรม (Office syndrome) คือ อาการปวดหลังส่วนบน ได้แก่ บ่า สะบัก ไหล่ และคอ กล้ามเนื้อทั้งสามส่วนนี้เชื่อมติดกันกับกล้ามเนื้อคอ (Trapezius) เมื่อมีการใช้อิริยาบถไม่เหมาะสมหรือความไม่สมดุลจากการใช้งานมากเกินไปของร่างกาย จะส่งผลให้มีการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อในส่วนนั้นตลอดเวลาและยาวนาน จึงส่งผลให้เกิดความปวดขึ้นในที่สุด ผู้วิจัยหาแนวทางการแก้ไขปัญหา วิเคราะห์ความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง จนเกิดเป็นนวัตกรรมลูกกลิ้งล้อย่างยืด

ทฤษฎีความปวดเริ่มเมื่อกกล้ามเนื้อเกิดการหดเกร็งส่งผลให้มีการกระตุ้นการหลั่ง histamine, prostaglandin ซึ่งสารเหล่านี้จะเป็นตัวกระตุ้นความปวด ทำให้เกิดเป็นจุดกดเจ็บตามมา โดยการกดตัวดังกล่าว จะส่งสัญญาณความปวดผ่านใยประสาทไปยังปลายประสาทขนาดใหญ่ โดยในขั้นนี้ ในการใช้ลูกกลิ้งล้อย่างยืด เป็นเวลา 10 นาที แนะนำไม่ควรเกิน 30 นาที หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้นบางคนพยายามทำโดยแรงบีบในจุดสำคัญให้เสร็จในเวลาเพียง 20 วินาทีแทน เพื่อเน้นไปยังจุดความปวดคือ หลังส่วนบน ทำให้เป็นการปิดกระแสประสาทที่ผ่านใยประสาทขนาดใหญ่ ส่งผลให้มีการยับยั้งสัญญาณประสาทที่เกี่ยวข้องกับความปวดที่นำโดยใยประสาทขนาดเล็ก สารเคมีที่หลั่งออกมาจากสมอง จะส่งผลไปยังเซลล์ Substantia gelatinous (SG) ให้มีการหลั่งสารที่ทำให้ประตูปรับความปวดลดลงส่งผลให้ความปวดของกล้ามเนื้อบริเวณหลังลดลง

การจัดการความปวดในผู้ใหญ่ตอนต้น แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

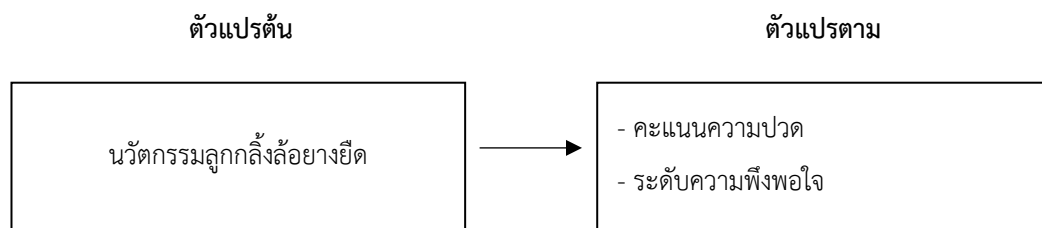
ประเภทที่ 1 การจัดการความปวดโดยใช้ยา จะปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติบันได 3 ขั้น ขององค์การอนามัยโลก⁽⁸⁾

บันไดขั้นที่ 1: ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับน้อย (Numerical Rating Scale (NRS) <4) ให้ใช้ยาในกลุ่ม non-opioid ได้แก่ NSAIDS หรือ COX-2 inhibitor และ Acetaminophen ร่วมกับ Paracetamol และยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ หรือเป็นยาทานวดปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

บันไดขั้นที่ 2: ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับปานกลาง (Numerical Rating Scale (NRS) = 4 - 6) แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม Opioids ที่มีฤทธิ์อ่อน ซึ่งได้แก่ Tramadol และ Codeine ร่วมกับ Paracetamol และยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

บันไดขั้นที่ 3: ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับรุนแรง (Numerical Rating Scale (NRS) = 7 - 10) แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม strong opioids เช่น Morphine, pethidine โดยสามารถเพิ่มยาเสริมกลุ่ม ยากันชัก ยาโรคซึมเศร้า (Adjuvant) ในทุกขั้นบันไดและให้ non-opioid เสริมได้ในบันไดขั้นที่ 2 และ 3

ประเภทที่ 2 การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาโดยการนวด (Massage) เป็นวิธีการที่ไม่มีผลข้างเคียงจากการใช้ยา ไม่ต้องทนกับความปวดและถือเป็นทางเลือกหนึ่งที่ปลอดภัย⁽⁷⁾ การนวดบริเวณที่ปวดจะช่วยยับยั้งการส่งกระแสประสาทของความปวด ทำให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ลดการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ คลายความเครียด ลดความกังวล จะรู้สึกผ่อนคลายและช่วยให้หลับสบาย ซึ่งการนวดเป็นเวลา 10 นาที และไม่ควรมากกว่า 30 นาที หรือบางคนพยายามทำโดยเร่ร่อนในจุดสำคัญให้เสร็จในเวลาเพียง 20 วินาทีแทน เพื่อเน้นไปยังจุดความปวด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบ การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research)

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 353 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างมาจากวิธีวิเคราะห์การทดสอบขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากโปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.2 มีการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) เท่ากับ 0.5 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 โดยศึกษาจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน⁽⁸⁾ คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 รุ่น 68 โดยการคัดเลือกจาก

แบบประเมินอาการปวดหลังแบบออฟฟิศซินโดรม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ ผ่านผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน อาจารย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด และผู้เชี่ยวชาญด้านนวัตกรรม

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) ผู้ที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป 2) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม 3) มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน บ่า สะบักและไหล่ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา 4) ผู้ที่นั่งทำงานหน้าคอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต โทรศัพท์ เป็นเวลานานไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง 5) ไม่ได้รับประทานยาแก้ปวดหรือรับการรักษาอาการปวดโดยวิธีอื่นภายใน 1 สัปดาห์ก่อนเข้าร่วม 6) ไม่มีปัญหาตามข้อห้ามในการนวด ผู้ที่มีภาวะตั้งครรภ์ ผู้ที่มีการติดเชื้อที่ผิวหนัง โรคมะเร็ง ปัญหาบริเวณหลังส่วนบน บ่า สะบักและไหล่ ที่มีการอักเสบ กระดูกหัก ผู้ที่มีภาวะกระดูกพรุน กระดูกบาง ผู้ที่มีอาการชา ปวดร้าว บริเวณคอ หลังและขา

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) ผู้ที่มีอาการปวดหลังมากขึ้นขณะทำการทดลอง 2) ผู้ที่ใช้ยานวดและยาที่ช่วยบรรเทาอาการประเภทอื่นๆ 3) ไม่สามารถทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยสร้างบน Google form ประกอบด้วย

ก. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบประเมินอาการปวด เกี่ยวกับลักษณะการใช้คอมพิวเตอร์ อาการปวดจากโรคออฟฟิศซินโดรม และวิธีลดอาการปวดหลังแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความปวด (numeric rating scales: NRS) เป็นการให้ตัวเลขบอกระดับความรุนแรงของอาการปวด ใช้ตัวเลขตั้งแต่ 0 - 10 จำนวน 1 ข้อ โดยค่าคะแนนยิ่งมากแสดงว่ามีความปวดในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของการใช้นวัตกรรมล้อยูกกลิ้งนวดบ่า สะบัก ไหล่ ใส่ใจสุขภาพ 15 ข้อ คะแนน 1 - 5 โดยระดับ 5 คือ พึงพอใจมากที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย เป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 4.51 - 5.00 = มีความพึงพอใจมากที่สุด

คะแนน 3.51 - 4.50 = มีความพึงพอใจมาก

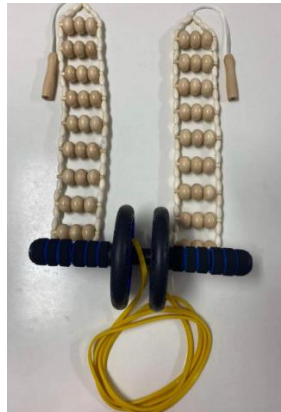
คะแนน 2.51 - 3.50 = มีความพึงพอใจปานกลาง

คะแนน 1.51 - 2.50 = มีความพึงพอใจน้อย

คะแนน 1.00 - 1.50 = มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

ข. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 1 นวัตกรรมล้อยูกกลิ้ง นวดบ่า สะบัก ไหล่ ใส่ใจสุขภาพ เป็นนวัตกรรมด้านผลิตภัณฑ์ (Product innovation project) ที่ผู้วิจัยได้คิดค้นขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนจากออฟฟิศซินโดรม ในนักศึกษาพยาบาลที่เกิดจากการนั่งทำงานหน้าคอมพิวเตอร์เป็นเวลานานมากกว่า 2 ชั่วโมง โดยนวัตกรรมนี้มีล้อยูกกลิ้งไม้ จำนวน 54 ลูก 1 ฟันแบ่งฟันละ 27 ลูก แบ่งฟันละ 9 แถว แถวละ 3 ลูก โดย 1 ลูก มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 1 นิ้ว และความยาวของเชือกที่มีล้อยูกกลิ้งไม้ 80 เซนติเมตร ใช้เพื่อกดกล้ามเนื้อบริเวณบ่า ที่เป็นจุดความปวดจากปัญหาออฟฟิศซินโดรม และล้อย่าง มีทั้งหมด 2 ล้อ มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 6 นิ้ว และระยะห่างของล้อ 1.3 นิ้ว ใช้เพื่อบดคลายกล้ามเนื้อส่วนกลางหลัง



ภาพที่ 2 นวดกรรมลูกกลิ้ง นวดบ่า สะบัก ไหล่ ใส่ใจสุขภาพ

ส่วนที่ 2 คู่มือการใช้งานนวดกรรม “นวดกรรมลูกกลิ้งอย่างยืด” ขึ้นนี้ ประกอบด้วย

- 1) เขยิบบยาง โดยกางขาออกให้อยู่ในท่าที่สมดุล สามารถคงตัวได้
- 2) นำส่วนลูกกลิ้งไม้พาดขึ้นมายังบริเวณบ่าทั้งสองข้าง และให้ล้อย่างยืดอยู่พอเหมาะที่บริเวณหลัง

ส่วนกลาง

- 3) ดึงที่จับของเชือกบริเวณไหล่ทั้งสองข้าง ดึงตรงไปด้านหน้าพร้อมกันระดับหัวไหล่ 90 องศา

4) ทำการดึงตามข้อ 1) ทั้งหมด 3 รอบ รอบละ 30 ครั้ง แล้วพักรอบละ 30 วินาที หากทำครบ 3 รอบ แล้วพบอาการปวดตามเดิม ให้พัก 2 นาที จากนั้นจึงทำเพิ่มอีก 3 รอบ แต่ไม่ควรทำเกิน 10 นาที โดยการนวดคลายกล้ามเนื้อ (Deep tissue massage) บริเวณที่ปวดหรือกล้ามเนื้อหลังส่วนบนควรใช้ระยะเวลาประมาณ 10 นาที เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของระบบไหลเวียนเลือดให้ดีขึ้น



ขั้นที่ 1 เขยิบบยาง กางขาเล็กน้อย



ขั้นที่ 2 นำลูกกลิ้งพาดบริเวณบ่า



ขั้นที่ 3 ดึงเชือกไปข้างหน้า

ภาพที่ 3 ทำการใช้นวดกรรม

โปรแกรมการพยาบาลด้วยนวดกรรมลูกกลิ้งอย่างยืดที่ประดิษฐ์ขึ้น เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ทำการประเมินอาการปวดก่อน จากนั้นนวดกรรมไปให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้ที่ห้องพักหรือสถานที่ใกล้เคียงที่กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้โปรแกรมได้อย่างสะดวก และให้ความรู้ในการใช้นวดกรรมอย่างถูกวิธี รวมถึงแนะนำข้อควรปฏิบัติ

และข้อควรระวังในการใช้ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้นวัตกรรมฯ ตามโปรแกรมฯ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างต้องใช้นวัตกรรม ลูกกลิ้งอย่างยืด นวดบริเวณบ่า สะบัก ไหล่ ที่มีอาการปวดวันละ 10 นาที เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำโครงร่างเอกสารการวิจัยฉบับย่อ แบบสัมภาษณ์อาการปวดหลัง แบบประเมินความปวด และแบบประเมินความพึงพอใจการใช้งานนวัตกรรมลูกกลิ้งนวดหลังส่วนบน โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน ดังนี้ อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านกายภาพบำบัด 1 ท่าน และ ผู้เชี่ยวชาญด้านนวัตกรรม 1 ท่าน ภายหลังจากการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์อาการปวดหลัง แบบประเมินความปวด และแบบประเมินความพึงพอใจการใช้งานนวัตกรรมลูกกลิ้งนวดหลังส่วนบน โดยนำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Index of item objective congruence : IOC) ซึ่งค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ได้ คือ 0.67

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

เมื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทุกชุดแล้ว ผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Coefficient Cronbach's alpha) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาที่ได้ คือ 0.82 และ 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ เพื่อสอบถามสภาพปัญหาที่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการปวดหลังในนักศึกษาพยาบาล และความต้องการลดอาการปวดหลังส่วนบน บ่า สะบักและไหล่ โดยใช้แบบสัมภาษณ์อาการปวดหลังเกี่ยวกับลักษณะการใช้คอมพิวเตอร์ อาการปวดจากโรคออฟฟิศซินโดรมและวิธีลดอาการปวดหลังแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ

2. ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการลงพื้นที่จากแบบสอบถาม เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น และผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรม เพื่อพัฒนานวัตกรรมลูกกลิ้งอย่างยืดต่อการบรรเทาอาการปวดในนักศึกษาพยาบาล

3. ผู้วิจัยพัฒนาความชัดเจนของปัญหา โดยจัดทำนวัตกรรมลูกกลิ้งอย่างยืดต่อการบรรเทาอาการปวดในนักศึกษาพยาบาล ให้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและขนาดใหญ่ทดลองใช้ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคิดเกี่ยวกับความเหมาะสม ความยากง่ายในการใช้งาน และประโยชน์ของนวัตกรรมลูกกลิ้งอย่างยืดบรรเทาอาการปวด และนำไปปรับปรุงพัฒนาต่อไป

ขั้นตอนทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำการศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมลูกกลิ้งอย่างยืดต่อการบรรเทาอาการปวดคอ บ่า ไหล่ ในนักศึกษาพยาบาล โดยศึกษาเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

กลุ่มทดลอง

วันที่ 1

1. ผู้วิจัยทำการแนะนำตัวและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการดำเนินการเก็บข้อมูล รวมถึงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสอบถามข้อสงสัย ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

2. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบประเมินความปวด (numeric rating scales: NRS) ใช้ระยะเวลา 3 นาที

3. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำการใช้นวัตกรรมลูกกลิ้งอย่างยืด นวดบริเวณหลังส่วนบน บ่า สะบัก ไหล่ คนละ 10 นาที

วันที่ 2 ถึง วันที่ 6

ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำการใช้นวัตกรรมลูกกลิ้งอย่างยืด นวดบริเวณหลังส่วนบน บ่า สะบัก ไหล่ คนละ 1 ครั้งต่อวัน ครั้งละ 10 นาที

วันที่ 7

1. ผู้วิจัยทำการแนะนำตัวและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์ การยุติการเก็บข้อมูล รวมถึงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสอบถามข้อสงสัยหลังจากเสร็จสิ้น การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

2. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบประเมินความปวด (numeric rating scales: NRS) ใช้ระยะเวลา 3 นาที

3. แบบประเมินความพึงพอใจของการใช้นวัตกรรมลูกกลิ้งนวดบ่าสะบักไหล่ใส่ใจสุขภาพ 15 ข้อ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มทดลองโดยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้เข้าร่วมไว้กับผู้วิจัย เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้อื่นเข้าถึงข้อมูลได้ ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เลขที่ COA No. 27/2567 ลงวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2567 - 24 กันยายน พ.ศ. 2568 มีการพิทักษ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลวิจัยจะถูกปิดเป็นความลับเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม ผู้วิจัยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างเมื่อก่อนกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย นอกจากนี้หากระหว่างดำเนินการวิจัยเกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนจากการทดลอง ผู้วิจัยจะหยุดการทดลองทันทีและให้การช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างดีตั้งแต่ให้การดูแลเบื้องต้นและการส่งต่อเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางหากจำเป็น อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดได้รับการบาดเจ็บ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้เลือกการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนาในการเปรียบเทียบ หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เลือกวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งสถิติข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. วิเคราะห์เกี่ยวกับการประเมินประสิทธิผลโดยการประเมินนำไปใช้จริงวัดผลได้จากผลลัพธ์ของการทำแบบประเมินความปวดและทำการวิเคราะห์โดยแยกข้อมูลตามตัวแปรที่ศึกษา เพื่อนำมาแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) แล้วนำมาเสนอผลวิเคราะห์ลงในตาราง

2. การวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การเปรียบเทียบคะแนนของการทำแบบประเมินความปวดก่อน-หลัง โดยใช้สถิติ Paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงทำการทดสอบแบบไม่ใช้พารามิเตอร์ โดยใช้ Wilcoxon Sign Rank test แทน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน (คิดเป็นร้อยละ 90) และเป็นเพศชาย จำนวน 3 คน (คิดเป็นร้อยละ 10) มีอายุ 20 ปี จำนวน 21 คน (คิดเป็นร้อยละ 70) และมีอายุ 21 ปี จำนวน 9 คน (คิดเป็นร้อยละ 30) ไม่มีโรคประจำตัว

จำนวน 26 คน (คิดเป็นร้อยละ 86.7) และมีโรคประจำตัว จำนวน 4 คน (คิดเป็นร้อยละ 13.3) ไม่มีประวัติการประสบอุบัติเหตุ จำนวน 22 คน (คิดเป็นร้อยละ 73.3) มีประวัติการประสบอุบัติเหตุ จำนวน 8 คน (คิดเป็นร้อยละ 26.7)

ข้อมูลความถี่ของอาการปวด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดศีรษะน้อยกว่า 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์ 11 คน (คิดเป็นร้อยละ 36.7) รองลงมาคือ 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์ 7 คน (คิดเป็นร้อยละ 23.3) มีอาการปวด/เมื่อยคอ 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์ 11 คน (คิดเป็นร้อยละ 36.7) รองลงมาคือ 2 - 3 ครั้ง/วัน 10 คน (คิดเป็นร้อยละ 33.3) มีอาการปวด/เมื่อยสะบักหรือไหล่ 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์ 12 คน (คิดเป็นร้อยละ 40) รองลงมาคือ 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 9 คน (คิดเป็นร้อยละ 30) มีอาการปวด/เมื่อยหลัง 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์ 10 คน (คิดเป็นร้อยละ 33.3) รองลงมาคือวันละครั้ง 8 คน (คิดเป็นร้อยละ 26.6)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของอาการปวดของกลุ่มทดลอง (n = 30)

อาการปวดของกลุ่มทดลอง	ความถี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปวดศีรษะ	ไม่มีอาการปวด	2	6.7
	2 - 3 ครั้ง/วัน	4	13.3
	วันละครั้ง	6	20
	3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์	7	23.3
	น้อยกว่า 3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์	11	36.7
ปวด/เมื่อยคอ	ไม่มีอาการปวด	1	3.3
	2 - 3 ครั้ง/วัน	10	33.3
	วันละครั้ง	4	13.3
	3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์	11	36.7
	น้อยกว่า 3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์	4	13.3
ปวด/เมื่อยสะบัก หรือไหล่	ไม่มีอาการปวด	1	3.3
	2 - 3 ครั้ง/วัน	9	30
	วันละครั้ง	5	16.7
	3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์	12	40
	น้อยกว่า 3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์	3	10
ปวด/เมื่อยหลัง	ไม่มีอาการปวด	0	0
	2 - 3 ครั้ง/วัน	7	23.3
	วันละครั้ง	8	26.7
	3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์	10	33.3
	น้อยกว่า 3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์	5	16.7

ผลการศึกษาข้อมูลด้านพฤติกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการปวดนานมากกว่า 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 30 ทำท่างในการทำงาน ส่วนใหญ่นั่งเก้าอี้ คิดเป็นร้อยละ 90 ลักษณะของเก้าอี้ที่ใช้ในการนั่งทำงาน มีพนักพิงข้างหลัง คิดเป็นร้อยละ 73.3 ทำนั่งทำงานส่วนใหญ่ นั่งไขว่ห้าง คิดเป็นร้อยละ 60 ประเภทของอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานในชีวิตประจำวัน ใช้โทรศัพท์มือถือ คิดเป็นร้อยละ 73.3 ใช้โน้ตบุ๊ก คิดเป็นร้อยละ 73.3 ลักษณะของการวางคีย์บอร์ด วางอยู่ล่างโต๊ะหรือวางอยู่ลั่นชกคีย์บอร์ด คิดเป็นร้อยละ 73.3 ระยะเวลาในการทำงานติดต่อกัน 3 - 4 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 73.3 ระยะเวลาเฉลี่ย

ในการพักระหว่างทำงานเมื่อเกิดอาการปวดหลังส่วนบนนาน 15 - 20 นาที คิดเป็นร้อยละ 30 ระยะเวลาในการทำงาน ชั่วโมงต่อวัน 3 - 5 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 60 ระดับความสูงของจอคอมพิวเตอร์หรือโน้ตบุ๊ก ขณะทำงานอยู่ในระดับ อยู่พอดีกับระดับสายตา คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีแนวทางในการแก้ไข/ลดอาการเหล่านี้ด้วยตนเองโดย พักยืดเส้นยืดสาย คิดเป็นร้อยละ 80

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการทำงานของกลุ่มทดลอง (n = 30)

พฤติกรรมการทำงานของกลุ่มทดลอง	ความถี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จากอาการปวดที่ท่านให้ข้อมูลมาท่านมี	1-2 สัปดาห์	4	13.33
อาการดังกล่าวมานานเท่าไร	มากกว่า 1-2 สัปดาห์แต่น้อยกว่า 1 เดือน	8	26.7
	มากกว่า 1 เดือน	7	23.3
	มากกว่า 2 เดือน	2	6.7
	มากกว่า 3 เดือน	9	30
ท่าทางในการทำงานของท่าน	นั่งเก้าอี้	27	90
	นั่งพื้น	0	0
	นอน	3	10
	ยืน	0	0
	อื่นๆ	0	0
ลักษณะของเก้าอี้ที่ใช้ในการนั่งทำงานของท่านเป็นแบบใด	มีที่วางแขน	2	6.7
	ไม่มีที่วางแขน	21	70
	มีพนักพิงข้างหลัง	22	73.3
	ไม่มีพนักพิงข้างหลัง	1	3.3
	อื่นๆ	0	0
ส่วนใหญ่ท่านนั่งทำงานท่าใด	นั่งขัดสมาธิ	15	50
	นั่งไขว่ห้าง	18	60
	นั่งเหยียดขา	6	20
	นั่งห้อยขา	17	56.7
	นอนหงาย	6	20
	นอนคว่ำ	4	13.3
	นอนตะแคง	2	6.7
	อื่นๆ	0	0
ใช้อุปกรณ์ประเภทไหนในการทำงานในชีวิตประจำวัน	ใช้คอมพิวเตอร์	7	23.3
	ใช้โทรศัพท์มือถือ	22	73.3
	ใช้โน้ตบุ๊ก	22	73.3
	อื่นๆ (ไอแพด)	8	26.7

ตารางที่ 2 (ต่อ)

พฤติกรรมการทำงานของกลุ่มทดลอง	ความถี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลักษณะของคีย์บอร์ดท่านเป็นแบบใด	วางอยู่บนโต๊ะ	8	26.7
	วางอยู่ล่างโต๊ะ หรือวางอยู่	22	73.3
	ลิ้นชักคีย์บอร์ด		
	อื่นๆ	0	0
ปกติท่านทำงานติดต่อกันนานเท่าไร	1 - 2 ชั่วโมง	1	3.3
	2 - 3 ชั่วโมง	7	23.3
	3 - 4 ชั่วโมง	22	73.3
โดยเฉลี่ยแล้วท่านพักจากการทำงานเมื่อ เกิดอาการปวดหลังส่วนบนนานเท่าไร	5 - 10 นาที	4	13.3
	10 - 15 นาที	6	20
	15 - 20 นาที	9	30
	20 - 25 นาที	2	6.7
	25 - 30 นาที	9	30
	อื่นๆ	0	0
โดยเฉลี่ยแล้วท่านทำงานกี่ชั่วโมงต่อวัน	1 - 2 ชั่วโมง	1	3.3
	3 - 5 ชั่วโมง	18	60
	6 - 8 ชั่วโมง	11	36.7
ระดับความสูงของจอคอมพิวเตอร์หรือ โน้ตบุ๊ก ขณะนั่งทำงานของท่านอยู่ใน ระดับใด	อยู่พอดีกับระดับสายตา	17	56.7
	สูงกว่าระดับสายตา	1	3.3
	ต่ำกว่าระดับสายตา	7	23.3
	ไม่ได้ใช้อุปกรณ์	5	16.7
ท่านมีแนวทางในการแก้ไข/ลดอาการ เหล่านี้ด้วยตนเองอย่างไร	พักยืดเส้นยืดสาย	24	80
	หลับตา/พักสายตา	23	76.7
	ปรับเปลี่ยนท่าทำงานในการทำงาน	22	73.3
	การบีบ/การนวดบริเวณ ที่ปวด โดยไม่ใช้นิ้ว	10	33.3
	การบีบ/การนวดบริเวณ ที่ปวด ใช้นิ้ว	6	20
	ออกกำลังกาย	5	16.7
	ใช้เก้าอี้สุขภาพที่ช่วยปรับ สรีระของผู้นั่ง	1	3.3
	เก้าอี้แนวไฟฟ้า	0	0
	ทานยาแก้ปวด	1	3.3
	อื่นๆ	0	0

*สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ผลการศึกษาคะแนนความปวด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความปวดก่อนใช้นวัตกรรม 3 คะแนน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ ปวด 6 คะแนน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 และปวด 4 คะแนนจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 มีกลุ่มตัวอย่างปวดระดับ 7 และ 8 คะแนนอย่างละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 คะแนนความปวดหลังใช้นวัตกรรมส่วนใหญ่ 2 คะแนน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7 ปวด 1 คะแนน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ไม่มีอาการปวด 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของคะแนนความปวดก่อนใช้นวัตกรรมและหลังใช้นวัตกรรม (n = 30)

คะแนนความปวด	ก่อนใช้นวัตกรรม		หลังใช้นวัตกรรม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
0	0	0	7	23.3
1	0	0	9	30
2	0	0	11	36.7
3	12	40	2	6.7
4	5	16.7	0	0
5	4	13.3	0	0
6	7	23.3	1	3.3
7	1	3.3	0	0
8	1	3.3	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0

ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองใช้นวัตกรรมวิเคราะห์ด้วย Wilcoxon signed-rang test ได้ค่า $Z = -4.820$ ค่า $p\text{-value} = .001$ นั่นคือ ภายหลังจากทดลองของกลุ่มทดลองที่ทดลองใช้นวัตกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อยกว่าก่อนทดลองใช้นวัตกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

ตัวแปร		Mean	S.D.	n	Sum of Ranks	Wilcoxon signed-rang test	
						Z	p-value
						(1 tailed)	
ก่อนการทดลอง	Negative Ranks	4.43	1.47	30 ^a	465.00	-4.820 ^b	.001
หลังการทดลอง	Positive Ranks	1.43	1.25	0 ^b	.00		
	Ties			0 ^c			
	Total			30			

ผลคะแนนความพึงพอใจ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจนวัตกรรมของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในด้านลักษณะทางกายภาพทั่วไป พบว่า มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในระดับมาก เท่ากับ 4.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.60 ด้านลักษณะการทำงาน พบว่า มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในระดับมาก เท่ากับ 4.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.61 และ

ด้านคลินิก พบว่า มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในระดับมาก เท่ากับ 4.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.51 ซึ่งทั้ง 3 ด้าน พบว่า มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในระดับมาก เท่ากับ 4.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.58

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในวัตรกรรมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

ความพึงพอใจ	mean	SD	ระดับ
1. ลักษณะทางกายภาพทั่วไป	4.36	0.60	มาก
2. ลักษณะการใช้งาน	4.41	0.61	มาก
3. ความพึงพอใจด้านคลินิก	4.57	0.51	มากที่สุด
รวม	4.41	0.58	มาก

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาค่าคะแนนความปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนจากออฟฟิศซินโดรม หลังใช้วัตรกรรม พบว่า ค่าคะแนนความปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนจากออฟฟิศซินโดรม หลังใช้วัตรกรรมลูกกลิ้งน้อยกว่าก่อนใช้วัตรกรรม การนวดโดยใช้วัตรกรรมลูกกลิ้งน้อยกว่า ยืดหลักทฤษฎีควบคุมประตูความปวด (Gate Control Theory)⁽⁹⁾ โดยการนวดคลายกล้ามเนื้อ (Deep tissue massage) บริเวณที่ปวดหรือกล้ามเนื้อหลังส่วนบน เพื่อเน้นไปยังจุดความปวด คือ หลังส่วนบน ทำให้เป็นการปิดกระแสประสาทที่ผ่านใยประสาทขนาดใหญ่ อธิบายการเกิดความปวดโดยการถ่ายทอดสัญญาณต่างๆ ดังนี้ กลไกควบคุมประตูความปวดอยู่ที่ส่วนดอร์ซอลอรัลของไขสันหลัง โดยความปวดเป็นสื่อสัญญาณประสาท ที่ได้รับผลมาจากการถูกทำลายบริเวณปลายประสาทของร่างกาย แล้วนำสัญญาณนั้นไปสู่ไขสันหลังโดย ผ่านไปตามเส้นใยประสาทเล็กและเส้นใยประสาทใหญ่ เมื่อสัญญาณประสาทผ่านถึงส่วนดอร์ซอลอรัลของไขสันหลัง จุดนี้จะเป็นจุดแรกของทางเข้าความปวด ซึ่งจะเกิด ณ บริเวณที่เรียกว่า ซับสูแดนเทีย เจลาทีโนซ่า ทำหน้าที่ปรับสัญญาณนำเข้า ปลดปล่อยหรือลดสัญญาณประสาทจากเส้นใยประสาทเล็กและเส้นใยประสาทใหญ่ ก่อนที่จะผ่านไปถึงจุดเชื่อมต่อสัญญาณ (Transmission: Cell) ที่จะส่งต่อไปยังสมอง โดยเส้นใยประสาทใหญ่ทำหน้าที่ปิดประตู ทำให้ลดสัญญาณประสาทที่จะส่งผ่านไปยังสมองส่งผลให้รู้สึกปวด และเส้นใยประสาทเล็กทำหน้าที่เปิดประตู ทำให้เพิ่มสัญญาณประสาทที่จะส่งผ่านไปยังสมองส่งผลให้รู้สึกปวด การวิจัยครั้งนี้จัดให้กลุ่มตัวอย่างใช้วัตรกรรมเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ซึ่งวิธีการใช้งานลูกกลิ้ง นวดเบา สะบัก ไหล่ เป็นการดึงที่จับเชือก เพื่อให้ลูกกลิ้งไม่ที่อยู่บริเวณบ่าเคลื่อนพร้อมกับล้อใหญ่บริเวณหลัง ทำให้มีการเคลื่อนที่ขึ้น-ลงพร้อมกัน โดยดึงออกจากยางยืดคล้องอยู่กับสันเท้าที่เหยียบ ตามการออกแรงและทิศทางของแขน ทำให้แขนเกิดการบริหาร โดยการขยับของข้อต่อและยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อใช้แรงดึงลูกกลิ้งไม่ขยับขึ้น - ลงบริเวณบ่า สะบัก และไหล่ ทำให้มีการเคลื่อนไหวของโยกล้ามเนื้อเป็นการช่วยยืดกล้ามเนื้อที่มีการติดยึดกันอยู่ ทำให้ยืดคลายจุดกดเจ็บได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ โง๊ะประโคน และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ได้ศึกษาการใช้หมอนกะลาเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ ในผู้ที่มารับบริการงานแพทย์แผนไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการมีอาการปวดคอ บ่า ไหล่ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมกมล เชื้อม่วง และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ได้ศึกษาการใช้วัตรกรรมลูกดินเปิดกดนวดบริเวณกล้ามเนื้อในนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความไม่สุขสบายจากออฟฟิศซินโดรมหลังใช้วัตรกรรมน้อยกว่าก่อนใช้วัตรกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติมา หมอทรัพย์ และวิชุดา กลิ่นหอม⁽¹²⁾ ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาลด้วยวัตรกรรมวงล้อเสริมแรงต่ออาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ อาการปวดไหล่ พบว่าการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณไหล่ช่วยลดอาการปวดไหล่ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้วิจัยได้เสนอแนะให้ศึกษาผลของการใช้วัตรกรรมลดอาการปวดในระยะเวลา 1 สัปดาห์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อนรรฆอร จิตต์เจริญธรรม และคณะ⁽¹³⁾

ได้ศึกษาการใช้นวัตกรรมเครื่องยึดเหยียดต่อเนกประสงค์สำหรับกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดกล้ามเนื้อแขนและหัวไหล่ลดลง อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากพฤติกรรมของกลุ่มทดลองส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้อาการปวดบริเวณกล้ามเนื้อหลังส่วนบนทุเลาลงและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม นั่นคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมท่าทางในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล⁽¹⁴⁾ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (เปลี่ยนน้อยนิด พิชิตออฟฟิศซินโดรม) ต่ออาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอ บ่า ไหล่ และหลังส่วนล่าง ของบุคลากรที่ทำงานในสำนักงาน โรงพยาบาลนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมท่าทางขณะทำงาน การยึดเหยียดกล้ามเนื้อ สามารถช่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอ บ่า ไหล่ และหลังส่วนล่างได้

ผลจากการศึกษาระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรมลูกกลิ้งอย่างยืด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจหลังใช้นวัตกรรมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.58 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากที่สุดในด้านคลินิก ($M = 4.57$ และ $S.D. = 0.51$) เพราะสามารถกลับมาใช้กล้ามเนื้อบริเวณคอและไหล่ในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น และอาการปวดไหล่ลดลง รองลงมาคือ ด้านลักษณะการทำงาน มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในระดับมาก ($M = 4.41$ และ $S.D. = 0.61$) และด้านลักษณะทางกายภาพทั่วไป มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในระดับมาก ($M = 4.36$ และ $S.D. = 0.60$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า ควรปรับขนาดของนวัตกรรมให้เล็กลงและมีน้ำหนักที่ไม่หนักจนเกินไป ปรับวัสดุลูกกลิ้งนวดไหล่จากเดิมที่เป็นไม้ให้ปรับเป็นลูกกลิ้งที่มีลักษณะนุ่มและควรปรับเส้นยางยึดให้สามารถยืดหยุ่นได้มากขึ้นหรือสามารถปรับระดับความยาวสายได้ตามความสูงของผู้ใช้งาน ซึ่งข้อเสนอแนะเหล่านี้นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมให้เหมาะสมกับผู้ใช้งาน ใช้งานง่าย และผู้ใช้เกิดความสบายและพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมใจ โจ๊ะประโคน และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ว่าด้วยลักษณะนวัตกรรมที่ดีต้องมีความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย มีความเหมาะสมกับกับกลุ่มเป้าหมาย ใช้งานง่าย สะดวก ไม่ซับซ้อน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. นวัตกรรมลูกกลิ้งอย่างยืด จัดเป็นอุปกรณ์ทางเลือกในการนำไปบริหารกล้ามเนื้อบริเวณคอ บ่า ไหล่ ควรปรับขนาดของอุปกรณ์ให้เล็กลง น้ำหนักเบา ลูกกลิ้งที่มีลักษณะที่นุ่มใช้งานง่ายขึ้น ปรับระดับความยาวสายเพื่อให้เหมาะสมตามความสูงของผู้ใช้งาน

2. การใช้นวัตกรรม ควรมีการกำกับติดตามการใช้งานเป็นระยะเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการใช้งานมากเกินไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาในครั้งถัดไปควรเพิ่มระยะเวลาการศึกษาเป็น 2 สัปดาห์ และมีการติดตามผลการกลับเป็นซ้ำและการป้องกันในผู้ที่มีอาการปวดหลัง

2. ควรมีการทดลองในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ ที่มีแนวโน้มมีอาการปวดหลัง เช่น บุคลากร ผู้ใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงาน ในลักษณะงานต่างๆ ให้กว้างขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Wang R, Yin Y, Zhang H, et al. Risk factors associated with the prevalence of neck and shoulder pain among high school students: a cross-sectional survey in China. BMC Musculoskelet Disord [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 23];24:641. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06656-8>

2. Moon SE, Kim YK. Neck and shoulder pain with scapular dyskinesis in computer office workers. *Medicina* [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 2];59:2159. Available from: <https://doi.org/10.3390/medicina59122159>
3. กระทรวงสาธารณสุข. HDC. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://kku.world/buesq>
4. จุฑามาศ ตามเพิ่ม, อัมรินทร์ คงทวีเลิศ. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูกในหมู่ช่างทองไทยโบราณในจังหวัดสุโขทัย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 2562;34(5):475-81.
5. นูรุลฮูดา เจ๊ะเต๊ะ, อัมรัม ปาเนาะ. ผลการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพรในผู้ป่วยโรคออฟฟิศซินโดรมที่มีอาการปวดต้นคอ โรงพยาบาลกะป้อ จังหวัดปัตตานี. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*. 2567;9(1):62-7.
6. ศรีวรรณ สวยงาม, ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์นิชโรจน์, มณี อาภานันท์กุล. ผลของการนวดคอ บ่า ไหล่ ร่วมกับการใช้ยาต่อความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่มีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. 2560;28(2):42-54.
7. สุมาลี เอี่ยมสมัย, จรีรัตน์ อินทวัฒน์. การศึกษาผลการใช้นวัตกรรมลูกกลิ้งคลายปวดนวดตัวเองในประชาชนเขตตำบลพูกวาง อำเภอพระพุทธรักษา จังหวัดสระบุรี. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2557;15(2):210-4.
8. เปรมกมล เชื้อม่วง, ณัฐกมล เกิดทรัพย์, นรินี ทิพย์แก้ว, นัฐธญา แก้วเสียง, ปรีณัฐ พิสน์เทียะ, พนิตสุภา เป็นศิริ, วาสิตา แสงทอง, อินทอร บุญอาษา, กมลพรรณ วัฒนาร. ผลของ “นวัตกรรมการลูกกลิ้งคลายปวด” ต่อการป้องกันออฟฟิศซินโดรมในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*. 2567;7(1):5-20.
9. นุสรา ประเสริฐศรี. การจัดการความปวดในผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*. 2560;1(1):1-19.
10. Melzack R, Stillwell DM, Fox EJ. Trigger points and acupuncture points for pain: correlations and implications. *Pain*. 1977;3(1):3-23.
11. สมใจ โฉะประโคน, อำพล บุญเพียร, ปฐมา จันทพล. การพัฒนานวัตกรรมการหมอนหนุนกะลาบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ สำหรับผู้มารับบริการโรงพยาบาลประโคนชัย อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2564;30(1):71-81.
12. จิตติมา หมอทรัพย์, วิชุดา กลิ่นหอม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาลด้วยนวัตกรรมการ “วงล้อเสริมแรง” ต่ออาการปวดคอ บ่า ไหล่ อาการปวดไหล่ และความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงภาวะข้อไหล่ติด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน*. 2565;9(1):1-19.
13. อนรรฆอร จิตต์เจริญธรรม, ภาณุชา พงษ์นราทร, มิ่งมกล หงขวางค์, นฤวัตร ภักดี, พงษ์สิทธิ์ กลางนอก, ศุภกร ทิพย์ทอง, เพ็ญศิริ จันทรแอ. นวัตกรรมเครื่องยืดเหยียดอเนกประสงค์สำหรับกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง. *วารสารนเรศวรพะเยา*. 2565;15(3):61-72.
14. วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (เปลี่ยนน้อยนิด พิชิตออฟฟิศซินโดรม) ต่ออาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอ บ่า ไหล่ และหลังส่วนล่างของบุคลากรที่ทำงานในสำนักงาน โรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต* 4-5. 2565;41(4):465-77.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการแปรงฟันคุณภาพ ของนักเรียนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8

ชนกนันท์ ทองคอนบม^{1*} นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ²

^{1*} นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

เด็กวัยเรียนในประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ยังคงเผชิญปัญหาโรคในช่องปากและมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพ การวิจัยกึ่งทดลองนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพช่องปากของนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน กลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมฟ.ฟัน 3 สี, 2-2-2, คั้น คัด คัด, บ้านขนมหวาน, ตชด ฟันดี, ผู้พิทักษ์ฟันดี เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t-test และ Paired t-test รายงานค่า Mean differences และช่วงความเชื่อมั่น 95% กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปรหลัก โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์น้อยกว่า (Mean diff = 3.73, 95% CI: 2.90 to 4.56, $p < 0.001$) และมีคะแนนพฤติกรรมกรับโภชนาการ (Mean diff = 4.37, 95% CI: 2.51 to 6.22, $p < 0.001$) รวมถึงพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปากสูงกว่า (Mean diff = 4.20, 95% CI: 2.81 to 5.59, $p < 0.001$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการเข้าถึงข้อมูล (Mean diff = 2.93, 95% CI: 0.60 to 5.27; $p = 0.015$) และด้านความรู้ความเข้าใจ (Mean diff = 0.77, 95% CI: 0.12 to 1.42; $p = 0.021$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้มีประสิทธิผลในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและช่วยลดปริมาณคราบจุลินทรีย์ได้จริง จึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพและสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพช่องปาก/ การแปรงฟัน/ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ ปริมาณคราบจุลินทรีย์

Effects of the Health Literacy Promotion Program on Quality Tooth Brushing Behavior of Students in Border Patrol Police School, Health Regional 8

Chanoknan Thongdornbom^{1*} Natnapa Heebkaew Padchasuwan²

^{1*}Master of Public Health in Health Behavior and Health Promotion, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

²Asst. Prof., Department Environmental Health and Occupational Safety, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Abstract

School-aged children in Thailand, particularly those in remote areas, continue to face significant oral health problems and limited access to health promotion services. This quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness of a health literacy promotion program on oral health behaviors and outcomes among students in Border Patrol Police Schools. Sixty participants were recruited and equally assigned to experimental and comparison groups (30 students each). The experimental group received a tailored program consisting of interactive activities including “Three-Color Teeth,” “2-2-2,” “Search, Think, Choose,” “Sweet House,” “Good Teeth Patrol,” and “Tooth Defender,” implemented over 12 weeks. Data were collected before and after the intervention. Independent t-tests and paired t-tests were used to analyze the data, with results presented as mean differences and 95% confidence intervals. The statistical significance level was set at 0.05.

The findings revealed that, after the intervention, the experimental group demonstrated significantly better oral health outcomes and behaviors than the comparison group across all primary variables. The experimental group had significantly lower dental plaque accumulation (Mean diff = 3.73, 95% CI: 2.90 to 4.56, $p < 0.001$) and significantly higher scores for dietary behavior (Mean diff = 4.37, 95% CI: 2.51 to 6.22, $p < 0.001$) and oral hygiene behavior (Mean diff = 4.20, 95% CI: 2.81 to 5.59, $p < 0.001$). Additionally, the experimental group achieved significantly higher scores in health literacy related to access to information (Mean diff = 2.93, 95% CI: 0.60 to 5.27, $p = 0.015$) and understanding of health information (Mean diff = 0.77, 95% CI: 0.12 to 1.42, $p = 0.021$) compared to the comparison group. In conclusion, the health literacy promotion program effectively improved oral health behaviors and reduced dental plaque accumulation. The program demonstrated strong potential as an intervention model for promoting oral health in schools with similar settings and contexts.

Keywords: Oral hygiene/ Tooth brushing/ Health literacy/ Plaque index

*Corresponding author: Chanoknan Thongdornbom, email: ckanoknan.tho@kkumail.com, Tel.: 08 7136 5542

Received: May 9, 2025/ Revised: June 26, 2025/ Accepted: July 1, 2025

บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากถือเป็นหนึ่งในปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกมีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะโรคฟันผุที่พบมากในประชากรทุกช่วงวัย รายงานสถานะสุขภาพช่องปากโลก⁽¹⁾ ปี 2565 ระบุว่า ประชากรกว่า 3.5 พันล้านคนทั่วโลกได้รับผลกระทบจากโรคในช่องปาก โดยเฉพาะในประเทศไทยได้ปานกลางซึ่งขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การสัมผัสฟลูออไรด์ที่ไม่เพียงพอ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

ประเทศไทยแม้มีการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบปัญหาความไม่ครอบคลุมทั้งด้านการบริการ ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียน ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญต่อการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง รายงานประจำปี⁽²⁾ 2566 พบว่า เด็กอายุ 12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเพียงร้อยละ 30 และพบว่าเด็กที่ไม่มีฟันผุเพียงร้อยละ 70.4 ข้อมูลจากการประเมินโปรแกรมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน⁽³⁾ ยังแสดงให้เห็นว่า แม้เด็กมีความรอบรู้ระดับพื้นฐาน แต่ยังขาดความรู้ด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม นอกจากนี้สถานศึกษาในหลายแห่งยังไม่สามารถจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากได้อย่างทั่วถึง ยังคงมีการจำหน่ายขนมหวานและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงทั้งภายในและภายนอกโรงเรียน อีกทั้งกิจกรรมส่งเสริม เช่น การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ยังมีเพียงส่วนน้อยที่ได้รับการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และจากข้อมูลการศึกษานักเรียนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน⁽⁴⁾ ซึ่งอยู่ในพื้นที่ชนบท พบว่าอัตราการเกิดโรคฟันผุยังคงเพิ่มขึ้น โดยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มหวานหลังแปรงฟันก่อนนอน และการใช้ยาฟันปลอมที่ไม่มีฟลูออไรด์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ทั้งนี้ แม้จะมีการแปรงฟันเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่สามารถลดการเกิดโรคฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)⁽⁵⁾ เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดสถานะสุขภาพของประชาชนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่ประชาชน เป็นกลวิธีที่สำคัญในการเสริมสร้างทักษะการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยกรมอนามัย⁽⁶⁾ ได้นำหลัก V-SHAPE มาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เข้าใจ และปรับใช้ได้อย่างมีวิจารณญาณ และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House⁽⁷⁾ ได้เสนอประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การยอมรับนับถือ การให้คำปรึกษาและการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ การให้คำแนะนำ การแสดงถึงความห่วงใยใส่ใจ การให้ข้อมูลป้อนกลับ มาเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง การศึกษาก่อนหน้านี้ยังแสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถพัฒนาองค์ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ

จากสถานการณ์ที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาพฤติกรรมแปรงฟันอย่างมีประสิทธิภาพในนักเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความเปราะบางต่อการเกิดโรคฟันผุ เนื่องจากโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกลการเข้าถึงบริการสุขภาพรวมถึงทรัพยากรสนับสนุนสุขภาพช่องปากยังมีข้อจำกัดมากกว่าโรงเรียนในเขตเมือง โดยคาดหวังว่าการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพในช่วงวัยนี้จะนำไปสู่การป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากในระยะยาว และลดภาระทางสุขภาพในอนาคตอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการแปรงฟันคุณภาพของนักเรียน โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

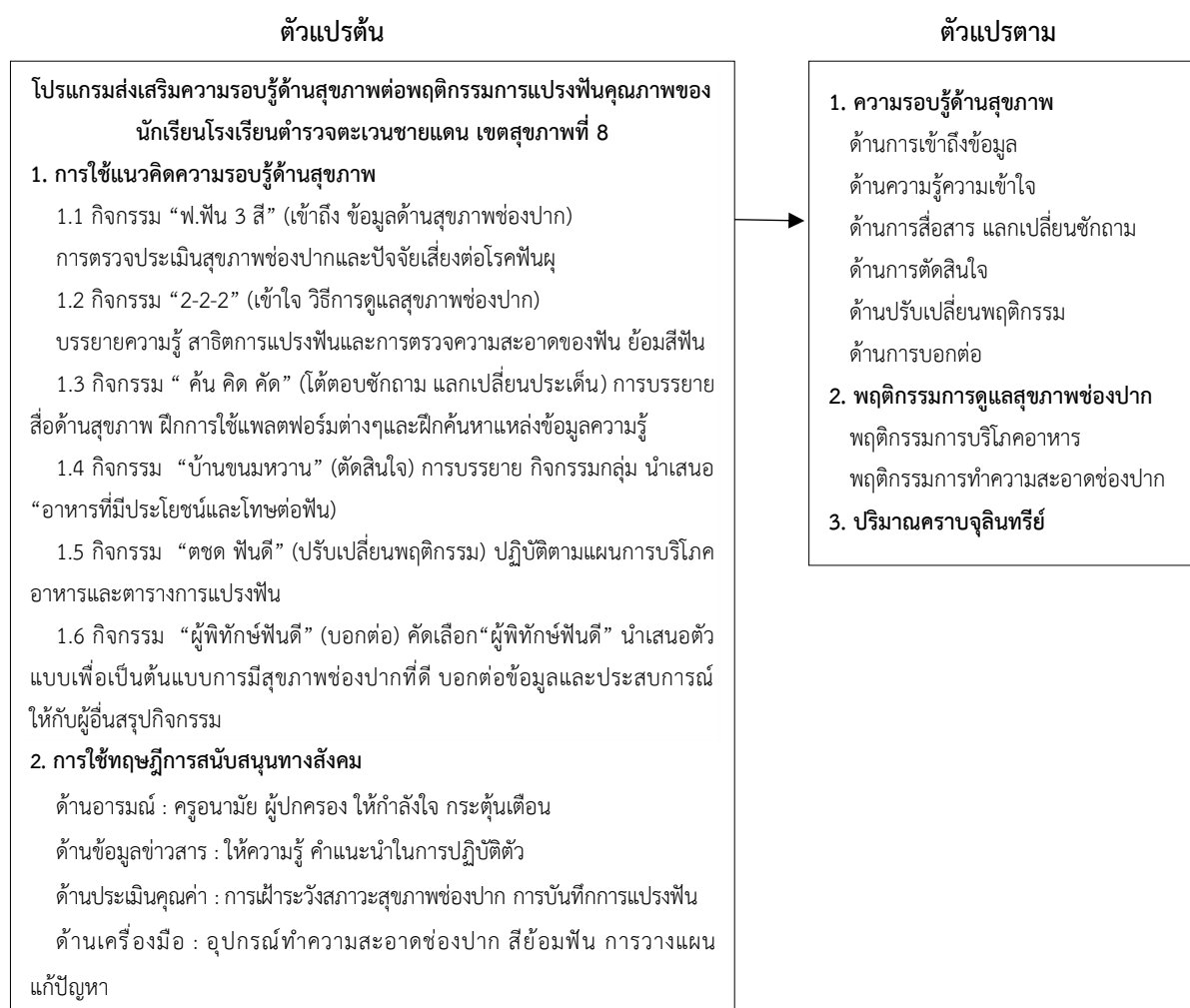
2.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของนักเรียน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.3 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากของนักเรียนก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย⁽⁶⁾ และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House⁽⁷⁾ มาใช้ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) แบ่งตัวอย่างการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) ประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups Pretest – Posttest design) โดยกลุ่มทดลอง (Experimental group) ได้รับผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการแปรงฟันคุณภาพของนักเรียนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินชีวิตและได้รับการด้านทันตสุขภาพในสถานบริการตามความจำเป็น ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 เขตสุขภาพที่ 8 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันใช้สูตรการคำนวณของ อรุณ จิรวัดนกุล⁽⁸⁾ ดังนี้

$$\text{สูตรที่ใช้คำนวณ } n/\text{กลุ่ม} = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2}$$

โดยใช้ข้อมูลการศึกษาวิจัยใกล้เคียง นิศานาถ ไกร⁽⁹⁾ (2561) ประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคฟันผุเท่ากับ 55.65 (S.D. = 3.98) และในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคฟันผุเท่ากับ 51.38 (S.D. = 7.98) กลุ่มทดลองมีจำนวน 34 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 36 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 29 คน เพื่อให้ขนาดตัวอย่างมีความเหมาะสมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในแต่ละสัปดาห์ ผู้วิจัยได้ปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มเพื่อความเหมาะสมในการทำกิจกรรมกลุ่มเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน รวมเป็น 60 คน

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

นักเรียนชายและหญิง ป.4 - 6 ในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8 สุขภาพแข็งแรง สามารถอ่านออกเขียนได้ ใช้คอมพิวเตอร์หรือสมาร์ทโฟนในการสืบค้นข้อมูล มีสมาร์ทโฟน อินเทอร์เน็ตและมีแอปพลิเคชันไลน์ของตนเองหรือของผู้ปกครอง สมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย

มีความบกพร่องทางการเรียนรู้และมีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และอยู่ในระหว่างการจัดฟัน นักเรียนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนดเกิน ร้อยละ 20 และขอถอนตัวระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือเครื่องมือที่ใช้ทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

3.1 เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการแปรงฟันคุณภาพของนักเรียนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8 ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลอง แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการแปรงฟันคุณภาพของนักเรียนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8 คือ แบบสอบถาม จำนวน 61 ข้อ ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก = 1 คะแนน และตอบผิด = 0 คะแนน และใช้เกณฑ์การแบ่งระดับขั้นของ บลูม⁽¹⁰⁾ ความรู้ความเข้าใจระดับสูง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ความรู้ความเข้าใจระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 - 79 และความรู้ระดับต่ำ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 59 ในส่วนของ การเข้าถึงข้อมูล จำนวน 7 ข้อ การสื่อสารแลกเปลี่ยนซักถาม จำนวน 4 ข้อ การตัดสินใจ จำนวน 4 ข้อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 6 ข้อ และการบอกต่อ จำนวน 4 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก มากที่สุด = 5 คะแนน มาก = 4 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน น้อย = 2 คะแนน และน้อยที่สุด = 1 คะแนน ในส่วนข้อคำถามเชิงลบ มากที่สุด = 1 คะแนน มาก = 2 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน น้อย = 4 คะแนน และน้อยที่สุด = 5 คะแนน การจัดระดับใช้เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของเบสท์⁽¹¹⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับสูง ,ระดับปานกลางและระดับต่ำ โดยด้านการเข้าถึงข้อมูล ค่าคะแนน 26 - 35 คะแนน หมายถึง ระดับสูง 17 - 25 คะแนน หมายถึง การเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง และ 7 - 16 คะแนน หมายถึง การเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับต่ำ ด้านการสื่อสาร แลกเปลี่ยนซักถาม ค่าคะแนน 15 - 20 คะแนน หมายถึง ระดับสูง 10 - 14 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 4 - 9 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ ด้านการตัดสินใจ ค่าคะแนน 15 - 20 คะแนน หมายถึง ระดับสูง 10 - 14 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 4 - 9 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ค่าคะแนน 22 - 30 คะแนน หมายถึง ระดับสูง 14 - 21 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 6 - 13 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ ด้านการบอกต่อ ค่าคะแนน 15 - 20 คะแนน หมายถึง ระดับสูง 10 - 14 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 4 - 9 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภค จำนวน 8 ข้อ และพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก จำนวน 7 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก ปฏิบัติได้ทุกวัน = 5 คะแนน ปฏิบัติ 5 - 6 วัน/สัปดาห์ = 4 คะแนน, ปฏิบัติ 3 - 4 วัน/สัปดาห์ = 3 คะแนน ปฏิบัติ 1 - 2 วัน/สัปดาห์ = 2 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติ = 1 คะแนน ในส่วนข้อคำถามเชิงลบ ปฏิบัติได้ทุกวัน = 1 คะแนน ปฏิบัติ 5 - 6 วัน/สัปดาห์ = 2 คะแนน ปฏิบัติ 3 - 4 วัน/สัปดาห์ = 3 คะแนน ปฏิบัติ 1 - 2 วัน/สัปดาห์ = 4 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติ = 5 คะแนน การจัดระดับใช้เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของเบสท์⁽⁹⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยพฤติกรรมการบริโภค ค่าคะแนน 30 - 40 คะแนน หมายถึง ระดับสูง 19 - 29 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 8 - 18 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก ค่าคะแนน 27 - 35 คะแนน หมายถึง ระดับสูง 17 - 26 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 7 - 16 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคราบจุลินทรีย์ ในการตรวจความสะอาดของช่องปากจะพิจารณาคราบอ่อน (Debris) มีดัชนีที่ใช้วัดความสะอาดช่องปากคือ Simplified oral hygiene index (OHI-S) ของ Greene and Vermillion⁽¹²⁾ การแปลผลระดับความสะอาดในช่องปาก 0.3 - 0.6 คะแนน หมายถึง ระดับดี 0.7 - 1.8 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 1.9 - 3.0 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสม ความชัดเจนของภาษา ซึ่งทุกข้อมีค่า Index of item - Objective congruence (IOC) มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปก่อนนำไปทดลองใช้เครื่องมือ

การตรวจสอบค่าความเที่ยง หรือค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการแปรงฟันคุณภาพของนักเรียนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8 แต่ละข้อคำถาม มีคะแนนได้

มากกว่า 1 คะแนน โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งต้องมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป สำหรับข้อคำถามของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการแปรงฟันคุณภาพของนักเรียนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุภาพที่ 8 ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงเฉลี่ยโดยรวม (Overall Mean) = 0.76 ในส่วนของความรู้ความเข้าใจ ตรวจสอบค่าความเที่ยงด้วยวิธี Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20) เท่ากับ 0.82 และตรวจสอบค่าความเที่ยงดัชนีวัดความสะอาดของช่องปาก (OHI-S) ด้วยการหาค่า Intraclass Correlation Coefficient (ICC) ผู้ตรวจวัดใช้การสอบเทียบภายในผู้ตรวจ โดยตรวจวัด OHI-S ในกลุ่มตัวอย่าง 10 รายซ้ำ 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ วิเคราะห์ด้วยสถิติ ได้ค่า ICC = 0.80

4. ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัย

กลุ่มทดลอง จัดกิจกรรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และก่อนจะเริ่มกิจกรรมที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการตรวจประเมินคราบจุลินทรีย์ก่อนดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรม รวมทั้งตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาคนละ 30 นาที โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนที่กลุ่มตัวอย่างสังกัดและที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 1 - 4 และ 12 ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง และสัปดาห์ที่ 5 - 11 จะติดตามทางโทรศัพท์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม “ฟ.ฟัน 3 สี” (เข้าถึง ข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก) ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยกับกลุ่มทดลอง ตรวจประเมินสุขภาพช่องปาก โดยทันตบุคลากรและประเมินความเสี่ยงด้วยสีวงล้อ 3 สี (เขียว เหลือง แดง) กิจกรรมกลุ่มค้นหาข้อมูลในการดูแลช่องปากตามกลุ่มสีตนเอง (เขียว เหลือง แดง) นำเสนอและแลกเปลี่ยนซักถามท้ายกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “2-2-2” การเสริมสร้างความเข้าใจวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ การเสริมสร้างทักษะการจัดการเพื่อป้องกันโรคในช่องปาก โดยการบรรยายและสาธิตการแปรงฟันที่ถูกวิธีและการตรวจความสะอาดของฟัน การย้อมสีฟันและตรวจการติดสี ฝึกปฏิบัติการแปรงฟันให้ถูกวิธีและฝึกตรวจความสะอาดหลังแปรงฟัน แนะนำการบันทึกการแปรงฟันของนักเรียน สรุปและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “ค้น คิด คัด” เพื่อพัฒนาทักษะการทักษะการโต้ตอบ ซักถาม เข้าถึงข้อมูล กระตุ้นให้เกิดความสามารถในสืบค้นหรือแสวงหาข้อมูล และสามารถแยกแยะข้อมูลที่เป็นจริง หรือข้อมูลที่หลอกลวงได้ และสามารถนำข้อมูลไปปรับใช้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเองไปประกอบการตัดสินใจวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง โดยการบรรยาย สื่อด้านสุขภาพ การใช้แพลตฟอร์ม ฝึกการใช้แพลตฟอร์มต่างๆและฝึกค้นหาแหล่งข้อมูลความรู้ที่น่าเชื่อถือ กิจกรรมกลุ่ม “ค้น คิด คัด” พร้อมนำเสนอและแลกเปลี่ยนซักถาม

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม “บ้านขนมหวาน” การเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคฟันผุ การเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคในช่องปาก โดยการบรรยายอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก การเลือกอาหารและผลิตภัณฑ์ที่มีประโยชน์และโทษต่อฟัน กิจกรรมกลุ่ม นำเสนอ “อาหารที่มีประโยชน์และโทษต่อฟัน” และฝึกปฏิบัติ ทำแผนการบริโภคอาหารและตารางการแปรงฟัน

สัปดาห์ที่ 5 - 11 กิจกรรม “ตชต ฟันดี” เพื่อกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคในช่องปาก โดยให้นักเรียนปฏิบัติตามแผนการบริโภคอาหารและตารางการแปรงฟัน ครูอนามัยโรงเรียนกระตุ้นให้เกิดการแปรงฟัน รายงานผลผ่านช่องทาง Line Group “ตชต ฟันดี” กระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย “Hello DeK Dee” ในทุกเช้าวันจันทร์ของสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรม “ผู้พิทักษ์” พัฒนาทักษะบอกต่อ ตรวจประเมินคราบจุลินทรีย์และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาคนละ 30 นาที สรุปและถอดบทเรียนกิจกรรมที่ดำเนินการ คัดเลือก “ผู้พิทักษ์ฟันดี”

กลุ่มเปรียบเทียบ ตรวจประเมินคราบจุลินทรีย์ ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง และตอบแบบสอบถามใช้เวลาคนละ 30 นาที ดำเนินชีวิตตามปกติตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ ตรวจประเมินคราบจุลินทรีย์ ครั้งที่ 2 หลังการทดลอง และตอบแบบสอบถามใช้เวลาคนละ 30 นาที ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้ในการป้องกันโรคในช่องปาก โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนที่กลุ่มตัวอย่างสังกัด

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้สำหรับอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

5.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

5.2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณคราบจุลินทรีย์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ทดสอบการแจกแจงแบบปกติด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov Test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (Normal distribution) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

5.2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณคราบจุลินทรีย์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ทดสอบการแจกแจงแบบปกติด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov Test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (Normal distribution) วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

6. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE672212 เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2567 จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยให้ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้นการนำเสนอผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 จำนวนทั้งหมด 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบเพศชายกับเพศหญิงใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่มเท่ากันที่ 11.06 ปี กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเกินกว่าครึ่งอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 53.33 ตามลำดับ กลุ่มทดลองได้รับเงินไปโรงเรียนในแต่ละวันเฉลี่ยแล้วอยู่ที่ 23.16 บาท โดยจำนวนที่น้อยที่สุดคือ 10 บาท และจำนวนที่มากที่สุดคือ 40 บาท ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับเงินไปโรงเรียนในแต่ละวันเฉลี่ยแล้วอยู่ที่ 35 บาท และเมื่อสอบถามสินค้าที่ซื้อในทุกๆ วัน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.33 และ 93.33 ตามลำดับ ใช้เงินไปกับการซื้อขนม/นม/น้ำหวาน โดยในส่วนของแหล่งที่ซื้อของกลุ่มทดลองคือ ร้านค้าในหมู่บ้าน ร้อยละ 76.67 ส่วนแหล่งที่ซื้อของกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่คือสหกรณ์โรงเรียน ร้อยละ 70.00 เมื่อถามถึงประสบการณ์เกี่ยวกับโรคในช่องปาก พบว่า กลุ่มทดลอง ร้อยละ 90.00 เคยมีเลือดออกขณะแปรงฟัน ความถี่ของการมีเลือดออกขณะแปรงฟันสูงที่สุดคือนานๆ ครั้งและบางวัน ร้อยละ 43.33 เท่ากัน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเกินกว่าครึ่ง เคยมีเลือดออกขณะแปรงฟัน ร้อยละ 63.33 และความถี่ของการมีเลือดออกขณะแปรงฟันสูงที่สุดคือนานๆ ครั้ง ร้อยละ 43.33 ในส่วนของการปวดฟันพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เคยปวดฟันสูงถึง ร้อยละ 80 ทั้งสองกลุ่ม โดยความถี่ของการปวดฟันของกลุ่มทดลองคือนานๆ ครั้ง ร้อยละ 43.33 และกลุ่มเปรียบเทียบมีความถี่ของการปวดฟันคือ นานๆ ครั้ง ร้อยละ 60 เช่นเดียวกัน ประสบการณ์การตรวจฟันพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเคยตรวจฟันทุกคน ร้อยละ 100

ในส่วนของการเปรียบเทียบการรักษพบว่า กลุ่มทดลองเคยอุดฟัน ร้อยละ 60.00 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเคยอุดฟัน ร้อยละ 66.67 กลุ่มทดลองเคยถอนฟัน ร้อยละ 40.00 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเคยถอนฟัน ร้อยละ 33.33 กลุ่มทดลองเคยขูดหินปูน ร้อยละ 33.33 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเคยขูดหินปูน ร้อยละ 40 กลุ่มทดลองเคยทาฟลูออไรด์ ร้อยละ 16.67 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเคยทาฟลูออไรด์สูงถึง ร้อยละ 86.67 กลุ่มทดลองเคยเคลือบหลุมร่องฟัน ร้อยละ 10.00 ส่วนเปรียบเทียบเคยเคลือบหลุมร่องฟัน ร้อยละ 16.67 กลุ่มทดลองเคยรักษารากฟัน ร้อยละ 3.33 และกลุ่มเปรียบเทียบเคยรักษารากฟัน ร้อยละ 13.33

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย 6 ด้าน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ	ก่อนการทดลอง (n = 30)						หลังการทดลอง (n = 30)					
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p-value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p-value
ด้านการเข้าถึงข้อมูล												
กลุ่มทดลอง	17.83	4.44	1.27	-1.20 to 3.73	1.03	0.308	19.10	5.12	2.93	0.60 to 5.27	2.52	0.015
กลุ่มเปรียบเทียบ	16.56	5.07					16.16	3.80				
ด้านความรู้ความเข้าใจ												
กลุ่มทดลอง	8.63	0.21	0.03	-0.62 to 0.68	0.10	0.919	9.50	0.14	0.77	0.12 to 1.42	2.37	0.021
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.60	0.24					8.73	0.28				
ด้านการสื่อสารแลกเปลี่ยนซักถาม												
กลุ่มทดลอง	8.83	2.60	0.97	-0.57 to 2.51	1.26	0.214	10.50	2.78	0.47	-0.85 to 1.79	0.71	0.482
กลุ่มเปรียบเทียบ	9.80	3.31					10.03	2.29				
ด้านการตัดสินใจ												
กลุ่มทดลอง	9.83	2.67	0.53	-0.86 to 1.93	0.76	0.448	11.63	2.80	1.13	0.29 to 2.56	1.59	0.117
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.36	2.72					10.50	2.70				
ด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม												
กลุ่มทดลอง	14.06	3.65	0.63	-1.37 to 2.64	0.63	0.529	17.26	4.12	1.37	-0.63 to 3.36	1.37	0.175
กลุ่มเปรียบเทียบ	14.70	4.08					15.90	3.56				
ด้านการบอกต่อ												
กลุ่มทดลอง	8.20	2.73	0.60	-0.69 to 1.89	0.94	0.356	9.93	3.21	0.47	-0.91 to 1.84	0.68	0.500
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.80	2.23					10.40	1.95				

จากตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ใน 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูล (Mean diff = 2.93, 95% CI: 0.60 to 5.27; $p = 0.015$) และด้านความรู้ความเข้าใจ (Mean diff = 0.77, 95% CI: 0.12 to 1.42; $p = 0.021$) สำหรับองค์ประกอบอีก 4 ด้าน ได้แก่ การสื่อสารแลกเปลี่ยนซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้	กลุ่มทดลอง (n = 30)						กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)					
ด้านสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95%CI	t	p-value	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95%CI	t	p-value
ด้านการเข้าถึงข้อมูล												
ก่อนการทดลอง	17.83	4.44	1.27	-0.49 to 3.03	1.47	0.152	16.56	5.07	0.40	-2.30 to 3.10	0.30	0.764
หลังการทดลอง	19.10	5.12					16.16	3.80				
ด้านความรู้ความเข้าใจ												
ก่อนการทดลอง	8.63	0.21	0.87	0.42 to 1.31	3.97	<0.001	8.60	0.24	0.13	-0.48 to 0.74	0.44	0.658
หลังการทดลอง	9.50	0.14					8.73	0.28				
ด้านการสื่อสาร แลกเปลี่ยนซักถาม												
ก่อนการทดลอง	8.83	2.60	1.67	0.71 to 2.62	3.56	0.001	9.80	3.31	0.23	-1.46 to 1.93	0.28	0.780
หลังการทดลอง	10.50	2.78					10.03	2.29				
ด้านการตัดสินใจ												
ก่อนการทดลอง	9.83	2.67	1.80	0.35 to 3.24	2.55	0.017	10.36	2.72	0.13	-1.53 to 1.80	0.16	0.871
หลังการทดลอง	11.63	2.80					10.50	2.70				
ด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม												
ก่อนการทดลอง	14.06	3.65	3.20	1.37 to 5.03	3.57	0.001	14.70	4.08	1.20	-1.10 to 3.50	1.07	0.294
หลังการทดลอง	17.26	4.12					15.90	3.56				
ด้านการบอกต่อ												
ก่อนการทดลอง	8.20	2.73	1.73	0.55 to 2.92	2.99	0.006	8.80	2.23	1.60	0.30 to 2.90	2.52	0.017
หลังการทดลอง	9.93	3.21					10.40	1.95				

จากตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ภายในแต่ละกลุ่ม ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ (Mean diff = 0.87, 95% CI: 0.42 to 1.31; $p < 0.001$) การสื่อสาร (Mean diff = 1.67, 95% CI: 0.71 to 2.62; $p = 0.001$) การตัดสินใจ (Mean diff = 1.80, 95% CI: 0.35 to 3.24; $p = 0.017$) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Mean diff = 3.20, 95% CI: 1.37 to 5.03; $p = 0.001$) และการบอกต่อ (Mean diff = 1.73, 95% CI: 0.55 to 2.92; $p = 0.006$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงด้านการบอกต่อ (Mean diff = 1.60, 95% CI: 0.30 to 2.90; $p = 0.017$)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	ก่อนการทดลอง (n = 30)						หลังการทดลอง (n = 30)					
	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p-value	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p-value
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร												
กลุ่มทดลอง	13.16	2.42	1.00	-0.36 to 2.36	1.47	0.146	17.56	3.21	4.37	2.51 to 6.22	4.71	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	12.16	2.81					13.20	3.92				
พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก												
กลุ่มทดลอง	9.80	3.05	0.00	-2.09 to 2.09	0.00	1.000	15.67	2.13	4.20	2.81 to 5.59	6.03	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	9.80	4.83					11.46	3.15				

จากตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Mean diff = 4.37, 95% CI: 2.51 to 6.22; $p < 0.001$) และพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก (Mean diff = 4.20, 95% CI: 2.81 to 5.59; $p < 0.001$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก	กลุ่มทดลอง (n=30)						กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)					
	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p-value	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p-value
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร												
ก่อนการทดลอง	13.16	2.42					12.16	2.81				
หลังการทดลอง	17.56	3.21	4.40	3.04 to 5.76	6.63	<0.001	13.20	3.92	1.03	-0.84 to 2.91	1.13	0.270
พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก												
ก่อนการทดลอง	9.80	3.05					9.80	4.83				
หลังการทดลอง	15.67	2.13	5.87	4.67 to 7.07	9.97	<0.001	11.46	3.15	1.67	-0.44 to 3.78	1.61	0.117

จากตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนและหลังการทดลอง ภายในแต่ละกลุ่ม ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Mean diff = 4.40, 95% CI: 3.04 to 5.76; $p < 0.001$) และพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก (Mean diff = 5.87, 95% CI: 4.67 to 7.07; $p < 0.001$) ในทางตรงกันข้าม ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มเปรียบเทียบ ($p > 0.05$)

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ปริมาณคราบจุลินทรีย์

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากของนักเรียน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ก่อนการทดลอง (n = 30)						หลังการทดลอง (n = 30)					
	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p-value	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p-value
ปริมาณคราบจุลินทรีย์												
กลุ่มทดลอง	5.13	3.14					0.63	0.92				
กลุ่มเปรียบเทียบ	5.73	3.23	0.60	-1.05 to 2.25	0.73	0.470	4.36	2.07	3.73	2.90 to 4.56	8.99	< 0.001

จากตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 3.73, 95% CI: 2.90 to 4.56; $p < 0.001$) ซึ่งบ่งชี้ว่ากลุ่มทดลองมีสภาวะสุขอนามัยช่องปากที่ดีกว่า

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากของนักเรียน ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 30)						กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)					
	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p-value	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p-value
ปริมาณคราบจุลินทรีย์												
ก่อนการทดลอง	5.13	3.14					5.73	3.23				
หลังการทดลอง	0.63	0.92	4.50	3.43 to 5.57	8.61	<0.001	4.36	2.07	1.37	0.32 to 2.41	2.68	0.012

จากตารางที่ 6 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ก่อนและหลังการทดลอง ภายในแต่ละกลุ่ม ผลการวิเคราะห์พบว่า ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองแสดงให้เห็นถึงการลดลงของคราบจุลินทรีย์ในปริมาณที่มากกว่าอย่างชัดเจน (Mean diff = 4.50, 95% CI: 3.43 to 5.57; $p < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงเช่นกัน แต่ลดลงในปริมาณที่น้อยกว่า (Mean diff = 1.37, 95% CI: 0.32 to 2.41; $p = 0.012$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ภายหลังการทดลอง พบว่า หลังการดำเนินโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละองค์ประกอบเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างชัดเจน ทั้งในด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจเลือกเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อข้อมูลสุขภาพ อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง พบว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และ ความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ถือเป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญ ในการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากเป็น จุดเริ่มต้นของกระบวนการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ จักรกฤษณ์ โพธิ์ศรี⁽¹³⁾ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สุขภาพช่องปากและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในด้านทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจเลือกเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อข้อมูลสุขภาพ พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่กลุ่มทดลองมีแนวโน้มคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในหลายด้าน ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่ทักษะเหล่านี้ต้องใช้เวลาในการฝึกฝนและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว เวลาในการดำเนินโปรแกรมที่อาจยังไม่เพียงพอในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงลึกนั้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Haleem⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาบทบาทของการให้ความรู้ซ้ำและการเสริมแรงในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน พบว่า การให้ความรู้เพียงครั้งเดียว (One-time OHE) แม้จะช่วยเพิ่มระดับความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปากในระยะสั้น แต่ไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ซับซ้อนและลึกซึ้งในระยะยาว โดยเฉพาะพฤติกรรมเชิงป้องกันโรคหรือพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องอาศัยการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองยังคงสะท้อนแนวโน้มเชิงบวกของโปรแกรมในด้านการเสริมสร้างทักษะและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8 ได้อย่างมีความหมาย โดยเฉพาะในบริบทของโรงเรียนชนบทที่การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพยังมีข้อจำกัด การออกแบบโปรแกรมที่มีโครงสร้างชัดเจนและเน้น กระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและเน้นพัฒนาทักษะจึงนับเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการต่อยอดและขยายผลในระดับนโยบายต่อไป

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ภายหลังการทดลอง พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการทำความสะอาดช่องปากเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง ผลลัพธ์ที่ได้อาจเนื่องมาจากลักษณะการจัดกิจกรรมของโปรแกรมที่มุ่งเน้นความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะประเด็นการเข้าถึงข้อมูลผ่านการบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติจริง และการจัดกิจกรรมกลุ่ม โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ ช่วยแก้ว⁽¹⁵⁾ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

ช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภายหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ครู และผู้วิจัย ในรูปแบบการให้ข้อมูล การสนับสนุนทางอารมณ์ การประเมินคุณค่า และการจัดหาอุปกรณ์การดูแลสุขภาพช่องปาก ล้วนมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจและการตอกย้ำพฤติกรรมเชิงบวกในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพ และลดความเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปากในระยะยาว

3. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก

ภายหลังการทดลอง พบว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากของนักเรียนน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและน้อยกว่าก่อนการทดลอง การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะขั้นตอนการตัดสินใจและขั้นตอนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้เชิงลึก เข้าใจวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกต้อง และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน จากการที่ปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลอง สะท้อนว่าการสนับสนุนที่ครบถ้วน ไม่ว่าจะเป็นข้อมูล อารมณ์ การประเมินค่า และการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น จากครูและผู้ปกครองมีส่วนช่วยกระตุ้นและเสริมแรงให้เด็กมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Azadeh Babaei⁽¹⁶⁾ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมรวมการสาธิตและฝึกแปรงฟันภายในโรงเรียน มีพัฒนาการด้านสุขภาพช่องปากเฉลี่ยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ ควบคู่กับการสนับสนุนทางสังคมในหลายมิติ เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในระยะยาว ในส่วนของกลุ่มเปรียบเทียบที่มีค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองนั้น อาจเนื่องจากโรงเรียนของกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในช่วงการประเมินจากหน่วยงานภายนอก ทำให้มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเข้มข้นตลอดช่วงเวลาเดียวกัน จากข้อมูลการได้รับบริการทางทันตกรรมพบว่ากลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการทาฟลูออไรด์มากกว่ากลุ่มทดลอง ในช่วงที่มีการให้บริการเป็นไปไดว่าทันตบุคลากรก็ได้ให้ทันตสุขภาพแก่เด็กกลุ่มนี้ด้วย ส่งผลให้ผลลัพธ์ของกลุ่มเปรียบเทียบมีแนวโน้มพัฒนาเช่นกัน

สรุป

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่เน้นการพัฒนาทักษะและความสามารถในการจัดการข้อมูลสุขภาพผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การฝึกปฏิบัติจริง และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ครู มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคในช่องปากของนักเรียนวัยเรียนได้ โดยหลังดำเนินโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปากรวมทั้งระดับคราบจุลินทรีย์ที่ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ความรู้ด้านสุขภาพในองค์ประกอบด้านการเข้าถึงและด้านความรู้ความเข้าใจก็มีการพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ถือเป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ผลที่ได้สนับสนุนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เน้นกระบวนการจัดการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมจากสังคม มีศักยภาพในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงเรียนพื้นที่ชนบทหรือกลุ่มเป้าหมายที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

1. ควรขยายระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมให้นานขึ้น เพื่อเสริมสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมสุขภาพช่องปากซึ่งต้องอาศัยการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง การขยายระยะเวลาโปรแกรมจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ซ้ำการเสริมแรงเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมที่มั่นคงมากขึ้น
2. ควรเพิ่มการประยุกต์ใช้สื่อดิจิทัลในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก อย่างเช่น เกมออนไลน์ด้านทันตสุขภาพ ซึ่งสามารถส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพิ่มความน่าสนใจ และตอบสนองพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีของนักเรียนในยุคปัจจุบันรวมถึงช่วยให้สามารถเรียนรู้ต่อเนื่องนอกห้องเรียนได้
3. ควรพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงเรียนที่ไม่ได้อยู่ในช่วงรับการประเมินจากหน่วยงานภายนอก เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวมักมีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเข้มข้นมากกว่าปกติ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพโดยไม่ได้เกิดจากการแทรกแซงของโปรแกรมที่วิจัย ทำให้ยากต่อการแยกแยะผลลัพธ์ ที่แท้จริงของการทดลองจากปัจจัยภายนอก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรออกแบบกิจกรรมที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อโรคในช่องปาก เช่น การลดบริโภคน้ำตาลระหว่างมื้อ การเลือกอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพฟัน และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมบริโภคที่มีความเสี่ยงสูง ควรใช้กิจกรรมแบบอินเทอร์แอคทีฟ เช่น เกมจำลองสถานการณ์การเลือกอาหาร การวางแผนเมนูประจำวัน หรือการประกวดเมนูสุขภาพ เพื่อให้ผู้เรียนได้มีโอกาสฝึกคิดและตัดสินใจในบริบทที่ใกล้เคียงกับชีวิตจริงและเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพพิจารณาออกแบบและทดสอบกิจกรรมที่มีการบูรณาการผู้ปกครองและครูในกระบวนการส่งเสริมพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ
2. ควรศึกษาผลระยะยาวของโปรแกรม เพื่อให้สามารถประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งควรพิจารณาการเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น การลดจำนวนฟันผุ การลดคราบจุลินทรีย์ หรือภาวะเหงือกอักเสบ ในช่วงเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปีหลังจบโปรแกรม ซึ่งจะสะท้อนผลกระทบที่แท้จริงของการดำเนินงานในเชิงสุขภาพระดับประชากร
3. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น เช่น นักเรียนในเขตเมือง เขตชนเมือง หรือโรงเรียนในบริบทที่มีความแตกต่างด้านสภาพเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ทั้งนี้ เพื่อเปรียบเทียบและวิเคราะห์ความแตกต่างของผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้โปรแกรมในบริบทที่หลากหลาย ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้เรียน
4. ควรออกแบบกิจกรรมหรือองค์ประกอบของโปรแกรมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง เช่น การจัดทำแบบประเมินพฤติกรรมร่วมระหว่างผู้ปกครองกับนักเรียน กิจกรรมการตรวจความสะอาดหลังแปรงฟันโดยผู้ปกครอง หรือการใช้สื่อสารดิจิทัลที่ช่วยสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวกในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.นาฏนภา ทิพย์แก้ว ปดชาสุวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พ.ต.ท.สุชาติ บุญหาญ นายตำรวจนิเทศงานโครงการตามพระราชดำริฯ กก.ตชด.24 ผู้บริหาร คณะครู นักเรียนกลุ่มตัวอย่างทุกท่านและโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชน (กพด.) ตามพระราชดำริสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทั้งภาวะโภชนาการ น้ำดื่มเสริมไอโอดีน กิจกรรมทางกาย ทันตสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน คณะทำงานศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี ที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on oral health 2022 [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 Mar 10]. p. 5–79. Available from: <https://www.who.int/team/noncommunicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022>
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2566 [สืบค้นเมื่อ 2025 มี.ค. 10]. เข้าถึงได้จาก: <https://dental.anamai.moph.go.th>
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานโครงการประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในโรงเรียน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2563 [สืบค้นเมื่อ 2025 พ.ค. 8]. เข้าถึงได้จาก: <https://dental.anamai.moph.go.th/th/general-of-122/download/?did=208598&id=90295&reload=>
4. อังศณา ฤทธิอยู่, ผุสดี จันทรวง, ชนิกา โรจน์สกุลพานิช. การศึกษาสถานการณ์สภาวะช่องปากของนักเรียนประถมศึกษาในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ปี 2556 และปี 2560 [อินเทอร์เน็ต]. คลังความรู้ กรมอนามัย; 2020 [เข้าถึงเมื่อ 2025 มี.ค. 10]. เข้าถึงได้จาก: <https://km.anamai.moph.go.th>
5. 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.
6. กรมอนามัย. แนวคิดหลักการขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2025 มี.ค. 10]. เข้าถึงได้จาก: <https://mwi.anamai.moph.go.th>
7. House JS. Work stress and social support. California: Addison-Wesley; 1981.
8. อรุณ จิรวรรณกุล. ชีวิตวิถีทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: คลังนาวิทยา; 2551.
9. นิศานาถ ไกร. ประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช [วิทยานิพนธ์]. สุราษฎร์ธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี; 2561.
10. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
11. Best JW. Research in education. New Jersey: Prentice-Hall; 1981.
12. Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Assoc.* 1964;68(1):7–13.
13. จักรกฤษณ์ โพธิ์ศรี, ปาจารย์ อับดุลลาฮาซิม, นิภา มหารัษฎพงศ์. ผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2567; 17(2): 197–210. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/269790>
14. Haleem A, Khan MK, Sufia S, Chaudhry S, Siddiqui MI, Khan AA. The role of repetition and reinforcement in school-based oral health education: a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health.* 2016;16(1):2. doi:10.1186/s12889-015-2676-3
15. เบลูจวรรณ ช่วยแก้ว, จันทร์เพ็ญ เลิศวันวัฒนา, วรารัตน์ ทิพย์รัตน์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดตรัง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2563;28(2):64–73.
16. Babaei A, Pakdaman A, Hessari H. Effect of an oral health promotion program including supervised toothbrushing on 6–7-year-old schoolchildren: a randomized controlled trial. *Front Dent [Internet].* 2020 [cited 2025 Mar 10];17:1–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7883658/>

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนักของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ¹ อลงกรณ์ สุขเรืองกุล^{2*} ปุณรดา พวงสมัย³ สุธาสินี วัังคะฮาด⁴

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

^{2*,3}อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

⁴อาจารย์ คณะบริหารธุรกิจและการบัญชี มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดน้ำหนักของนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โปรแกรมมีระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ซึ่งเป็นนักศึกษาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นในแต่ละส่วนดังนี้: ความรู้ 0.75, ทศนคติ 0.84, การรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเอง 0.85 และพฤติกรรมสุขภาพ 0.89 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Paired Sample t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้ ทศนคติ การรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย รอบเอว และเปอร์เซ็นต์ไขมันใต้ผิวหนัง

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001, 95% CI: 3.74 – 6.61) ทศนคติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.024, 95% CI: 0.28 – 3.72) การรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001, 95% CI: 4.11 – 8.54) และพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001, 95% CI: 4.38 – 7.32) และมีค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.007, 95% CI: 0.10 – 0.57) และรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001, 95% CI: 4.43 – 8.37) ขณะที่เปอร์เซ็นต์ไขมันใต้ผิวหนังแม้จะลดลง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ นักศึกษาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพถือเป็นผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพในอนาคต การมีบุคลิกภาพและรูปร่างที่เหมาะสมไม่เพียงสะท้อนถึงสุขภาพที่ดี แต่ยังส่งเสริมภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มนักศึกษานี้ควรดำเนินการผ่านโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ และควรมีการออกแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันผลลัพธ์ในอนาคต

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ/ การลดน้ำหนัก/ ภาวะน้ำหนักเกิน/ โรคอ้วน/ นักศึกษา

Effects of Health Behavior Modification Program for Weight Loss among Health Sciences Students with Overweight and Obesity

Petcherut Sirisuwan¹ Alongkorn Sukrueangkul^{2*} Punrada Pounsamai³ Suthasinee Wangkahat⁴

¹Asst. Prof., Faculty of Liberal Arts and Science, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

^{2*,3}Lecturer, Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

⁴Lecturer, Faculty of Business Administration and Accountancy, Roi Et Rajabhat University

Abstract

This one-group pretest-posttest quasi-experimental study aimed to examine the effects of a health behavior modification program on weight loss among university students with overweight and obesity in a university located, Thailand. The intervention lasted for 8 weeks and was implemented with 40 purposively selected students enrolled in the health sciences students. Data were collected using a structured questionnaire with an overall reliability coefficient of 0.89. The reliability coefficients for individual sections were 0.75 for knowledge, 0.84 for attitudes, 0.85 for self-efficacy, and 0.89 for health behaviors. Paired sample t-tests were used to compare the mean scores of knowledges, attitudes, self-efficacy, health behaviors, body mass index (BMI), waist circumference, and subcutaneous fat percentage before and after the intervention.

The findings revealed that, after participating in the program, the participants demonstrated a statistically significant increase in knowledge (p-value < 0.001, 95% CI: 3.74–6.61). Attitudes toward health improved significantly (p-value = 0.024, 95% CI: 0.28–3.72), as did self-regulation perception (p-value < 0.001, 95% CI: 4.11–8.54). Statistically significant improvements were also observed in health behaviors related to dietary habits and physical activity (p-value < 0.001, 95% CI: 4.38–7.32). Furthermore, there was a statistically significant reduction in body mass index (p-value = 0.007, 95% CI: 0.10–0.57) and waist circumference (p-value < 0.001, 95% CI: 4.43–8.37). However, the decrease in subcutaneous fat percentage was not statistically significant. Health sciences students play a vital role as future health professionals and leaders in health promotion. An appropriate physical appearance and healthy body composition not only reflect good health but also enhance their credibility in advocating healthy behaviors. Therefore, promoting health behavior change among this group should be implemented through evidence-based and effective programs. Future research should incorporate a control group to further validate the effectiveness of such interventions.

Keywords: Health behavior modification program/ Weight loss/ Overweight /Obesity/ Health sciences students

*Corresponding author: Alongkorn Sukrueangkul, email: alongkorn_s@rmutt.ac.th, Tel.: 06 3989 5915

Received: June 8, 2025/ Revised: July 31, 2025/ Accepted: August 21, 2025

บทนำ

องค์การอนามัยโลกรายงาน ในปี พ.ศ. 2565 ประชากรโลกประมาณหนึ่งในแปดมีภาวะโรคอ้วน โดยอัตราโรคอ้วนในผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่า และในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นถึงสี่เท่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 และในปี พ.ศ. 2565 พบว่า ผู้ใหญ่ทั่วโลกอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 2.5 พันล้านคน มีน้ำหนักเกิน โดยในจำนวนนี้ 890 ล้านคน มีภาวะโรคอ้วนคิดเป็นร้อยละ 43 และร้อยละ 16 ตามลำดับ⁽¹⁾ รายงานของสหพันธ์โรคอ้วนโลก (World Obesity Federation) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 - 2573 ความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ในประชากรวัยผู้ใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 ประชากรวัยผู้ใหญ่มากกว่า 3 พันล้านคน หรือร้อยละ 50 ของประชากรโลกจะมีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งข้อมูลล่าสุดในปี พ.ศ. 2567 ชี้ว่าประชากรในภูมิภาคอเมริกา เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแปซิฟิกตะวันตก มีอัตราการพิการและเสียชีวิตจากโรคอ้วนสูงที่สุด โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของโรคอ้วนอย่างรวดเร็วภายในปี พ.ศ. 2573 โรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของ NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น การสูบบุหรี่ ขาดกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรจาก NCDs กว่า 10.7 ล้านคน โดยร้อยละ 15 มีสาเหตุจากค่าดัชนีมวลกาย (BMI) สูง และร้อยละ 55 ของผู้เสียชีวิตจากเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะ BMI สูง นอกจากนี้ปีเดียวกันพบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกต้องใช้ชีวิตอยู่กับโรคจาก NCDs รวม 161.1 ล้านปี ซึ่งในจำนวนนี้ 44.3 ล้านปี (ร้อยละ 27) เกิดจากภาวะ BMI สูงโดยตรง⁽²⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า โรคอ้วนสามารถลดคุณภาพชีวิต และอายุขัยลงได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽³⁾ สถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (HDC) พบว่า ผู้ใหญ่อายุ 19 ปีขึ้นไป เป็นโรคอ้วนหรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 kg/m² มากถึงร้อยละ 45.6 ในปี พ.ศ. 2563 และเพิ่มเป็นร้อยละ 46.2 ในปี พ.ศ. 2564 และร้อยละ 46.6 ในปี พ.ศ. 2565⁽⁴⁾ และผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562 - 2563) พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วนร้อยละ 42.2 และอ้วนลงพุงร้อยละ 39.4⁽⁵⁾ โรคอ้วนกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในเขตเมือง จึงมีความจำเป็นต้องมีการดำเนินนโยบายและมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ เช่น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมการตลาดอาหารที่มีพลังงานสูง และการสนับสนุนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย⁽⁶⁾

โรคอ้วนไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพรายบุคคลเท่านั้น แต่ยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านการรักษาโรคและการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงาน⁽⁷⁾ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเมื่อเกิดในวัยรุ่นและวัยรุ่น จะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสังคม ด้านร่างกายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง มีปัญหาของข้อและกระดูกที่รับน้ำหนักมาก บางรายมีอาการนอนกรนหรือหยุดหายใจตอนกลางคืนจากภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น จนนำมาสู่การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาได้ ส่วนด้านจิตใจและสังคม วัยรุ่นมักสนใจรูปร่างหน้าตาของตนเอง ทำให้มีปัญหาบุคลิกภาพ ขาดความมั่นใจ ไม่เป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน เกิดการแยกตัว ไม่เป็นที่สนใจของเพื่อนต่างเพศ บางรายวิตกกังวลมากจนทำให้มีภาวะซึมเศร้า⁽⁸⁾ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในนักศึกษา ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเล่นเกมนานเกิน 1 ชั่วโมงต่อครั้ง⁽⁹⁾ นักศึกษาที่พักอาศัยในหอพักมีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกินมากกว่านักศึกษาที่อาศัยอยู่บ้าน 4.07 เท่า นักศึกษาที่ไม่ออกกำลังกายมีความเสี่ยงมากกว่า 5.03 เท่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงมากกว่า 3.10 เท่า และผู้ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับปานกลางมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดีถึง 6.16 เท่า⁽¹⁰⁾ ซึ่งอุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร ทศนคติทางบวกต่ออาหาร และการขาดการควบคุมตนเอง⁽¹¹⁾ จากแนวคิดของ Green⁽¹²⁾ การสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนหลายด้าน โดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันที่ต้องเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคอ้วนส่งผลโดยตรงต่อ

พฤติกรรมป้องกันการโรคอ้วนของนักศึกษา และแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และสถาบันการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹³⁾

จากการสำรวจนักศึกษาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 204 คน พบว่า 55 คน (ร้อยละ 26.96) มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ($BMI \geq 23.00 \text{ kg/m}^2$) โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 23.04 และเพศชายร้อยละ 3.92 ซึ่งภาวะดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์และบทบาทในอนาคตของนักศึกษา ในฐานะผู้นำสุขภาพที่มีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพและเป็นต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพ⁽¹⁴⁾ คณะผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนากลยุทธ์เพื่อส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักอย่างยั่งยืน โดยออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด Self-regulation Theory ซึ่งเน้นการสังเกตตนเอง การตั้งเป้าหมาย และการควบคุมพฤติกรรมในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ยังประยุกต์ใช้ทฤษฎี Social Support เพื่อส่งเสริมแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และคณาจารย์ ซึ่งช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ ความมั่นคงทางอารมณ์ และความสามารถในการปรับตัวของผู้เข้าร่วมโปรแกรม⁽¹⁶⁾ การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างทักษะการกำกับตนเอง ความรู้ ทักษะที่เหมาะสม และพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจของนักศึกษา เพื่อนำไปสู่การเป็นผู้นำสุขภาพที่สามารถถ่ายทอดและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สู่ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

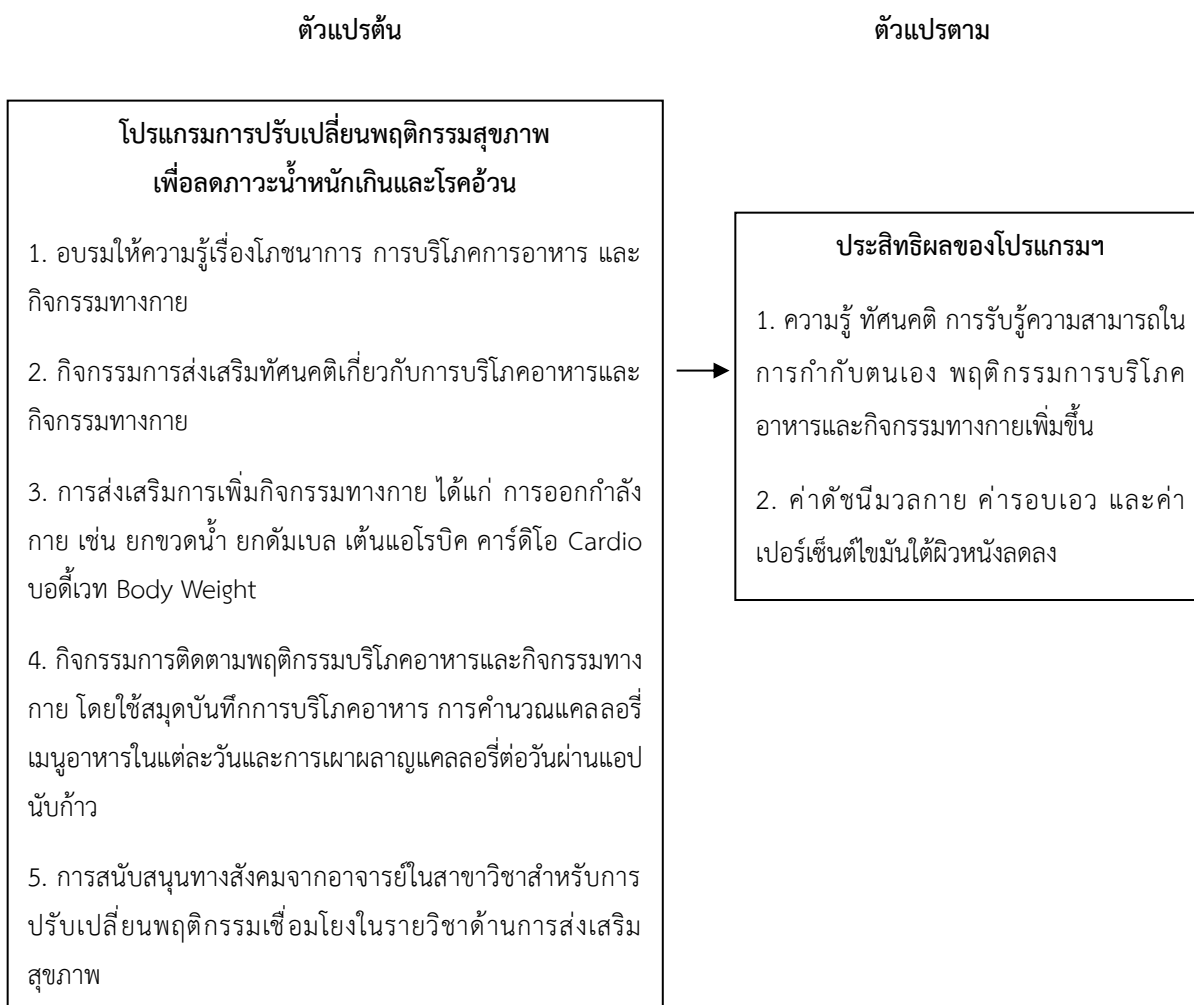
สมมุติฐานการวิจัย

1. นักศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับ ทักษะ การรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเอง และพฤติกรรมโภชนาการและกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นหลังจากการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน
2. นักศึกษามีค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ค่ารอบเอว และค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันใต้ผิวหนังลดลงหลังจากการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเองเกี่ยวกับการโภชนาการและกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมโภชนาการและกิจกรรมทางกายของนักศึกษา ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ค่ารอบเอว และค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันใต้ผิวหนังของนักศึกษา ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษา คือ นักศึกษาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2566 ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 kg/m^2 จำนวน 55 คน กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 kg/m^2 จำนวน 40 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) เป็นนักศึกษาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 kg/m^2 2) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และ 3) ไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการร่วมโปรแกรม เกณฑ์คัดออก 1) ผู้ที่ใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก และ 2) ผู้ที่มีเหตุจำเป็นไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการดำเนินโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างโปรแกรมและกิจกรรม โดยคณะผู้วิจัยสร้างกรอบของการพัฒนาโปรแกรมมาจากการใช้ทฤษฎีการส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ ในการกำกับตนเองเรื่องพฤติกรรมอาหารและการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม และใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อสนับสนุนการคงอยู่ของพฤติกรรมในการลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนของนักศึกษาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และปรับประยุกต์ใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักสำหรับนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน⁽¹⁷⁾ โปรแกรมควบคุมน้ำหนักที่เน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารในนักศึกษาที่มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน⁽¹⁸⁾ โปรแกรมการเดินแอโรบิคต่อการลดน้ำหนักของนักศึกษาที่มีน้ำหนักเกินมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา⁽¹⁹⁾ โปรแกรมออกกำลังกายคาร์ดิโอต่ออัตราส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพกของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา⁽²⁰⁾ และปรับประยุกต์การบันทึกปริมาณแคลอรีจากงานวิจัยประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน Caloric ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำหนักตัวสำหรับนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี⁽²¹⁾

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ปรับประยุกต์มาจากงานวิจัยด้านโปรแกรมการลดน้ำหนักสำหรับนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน แบ่งเป็น 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 11 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ การบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย 20 ข้อ⁽²²⁻²³⁾ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย 15 ข้อ⁽²⁴⁾ ลักษณะคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ แบ่งกลุ่มคะแนนเป็นอันดับสเกล (Ordinal scale) 3 คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเองเรื่องการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย 15 ข้อ⁽²⁵⁾ คำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ แบ่งกลุ่มคะแนนเป็นอันดับสเกล (Ordinal scale) 3 คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย 15 ข้อ⁽²³⁾ คำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ แบ่งกลุ่มคะแนนเป็นอันดับสเกล (Ordinal scale) 3 คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ส่วนที่ 6 แบบติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย และส่วนที่ 7 การประเมินค่าดัชนีมวลกาย ค่ารอบเอว และค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันใต้ผิวหนัง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ข้อคำถามที่พัฒนาขึ้นมีจำนวน 76 ข้อ ผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา⁽²⁶⁾ (Content Validity) และได้สัดส่วนความเห็นที่ตรงกันในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เท่ากับ 90.79 ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องในการใช้ภาษาและปรับปรุงแก้ไข และการทดสอบเครื่องมือในนักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และมีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 แบบทดสอบความรู้เป็นข้อคำถามปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ วิเคราะห์ด้วยวิธีของคูเดอร์- ริชาร์ดสัน 20⁽²⁷⁾ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 แบบสอบถามทัศนคติ 15 ข้อ (ตัวเลือก เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเอง 15 ข้อ (ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่แน่ใจ และไม่ใช่) และแบบสอบถามพฤติกรรม 15 ข้อ (ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย) ประกอบด้วยคำถามเชิงบวกและเชิงลบ วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช⁽²⁸⁾ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84, 0.85, 0.89 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินโครงการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ ได้แก่ การวางแผนการจัดโปรแกรมและการเตรียมอุปกรณ์ออกกำลังกาย ปรับประยุกต์จากขวดน้ำดื่ม ขนาด 600 มิลลิลิตร และ 1,500 มิลลิลิตร บรรจุทราย เสือรองคลานใช้ในการออกกำลังกาย จัดทำสมุดคู่มือให้ความรู้ ตารางโภชนาการ ตารางเมนูอาหาร เครื่องดื่ม ผลไม้และปริมาณแคลอรีที่ได้รับ และตารางจดบันทึกเมนูอาหารและการเผาผลาญพลังงานในแต่ละวัน และใช้ในการติดตามพฤติกรรม

ขั้นตอนการดำเนินงาน คือ การจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ของนักศึกษาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ระยะเวลาดำเนินการโครงการ 8 สัปดาห์ ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมดังนี้

- | | |
|------------------|--|
| Pretest | 1) การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ ทักษะการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย การประเมินค่าดัชนีมวลกาย ค่ารอบเอว และค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันใต้ผิวหนัง |
| Intervention | 2) การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โดยคณะผู้วิจัย |
| สัปดาห์ที่ 1 - 8 | <p>2.1 การบรรยายให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใช้เวลาทำกิจกรรม 1 วัน</p> <p>1) การบรรยายให้ความรู้เรื่องการโภชนาการ การบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายสำหรับผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน</p> <p>2) กิจกรรมส่งเสริมทัศนคติ การรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายที่ถูกต้อง</p> <p>3) กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การทบทวนเมนูอาหาร น้ำหวานที่รับประทานในแต่ละวัน และกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายที่นักศึกษาทำเป็นประจำ</p> <p>4) การตั้งเป้าหมายและแผนการลดน้ำหนัก ข้อกำหนดในการลด ละ เลิกการดื่มน้ำหวาน การกินจุบจิบ และมีวินัยในการออกกำลังกาย</p> <p>2.2 กิจกรรมออกกำลังกาย ใช้เวลาทำกิจกรรม 3 วัน/สัปดาห์ (อังคาร พุธ พฤหัสบดี วันละ 1 ชั่วโมง) แต่สำหรับคณะผู้วิจัยและทีมผู้นำออกกำลังกายจัดการออกกำลังกายและเตรียมพร้อมรับผู้เข้าร่วมโปรแกรมทุกวัน (จันทร์ - ศุกร์)</p> <p>1) การเต้นแอโรบิก 30 นาที เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นการเคลื่อนไหวยืดหดตัวเป็นจังหวะซ้ำๆ กันของกล้ามเนื้อใหญ่ เช่น กล้ามเนื้อขา แขน ลำตัว โดยมีความเหนื่อยระดับปานกลาง</p> <p>2) ออกกำลังกายแบบคาร์ดิโอ (Cardio) 15 นาที</p> <p>3) การออกกำลังกายแบบบอดี้เวทพร้อมอุปกรณ์ (Body Weight) 15 นาที</p> <p>4) การตั้งไลน์กลุ่ม เพื่อติดตามให้กำลังใจ และการออกกำลังกายที่บ้าน กรณีผู้เข้าร่วมโปรแกรมติดภารกิจไม่ได้มาออกกำลังกาย</p> <p>2.3 กิจกรรมทางกาย การเดินเร็วโดยใช้แอปนับก้าวเพื่อดูการเผาผลาญพลังงานแคลอรี ทุกวันจันทร์ - วันอาทิตย์</p> <p>2.4 กิจกรรมติดตามการบริโภคอาหาร เน้นการลด ละ เลิกการดื่มน้ำหวาน การกินจุบจิบ การมาออกกำลังกาย และมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>2.5 การสนับสนุนทางสังคม โดยการสนับสนุนอุปกรณ์ออกกำลังกาย จัดหาห้องออกกำลังกายที่สะดวก และเหมาะสม จัดทีมผู้นำออกกำลังกาย น้ำดื่มและรางวัลสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ และสามารถลดน้ำหนักได้</p> |

Posttest 3) การประเมินผลโปรแกรมโดยการเก็บข้อมูลนักศึกษาหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโภชนาการทัศนคติ การรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย การประเมินค่าดัชนีมวลกาย ค่ารอบเอว และ ค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันใต้ผิวหนัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Paired samples t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเอง พฤติกรรม การบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย และค่าดัชนีมวลกาย ค่ารอบเอว และค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันใต้ผิวหนัง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์

โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลและชี้แจงให้อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการเข้าใจอย่างชัดเจน และให้เป็นอิสระในการตัดสินใจ เข้าร่วมและอนุญาตให้ออกจากการวิจัยโดยไม่มีเงื่อนไข และข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ จะเผยแพร่ข้อมูล ในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 0-090/2566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.00 มีอายุเฉลี่ย 19.58 ปี (S.D. = 1.03) มี BMI อยู่ในระดับอ้วน (25.0 – 29.9 kg/m²) ร้อยละ 50.00 กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 50.00 พักอาศัยอยู่หอพักภายนอกมหาวิทยาลัย ร้อยละ 77.50 ค่าใช้จ่ายต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 50.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.50 มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถใช้งานอินเทอร์เน็ตได้ ร้อยละ 100.00 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 92.50 ส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราว ร้อยละ 82.50 ผลการเรียนเฉลี่ย GPAX อยู่ระหว่าง 3.00 – 3.49 ร้อยละ 42.50 และกู้ยืมเงินเพื่อการศึกษา ร้อยละ 75.00 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		6	15.00
หญิง		34	85.00
อายุ			
ไม่เกิน 20 ปี		18	45.00
20 ปีขึ้นไป		22	55.00
Mean ± S.D.= 19.58 ± 1.03 Min = 17 Max = 21			

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (kg/m²)		
น้ำหนักเกิน (23.0 - 24.9 kg/m ²)	8	20.00
อ้วน (25.0 - 29.9 kg/m ²)	20	50.00
อ้วนมาก (≥ 30 kg/m ²)	12	30.00
Mean $\pm$ S.D.= 29.00 $\pm$ 5.30 Min = 23.00 Max = 46.90		
ชั้นปีที่ศึกษา		
ชั้นปีที่ 1	10	25.00
ชั้นปีที่ 2	20	50.00
ชั้นปีที่ 3	10	25.00
การพักอาศัย		
หอพักภายในมหาวิทยาลัย	4	10.00
หอพักภายนอกมหาวิทยาลัย	31	77.50
พักอาศัยที่บ้าน	5	12.50
ค่าใช้จ่ายต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	20	50.00
5,000 - 9,999 บาท	19	47.50
$\geq 10,000$ บาท	1	2.50
Mean $\pm$ S.D.= 4,642.50 $\pm$ 1,554.46 Min = 2,000 Max = 10,000		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	35	87.50
มี	5	12.50
- โรคหอบหืด	1	2.50
- โรคภูมิแพ้	2	5.00
- โรคธาลัสซีเมีย	1	2.50
- โรคหอบหืดและภูมิแพ้	1	2.50
การมีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถใช้งานอินเทอร์เน็ตได้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
สมาร์ทโฟน	40	100.00
iPad/tablet	16	40.00
คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ	5	12.50
notebook	16	40.00
การสูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า		
ไม่เคยสูบ	37	92.50
เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว	3	7.50

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่ม	7	17.50
ดื่มเป็นครั้งคราว	33	82.50
ผลการเรียนเฉลี่ย (GPAX)		
GPAX 2.00 – 2.49	2	5.00
GPAX 2.50 – 2.99	11	27.50
GPAX 3.00 – 3.49	17	42.50
GPAX $\geq$ 3.50	10	25.00
การกู้ยืมเงินเพื่อการศึกษา (กยศ.)		
ไม่กู้	10	25.00
กู้	30	75.00

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายของนักศึกษาฯ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ความรู้ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ การบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 87.50 และระดับปานกลาง ร้อยละ 12.50 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.50 และระดับสูง ร้อยละ 42.50 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001 , 95% CI: 3.74 – 6.61) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 5.18 คะแนน

ทัศนคติ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.50 ระดับสูง ร้อยละ 30.00 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.50 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.50 และระดับปานกลาง ร้อยละ 47.50 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.024, 95% CI: 0.28 – 3.72) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.00 คะแนน

การรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.50 ระดับต่ำ ร้อยละ 15.00 และระดับสูง ร้อยละ 12.50 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.50 และระดับปานกลาง ร้อยละ 42.50 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001 , 95% CI: 4.11 – 8.54) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 6.33 คะแนน

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.00 ระดับสูง ร้อยละ 5.00 และระดับต่ำ ร้อยละ 5.00 หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.00 และระดับปานกลาง ร้อยละ 45.00 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$, 95% CI: 4.38 – 7.32) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 5.85 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ ทักษะคิด การรับรู้ความสามารถในการทำกับตนเอง และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 40)

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	Mean difference	95%CI	p - value
ความรู้					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.58	2.54	5.18	3.74 – 6.61	<0.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	12.75	3.88			
ทัศนคติ					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	34.13	3.33	2.00	0.28 – 3.72	0.024
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	36.13	4.89			
การรับรู้ความสามารถในการทำกับตนเอง					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30.50	4.56	6.33	4.11 – 8.54	<0.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	36.83	4.72			
พฤติกรรม					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30.35	2.85	5.85	4.38 – 7.32	<0.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	36.20	4.58			

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย ค่ารอบเอว และค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันใต้ผิวหนังของนักศึกษาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของนักศึกษา ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ 29.00 kg/m² (S.D. = 5.30) หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ 28.67 kg/m² (S.D. = 5.41) โดยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.007$, 95% CI: 0.10 – 0.57) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.33 kg/m²

ผลการเปรียบเทียบค่ารอบเอวของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่ารอบเอวเฉลี่ย เท่ากับ 88.90 เซนติเมตร (S.D. = 12.21) หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่ารอบเอวเฉลี่ย เท่ากับ 82.50 เซนติเมตร (S.D. = 12.40) โดยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่ารอบเอวลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$, 95% CI: 4.43 – 8.37) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.40 เซนติเมตร

ผลการเปรียบเทียบค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันใต้ผิวหนังของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันใต้ผิวหนังเฉลี่ย เท่ากับ 36.66% (S.D. = 8.91) หลังเข้าร่วม

โปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันใต้ผิวหนัง เท่ากับ 36.54% (S.D. = 8.33) โดยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ นักศึกษามีค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันใต้ผิวหนังไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าดัชนีมวลกาย ค่ารอบเอว และค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันใต้ผิวหนัง ของนักศึกษาสาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 40)

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	Mean difference	95%CI	p - value
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	29.00	5.30	0.33	0.10 – 0.57	0.007
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	28.67	5.41			
ค่ารอบเอว					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	88.90	12.21	6.40	4.43 – 8.37	<0.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	82.50	12.40			
ค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันใต้ผิวหนัง					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	36.66	8.91	0.11	-0.43 - 0.66	0.672
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	36.54	8.33			

อภิปรายผลการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 นักศึกษา มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับ ทศนคติ การรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเอง และพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นหลังจากการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

การศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนักของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีภาวะ น้ำหนักเกินและโรคอ้วน ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า

1) ด้านความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001, 95% CI: 3.74 - 6.61) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 5.18 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักที่เน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ในนักศึกษาที่มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน⁽¹⁸⁾ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีคะแนนของความรู้เรื่อง อาหารกับการควบคุมน้ำหนักมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001)

2) ด้านทัศนคติ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.024, 95% CI: 0.28 - 3.72) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.00 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาผลของ โปรแกรมควบคุมน้ำหนักที่เน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในนักศึกษาที่มีน้ำหนักเกินหรือ เป็นโรคอ้วน⁽¹⁸⁾ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีทัศนคติต่อการควบคุมน้ำหนัก และความเชื่อในบรรทัดฐาน ของสังคมในการควบคุมอาหารมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001)

3) ด้านการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001, 95% CI: 4.11 - 8.54) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 6.33 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาผลของ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกายของวัยรุ่นใหญ่ตอนต้น⁽³¹⁾ พบว่า ความสามารถในการกำกับตนเอง และการควบคุมการบริโภคอาหาร เป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกายของผู้ใหญ่ตอนต้น

และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยที่เป็นโรคอ้วน⁽²⁹⁾ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการกำกับตนเอง และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

4) พฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายของนักศึกษาฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$, 95% CI: 4.38 - 7.32) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 5.85 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่นำมาใช้กับนักศึกษามหาวิทยาลัยในสหรัฐอเมริกา⁽³²⁾ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งนำไปสู่การควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมและลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ การบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายสำหรับผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน รวมถึงได้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมทัศนคติ และส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเอง เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยกำกับตนเองให้มีการควบคุมการบริโภคอาหาร และพยายามมีกิจกรรมทางกายให้มากขึ้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 นักศึกษามีค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ค่ารอบเอว และค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันใต้ผิวหนังลดลงหลังจากการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

การศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนักของนักศึกษามหาวิทยาลัยสุขภาพที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.007$, 95% CI: 0.10 - 0.57) และรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$, 95% CI: 4.43 - 8.37) ขณะที่เปอร์เซ็นต์ไขมันใต้ผิวหนังแม้จะลดลง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีค่าเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถในการกำกับตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น รวมถึงมีค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันใต้ผิวหนังเป็นอัตราส่วนของไขมันใต้ผิวหนังต่อทั้งหมดของไขมันในร่างกาย ซึ่งเกิดจากการสะสมอย่างยาวนานตลอดชีวิตของบุคคล การมีไขมันใต้ผิวหนังสะสมปริมาณมากทำให้บุคคลมีรูปร่างไม่ได้สัดส่วน ไขมันหย่อนคล้อย เกิดปัญหาด้านบุคลิกภาพและเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs ตามมา การกำจัดไขมันสะสมใต้ผิวหนังต้องใช้การออกกำลังกายและควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ แม้กลุ่มตัวอย่างจะสามารถกำกับตัวเองให้มีการควบคุมบริโภคอาหาร และพยายามมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันใต้ผิวหนังลดลง แต่ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีไขมันสะสมใต้ผิวหนังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คล้ายกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมออกกำลังกาย⁽³⁰⁾ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่า 8 สัปดาห์ มีค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายลดลง และมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ 8 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษา เพื่อติดตามผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพอาจต้องใช้เวลา 12 สัปดาห์ และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

2. เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองในกลุ่มเดียว ดังนั้นควรออกแบบการวิจัยให้มีการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อให้การเปรียบเทียบผลการวิจัยที่ชัดเจน

3. การนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนักสำหรับผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนไปใช้ในประชากรกลุ่มอื่น ควรพิจารณาถึงปัจจัยเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ ความสามารถในการกำกับตนเอง และพฤติกรรม การบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากประชากรในกลุ่มอื่นอาจมีปัจจัยดังกล่าวแตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทีมผู้นำออกกำลังกาย จากสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดที่ช่วยกำกับดูแลการออกกำลังกายตลอดการดำเนินโปรแกรม และขอขอบคุณกลุ่มอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโปรแกรมที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 Mar 1 [cited 2025 May 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2025 [Internet]. London: World Obesity Federation; 2025 [cited 2025 May 22]. Available from: <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=23>
3. Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. JAMA. 2003;289(2):187–93.
4. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค ผลักดันคนไทยใส่ใจสุขภาพ ปรับเปลี่ยนมุมมองลด “โรคอ้วน” [อินเทอร์เน็ต]. 2566 มี.ค. 3 [เข้าถึงเมื่อ 2025 พ.ค. 22]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=32470&deptcode=brc>
5. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค ขวนภาคีเร่งจัดการโรคอ้วน ชูประเด็นรณรงค์วันโรคอ้วนโลกปี 2568 “ระบบดี สุขภาพดี” [อินเทอร์เน็ต]. 2568 มี.ค. 3 [เข้าถึงเมื่อ 2025 พ.ค. 22]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=50587&deptcode=brc>
6. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานสถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทย ปี 2565. กรุงเทพฯ: สสส.; 2565.
7. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ปี 2562. กรุงเทพฯ: IHPP; 2563.
8. กัลยาณี โนนทร์. ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่นไทย. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560;18(พิเศษ):1–8.
9. ปิยธิดา อุประ, กฤษกันทร สุวรรณพันธ์, สุกัญญา ขวาร์สินธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินของนักศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2563;31(2):57–72.
10. นัชชา ยันติ, กริช เรืองไชย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะน้ำหนักเกินในนักศึกษาปริญญาตรีมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์. 2564;16(2):71–85.
11. วันใหม่ ดาวเรือง, ศิริกานต์ดา ชามารัตน์, ศิริพร บัวบุญ, และคณะ. ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ม.ราชภัฏรำไพพรรณี. ใน: วิรัตน์ ปิ่นแก้ว, บรรณาธิการ. วิจัยสร้าง Innovation and Technology เพื่อรองรับสังคมไทยสู่ยุค Digital World. นครปฐม: สถาบันวิจัยและพัฒนา ม.ราชภัฏนครปฐม; 2565. หน้า 1581–92.
12. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: An education and environment approach. 4th ed. Calif: Mayfield; 2005.
13. ชลธิชา อรุณพงษ์, กิตตินันท์ สิงห์ศรี, กุลธิดา ปัทม, และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชธานี จ.อุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ ม.ราชภัฏอุบลราชธานี. 2565;11(1):145–55.

14. กรมอนามัย. ผู้นำสุขภาพ Health Leader [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2025 พ.ค. 22]. เข้าถึงได้จาก: https://datahpc9.anamai.moph.go.th/group_sr/allfile/1612322558.pdf
15. สุพิชชา วงศ์จันทร์. อิทธิพลทางจิตสังคม และการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุณบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2557.
16. นันทศักดิ์ ชนพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า. วารสารสภาการพยาบาล. 2556;28(2):44-57.
17. วัชรินทร์ เสมามอญ. ผลการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักสำหรับนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์. 2562;5(2):61-70.
18. อรรถพงษ์ ชุ่มเขียว, กาญจนา ทองบุญนาท, อุบล ชื่นสำราญ, ฌุฑิยา ตันตรานนท์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักที่เน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร. Nursing Journal. 2562;46(3):106-17.
19. นิพาน มะกาสีลา, ชูโรยา เจ๊ะแน, และคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเดินแอโรบิกต่อการลดน้ำหนัก. ใน: ฐิติพงศ์ เครือหงส์, บรรณาธิการ. งานประชุมวิชาการระดับชาติวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบันอุดมศึกษาภาคใต้ ครั้งที่ 7. สุราษฎร์ธานี: ม.ราชภัฏสุราษฎร์ธานี; 2565. หน้า 597-617.
20. นูรฟาดี๊ะ มะรอมแมโน, แอเสาะ หะยีคาแรง, และคณะ. ประสิทธิภาพโปรแกรมออกกำลังกายคาร์ดิโอ. ใน: ฐิติพงศ์ เครือหงส์, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการวิทยาศาสตร์ฯ ครั้งที่ 7. สุราษฎร์ธานี: ม.ราชภัฏสุราษฎร์ธานี; 2565. หน้า 690-705.
21. อติญาณ ศรีเกษตริน, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, และคณะ. ประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน Caloric. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565;5(2):53-62.
22. กุลธิดา เหมาเพชร, คมกริช เซาว์พานิช, และคณะ. พฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรในมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน [อินเทอร์เน็ต]. 2568 มี.ค. 3 [เข้าถึงเมื่อ 2025 พ.ค. 22]. เข้าถึงได้จาก: https://www.edu.kps.ku.ac.th/DBresearch/document/DB_RESEARCH/Research25.pdf
23. พิชยา ชันดีเรือง. การพัฒนาหลักสูตรการควบคุมน้ำหนักสำหรับนักเรียน ม.1 โรงเรียนเทพศิรินทร์คลองสิบสาม [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2557.
24. รัชกร อัครพิน. อิทธิพลของทัศนคติต่อการมีสุขภาพดีและรสชาติที่มีผลต่อการเลือกอาหารสุขภาพ [วิทยานิพนธ์การจัดการมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
25. ปัทมาภรณ์ เจริญนนท์, ลัดดาวัลย์ กงพลี. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคอ้วน. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม. 2559:87-94.
26. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
27. Koo TK, Li MY. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. J Chiropr Med. 2016;15(2):155-63.
28. McNeish D. Thanks coefficient alpha, we'll take it from here. Psychol Methods. 2018;23(3):412-33.
29. Intarakamhang U, Malarat A. The effects of behavioral modification based on client center program to health behaviors among obese university students. Glob J Health Sci. 2013;6(1):33-42.
30. Yin H, Zhang J, Lian M, Zhang Y. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of high-intensity interval training for physical fitness in university students. BMC Public Health. 2025;25(1):1601.
31. Kattelman KK, Bredbenner CB, White AA, et al. The effects of Young Adults Eating and Active for Health (YEAH): a theory-based Web-delivered intervention. J Nutr Educ Behav. 2014;46(6):S27-41.
32. Brace AM, De Andrade FC, Finkelstein B. Assessing the effectiveness of nutrition interventions implemented among US college students to promote healthy behaviors: A systematic review. Nutr Health. 2018;24(3):171-81.

ผลของโปรแกรม “รอบรู้ สู้สารเคมี” ต่อการปรับเปลี่ยนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารกำจัดแมลง และระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด ของผู้ขายต้นไม้ในจังหวัดนครนายก

มาวิน วารินทรา^{1*} เสาวนีย์ ทองนพคุณ² ธัญชัย บุญหนัก³ อนามัย เทศกะทีก⁴

¹นิสิต หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

²รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

⁴ศาสตราจารย์ สาขาวิชาสุขภาพศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดแมลง และระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของผู้จำหน่ายต้นไม้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้จำหน่ายต้นไม้ในตำบลบางปลากรดและตำบลคลองใหญ่ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือน สิงหาคม - พฤศจิกายน 2567 ระยะเวลา 12 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ดำเนินการเดือนสิงหาคม ระยะดำเนินการทดลอง ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม - ตุลาคม และระยะติดตามผลดำเนินการ ระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน โดยในกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรม “รอบรู้ สู้สารเคมี” ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมอบรม ให้ความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดแมลง การป้องกันตนเอง การใช้สื่อการเรียนรู้ เช่น วิดีโอ โปสเตอร์ คู่มือ และการใช้แอปพลิเคชัน แบบกลุ่ม Line group เป็นช่องทางเสริมในการให้ข้อมูล และติดตามพฤติกรรมขณะที่กลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตตามปกติ โดยไม่ได้รับการแทรกแซง

ผลการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 2.44 ± 0.62 ก่อนการทดลอง เป็น 2.94 ± 0.48 หลังการทดลอง และ 2.93 ± 0.31 ในระยะติดตามผล ความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) อย่างไรก็ตามกลุ่มทดลองมีคะแนนไม่พบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดแมลง และระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของผู้จำหน่ายต้นไม้ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

สรุป ควรส่งเสริมความรอบรู้ที่ยั่งยืนโดยการใช้สื่อดิจิทัลในการให้ความรู้และใช้ในการติดตามพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดแมลงให้มีความต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดี

คำสำคัญ: โปรแกรมรอบรู้สู้สารเคมี/ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ พฤติกรรมการป้องกันตนเอง/ ระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส

Effects of the “Literacy Fights Chemicals” Program on Changing Health Literacy Risky Behavior From the Use of Insecticide and Serum Cholinesterase of Tree Sellers in Nakhon Nayok Province

Mawin Warintha^{1*} Saowanee Thongnopakun² Tanunchai Boonnuk³ Anamai Thetkathuek⁴

¹*Master of Science, Occupational Health and Safety Program, Faculty of Public Health, Burapha University

²Assoc. Prof., Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Burapha University

³Assoc. Prof., Public Health, Faculty of Science and Technology, Loei Rajabhat University

⁴Prof., Department of Industrial Hygiene and Safety, Faculty of Public Health, Burapha University

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare the mean scores of health literacy, self-protective behaviors in pesticide use, and blood cholinesterase enzyme levels of plant vendors between experimental and control groups. The sample consisted of 70 plant vendors from Bang Pla Kot and Khlong Yai sub-districts, Ongkharak district, Nakhon Nayok province, equally assigned to an experimental group (35 people) and a control group (35 people). The study was conducted over 12 weeks, from August to November 2024, in three phases: pre-experiment (August), experiment (August–October), and follow-up (October–November). The experimental group participated in the “Pesticide Literacy” program, which provided training on pesticide knowledge, self-protection, and safe practices. Educational media such as videos, posters, and manuals, together with a Line group application, were used as supplementary channels for information and behavior monitoring. The control group continued their daily activities without intervention.

Results: The experimental group’s mean health literacy scores significantly increased from 2.44 ± 0.62 at baseline to 2.94 ± 0.48 after the intervention, and 2.93 ± 0.31 at follow-up ($p < 0.001$). However, no statistically significant differences were observed in the mean scores of risky pesticide-use behaviors or blood cholinesterase enzyme levels, either within the experimental group over time or between the experimental and control groups across all study phases.

Conclusion: Sustainable health literacy should be promoted through the integration of digital media into education and continuous monitoring of pesticide use behaviors. This approach reinforces learning, supports positive behavioral change, and encourages safer pesticide practices over the long term.

Keywords: Pesticide literacy program/ Health literacy/ Risky behaviors/ Cholinesterase enzyme levels

*Corresponding author: Mawin Warintha, email: mawin06010@gmail.com, 65920233@go.buu.ac.th, Tel.: 09 6614 3799

Received: July 1, 2025/ Revised: August 24, 2025/ Accepted: August 25, 2025

บทนำ

ประเทศไทยเป็นพื้นที่ผลิตสินค้าทางการเกษตรเชิงพาณิชย์ โดยเปลี่ยนจากการทำการเกษตรแบบดั้งเดิมมาเป็นรูปแบบในปัจจุบัน เนื่องจากผลผลิตไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้บริโภค จึงมีอาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงกลุ่มผู้จำหน่ายต้นไม้ จำเป็นต้องมีการใช้สารเคมีสังเคราะห์เพื่อการดูแลพืช จนส่งผลให้มีการใช้สารกำจัดแมลงเป็นวงกว้างมากขึ้น⁽¹⁾ พื้นที่ปลูกและจำหน่ายต้นไม้ในประเทศไทยมีหลายแห่งที่ได้รับความนิยม หนึ่งในสถานที่ที่ได้รับความนิยม คือ หมู่บ้านปลูกไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 เป็นแหล่งซื้อขายต้นไม้ที่ใหญ่ที่สุดในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ตั้งอยู่บริเวณคลอง 15 ตำบลบางปลากรด และตำบลคลองใหญ่ อำเภอบางบาล จังหวัดนนทบุรี⁽²⁾ ข้อมูลพันธุ์ไม้ดอกไม้ประดับกว่า 1,000 ชนิด⁽³⁾ มีรูปแบบการค้าที่เป็นลักษณะให้ผู้ซื้อผู้ขายได้มาพบปะกัน เพื่อทำการซื้อขายกล้าพันธุ์ไม้กันอย่างเสรี โดยในขั้นตอนการดูแลรักษาต้นไม้จำหน่ายต้นไม้ มักจะมีการฉีดพ่นสารกำจัดแมลง⁽⁴⁾ ดังนั้น ผู้จำหน่ายต้นไม้จึงมีโอกาสสัมผัสสัมผัสสารกำจัดแมลงกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟส (Organophosphate) กลุ่มคาร์บาเมต (Carbamate) เข้าสู่ร่างกายทั้ง 3 ทาง คือทางผิวหนังทางการหายใจ และทางปาก⁽⁵⁾

สารกำจัดแมลงกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟส และคาร์บาเมต มีฤทธิ์ในการยับยั้งการทำงานของเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสให้มีระดับลดลง และทำให้สารสื่อประสาทอะซีทิลโคลีนคั่ง⁽⁶⁾ จนเกิดอาการพิษเนื่องจากการทำงานของระบบสื่อประสาทโคลีนเนอร์จิกทำงานเกินปกติ⁽⁷⁾ ส่งผลให้มีผลกระทบต่อบบบประสาททำให้เกิดอาการผิดปกติระบบต่างๆ ภายในร่างกาย ส่วนสารคาร์บาเมต สารในกลุ่มนี้มีการออกฤทธิ์คล้ายคลึงกับสารออร์กาโนฟอสเฟตแต่ความเป็นพิษน้อยกว่า⁽⁸⁾ ผลกระทบของสารกำจัดแมลงกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตต่อสุขภาพของคนไทยเกิดขึ้นอย่างยาวนาน⁽⁹⁾ มีการศึกษาคัดกรองความเสี่ยงจากพิษสารกำจัดแมลงของอำเภอบางบาล จังหวัดนนทบุรี ปี พ.ศ. 2566 โดยใช้กระดาษทดสอบ (Reactive paper) ตรวจระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกร ทั้งหมด 715 คน พบว่าเกษตรกรที่มีความเสี่ยง ร้อยละ 14 และไม่ปลอดภัย ร้อยละ 4 ในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกพืชไร่ พืชผัก และสวน⁽¹⁰⁾ จากสถิติดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับผลกระทบที่อาจเกิดจากการใช้สารกำจัดแมลงได้

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารกำจัดแมลงของเกษตรกร เกิดได้จากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ อายุ การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ถึงผลที่ตามมา และความเชื่อส่วนบุคคล⁽¹¹⁾ เกิดจากการขาดองค์ความรู้ในเรื่องการป้องกันตนเองจากใช้สารกำจัดแมลง ส่งผลให้เกษตรกรมีพฤติกรรมการใช้สารกำจัดแมลงไม่ถูกต้อง⁽¹²⁾ การลดพฤติกรรมความเสี่ยงมีหลายวิธี เช่น การอบรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดแมลง⁽¹³⁾ การจัดทำโปรแกรมการดูแลสุขภาพของเกษตรกร โดยการใช้สื่อมัลติมีเดีย การแสดงตัวอย่างที่ดี และการสาธิตการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล⁽¹⁴⁾ โดยใช้หลักความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ตามแนวความคิดของโซเรนเซน เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของบุคคล 4 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการประยุกต์ใช้⁽¹⁵⁾ อีกทั้งการเฝ้าระวังสุขภาพแรงงานนอกระบบในกลุ่มเกษตรกรผู้จำหน่ายต้นไม้โดยการประเมินการรับสัมผัสสารเคมีในเลือดเพื่อประเมินระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด (Biomarker of exposure)⁽¹⁶⁾ ด้วยวิธีใช้กระดาษทดสอบ (Reactive paper) อีกทั้งการประเมินผลกระทบของสารเคมีต่อสุขภาพ (Biomarker of effect) โดยการคัดกรองอาการผิดปกติ⁽¹⁷⁾ ในประเทศไทยนิยมใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการรับสัมผัสสารกำจัดแมลง เพื่อคัดกรองความเสี่ยงจากการรับสัมผัสสารกำจัดแมลง⁽⁵⁾

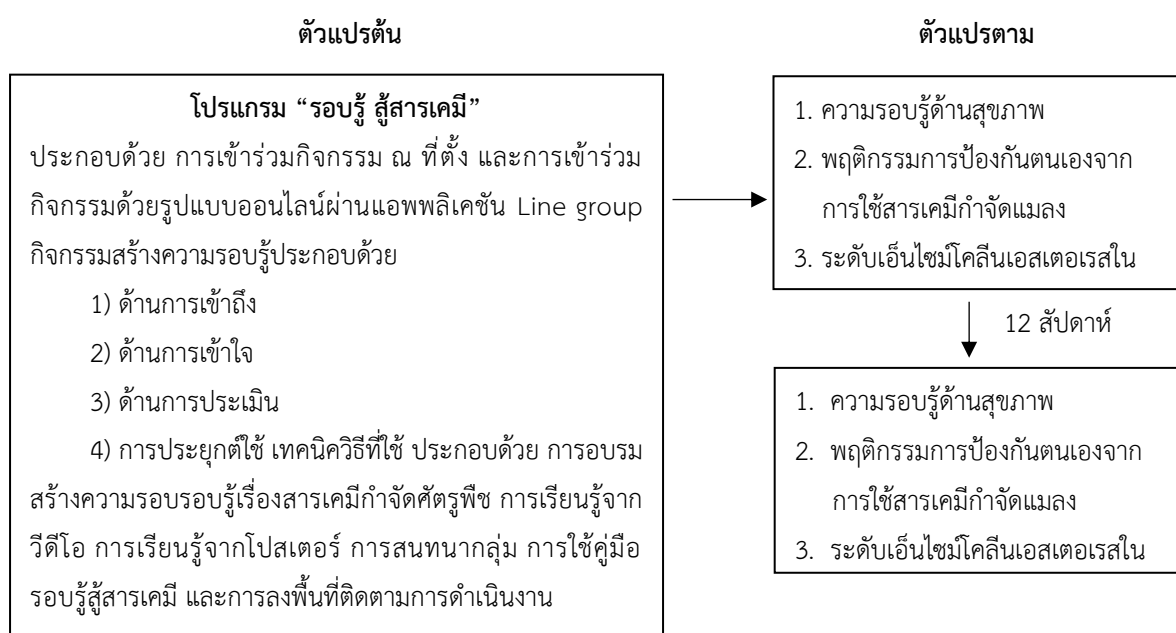
ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการสื่อสารมวลชนเพื่อรณรงค์ในการเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้สารกำจัดแมลงของเกษตรกรรายย่อยในแอฟริกาตะวันออก⁽¹⁸⁾ การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร⁽¹⁹⁾ อีกทั้งยังมีการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพและการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแปลงนาข้าว⁽²⁰⁾ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการศึกษาหลายผลงานเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมความรู้และลดความเสี่ยงจากสารกำจัดแมลงในการเกษตรในบริบททั้งในและต่างประเทศ แต่ยังมีการศึกษาที่จำกัดในกลุ่มเกษตรกรผู้จำหน่ายต้นไม้

ในจังหวัดนครนายก โดยเฉพาะเรื่องโปรแกรม “รอบรู้ สู้สารเคมี” ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรม “รอบรู้ สู้สารเคมี” ต่อการปรับเปลี่ยนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดแมลง และระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของผู้จำหน่ายต้นไม้ในจังหวัดนครนายก เพื่อให้เกษตรกรได้มีความรอบรู้สุขภาพ พฤติกรรมป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย และลดความเสี่ยงของระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดแมลง และระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของผู้จำหน่ายต้นไม้ “ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม” ระยะก่อนการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะติดตามผล
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดแมลง และระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของผู้จำหน่ายต้นไม้ “ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม” ระยะก่อนการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะติดตามผล

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม (2 groups quasi-experimental study, Pretest posttest and follow up design) โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) ระยะดำเนินการทดลอง (Post-test) และระยะติดตามผล (Follow up) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากได้รับโปรแกรมความรอบรู้ “รอบรู้ สู้สารเคมี” 12 สัปดาห์ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลอยู่ระหว่างเดือน สิงหาคม 2567 ถึงเดือน พฤศจิกายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาจากประชากรที่ทำอาชีพจำหน่ายต้นไม้ในตำบลบางปลากรด และตำบลคลองใหญ่ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก การสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน (Two-stage sampling) ได้แก่ 1) การเลือกพื้นที่ศึกษา เลือกจากตำบลที่อยู่ในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีการจำหน่ายต้นไม้ คือ ตำบลคลองใหญ่ จำนวน 1 แห่ง และตำบล บางปลากรด จำนวน 1 แห่ง โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แห่ง มีบริบทที่คล้ายคลึงกันมากที่สุด และมีเขตพื้นที่แยกแยะระหว่าง ตำบลที่ชัดเจน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม จะไม่มีการปนเปื้อน (Contaminate) ขณะเข้าร่วมโปรแกรม 2) ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อสุ่มเลือกตำบลที่จะเป็นกลุ่มทดลอง 1 ตำบล และกลุ่มควบคุม 1 ตำบล เกณฑ์คัดเลือกตัวอย่างคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์ Power analysis of sample size โดยใช้โปรแกรม G-Power ผลการคำนวณจะได้ผลการกำหนดขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 62 คน ผู้วิจัยคิดค่าความน่าจะเป็นที่จะเกิด ความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 10%⁽²¹⁾ จะได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 69 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง 35 คน และ กลุ่มควบคุม 35 คน เท่ากับจำนวน 70 คน เกณฑ์การคัดเข้า 1) เกษตรกรจำหน่ายต้นไม้มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน 2) เป็นเกษตรกรที่มีผลการประเมินความเสี่ยงด้วยแบบคัดกรองความเสี่ยง โดยมีผลการคัดกรองความเสี่ยงตั้งแต่ระดับเสี่ยง ค่อนข้างสูงขึ้นไปครัวเรือนละ 1 คน 3) ยินยอมเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย 4) สามารถพูดจาสื่อสาร อ่านออก และเขียนได้ 5) ต้องมีโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่เป็นสมาร์ทโฟนเพื่อการติดตามการศึกษา เกณฑ์การคัดออก ขอลถอนตัวออกจากการวิจัยหรือไม่เป็น อาสาสมัครการวิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบการตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์โคลิเนสเตอเรส 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม “รอบรู้ สู้สารเคมี” ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง การดำเนินการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบการตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์โคลิเนสเตอเรส และแบบสอบถาม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (Close-Ended) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 36 ข้อ คือ ด้านการเข้าถึง จำนวน 7 ข้อ ด้านความเข้าใจ จำนวน 13 ข้อ ด้านการประเมิน จำนวน 10 ข้อ และด้านการประยุกต์ใช้ จำนวน 6 ข้อ จำนวน 36 ข้อ

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติต่อสิ่งนั้นสม่ำเสมอเป็นประจำ เช่น ใน 1 สัปดาห์ ปฏิบัติครบ 7 วัน

มาก หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติต่อสิ่งนั้นค่อนข้างสม่ำเสมอ เช่น ใน 1 สัปดาห์ ปฏิบัติได้ 5 - 6 วัน

ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติต่อสิ่งนั้นบ้าง แต่ไม่สม่ำเสมอ เช่น ใน 1 สัปดาห์ ปฏิบัติได้ 3 - 4 วัน

น้อย หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติต่อสิ่งนั้นหรือเกือบไม่ปฏิบัติเลย เช่น ใน 1 สัปดาห์ ปฏิบัติได้ 1 - 2 วัน

น้อยที่สุด หมายถึง ผู้ตอบไม่ได้ปฏิบัติต่อสิ่งนั้นเลย

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้ค่าคะแนน

ระดับปฏิบัติ	ค่าคะแนนข้อความเชิงบวก	ค่าคะแนนข้อความเชิงลบ
มากที่สุด	4	0
มาก	3	1
ปานกลาง	2	2
น้อย	1	3
น้อยที่สุด	0	4

เกณฑ์การแปลความหมาย

วิธีการแปลผลแบบสอบถามส่วนนี้ได้ใช้คะแนนรวมในแต่ละระดับชั้น โดยการใช้สถิติพื้นฐาน คือการหาค่าพิสัย (ค่ามากที่สุด-ค่าน้อยสุด) และการใช้สูตรคำนวณหาความกว้างของอันตรภาคชั้นคิดคำนวณออกเป็นแต่ละด้านคำนวณจาก

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนมากที่สุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{144 - 0}{3}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = 48$$

คะแนนระหว่าง 97 – 144 หมายถึง ระดับความรอบรู้ที่ดี

คะแนนระหว่าง 49 – 96 หมายถึง ระดับความรอบรู้พอใช้

คะแนนระหว่าง 0 – 48 หมายถึง ระดับความรอบรู้ควรปรับปรุง

3) พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารกำจัดแมลง ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การปฏิบัติก่อนฉีดพ่น 5 ข้อ การปฏิบัติระหว่างฉีดพ่น 5 ข้อ และการปฏิบัติหลังฉีดพ่น 5 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเกณฑ์การแปลความหมาย ใช้สูตรคำนวณหาความกว้างของอันตรภาคชั้นคิดคำนวณออกเป็นแต่ละด้านคำนวณจาก

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนมากที่สุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{60 - 0}{3}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = 20$$

คะแนนระหว่าง 41 – 60 หมายถึง ระดับพฤติกรรมดี

คะแนนระหว่าง 21 – 40 หมายถึง ระดับพฤติกรรมพอใช้

คะแนนระหว่าง 0 – 20 หมายถึง ระดับพฤติกรรมควรปรับปรุง

2. **ระยะดำเนินการทดลอง** การดำเนินการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามและแบบการตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส เช่นเดียวกับระยะก่อนการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรม “รอบรู้ สู้สารเคมี” ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งหมด จำนวน 12 สัปดาห์ ประกอบไปด้วย กิจกรรมการเรียนรู้ 7 กิจกรรม โดยจัดขึ้นกิจกรรมละ 1 ครั้ง รายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “คลอง15 ร่วมใจ ห่วงไกลสารสารกำจัดแมลง” จัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 โดยการบรรยายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย รูปแบบ แผนงาน ระยะเวลาที่จะดำเนินการตาม ขั้นตอนการดำเนินงาน ข้อมูลด้านประชากรที่ใช้ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการสนทนากลุ่ม โดยมีการ ถาม - ตอบ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line group)

กิจกรรมที่ 2 “สืบค้นถูกแหล่ง ลดแรงสัญญ” จัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 2 โดยการรับฟังการบรรยายผ่าน Power point media เรื่องการเลือกแหล่งข้อมูลและการสืบค้นข้อมูลการป้องกันตนเองจากการใช้สารกำจัดแมลง จากเว็บไซต์ หน่วยบริการสาธารณสุข การแบ่งกลุ่มทำกิจกรรมหาแหล่งข้อมูลและการสืบค้นข้อมูล การนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการแบ่งกลุ่ม และการสนทนากลุ่ม โดยมีการ ถาม - ตอบ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line group)

กิจกรรมที่ 3 “เข้าใจโรค เข้าใจเรา เข้าใจคุณ” จัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 3 - 4 โดยการรับฟังการบรรยายผ่าน Power Point Media ได้แก่ 1) สถิติเกษตรกร 2) ขั้นตอนการปฏิบัติงานของเกษตรกรผู้จำหน่ายต้นไม้ 3) ประเภทสารกำจัดแมลง 4) กลไกการเกิดพิษ 5) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส 6) การประเมินความเสี่ยงของระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส 7) การป้องกันตนเองจากการใช้สารกำจัดแมลง 8) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารกำจัดแมลงและระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส 9) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การแบ่งกลุ่ม เพื่อสรุปความเข้าใจจากการรับฟังการบรรยาย การนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการแบ่งกลุ่ม และการสนทนากลุ่ม โดยมีการ ถาม - ตอบ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line group)

กิจกรรมที่ 4 “เรารู้เรา” จัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 5 ได้แก่ รับชมคลิปวิดีโอเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากการทำงานโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และโรคที่พบบ่อยของแรงงาน ในชุมชน คลิปวิดีโอ เรื่องพิษภัยจากสารกำจัดแมลงที่ใช้ทางการเกษตร คลิปวิดีโอ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย เรื่องความสามารถของเกษตรกรในการประเมินข้อมูลการดูแลสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงจากการใช้สารกำจัดแมลงได้ การประเมินตนเองและนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารกำจัดแมลงของตนเอง (รายบุคคล) การใช้โปสเตอร์สร้างความรอบรู้ และการสนทนากลุ่ม โดยมีการ ถาม - ตอบ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line group)

กิจกรรมที่ 5 “คิดได้ ประยุกต์ใช้เป็น” จัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 6 ได้แก่ การรับชมคลิปวิดีโอ เรื่องการใช้สารเคมีอย่างถูกต้องและปลอดภัย “อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากสารเคมี” คลิปวิดีโอเรื่อง “อ่านใส่ถอดทิ้ง” ปลอดภัยจริงจากพิษสารกำจัดแมลง การแบ่งกลุ่มทำกิจกรรม การนำเสนอข้อมูลที่ได้เรื่องการใช้โปสเตอร์สร้างความรอบรู้ และการสนทนากลุ่ม โดยมีการ ถาม - ตอบ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line group)

กิจกรรมที่ 6 “ยิ้มรับวันใหม่ สู้ภัยสารเคมี” จัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 7 - 8 ประกอบด้วย คลิปวิดีโอ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย เรื่อง สร้างเสริม ป้องกันโรค เราทำได้ การเรียนรู้จากโปสเตอร์ “ป้องกันตนเองให้ปลอดภัย เมื่อใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช” และการสนทนากลุ่ม โดยมีการ ถาม - ตอบ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line group) นอกจากนี้ผู้วิจัยจะใช้แบบสอบถาม และแบบการตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส เช่นเดียวกับระยะก่อนการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 8

กิจกรรมที่ 7 “ช่องว่างระหว่างเรา” กิจกรรมจะจัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 9 - 12 ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มศึกษาโดยอิสระ เพื่อวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้สารกำจัดแมลงในระยะติดตามผล

3. ระยะติดตามผล ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบการตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส เช่นเดียวกับระยะก่อนการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำโปรแกรม “รอบรู้ สู้สารเคมี” และแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ภายในมหาวิทยาลัยด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำนวน 1 ท่าน อาจารย์นอกมหาวิทยาลัย ด้านความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 2 ท่าน ได้หาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์ของเนื้อหาโดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Objective Congruence) ได้ค่า IOC รายส่วนเท่ากับ 1.00, 0.69 และ

1.00 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ย IOC ทั้งหมดเท่ากับ 0.89 และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มเกษตรกร จำนวน 30 คน ที่ ตลาดต้นไม้ไถ่ ตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอรัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha coefficient เท่ากับ 0.83 และการตรวจหาเอนไซม์ โคลินเอสเตอเรส ในเลือดมีผลทดลองใช้ในภาคสนาม ความไวร้อยละ 77.04 ความจำเพาะร้อยละ 90.01 และมีความถูกต้อง ร้อยละ 90.38⁽²²⁾

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ G-HS042/2567(C1) ตั้งแต่วันที่ 12 มิถุนายน 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล กระบวนการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยกำหนดไว้ 3 ระยะ ดังนี้

1. **ระยะก่อนการทดลอง** ดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2567 โดยผู้วิจัยขออนุมัติจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครนายก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลอง 14 เหนือ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบน พร้อมประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายและโปสเตอร์เชิญชวนเกษตรกรเข้าร่วม หลังจากนั้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว โดยกลุ่มทดลองจัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบน เวลา 09.00 - 12.00 น. และกลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลอง 14 เหนือ เวลา 13.00 - 16.00 น. กิจกรรมประกอบด้วยการตรวจระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสด้วย Reactive paper (เจาะเลือด ปั่นแยกน้ำเหลือง ตันน้ำเหลือง สังเกตปฏิกิริยา และอ่านผล) และการตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารกำจัดแมลง

2. **ระยะดำเนินการทดลอง** ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม - ตุลาคม 2567 โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะมีการดำเนินการโปรแกรม “รอบรู้ สู่สารเคมี” ให้กับกลุ่มทดลองตามเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่กล่าวข้างต้น เวลา 09.00 น. - 12.00 น. และกลุ่มควบคุม ศึกษาโดยอิสระ เมื่อถึงสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยจะดำเนินการประเมินผล โดยใช้แบบสอบถาม และการตรวจคัดกรองหาระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรส ซึ่งขั้นตอนการดำเนินงาน ระยะเวลา และสถานที่ เช่นเดียวกับระยะก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจะให้ดำเนินชีวิตตามวิถีปกติ

3. **ระยะติดตามผล** ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2567 โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเกษตรกรกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ครบระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถาม และแบบการตรวจคัดกรองหาระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรส โดยดำเนินการตามขั้นตอนการดำเนินงาน ระยะเวลา และสถานที่ เช่นเดียวกับระยะก่อนการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ ด้วยวิธี Paired t-test ในกรณีข้อมูลมีการแจกแจงปกติ นำเสนอด้วยค่าการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกรณีข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอด้วยค่ามัธยฐานและเปอร์เซ็นต์ไทล์

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพภายในกลุ่ม ใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ด้วยวิธี Dunnett T3

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการใช้สารกำจัดแมลงภายในกลุ่ม และใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ แบบวัดซ้ำ ด้วยวิธี Bonferroni

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการใช้สารกำจัดแมลงระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ ด้วยวิธี Independent t-test

5. การเปรียบเทียบระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธี McNemar test ที่ $p\text{-values} < 0.1$ การวิเคราะห์สถิติทำโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.6) อายุอยู่ระหว่าง 46 - 60 ปี (ร้อยละ 37.1) จบการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 68.6) รายได้ต่อปีอยู่ในช่วง 50,001 - 100,000 บาท/ปี (ร้อยละ 34.3) ระยะเวลาการใช้สารเคมี 1 - 15 นาที/ครั้ง (ร้อยละ 48.6) ประวัติการสัมผัสสารกำจัดแมลง 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 48.6) และไม่เคยมีประสบการณ์เข้ารับการอบรมการใช้สารกำจัดแมลง (ร้อยละ 80.0) และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.3) อายุอยู่ระหว่าง 46 - 60 ปี (ร้อยละ 34.3) จบการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.9) รายได้ต่อปีอยู่ในช่วง 100,001 บาท ขึ้นไป/ปี (ร้อยละ 45.7) ระยะเวลาการใช้สารเคมี 16 - 30 นาที/ครั้ง (ร้อยละ 40.0) ประวัติการสัมผัสสารกำจัดแมลง 6 - 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 34.3) ไม่เคยมีประสบการณ์เข้ารับการอบรมการใช้สารกำจัดแมลง (ร้อยละ 77.1) ดังตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นตัวแปรด้านระยะเวลาการใช้สารเคมีกำจัดแมลงที่มีค่า ($p\text{-value} < 0.01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.27
ชาย	11	31.4	19	54.3	
หญิง	24	68.6	16	45.7	
อายุ					0.94
25 - 45 ปี	9	25.7	9	25.7	
46 - 60 ปี	13	37.1	12	34.3	
61 - 70 ปี	10	28.6	12	34.3	
70 ปีขึ้นไป	3	8.6	2	5.7	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Min, Max	54.49 $\pm$ 12.22 ปี, 30,83		55.60 $\pm$ 12.17 ปี, 25,74		
ระดับการศึกษา					0.27
ประถมศึกษา	24	68.6	22	62.9	
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	20.0	5	14.3	
มัธยมศึกษาตอนปลาย,ปวช.	1	2.9	5	14.3	
อนุปริญญา, ปวส. หรือเทียบเท่า	0	0	2	5.7	
ปริญญาตรี	1	2.9	0	0	
สูงกว่าปริญญาตรี	2	5.7	1	2.9	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รายได้ (บาท)					0.36
7,200 - 72,900	13	37.1	11	31.4	
72,901 - 138,600	13	37.1	17	48.6	
138,601 - 204,300	4	11.4	7	20.0	
204,301 - 270,000	5	14.3	0	0	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Min, Max	107,942.86 $\pm$ 72,563.95, 10,000, 270,000		96,377.14 $\pm$ 51,994.84, 7,200, 200,000		
ระยะเวลาการใช้สารเคมี (นาทีก่อน)					0.01*
1 - 15	20	57.1	10	28.6	
16 - 30	8	22.9	14	40.0	
30 - 60	6	17.1	7	20.0	
60 นาทีขึ้นไป	1	2.9	4	11.4	
ประวัติการสัมผัสสารกำจัดแมลง					0.51
0 - 5 ปี	9	25.7	12	34.3	
6 - 10 ปี	9	25.7	12	34.3	
10 ปีขึ้นไป	17	48.6	11	31.4	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Min, Max	14.63 $\pm$ 13.23, 0, 60		10.11 $\pm$ 10.28, 0, 43		
ประสบการณ์เข้ารับการอบรมการใช้สารกำจัดแมลง					1.00
เคย	7	20.0	8	22.9	
ไม่เคย	28	80.0	27	77.1	

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้น จาก 2.44 ± 0.62 เป็น 2.94 ± 0.48 และ 2.93 ± 0.31 ตามลำดับ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.001 และ <0.001 ตามลำดับ) ส่วนการเปลี่ยนแปลงของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระยะดำเนินการทดลอง และระยะติดตามผลมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับกลุ่มควบคุม มีการเปลี่ยนแปลงของความรอบรู้ด้านสุขภาพจาก 2.65 ± 0.31 เป็น 2.56 ± 0.48 และ 2.60 ± 0.34 โดยเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value > 0.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่ม โดยวิธี Dunnett T3

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย	p- value	95%CI	
					Lower	Upper
กลุ่มทดลอง						
ระยะก่อนการทดลอง – ระยะดำเนินการ	2.44	0.62	-0.50	<0.001	-0.83	-0.18
ทดลอง	2.94	0.48				
ระยะก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล	2.44	0.62	-0.49	<.001	-0.78	-0.21
	2.93	0.31				
ระยะดำเนินการทดลอง - ระยะติดตาม	2.94	0.48	0.01	0.99	-0.23	0.25
	2.93	0.31				
กลุ่มควบคุม						
ระยะก่อนการทดลอง - ระยะดำเนินการ	2.65	0.31	0.08	1.00	-0.14	0.30
ทดลอง	2.56	0.48				
ระยะก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล	2.65	0.31	0.05	1.00	-0.18	0.27
	2.60	0.34				
ระยะดำเนินการทดลอง - ระยะติดตาม	2.56	0.48	0.04	1.00	-0.26	0.19
	2.60	0.34				

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารกำจัดแมลง ภายในกลุ่มทดลองและควบคุม พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นจาก 2.66 ± 0.48 เป็น 2.73 ± 0.50 และ 2.78 ± 0.34 ตามลำดับ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) และกลุ่มควบคุม พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจาก 2.96 ± 0.50 เป็น 2.52 ± 0.56 และ 2.58 ± 0.46 มีการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และก่อนการทดลองกับระยะติดตามมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .001, .007$ ตามลำดับ) ส่วนการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมหลังการทดลองและระยะติดตามผลมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารกำจัดแมลง ภายในกลุ่ม โดยวิธี Bonferroni

พฤติกรรมการป้องกันตนเอง	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย	p-value	95%CI	
					Lower	Upper
กลุ่มทดลอง						
ระยะก่อนการทดลอง – ระยะดำเนินการ	2.66	0.48	0.07	0.916	-0.36	0.22
ทดลอง	2.73	0.50				
ระยะก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล	2.66	0.48	0.12	0.556	-0.36	0.13
	2.78	0.34				
ระยะดำเนินการทดลอง - ระยะติดตาม	2.73	0.50	0.05	0.948	-0.30	0.20
	2.78	0.34				

ตารางที่ 4 (ต่อ)

พฤติกรรมกำรป้องกันตนเอง	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย	p-value	95%CI	
					Lower	Upper
กลุ่มควบคุม						
ระยะก่อนการทดลอง – ระยะดำเนินการทดลอง	2.96	0.50	0.44	0.001	-0.15	0.74
	2.52	0.56				
ระยะก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล	2.96	0.50	0.36	0.007	0.08	0.68
	2.60	0.46				
ระยะดำเนินการทดลอง - ระยะติดตามผล	2.52	0.56	0.08	1.000	-0.36	0.23
	2.60	0.46				

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 2.44 ± 0.62 และกลุ่มควบคุม 2.64 ± 0.31 ความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.096$) ค่า Effect Size (Cohen's d) = -0.41 อยู่ในระดับ small effect size⁽²³⁾ ระยะดำเนินการทดลอง มีค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 2.94 ± 0.47 และกลุ่มควบคุม 2.56 ± 0.48 ความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) ค่า Effect Size (Cohen's d) = 0.79 อยู่ในระดับ large effect size ระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 2.93 ± 0.31 และกลุ่มควบคุม 2.60 ± 0.34 ความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ค่า Effect Size (Cohen's d) = 1.01 ซึ่งอยู่ในระดับ large effect size ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่ม โดยวิธี Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย	S.D.	T-test		95%CI		Effect Size (Cohen's d)
				t	p-value	Lower	Upper	
ระยะก่อนการทดลอง	ทดลอง	2.44	0.62	49.71	0.096	-0.43	0.04	-0.41
	ควบคุม	2.64	0.31					
ระยะดำเนินการทดลอง	ทดลอง	2.94	0.47	3.35	0.001*	0.16	0.62	0.79
	ควบคุม	2.56	0.48					
ระยะติดตามผล	ทดลอง	2.93	0.31	4.38	<0.001**	0.18	0.49	1.01
	ควบคุม	2.60	0.34					

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารกำจัดแมลง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 2.66 ± 0.48 และกลุ่มควบคุม 2.96 ± 0.51 ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.012$) ค่า Effect Size (Cohen's d) = -0.61 อยู่ในระดับ medium effect size ระยะดำเนินการทดลอง มีค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 2.72 ± 0.50 และกลุ่มควบคุม 2.52 ± 0.56 ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.107) ค่า Effect Size (Cohen's d) = 0.32 อยู่ในระดับ small effect size ระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 2.93 ± 0.31 และกลุ่มควบคุม 2.60 ± 0.46 ความแตกต่างของคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.047) ค่า Effect Size (Cohen's d) = 0.64 อยู่ในระดับ medium effect size ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารก่อกัดแมลง ระหว่างกลุ่ม โดยวิธี Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย	S.D.	T-test		95%CI		Effect Size (Cohen's d)
				t	p-value	Lower	Upper	
ระยะก่อนการทดลอง	ทดลอง	2.66	0.48	-2.57	0.012*	-0.54	-0.07	-0.61
	ควบคุม	2.96	0.51					
ระยะดำเนินการทดลอง	ทดลอง	2.72	0.50	1.63	0.107	-0.05	0.46	0.32
	ควบคุม	2.52	0.56					
ระยะติดตามผล	ทดลอง	2.93	0.31	2.03	0.047*	0.01	0.39	0.64
	ควบคุม	2.60	0.46					

การเปรียบเทียบระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส กลุ่มทดลอง พบว่า ระยะก่อนการทดลองกับระยะดำเนินการทดลอง ระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล และระยะดำเนินการทดลองกับระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.125, 0.125, 1.00 ตามลำดับ) และกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะก่อนการทดลองกับระยะดำเนินการทดลอง ระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล และระยะดำเนินการทดลองกับระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.1.00, 0.50, 1.00 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธี McNemar test

	ระดับ เอ็นไซม์โคลีน เอสเตอเรส	ระยะดำเนินการทดลอง 35 คน			ระยะติดตามผล 35 คน		
		ปกติ/ ปลอดภัย	มีความ เสี่ยง/ไม่ ปลอดภัย	p- value	ปกติ/ ปลอดภัย	มีความ เสี่ยง/ไม่ ปลอดภัย	p-value
กลุ่มทดลอง							
ระยะก่อนทดลอง 35 คน	ปกติ/ปลอดภัย	3 (100.0)	0	0.125	3 (100.0)	0	0.125
	มีความเสี่ยง/ไม่ ปลอดภัย	4 (12.5)	28 (87.5)		4 (12.5)	28 (87.5)	
ระยะดำเนินการ ทดลอง 35 คน	ปกติ/ปลอดภัย				7 (100.0)	0	1.00
	มีความเสี่ยง/ไม่ ปลอดภัย				0	28 (100.0)	

ตารางที่ 7 (ต่อ)

	ระดับ	ระยะดำเนินการทดลอง 35 คน			ระยะติดตามผล 35 คน		
	เอ็นไซม์โคลีน เอสเตอเรส	ปกติ/ ผิดปกติ	มีความ เสี่ยง/ไม่ ปกติ	p- value	ปกติ/ ผิดปกติ	มีความ เสี่ยง/ไม่ ปกติ	p-value
กลุ่มควบคุม							
ระยะก่อนทดลอง	ปกติ/ผิดปกติ	0	3(100.0)	1.00	1(33.3)	2(66.7)	0.50
35 คน	มีความเสี่ยง/ไม่ ปกติ	2 (6.2)	30 (93.8)		0	32(100.0)	
ระยะดำเนินการ	ปกติ/ผิดปกติ				0	2(100.0)	1.00
ทดลอง 35 คน	มีความเสี่ยง/ไม่ ปกติ				1(3.0)	32(97.0)	

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป การศึกษาในกลุ่มเกษตรกรผู้จำหน่ายต้นไม้ในจังหวัดนครนายก พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้มีความใกล้เคียงกันในด้านเพศ อายุ การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อปี ระยะเวลาการใช้สารกำจัดแมลง ประวัติการรับสัมผัสสารกำจัดแมลง และประสบการณ์เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมี ทั้งนี้ ได้มีการใช้ข้อมูลพื้นฐานที่มีอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และตรวจสอบความแตกต่างด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบ t-test ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่มในตัวแปรส่วนใหญ่ ยกเว้นตัวแปรด้านระยะเวลาการใช้สารเคมีกำจัดแมลง ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งสะท้อนได้ว่า ระยะเวลาการใช้สารเคมีเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรให้ความรู้ควบคู่กับการส่งเสริมมาตรการป้องกันที่เหมาะสม เพื่อช่วยลดอันตรายต่อสุขภาพของเกษตรกร

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่ม การเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$ และ <0.001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม “รอบรู้สู้ สารเคมี” สามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกลุ่มควบคุม มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้ด้านสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) จากผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าระยะก่อนการทดลอง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งบ่งชี้ว่าทั้งสองกลุ่มเริ่มต้นด้วยระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตาม ระยะดำเนินการทดลอง และในระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรม “รอบรู้ สู้สารเคมี” ที่ใช้แนวคิด Health literacy ของ Sørensen et al.⁽¹⁵⁾ โดยกิจกรรมที่ออกแบบขึ้นมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างทักษะด้านสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มทดลอง ช่วยให้สามารถ เข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้กลวิธี การบรรยาย ผ่าน Power point media ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้ความรู้ที่เป็นระบบ การเลือกแหล่งข้อมูลสืบค้นอย่างเป็นลำดับขั้นตอน สอดคล้องกับการศึกษาของ ประมะ แก้วพวง⁽²⁴⁾ ที่พบว่าการใช้สื่อมัลติมีเดียช่วยเพิ่มระดับการเข้าใจของผู้เรียนได้มากกว่าการบรรยายแบบปกติ การสนทนากลุ่ม เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบที่ช่วยให้

กลุ่มทดลองสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และแบ่งปันประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้สารกำจัดแมลง สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติยา พิมพ์าเรือ และคณะ⁽²⁵⁾ ที่พบว่าการสนทนากลุ่มช่วยให้ผู้เข้าร่วมพัฒนาทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ โดยอาศัยการแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นกับผู้อื่น การถาม - ตอบ เป็นกระบวนการเรียนรู้เชิงโต้ตอบที่ช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สารเคมีสารกำจัดแมลง สอดคล้องกับการศึกษาของ กองสุขศึกษา⁽²⁶⁾ ที่พบว่าการใช้เทคนิคถาม - ตอบ สามารถช่วยให้เกิดความมั่นใจในการใช้ข้อมูลสุขภาพ และช่วยลดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสุขภาพ

โปรแกรม “รอบรู้ สู้สารเคมี” ยังได้ใช้แอปพลิเคชันไลน์ (Line group) เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้แบบ Asynchronous Learning ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชชัย เอกสันติ และคณะ⁽²⁰⁾ ที่พบว่าการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันส่งข้อความช่วยเพิ่มระดับ Health Literacy ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้คลิปวิดีโอ ถือเป็นสื่อที่สามารถอธิบายกระบวนการที่ซับซ้อนให้ง่ายต่อการเข้าใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการอ่าน ช่วยให้เห็นได้เสมือนภาพจริงในวิธีการใช้ การป้องกันตนเอง และข้อควรระวังการใช้สารกำจัดแมลง⁽²⁵⁾ และการใช้โปสเตอร์ติดในสถานที่ทำงานช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ และลดอุบัติเหตุที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงได้

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารกำจัดแมลงภายในกลุ่ม การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ถึงแม้จะเห็นแนวโน้มของคะแนนที่เพิ่มขึ้น แต่การเปลี่ยนแปลงนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ซึ่งให้เห็นได้ว่าสาเหตุดังกล่าวอาจเกิดจากความเคยชินของผู้จำหน่ายต้นไม้ ซึ่งมีลักษณะการทำงานที่ฝังรากลึก และเป็นกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Theory of Planned Behavior ของ Ajzen⁽²⁷⁾ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่ได้เกิดจากความรู้เพียงอย่างเดียว แต่อาจได้รับอิทธิพลจากทัศนคติของเกษตรกรกลุ่มตัวอย่างต่อพฤติกรรมป้องกันตนเอง โดยเกษตรกรกลุ่มตัวอย่างบางรายอาจมองว่าการป้องกันตนเองจากสารกำจัดแมลงเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก และในกลุ่มควบคุม พบว่าการเปลี่ยนแปลงนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าหากไม่มีมาตรการสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันตนเอง อาจลดลงเมื่อเวลาผ่านไป

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่ม ระยะเวลาการทดลอง พบความแตกต่างของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าความรู้ของทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับใกล้เคียงกันก่อนเริ่มโปรแกรม การทดลองนี้สะท้อนว่าโปรแกรม “รอบรู้ สู้ สารเคมี” ยังไม่นำมาใช้ และกลุ่มเป้าหมายยังขาดข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับการป้องกันตนเอง ซึ่งระยะดำเนินการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) ซึ่งได้ว่าโปรแกรมการอบรมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในหัวข้อที่เกี่ยวกับการตรวจสอบอุปกรณ์ก่อนใช้งาน ระยะติดตามผล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีผลระยะยาวต่อการเสริมสร้างความรอบรู้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรทิพา ทบคลัง และพรรณี บัญชรหัตถกิจ⁽²⁸⁾ ระบุว่าพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสำหรับเกษตรกรสามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารกำจัดแมลง ระยะเวลาการทดลอง พบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.012$) แสดงว่ากลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมพื้นฐานที่ดีกว่าอาจเกิดจากประสบการณ์หรือการเข้าถึงข้อมูลที่ต่างกัน ระยะดำเนินการทดลอง มีค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

(p-value = 0.107) แสดงให้เห็นแนวโน้มของผลที่ดีจากโปรแกรม ระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.047) แม้ว่าโปรแกรม “รอบรู้ สู้สารเคมี” จะช่วยเพิ่มพฤติกรรม ป้องกันตนเองได้แต่ต้องใช้ระยะเวลาเพื่อให้เห็นผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rattanawitoon et al.⁽²⁹⁾ ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับการอบรมมีพฤติกรรมความปลอดภัยในบ้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้ว่าผลลัพธ์จาก โปรแกรม “รอบรู้ สู้สารเคมี” อาจต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่ผลในระยะติดตามผลแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

การเปรียบเทียบระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างของค่าเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าผลของโปรแกรมที่จัดขึ้นยังไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างชัดเจนได้ ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความสม่ำเสมอของพฤติกรรมป้องกันการยังไม่ต่อเนื่อง หรือสภาพแวดล้อมการทำงานที่ยัง มีความเสี่ยงต่อการได้รับสารกำจัดแมลงอยู่อย่างไรก็ตาม แนวโน้มของระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในกลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรมกลับลดลงเล็กน้อย อาจเกิดจากการปรับตัวของผู้เข้าร่วมเมื่อรับรู้ถึงความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมหรือ จากประสบการณ์ตรงในช่วงเวลาศึกษา ขณะที่กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างเด่นชัด ซึ่งบ่งชี้ว่า การดำเนินการตามมาตรการป้องกันเพียงระยะสั้นอาจไม่เพียงพอ ควรมีการสนับสนุนและติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความยั่งยืนของผลลัพธ์

สรุป

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรม “รอบรู้ สู้สารเคมี” สามารถช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ และมีผลต่อเนื่องในระยะยาว ควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดความเสี่ยงจากสัมผัสสารกำจัดแมลงเป็นประจำ ในกลุ่มเกษตรกร

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ขยายการดำเนินงานของโปรแกรม “รอบรู้ สู้สารเคมี” ไปปรับใช้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ โดยความร่วมมือจากหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
2. พัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่เข้าถึงง่าย เช่น วิดีโอสั้น และอินโฟกราฟิก ที่สามารถให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมี อย่างปลอดภัยและใช้สื่อออนไลน์ เช่น Facebook Youtube และ Tiktok เป็นต้น เป็นช่องทางกระจายข้อมูลให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

จากข้อมูลการอภิปรายผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมในด้านพฤติกรรมป้องกันการ ตนเอง จากการใช้สารเคมีกำจัดแมลง และระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมที่ดำเนินการยังไม่เพียงพอหรือไม่ตอบโจทย์ปัจจัยสำคัญของผู้เข้าร่วมทั้งหมด ดังนั้น ควรดำเนินการการศึกษา โปรแกรม “รอบรู้ สู้สารเคมี” ในระยะยาว ควรมีการติดตามผลเป็นระยะเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อวิเคราะห์ว่าผลลัพธ์ ของโปรแกรมยังคงอยู่หรือไม่ และมีปัจจัยอะไรที่ทำให้พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง

เอกสารอ้างอิง

1. กองนโยบายมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหาร สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ. รายงานประจำปี มกอช. ปี 2565 (ฉบับภาษาไทย) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://e-book.acfs.go.th/Book_view/320
2. สุกัญญา คงเขียว, กนก เลิศพานิช, วรัญญา อรัญวาลัย, อภิศักดิ์ โพธิ์ปั้น. ความต้องการสื่อในการประชาสัมพันธ์แหล่งท่องเที่ยวเชิงเกษตรหมู่บ้านไม้ดอกไม้ประดับคลอง 15 อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารเกษตรพระจอมเกล้า. 2561;36(1):12–20.
3. สถาบันวิจัยและพัฒนาแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ระบบฐานข้อมูลเกษตรดิจิทัล: พันธุ์ไม้ดอกไม้ประดับ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www3.rdi.ku.ac.th/?p=69466>
4. นุชนาฏ บุญชู, วีรณัฐ แซ่ตั้ง, กิรติ ตันเรือน, ทิวธวัช นาทิพนธ์, พิสิษฐ์ พูลประเสริฐ. การใช้สารสกัดจากใบกะเพราและดอกดาวเรืองเป็นสารล่อและเหยื่อพิษเพื่อควบคุมแมลงวันผลไม้ในสวนมะม่วง. วารสารวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มจร. 2552;4(1):2–7.
5. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. องค์ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส (Cholinesterase reactive paper) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2560.
6. Wolejko E, Łozowicka B, Jabłońska-Trypuć A, Pietruszyńska M, Wydro UC. Occurrence and toxicological risk assessment: a review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19):12209.
7. Wananukul W, Sriarpa J, Tongpoo A. Organophosphorus poisoning and carbamate. Bangkok: Ramathibodi Textbook Project, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2009.
8. จิตติยานนท์ สัสดีไกรสร, ธิติกร เมธีภูมิกร, อธิศรา ถนอมเนื้อ, ปรียากรณ์ เอกอัจฉริยกุล, ศุภิมิน มังคลรังสี. กรณีศึกษาสถานการณ์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักที่จำหน่ายในตลาดสดในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิจัยเกษตรรำไพ. 2566;2(1):11–7.
9. กลุ่มพัฒนามาตรการ กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของแรงงานนอกระบบ ปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/20210507_02.pdf
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก. รายงานการตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืชในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 4 จังหวัดนครนายก อำเภอองครักษ์ ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 31 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://moph.cc/d60ZmeaWh>
11. Liang X, Shen GQ, Guo L. Improving management of green retrofits from a stakeholder perspective: a case study in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(11):13823–42.
12. Bhandari G, Atreya K, Yang X, Fan L, Geissen V. Factors affecting pesticide safety behaviour: the perceptions of Nepalese farmers and retailers. *Sci Total Environ*. 2018;631–2:1560–8.
13. วิรยา วิฑูรธิศานต์, ณัฏฐริยา คำยัง, จรินทร์ ย่นพันธ์, รุ่งกานต์ อินทวงศ์, ธัญชัย บุญหนัก. การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช องค์การบริหารส่วนตำบลคำโคกสูง อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยวิชาการ. 2566;6(4):29–46.
14. สุดา พันกลาง, อรรธรณ แก้วบุญชู, เพลินพิศ สุวรรณอำไพ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในชาวนา จังหวัดนครราชสีมา: การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560;31(2):183–200.
15. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80.

16. Hayat K, Afzal M, Aqueel MA, Ali S, Saeed MF, Qureshi AK, Ullah MI, et al. Insecticide toxic effects and blood biochemical alterations in occupationally exposed individuals in Punjab, Pakistan. *Sci Total Environ.* 2019;655:102–11.
17. Naughton SX, Terry AV. Neurotoxicity in acute and repeated organophosphate exposure. *Toxicol.* 2018;408:101–12.
18. Tambo JA, Mugambi I, Onyango DO, Uzayisenga B, Romney D. Using mass media campaigns to change pesticide use behaviour among smallholder farmers in East Africa. *J Rural Stud.* 2023;99:79–91.
19. ศิริพร สมบูรณ์, ธนกร ปัญญาไสโสภณ, ชาคิต นุ่มสารพัตน์, วิณา อยู่ภู, ศิปปา ภูมิรักษ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในเกษตรกร อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ.* 2565;17(4):317–25.
20. ธวัชชัย เอกสันติ, นิภา มหารัษฎพงศ์, ยุวดี รอดจากภัย, อนามัย เทศกะทีก. การพัฒนาโปรแกรมและผลของโปรแกรมสุขศึกษาและการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแปลงนาข้าว. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ.* 2565;8(2):30–41.
21. Israel GD. Determining sample size. Gainesville, FL: University of Florida Cooperative Extension Service, Institute of Food and Agricultural Sciences; 1992.
22. เปียวิภา งอมสงัด, ปกมล เหล่ารักษาวงษ์, อารยา ประเสริฐชัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความปลอดภัยเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกร อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.* 2565;15(1):98–109.
23. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
24. ประม แก้วพวง. การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ด้วยรูปแบบอินโฟกราฟิก ชุดแก่นตะวันพืชมหัศจรรย์สารพัดประโยชน์สำหรับเกษตรกร. *วารสารราชภัฏเพชรบูรณ์สาร.* 2565;24(2):23–32.
25. กิตติยา พิมพ์เรือ, ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์, กาญจนา แสนระรัตน์, ฝนทิพย์ บุตรระมี, ธวัชชัย รักขานนท์, จิตรลดา อ่อนสุระทุม. การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนนโยบายการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. *วารสารพัฒนาคุณภาพชีวิตและนโยบายสาธารณสุข.* 2565;8(1):1–10.
26. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รวมเทคนิคการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยทำงาน. กรุงเทพฯ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2563.
27. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process.* 1991;50(2):179–211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T
28. พรทิพา ทบคลัง, พรณิ บัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผู้ปลูกมันสำปะหลัง อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสุขศึกษา.* 2562;42(1):80–92.
29. Rattanawitton T, Siri Wong W, Shendell D, Fiedler N, Robson MG. An evaluation of a pesticide training program to reduce pesticide exposure and enhance safety among female farmworkers in Nan, Thailand. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(17):6635.

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PLERN) ต่อทักษะทางปัญญา และทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล

พัทรินทร์ สันตยากร¹ ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม² จิราภรณ์ เพียรประสิทธิ์^{3*}

^{1,3}อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบทักษะทางปัญญาและทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพในการพยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้ด้วยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PLERN) กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 จำนวน 56 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมิน และโปรแกรม PLERN ที่ถูกพัฒนาจากทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Kolb) รูปแบบการสะท้อนคิดของ Gibbs และกระบวนการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired sample t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะทางปัญญาและทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสะท้อนคิดพบว่า นักศึกษารู้สึกว่าโปรแกรมช่วยส่งเสริมการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ การทำงานร่วมกัน การเรียนรู้จากสถานการณ์จริง ช่วยพัฒนาทักษะการพยาบาลที่ตอบสนองต่อผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และเหมาะกับการเรียนนอกสถานที่หรือช่วงที่มีโรคแพร่ระบาด เช่น โควิด-19 ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรม PLERN เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะสำคัญของนักศึกษาพยาบาลและควรส่งเสริมให้มีการนำไปใช้ในรายวิชาอื่นๆ ที่เน้นภาคปฏิบัติต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรม PLERN/ ทักษะทางปัญญา/ ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ/ การเรียนรู้จากประสบการณ์/ การสะท้อนคิด

*ผู้รับผิดชอบบทความ: จิราภรณ์ เพียรประสิทธิ์, อีเมล: jirapornpean@bnc.ac.th, โทร.: 08 6839 3234

Received: 3 กรกฎาคม 2568/ Revised: 5 สิงหาคม 2568/ Accepted: 21 สิงหาคม 2568

The Effect of the Participatory Learning Program (PLERN) on Cognitive Skills and Professional Practice Skills of Nursing Students

Pattarin Santayakorn¹ Yupawan Tongtanunam² Jiraporn Peanprasit^{3*}

^{1,3*}Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Chonburi

²Asst. Prof., Boromarajonani College of Nursing, Chonburi

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare these skills before and after participation in the PLERN program. The sample consisted of 56 second-year nursing students. The research instruments included assessment forms and the PLERN program, which was developed based on Kolb's Experiential Learning Theory, Gibbs' six-stage Reflection process, and the Nursing Process utilizing. Quantitative data were analyzed using paired sample t-tests, and qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed a statistically significant improvement in both cognitive and professional practice skills after participation in the program ($p < .001$). The reflections revealed that students perceived the PLERN program as promoting systematic thinking, analytical decision-making, collaboration, problem-solving, and enhanced clinical reasoning skills. The students also appreciated the flexibility of the program during remote or off-campus learning, especially under constraints such as the COVID-19 pandemic. The findings suggest that the PLERN program is a highly effective and adaptable instructional model that enhances essential nursing competencies. Its implementation in other practice-based nursing courses is recommended to foster deeper learning and professional readiness among nursing students.

Keywords: PLERN program/ Cognitive skills/ Professional practice skills/ Experiential learning/ Reflective thinking

*Corresponding author: Jiraporn Peanprasit, อีเมล: jirapornpean@bnc.ac.th, Tel.: 08 6839 3234

Received: July 3, 2025/ Revised: August 5, 2025/ Accepted: August 21, 2025

บทนำ

การพยาบาลต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลปะในการดูแลสุขภาพ นอกจากผู้ให้การพยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลบุคคลเมื่อเจ็บป่วยแล้ว ยังจำเป็นต้องมีทักษะทางปัญญาและทักษะในการปฏิบัติวิชาชีพด้วย จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนด้านทักษะทางปัญญาน้อยกว่าข้ออื่นๆ⁽¹⁾ ปัจจุบันมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการปรับปรุงล่าสุดในปี พ.ศ. 2561 อยู่บนพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เน้นการบูรณาการศาสตร์ทางการพยาบาล ศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และการเรียนรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย ในเชิงสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา ที่มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียน ผู้สอน และผู้ใช้บริการบนพื้นฐานความเอื้ออาทร ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้จากสภาพจริงด้วยวิธีการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย เพื่อให้ นักศึกษามีความรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ สาขาการพยาบาลศาสตรบัณฑิตกำหนดมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี ไว้ ดังนี้ 1) คุณธรรม จริยธรรม 2) ความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา 4) ทักษะความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ซึ่งจากการประเมินผลภาคปฏิบัติ ในปีการศึกษา 2562 ของนักศึกษา พบว่า นักศึกษาปฏิบัติทักษะที่จำเป็นในการฝึกภาคปฏิบัติ และเขียน Nursing Care Plan ได้ไม่ถูกต้อง ร่วมกับการประเมินจากพี่เลี้ยงแหล่งฝึกพบว่า นักศึกษาขาดทักษะการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย โดยพบว่า นักศึกษาไม่สามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาอ้างอิงในการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการประเมินดังกล่าวเป็นมาตรฐานการคุณวุฒิใน 2) ด้านความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา และ 6) ทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพ จึงอาจมีผลให้มาตรฐานการเรียนรู้ของนักศึกษาได้คะแนนได้ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งแสดงให้เห็นว่า นักศึกษาไม่มีความเข้าใจในศาสตร์การพยาบาลผู้ป่วย ไม่สามารถนำความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในสถานการณ์จริงได้ ซึ่งหากนักศึกษาไม่ได้รับการพัฒนาให้มีความเข้าใจในศาสตร์การพยาบาลและการนำไปประยุกต์ใช้จริงกับผู้ป่วยได้ จะส่งผลให้การฝึกภาคปฏิบัติในวิชาที่มีความซับซ้อนของโรคต่างๆ มากขึ้น นักศึกษาไม่สามารถคิดวิเคราะห์ศาสตร์การพยาบาลที่นำไปสู่การประยุกต์ใช้จริงได้ ผู้ป่วยอาจได้รับการพยาบาลที่ไม่มีประสิทธิภาพและเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนด้านทักษะทางปัญญาน้อยกว่าข้ออื่นๆ⁽¹⁾ และจากงานวิจัยของ จงกลวรรณ มุสิกทอง, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช และจริยทิพย์ อุดมพันธุ์รัก⁽²⁾ พบว่า ประสบการณ์การเรียนรู้จากการฝึกบนหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาตนเองของนักศึกษาโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ และการฝึกภาคปฏิบัติยังช่วยพัฒนาทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพด้วย

รูปแบบการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) เป็นการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ มาเป็นแนวทางในการพัฒนาในรายวิชาปฏิบัติให้นักศึกษาได้พัฒนาตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา โดยใช้วงจรการเรียนรู้แบบประสบการณ์ จากทฤษฎีวงจรการเรียนรู้แบบประสบการณ์ (Experiential Learning Cycle Theory) ของ เดวิด เอ. โคลบ (David A. Kolb)⁽³⁾ ได้อธิบายว่า เป็นการดำเนินการให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามเป้าหมายที่กำหนด โดยให้ผู้เรียนได้ประสบการณ์ (Experience) แล้วย้อนกลับไปสังเกตหรือทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นมาคิดไตร่ตรอง (Reflect) ร่วมกันจนสร้างความรู้หรือสมมติฐานใหม่จากปัญหาที่พบหรือเรื่องที่ต้องการเรียนรู้ (Conceptualize) แล้วจึงนำความรู้ใหม่หรือสมมติฐานใหม่มาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ๆ ต่อไป โดยผู้สอนจะต้องจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับพื้นฐานความรู้และประสบการณ์เดิมของผู้เรียน ผู้เรียนจึงได้พัฒนาความคิด ทักษะ และเจตคติที่ดี อาจารย์ผู้สอนจะต้องคำนึงถึงแหล่งทรัพยากร 4 ประการ คือ 1) เวลา จะต้องไม่กำหนดเวลาตายตัว ควรมีการยืดหยุ่น 2) สถานที่ ควรให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากสภาพจริง ไม่จำเป็นต้องเป็นห้องเรียนหรือห้องบรรยาย ซึ่งจะส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดความคิดสร้างสรรค์ 3) ภูมิปัญญาไทยหรือท้องถิ่น โดยให้นักศึกษามีส่วนร่วมหรือมีโอกาสให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยจริงได้ให้ความรู้แก่นักศึกษา เพื่อให้นักศึกษาได้รับความรู้ที่หลากหลายตามสภาพจริงของประสบการณ์ 4) สื่อการสอนต่างๆ อาจารย์ผู้สอนอาจใช้เทคโนโลยีต่างๆ เพื่อให้สื่อ

น่าสนใจและมีเทคโนโลยีที่ทันสมัย โดยมีหลักการ 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 สร้างประสบการณ์ Concrete Experience (Act) ขั้นที่ 2 การสะท้อนการเรียนรู้ หรือทบทวนการเรียนรู้ Reflective Observation (Reflect) ขั้นที่ 3 การสรุปองค์ความรู้ Abstract Conceptualization (Conceptualize) ขั้นที่ 4 การประยุกต์ใช้ความรู้ Active Experimentation (Apply) หากนักศึกษาทำทั้ง 4 ขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพก็จะช่วยให้การพยาบาลที่ผู้ป่วยมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) ทำให้นักศึกษามีทักษะทางปัญญามากกว่าการเรียนรู้ตามปกติ และนักศึกษามีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องความสำคัญและลำดับความสำคัญของการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสำหรับนักศึกษาพยาบาลร่วมกับการนำรูปแบบการสะท้อนคิดของ Gibbs มาประยุกต์ใช้ ในขั้นตอนการสะท้อนการเรียนรู้ ในขั้นที่ 2 ของ การเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) จากรูปแบบการสะท้อนคิดของ Gibbs เป็นวงจรการสะท้อนคิดเริ่มจากการบรรยายเหตุการณ์ และความรู้สึกเพื่อขับเคลื่อนสู่การกระทำในอนาคตที่เรียนรู้จากการสะท้อนคิดจากประสบการณ์ และการสะท้อนคิดของ Gibbs มี 6 ขั้นตอน⁽⁴⁾ ดังนี้ 1) การบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Describe what happened) 2) การบอกความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้น (Fillings) 3) การประเมินความคิดเห็นต่อสถานการณ์ (Initial evaluation of the experience) 4) การวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ (Critical analysis) 5) การลงข้อสรุป (Conclusion) 6) การประเมินสุดท้ายและวางแผนการกระทำสำหรับอนาคต (Final evaluation and action plan) โดยใช้วิธีการบันทึกสะท้อนคิด (Journal writing) ร่วมกับการสะท้อนคิดเป็นกลุ่ม (Reflecting in group) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดการเรียนการสอนโดยการส่งเสริมทักษะการสะท้อนคิด ทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมสะท้อนคิดที่มีประสิทธิภาพการพยาบาลดีขึ้น นำไปสู่ผลลัพธ์ในการเรียนที่ดีขึ้น

ซึ่งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เริ่มต้นในเดือนธันวาคม 2562 และระบาดรุนแรงในเวลาต่อมา ทำให้เกิดการปรับตัวเป็นวิถีชีวิตแบบใหม่ (New Normal) ซึ่งกระทบต่อการเรียนของนักศึกษาพยาบาลอย่างมาก โดยเฉพาะการฝึกภาคปฏิบัติที่ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนแบบปกติได้เนื่องจากจำกัดพื้นที่อาศัย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ต่อมาในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับแนวทางและการดูแลผู้ป่วยที่เป็นนักศึกษาในสถานศึกษาให้หยุดเรียนโดยไม่ต้องปิดชั้นเรียนหรือโรงเรียน⁽⁵⁾ แต่ทั้งนี้สถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก จึงมีการกำหนดให้นักศึกษาที่ติดเชื้อโควิด-19 ต้องหยุดพักจนกว่าผลการตรวจโควิด-19 ไม่พบเชื้อจึงสามารถขึ้นฝึกปฏิบัติงานได้ตามปกติ ส่งผลต่อประสบการณ์การฝึกปฏิบัติงานและระยะเวลาการฝึกปฏิบัติงานของผู้ป่วยตามรายวิชาของนักศึกษาไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด การเรียนจากสถานการณ์จำลองและเรียนออนไลน์ ช่วยให้นักศึกษาเรียนได้สำเร็จตามจุดประสงค์รายวิชา⁽⁶⁾ การใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบออนไลน์⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นการเรียนการสอนผ่านทางอินเทอร์เน็ต เป็นการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่บวกเข้ากับเครือข่ายอินเทอร์เน็ต สร้างการศึกษาที่มีปฏิสัมพันธ์คุณภาพสูงโดยไม่จำเป็นต้องเดินทาง เกิดความสะดวกและเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว ในทุกที่ และทุกเวลา⁽⁸⁾ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยนำการใช้กรณีศึกษามาปรับใช้รูปแบบกรณีศึกษาที่หลากหลาย ทำให้นักศึกษาสามารถฝึกประสบการณ์ได้เสมือนจริงมากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมในข้างต้น จะพบว่า โปรแกรมการจัดการเรียนการสอนส่วนใหญ่ จะมีการเลือกใช้รูปแบบการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) รูปแบบการสะท้อนคิดของ Gibbs หรือกระบวนการพยาบาล (Nursing Process)⁽⁹⁻¹⁰⁾ ที่ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า รูปแบบที่ใช้ในแต่ละแบบมีประสิทธิภาพจริงในการช่วยส่งเสริมทักษะที่สำคัญของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรม PLERN โดยการนำรูปแบบการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) ร่วมกับรูปแบบการสะท้อนคิดของ Gibbs และกระบวนการพยาบาล (Nursing Process)⁽⁹⁻¹⁰⁾ มาประยุกต์เข้าด้วยกันสร้างเป็นโปรแกรมใหม่ที่เกิดวงจรการเรียนรู้ที่สมบูรณ์ เพื่อกระตุ้นให้นักศึกษาพยาบาลนำความรู้ในการเรียนภาคทฤษฎีมาคิดวิเคราะห์กรณีศึกษา ไปพร้อมกับการสะท้อนคิดที่จะช่วยให้นักศึกษาเห็นข้อดีและข้อควรปรับปรุงของตนเอง โดยมีเพื่อนภายในกลุ่มและอาจารย์แสดงความคิดเห็นที่มีประโยชน์ร่วมกัน นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่ครบถ้วน

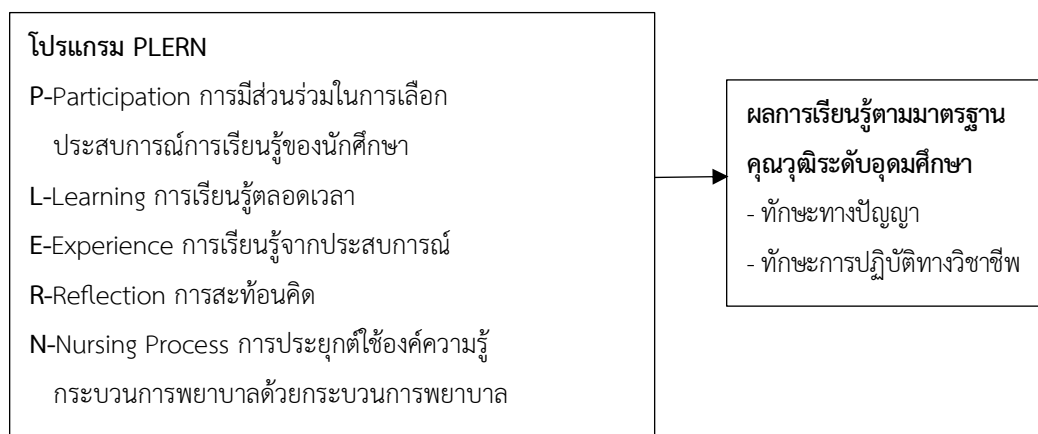
และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง จนเกิดการพัฒนาทักษะสำคัญทางการพยาบาลที่ดีขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สมบูรณ์ โดยผู้วิจัยจะใช้ประสบการณ์เสมือนจริงจากการฝึกปฏิบัติงานพยาบาลบนหอผู้ป่วยจริงในวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ของนักศึกษาการจัดการเรียนการสอน และการสะท้อนคิดของ Gibbs ที่สะท้อนคิดจากกรณีศึกษาที่หลากหลาย เป็นประสบการณ์เสมือนจริงมากที่สุด มาทำให้นักศึกษาคิดวิเคราะห์ได้ชัดเจนมากขึ้น ด้วยคำถาม 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Describe what happened) 2) การบอกความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้น (Feelings) 3) การประเมินความคิดเห็นต่อสถานการณ์ (Initial evaluation of the experience) 4) การวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ (Critical analysis) 5) การลงข้อสรุป (Conclusion) 6) การประเมินสุดท้ายและวางแผนการกระทำสำหรับอนาคต (Final evaluation and action plan) ใช้วิธีการสะท้อนคิดโดยการบันทึกการสะท้อนคิด (Journal writing) และการสะท้อนคิดเป็นกลุ่ม (Reflecting in group)⁽¹⁰⁻¹⁴⁾ เพื่อให้นักศึกษาได้ทบทวน แสดงความคิดเห็น ความรู้สึกรับรู้ การสะท้อนคิด และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และสรุปทุกขั้นตอนของโปรแกรม PLERN มาเป็นกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ในขั้นที่ 4 ของรูปแบบการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning)⁽¹⁵⁾ ซึ่งขั้นตอนของโปรแกรมที่ชัดเจน จะช่วยให้นักศึกษาปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทักษะทั้งสองด้านของนักศึกษาให้สูงขึ้น

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบทักษะทางปัญญา และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ก่อนและหลังการเรียนรู้ภาคปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 โดยใช้โปรแกรม PLERN ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติโดยโปรแกรม PLERN ที่ประยุกต์มาจากรูปแบบการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) จากทฤษฎีวงจรการเรียนรู้แบบประสบการณ์ (Experiential Learning Cycle Theory) ของ เดวิด เอ. โคลบ (David A. Kolb) ร่วมกับรูปแบบการสะท้อนคิดของ Gibbs และกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ในโปรแกรม PLERN จึงประกอบด้วย P-Participation นักศึกษามีส่วนร่วมในการเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษา L-Learning การเรียนรู้ตลอดเวลา E-Experience การเรียนรู้จากประสบการณ์ R-Reflection การสะท้อนคิด N-Nursing Process การประยุกต์ใช้องค์ความรู้ด้วยกระบวนการพยาบาล ซึ่งโปรแกรมนี้อาจส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้เกิดทักษะทางปัญญา และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพจนชำนาญและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา ตามกรอบแนวคิดแสดงในภาพที่ 1 แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรม PLERN กับการพัฒนาทักษะทางปัญญาและทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 30 พฤษภาคม ถึง 11 มิถุนายน พ.ศ. 2564

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จำนวน 56 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 56 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) คือ

1. นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปี 2 ปีการศึกษา 2563
2. นักศึกษาพยาบาลที่เรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ในช่วงวันที่ 17-30 พฤษภาคม 2564
3. นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้เข้าร่วมโครงการเข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ครบตามโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ผลการเรียนรู้เฉลี่ยปัจจุบัน ประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้โปรแกรม PLERN เป็นคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะทางปัญญา เป็นการสอบถามความคิดเห็นต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาต่อโปรแกรม PLERN ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มาเป็นแบบสอบถามผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาในการเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญา ประกอบด้วย ข้อคำถาม 5 ข้อ ระดับคะแนน 1-5 คะแนน ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด/มีการปฏิบัติบ่อยครั้งหรือทุกครั้ง 4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก/มีการปฏิบัติค่อนข้างบ่อยครั้ง 3 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง/มีการปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเล็กน้อย/มีการปฏิบัตินานๆ ครั้ง และ 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน/ไม่มีการปฏิบัติ โดยแปลผลตามเกณฑ์ของคะแนนเฉลี่ย ดังนี้คือ

คะแนนเฉลี่ย 3.76 - 5.00	หมายถึง ผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาในการเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญามาก
คะแนนเฉลี่ย 2.59 - 3.75	หมายถึง ผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาในการเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญานปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.25 - 2.50	หมายถึง ผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาในการเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญาน้อย
คะแนนเฉลี่ย 0 - 1.24	หมายถึง ผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาในการเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญาน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินโปรแกรม PLERN และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นต่อทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพหลังได้รับการเรียนโดยใช้โปรแกรม PLERN ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินจากพฤติกรรมในการเรียน ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน มีคะแนนความคิดเห็น 1 - 5 คะแนน ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง ตรงกับความความคิดเห็นระดับ ดีมาก 4 คะแนน หมายถึง ตรงกับความความคิดเห็นระดับ ดี 3 คะแนน หมายถึง ตรงกับความความคิดเห็นระดับ ปานกลาง 2 คะแนน ตรงกับความความคิดเห็นระดับ พอใช้ และ 1 คะแนน หมายถึง ตรงกับความความคิดเห็นระดับ ควรปรับปรุง โดยแปลผลตามเกณฑ์ของคะแนนเฉลี่ย ดังนี้คือ

คะแนนเฉลี่ย 41 - 50	หมายถึง พฤติกรรมการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้โปรแกรม PLERN และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพอยู่ในระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ย 31 - 40	หมายถึง พฤติกรรมการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้โปรแกรม PLERN และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพอยู่ในระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 21 - 30	หมายถึง พฤติกรรมการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้โปรแกรม PLERN และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 11 - 20	หมายถึง พฤติกรรมการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้โปรแกรม PLERN และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพอยู่ในระดับพอใช้
คะแนนเฉลี่ย 0 - 10	หมายถึง พฤติกรรมการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้โปรแกรม PLERN และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพอยู่ในระดับปรับปรุง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ดังนี้

1. โปรแกรม PLERN ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากรูปแบบการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) ร่วมกับรูปแบบการสะท้อนคิดของ Gibbs และกระบวนการพยาบาล (Nursing Process)⁽⁹⁻¹⁰⁾ ประยุกต์เข้าด้วยกัน ซึ่งมีขั้นตอนการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติโดยใช้เป็นขั้นตอนที่จะเกิดขึ้นจากการฝึกปฏิบัติเสมือนจริงผ่านกรณีศึกษาที่หลากหลาย จำนวน 2 ครั้งต่อนักศึกษา 1 กลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย P-Participation นักศึกษามีส่วนร่วมในการเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษา L-Learning การเรียนรู้ตลอดเวลา E-Experience การเรียนรู้จากประสบการณ์ R-Reflection การสะท้อนคิด N-Nursing Process การประยุกต์ใช้องค์ความรู้กระบวนการพยาบาลด้วยกระบวนการพยาบาล และวนกลับไปเริ่มโปรแกรม PLERN อีกครั้ง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการตามโปรแกรม ดังนี้

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการตามโปรแกรม PLERN

ขั้นตอน	กิจกรรม
1. การจัดประสบการณ์เสมือนจริงในการพยาบาลผู้ป่วย (Concrete experience) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เรียนได้ศึกษาปัญหาจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเสมือนจริง (P-Participation, E-Experience, L-Learning)	1. มอบหมายให้นักศึกษา ศึกษาผู้ป่วยเสมือนจริงเป็นรายบุคคล 2. ให้นักศึกษาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายผู้ป่วยเสมือนจริงที่ได้รับมอบหมาย 3. ให้นักศึกษาแนะนำตัว และประเมินผู้ป่วยเสมือนจริงเบื้องต้น โดยมีอาจารย์เป็นผู้สังเกตการณ์และให้ความช่วยเหลือ
2. การสะท้อนคิด (Reflection) วัตถุประสงค์ - เพื่อให้นักศึกษาได้สะท้อนความรู้สึกของตนเองต่อผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย - เพื่อให้นักศึกษาแลกเปลี่ยนความรู้สึกเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย (R-Reflection)	1. มอบหมายให้นักศึกษาสะท้อนความรู้สึกของตนเองในแบบบันทึกสะท้อนคิด 2. ให้นักศึกษาอภิปรายความรู้สึกของตนเองต่อผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายร่วมกับเพื่อนในกลุ่มและอาจารย์ (เป็นรายบุคคล)
3. การสร้างแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย (Abstract Conceptualization) วัตถุประสงค์ เพื่อให้นักศึกษาสามารถวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย (P-Participation, L-Learning, E-Experience, R-Reflection, N-Nursing Process)	1. มอบหมายให้นักศึกษาทำแผนผังมโนทัศน์ (Concept mapping) หรือแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) เป็นรายบุคคล จากข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยเสมือนจริงที่ได้รับมอบหมาย และความรู้จากการแลกเปลี่ยนร่วมกับเพื่อนในกลุ่มและอาจารย์ 2. ให้นักศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมในการสนับสนุนหรือปรับปรุงมโนทัศน์ในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยเสมือนจริงที่ได้รับมอบหมาย 3. ให้นักศึกษานำความรู้ที่ได้มาสรุปเป็นแผนผังมโนทัศน์ (Concept mapping) หรือแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) ในการดูแลผู้ป่วยเสมือนจริงที่ได้รับมอบหมาย

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ขั้นตอน	กิจกรรม
4. การนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย (Application) วัตถุประสงค์ เพื่อให้นักศึกษามีทักษะในการดูแลผู้ป่วย (P-Participation, L-Learning, E-Experience, R-Reflection, N-Nursing Process)	1. ให้นักศึกษาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเสมือนจริงที่ได้รับมอบหมาย ตามแผนผังมโนทัศน์ (Concept mapping) หรือแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) ที่นักศึกษาช่วยกันสร้างขึ้น 2. ให้นักศึกษาแลกเปลี่ยนการพยาบาลผู้ป่วยเสมือนจริงที่ได้รับมอบหมาย ตามแผนการพยาบาลที่วางไว้
5. สะท้อนคิด (Reflection) ความรู้สึกรู้สึก และทักษะปฏิบัติของตนเอง วัตถุประสงค์ เพื่อให้นักศึกษาสามารถประเมินตนเองเพื่อพัฒนาได้ (P-Participation, L-Learning, E-Experience, R-Reflection, N-Nursing Process)	1. ให้นักศึกษาประเมินตนเอง (Informative learning) เกี่ยวกับความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยเสมือนจริงที่ได้รับมอบหมาย และทักษะที่นักศึกษายังบกพร่อง ในแบบบันทึกสะท้อนคิด 2. ให้นักศึกษาอภิปรายความรู้สึกของการดูแลผู้ป่วย และทักษะที่นักศึกษายังบกพร่อง และแนวทางการพัฒนาตนเอง ร่วมกับเพื่อนในกลุ่มและอาจารย์
6. การสร้างแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย (Abstract Conceptualization) วัตถุประสงค์ เพื่อให้นักศึกษาสามารถวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมได้ (P-Participation, L-Learning, E-Experience, R-Reflection, N-Nursing Process)	1. ให้นักศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมในการสนับสนุนหรือปรับปรุงมโนทัศน์ในการดูแลผู้ป่วยเสมือนจริงที่ได้รับมอบหมาย 2. ให้นักศึกษานำความรู้ที่ได้มาสรุปเป็นแผนผังมโนทัศน์ (Concept mapping) หรือแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) ในการดูแลผู้ป่วยเสมือนจริงที่ได้รับมอบหมาย

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ขั้นตอน	กิจกรรม
7 การนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย (Application) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ศึกษามีทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดและการจัดการความปวด การเสียสมดุลน้ำและเกลือแร่ ปัญหาการติดเชื้อ และโรคเขตร้อน ปัญหาของผิวหนัง ปัญหาการย่อย การเผาผลาญ การขับถ่าย อุจจาระ ความผิดปกติของฮอร์โมน ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ ปัญหากระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ ปัญหาตา หู คอ จมูก ปัญหาทางนรีเวชและการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์ ทั้งด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม ในระยะเฉียบพลัน วิกฤต เรื้อรัง และระยะสุดท้าย (P-Participation, L-Learning, E-Experience, R-Reflection, N-Nursing Process) 8. สะท้อนคิด (Reflection) ความรู้สึก และทักษะปฏิบัติของตนเอง วัตถุประสงค์ เพื่อให้ศึกษามีความสามารถประเมินตนเองเพื่อพัฒนาได้ (P-Participation, L-Learning, E-Experience, R-Reflection, N-Nursing Process)	1. ให้นักศึกษาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเสมือนจริงที่ได้รับมอบหมาย ตามแผนผังมโนทัศน์ (Concept mapping) หรือแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) ที่นักศึกษาช่วยกันสร้างขึ้นมา 2. ให้นักศึกษาแลกเปลี่ยนการพยาบาลผู้ป่วยเสมือนจริงที่ได้รับมอบหมายตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ 1. ให้นักศึกษาประเมินตนเอง (Informative learning) เกี่ยวกับความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยเสมือนจริงที่ได้รับมอบหมาย และทักษะที่นักศึกษายังบกพร่อง ในแบบบันทึกสะท้อนคิด 2. ให้นักศึกษาอภิปรายความรู้สึกของการดูแลผู้ป่วยเสมือนจริงที่ได้รับมอบหมาย และทักษะที่นักศึกษายังบกพร่อง และแนวทางการพัฒนาตนเองร่วมกับเพื่อนในกลุ่มและอาจารย์

นักศึกษามีระยะเวลาในการเรียนรู้จากประสบการณ์ 10 วัน ครั้งที่ 1 เป็น วันที่ 1 - 5 และครั้งที่ 2 เป็นวันที่ 6 - 10 ซึ่งนักศึกษาแต่ละคนจะได้รับการเรียนการสอนด้วยโปรแกรม PLERN ด้วยกรณีศึกษาคนละ 2 กรณีศึกษา

2. แผนนิเทศประจำหอผู้ป่วยในวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ประกอบด้วย กิจกรรมการเรียนการสอนที่ได้รับการจัดกิจกรรมโดยใช้โปรแกรม PLERN ร่วมกับการสะท้อนคิด และกระบวนการพยาบาล

3. แบบประเมินสะท้อนคิด พัฒนามาจากรูปแบบวงจรของ Gibbs ประกอบด้วยคำถาม 6 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การบรรยายสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เฉพาะจุดสำคัญของสถานการณ์ที่ต้องการให้ผู้อื่นทราบ
- 2) การแสดงความคิดเห็นหรือรู้สึกต่อสถานการณ์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน โดย การสะท้อนการคิดจากการสังเกตความรู้สึก และแสดงออกมาด้วยความซื่อสัตย์
- 3) การประเมินสถานการณ์โดยใช้ประสบการณ์ว่ามีความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นไปในทางบวกหรือทางลบอย่างไร โดยมีผลต่อตนเองและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องทำอย่างไรกับ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีการอ้างอิงหลักการหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- 4) วิเคราะห์สถานการณ์ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นว่ามีอะไรบ้างที่จะสามารถช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้น มีการอ้างอิงและเชื่อมโยงหลักการและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- 5) สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์ได้แก่ความรู้ทัศนคติหรือข้อคิด และวิธีแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผลประกอบหรือวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดสถานการณ์ซ้ำขึ้นอีก สามารถนำไปแก้ปัญหาและไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำแบบเดิมอีก
- 6) สะท้อนผลเพื่อวางแผนการนำไปประยุกต์ใช้หากเกิดสถานการณ์ซ้ำกับตนเองและผู้อื่น เป็นวิธีการสะท้อนประสบการณ์ เผยแพร่ประสบการณ์ที่เคยพบพร้อมบอกเหตุผลและวิธี การแก้ปัญหาหรือแผนการพัฒนาหรือปรับปรุงให้ดีขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยการนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีข้างต้น ตรวจสอบกับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และหัวหน้าพยาบาล 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของเครื่องมือได้ค่า CVI เท่ากับ 1 และหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค พบว่า แบบประเมินทักษะทางปัญญา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และ แบบประเมินโปรแกรม PLERN และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่ BNC REC 02/2564 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2564

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2564 ถึงเดือน มิถุนายน 2564 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบอาจารย์นิเทศประจำกลุ่มที่ได้รับการเตรียมสำหรับเป็นผู้ช่วยวิจัย และนักศึกษาที่เป็นกลุ่มทดลองด้วยความสมัครใจชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการวิจัย และนักศึกษาที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอม (Informed Consent)

2. ดำเนินการทดลองโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

วันที่ 1 การประเมินผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิด้านทักษะทางปัญญา และทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพ ก่อนได้รับโปรแกรม

วันที่ 2-5 การติดตามการใช้โปรแกรมครั้งที่ 1 ในวันที่ 5 ของการเข้าร่วมโปรแกรม

วันที่ 6-9 การติดตามการใช้โปรแกรมครั้งที่ 2 ในวันที่ 9 ของการเข้าร่วมโปรแกรม

วันที่ 10 การประเมินผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิด้านทักษะทางปัญญา และทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพ และการสะท้อนคิด หลังได้รับโปรแกรม

สรุปผลการประเมินทักษะทางปัญญา และทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพ ของนักศึกษาตลอดการเข้าร่วมโปรแกรม สัมภาษณ์และเปิดโอกาสให้นักศึกษาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของโปรแกรม PLERN

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
2. เปรียบเทียบคะแนนทักษะทางปัญญา และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติโดยใช้โปรแกรม PLERN โดยใช้สถิติ Paired Sample T-test
3. ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนคิดของนักศึกษาต่อรูปแบบการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อใช้ประกอบการอภิปรายผลการศึกษา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 56 คน ไม่มีประสบการณ์เรียนโดยใช้โปรแกรม PLERN มาก่อนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 และส่วนใหญ่มีผลการเรียนที่ระดับ 3.01-3.50 คิดเป็นร้อยละ 53.6 รองลงมา มีผลการเรียนที่ระดับ 2.50 - 3.00 คิดเป็นร้อยละ 42.9 และมีผลการเรียนที่ระดับน้อยกว่า 2.50 คิดเป็นร้อยละ 3.6

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนทักษะทางปัญญา และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติโดยใช้โปรแกรม PLERN ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทักษะทางปัญญา และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติโดยใช้โปรแกรม PLERN (n = 56)

คะแนนเฉลี่ยของทักษะ	Mean	S.D.	t	p-value
คะแนนทักษะทางปัญญาก่อนเรียน	7.80	1.55	-8.315	<.001*
คะแนนทักษะทางปัญญาหลังเรียน	8.91	1.00		
คะแนนทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพก่อนเรียน	7.68	1.32	-15.59	<.001*
คะแนนทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพหลังเรียน	9.32	0.79		

* p < .001 มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 1 พบว่า การเปรียบเทียบคะแนนทักษะทางปัญญา และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนการเรียนโดยใช้โปรแกรม PLERN อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนคิดของนักศึกษาต่อรูปแบบการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จากการสะท้อนคิดของนักศึกษาพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 โดยใช้โปรแกรม PLERN มีความแตกต่างจากการเรียนปกติ ซึ่งโปรแกรม PLERN เป็นการเรียนที่มีการวิเคราะห์หรือแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆอย่างครอบคลุม มีการให้วิเคราะห์จากการมองต่างมุม มีการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ และการวางแผนงานอย่างเป็นระบบ เน้นการเรียนเป็นกลุ่มและเป็นการเรียนที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีการแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกันในกลุ่ม และเป็นการเรียนที่ให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้และการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่หลากหลายและเหมาะสม ร่วมกับการสะท้อนคิดในสิ่งที่ได้เรียนรู้ ทำให้นักศึกษาได้มองเห็นข้อผิดพลาดในตนเอง และสามารถไปหาความรู้เพิ่มเติมได้

ในส่วนของการศึกษาที่ได้รับมีความเหมาะสม และครบถ้วน เพราะอาจารย์ผู้สอนได้ให้การศึกษามีความแตกต่างกันในหลายระบบตามรายวิชา ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้กันภายในกลุ่มทำให้ได้ศึกษาโรคต่างๆ ได้มีความรู้ในการให้การพยาบาลไม่ใช่เฉพาะกรณีศึกษาของตนเองแต่ได้เรียนรู้ไปพร้อมๆ กับเพื่อนด้วย

ข้อดีที่ได้รับ คือ ทำให้นักศึกษาทุกคนภายในกลุ่มมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ จึงทำให้มีข้อมูลและความคิดที่หลากหลาย เพื่อนำไปแก้ไขในการทำการรักษาที่ได้รับมอบหมาย และมีความเหมาะสมในการเรียนในช่วงที่การแพร่ระบาดของโควิดอย่างมากที่ทำให้ทุกคนต้องเรียนนอกสถานที่หรือต้องกักตัวในช่วงที่มีอาการของโควิด ข้อเสียที่พบได้ คือ หากสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่ดี ส่งผลต่อการเรียนได้ไม่ต่อเนื่อง

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า โปรแกรม PLERN สามารถพัฒนาทักษะทางปัญญาและทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลได้ โดยผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า คะแนนทักษะทางปัญญาและทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพหลังเรียนสูงกว่าก่อนการเรียนโดยใช้โปรแกรม PLERN อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วริศรา ปั่นทองหลาง, สุชาภา คล้ายมณี, อภิชาติ พาผล และเยี่ยม คงเรืองราช⁽¹⁶⁾ พบว่า การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ช่วยพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ในภาคทฤษฎีและทดลองปฏิบัติมีทักษะการวิเคราะห์และการตัดสินใจแก้ไขการพยาบาลได้ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.75, -2.83, -5.95$ $p < 0.05$) และการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสามารถช่วยพัฒนาให้นักศึกษามีทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลได้ และผลการวิจัยของ ขวัญฤทัย ธรรมกิจโพธิ์จัน, จันทรฉาย มณีวงศ์ และจาวรรณ สอนงูชาติ⁽¹⁷⁾ ได้พบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลได้กลุ่มนักศึกษาที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ และผลการวิจัยของ พรพิมล ชัยสา และสายชล จันทรวิจิตร⁽¹⁸⁾ พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช วิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 ที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยการส่งเสริมทักษะการสะท้อนคิด มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการสะท้อนคิดของนักศึกษาหลังการเรียนการสอนโดยการส่งเสริมทักษะการสะท้อนคิดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่า การศึกษาส่วนใหญ่มีการใช้รูปแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริง และการสะท้อนคิด มีผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาแนวการจัดการเรียนการสอนที่ใช้สถานการณ์เสมือนจริงและการสะท้อนคิดสามารถพัฒนาระดับทักษะทางปัญญาและทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพได้จริง

ในการศึกษครั้งนี้ของผู้วิจัยใช้การออกแบบโดยอิงจากทฤษฎีวงจรการเรียนรู้แบบประสบการณ์ (Kolb)⁽³⁾ ร่วมกับรูปแบบการสะท้อนคิดของ Gibbs⁽⁴⁾ และกระบวนการพยาบาล⁽⁹⁾ มาเป็นโปรแกรม PLERN เพื่อช่วยให้นักศึกษามีส่วนร่วมเสมือนได้ปฏิบัติจริงในทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วมในการเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งต้องใช้การเรียนรู้ตลอดเวลาโดยการใช้เทคโนโลยี การศึกษาค้นคว้าจากแหล่งอ้างอิงที่หลากหลายและนำเชื่อถือด้วยตนเอง จากนั้นจึงมีการนำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกับเพื่อนภายในกลุ่ม ซึ่งทำให้นักศึกษามองเห็นข้อบกพร่องของตนเองและของเพื่อนเพื่อนำไปปรับปรุงให้ดีขึ้น แล้วจึงนำมาสะท้อนคิดเพื่อตกตะกอนความรู้และสิ่งที่ต้องปรับปรุง สุดท้ายจึงนำความรู้ที่ได้ผ่านการศึกษามาอย่างถี่ถ้วนกับการแลกเปลี่ยนร่วมกันภายในกลุ่มและอาจารย์นำมาสู่การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลที่ถูกต้องและครอบคลุมมากขึ้น จึงทำให้นักศึกษาเข้าใจเนื้อหาเชิงลึกมากกว่าการเรียนรู้แบบบรรยาย หรือการเรียนรู้นอกสถานที่ในช่วงที่มีแพร่ระบาดของโรค หรือกรณีที่มีข้อจำกัดไม่สามารถเข้าร่วมชั้นเรียนหรือฝึกปฏิบัติงานได้จริง เกิดทักษะ

ทางปัญญาและทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพผ่านการเรียนรู้จากสถานการณ์เสมือนจริง ผ่านการฝึกถึง 2 กรณีศึกษาเพื่อให้ผู้เรียนมีการพัฒนาในแต่ละขั้นตอนมากขึ้น จากการสะท้อนคิดจุดดีและจุดด้อยของตนเองนำไปสู่การพัฒนาตนเองที่ต่อเนื่อง

อีกทั้งจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสะท้อนคิดของนักศึกษาพบว่า การเรียนการสอนโดยใช้โปรแกรม PLERN แตกต่างจากการเรียนแบบเดิมที่เน้นการจำ แต่เป็นการเรียนรู้ที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ การวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบ การวางแผน และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม ซึ่งช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองจากหลายมิติ ที่ได้รับความรู้จากการใช้เทคโนโลยี การศึกษาค้นคว้า และการคิดวิเคราะห์จากสถานการณ์จริงที่หลากหลาย ทำให้เห็นข้อบกพร่องของตนเอง และเพื่อนจากการสะท้อนคิด ซึ่งถือเป็นการเรียนรู้ที่ช่วยให้นักศึกษาได้คิดวิเคราะห์ตนเอง พัฒนาจุดเด่นและปรับปรุงข้อบกพร่องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้แบบร่วมมือ (Collaborative learning)

อย่างไรก็ตาม มีข้อจำกัดที่นักศึกษาบางคนสะท้อนว่า หากสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร จะกระทบต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ได้โดยเฉพาะในช่วงที่มีแพร่ระบาดของโรคที่จำเป็นต้องเรียนนอกสถานที่หรือที่บ้าน การออกแบบโปรแกรมนี้ จึงมีความยืดหยุ่นรองรับทั้งรูปแบบออนไลน์และออนไซต์ ส่งผลให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างราบรื่น

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า โปรแกรม PLERN เป็นแนวทางการจัดการเรียนรู้ที่มีศักยภาพในการพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อวิชาชีพพยาบาล โดยเฉพาะการคิดวิเคราะห์ การลงมือปฏิบัติ และการประยุกต์ใช้ความรู้ในบริบทของผู้ป่วยจริง ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาในสาขาการพยาบาล จึงควรได้รับการส่งเสริมให้นำไปใช้ในรายวิชาภาคปฏิบัติอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการจัดการเรียนการสอน ควรนำโปรแกรม PLERN ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาทั้งภาคทฤษฎีและภาคทดลอง ในกรณีที่นักศึกษามีข้อจำกัดไม่สามารถร่วมเรียนในชั้นเรียนหรือไม่สามารถขึ้นฝึกในสถานการณ์จริงได้ โดยเฉพาะในรายวิชาที่เน้นการคิดวิเคราะห์และการประยุกต์ใช้ความรู้กับสถานการณ์จริง เพื่อส่งเสริมการพัฒนาทักษะทางปัญญาและทักษะการปฏิบัติของนักศึกษาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องในการใช้รูปแบบการเรียนรู้จากประสบการณ์และการสะท้อนคิด เพื่อให้สามารถออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงสามารถให้คำแนะนำและกระตุ้นการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านการพัฒนาระบบการเรียนออนไลน์เมื่อมีสถานการณ์โรคระบาดต่างๆ ควรมีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตให้มีความเสถียร และพัฒนารูปแบบการเรียนออนไลน์ให้เสมือนจริงมากขึ้น เพื่อรองรับการเรียนรู้ในสถานการณ์ที่มีข้อจำกัด เช่น การแพร่ระบาดของโรค หรือการเรียนรู้จากระยะไกลในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของโปรแกรม PLERN ต่อเนื่องในรายวิชาอื่นที่ต่อเนื่องตั้งแต่ภาคทฤษฎีที่ต่อเนื่องไปจนถึงภาคปฏิบัติหรือผลลัพธ์อื่นๆ เพิ่มเติม ได้แก่ ด้านเจตคติ ความพึงพอใจ หรือผลสัมฤทธิ์ในการประกอบวิชาชีพหลังสำเร็จการศึกษา

2. พัฒนารูปแบบการวิจัยให้เข้มงวดมากขึ้น เช่น ควรปรับรูปแบบการวิจัยให้เป็นการทดลองแบบสองกลุ่ม (Two-group pretest-posttest design) เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจนมากขึ้น และใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพมาอธิบายผลการศึกษเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ผลข้อมูลเชิงคุณภาพมาพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. เอมอรินทร์ ตั้งปฐมวงศ์, นุชนาถ บุญมาศ, สุจิตา ตีลาการทรัพย์, จีระวรรณ ศรีจันทร์ไชย, กานต์วี โบราณมูล, วสันต์ สีแดน. ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้โดยใช้วิจัยเป็นฐานต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19:259-66.
2. จงกลวรรณ มุสิกทอง, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, จรินทร์พย์ อุดมพันธุ์รัก. ประสบการณ์การเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์กับการรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาตนเองของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560;27(2):181-97.
3. นัยนา ดอรรณ, ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา, ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์และการสะท้อนคิดเชิงวิพากษ์. วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต. 2563;10(2):20-8.
4. สิริวัฒน์ อยุวัฒน์, ชนกานต์ แสงคำกุล, อวิณท์ บัวประชุม. ผลของการฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้านโดยใช้เทคนิคการสะท้อนคิดของ Gibbs ต่อทักษะการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2562;12(3):43-57.
5. รัฐบาลไทย. สธ.แจ้งผู้ป่วย “โควิด” เพิ่มขึ้นตามฤดูกาลจากฝนตก-เปิดเทอม แนะนำการใส่หน้ากากเพื่อ เดือน 2 กลุ่มเสี่ยงรีบไป รพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.thaigov.go.th/news/contents/ministry_details/97068
6. วิลาวัลย์ กล้าแรง, จุฬารัตน์ หัวหาญ, อารยา จิรมนัสวงศ์, รุจิสร สุธะถาวร. ประสบการณ์ชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในการเผชิญกับการแพร่ระบาดของโควิด-19. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2565;5(2):21-33.
7. Sahle-Work Zewde. Education in a post-COVID world: Nine ideas for public action. France: UNESCO; 2020.
8. วิภาดา มุกดา, ศีลสุภา วรรณสุทธ. การศึกษาระบบออนไลน์วิถีใหม่ในช่วงโควิด 19. วารสารสิทธิมนุษยชน. 2566;24(1):102-15.
9. Toney-Butler TJ, Thayer JM. Nursing process [Internet]. South Florida: StatPearls Publishing; 2023 [cited 2023 Apr 10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/#article-26037.s8>
10. สำราญ คำมี, นิตยา เพ็ญศิริภา, พรทิพย์ ธีระพงษ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลในหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารวิชาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565;14(2):233-47.
11. รัตติกร เหมือนนาตอน, ยุพาภรณ์ ตรีไพรวงศ์, เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล. การพัฒนาการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิด. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2562;35(2):13-25.
12. ชนิดรียา แสงเย็นพันธุ์, ชัยฤทธิ์ โพธิ์สุวรรณ, ปิยะพงษ์ ไสยโสภณ. การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการสะท้อนคิดโดยใช้การเขียนบันทึกสะท้อน. วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี. 2562;13(3):393-408.
13. สมจิตต์ สินธุชัย, สุดำ เดชพิทักษ์ศิริกุล, ปิยะรัตน์ หยกสุริยันต์. การสะท้อนคิดการปฏิบัติในการศึกษาทางพยาบาลศาสตร์. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19(2):15-23.
14. พรพิมล ชัยสา, สายชล จันทรวิจิตร. ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยการส่งเสริมทักษะการสะท้อนคิดต่อพฤติกรรมสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล. วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2563;48(1):224-38.
15. นงนุช เสือพุ่ม, วิลทณี นาคศรีสังข์, ประไพพิศ สิงหเสม. การจัดการเรียนรู้แบบประสบการณ์ทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560;27(1):12-21.
16. วริศรา ปั่นทองกลาง, สุชาภา คล้ายมณี, อภิชาติ พาผล, เยี่ยม คงเรืองราช. ผลการจัดการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาล. วารสารสุขศึกษา. 2568;48(1):102-15.
17. ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์, จันทรฉาย มณีวงศ์, จารุวรรณ สอนงญาดี. การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2023;6(1):5-28.
18. พรพิมล ชัยสา, สายชล จันทรวิจิตร. ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยการส่งเสริมทักษะการสะท้อนคิดต่อพฤติกรรมสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล. วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2019;48(1):224-38.

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท โดยการสร้างเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาอำเภอกุหลอง จังหวัดเลย

ประภาพร จันทร์นาม*

*นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกุหลอง อำเภอกุหลอง จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วม ดำเนินการในอำเภอกุหลอง จังหวัดเลย ระหว่าง มกราคม 2567 ถึงมิถุนายน 2568 แบ่งเป็น 4 ระยะ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน 2) พัฒนาระบบโดยชุมชนมีส่วนร่วม 3) ทดลองใช้และประเมินผล 4) ปรับปรุงพัฒนาต้นแบบ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบแบ่งชั้นภูมิและเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท 275 คน ญาติผู้ดูแล 275 คน บุคลากรสาธารณสุข 50 คน และแกนนำชุมชน/อสม. 120 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินภาระการดูแล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการฆ่าตัวตาย และแบบประเมินทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวช วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Paired t-test Chi-square test และ Content Analysis

ผลการศึกษา พบว่า อำเภอกุหลองมีอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 18.82 ต่อแสนประชากร สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ 2.5 - 3.4 เท่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 68.4 การถูกตีตราทางสังคม ร้อยละ 68.2 และการขาดระบบเฝ้าระวังในชุมชน ร้อยละ 82.5 ระบบที่พัฒนาขึ้น “กุหลองโมเดล” ประกอบด้วย ระบบค้นหาคัดกรอง ระบบติดตามเฝ้าระวัง ระบบจัดการภาวะวิกฤต ระบบสนับสนุนทางสังคม และระบบบริหารจัดการ ผลการทดลองใช้ 6 เดือน กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 60 คน พบว่า ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงจาก 12.4 เป็น 6.2 คะแนน การมารับยาต่อเนื่องเพิ่มจากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 86.7 การได้รับการเยี่ยมบ้านเพิ่มจากร้อยละ 28.3 เป็นร้อยละ 93.3 การพยายามฆ่าตัวตายลดลงจาก 8 ครั้ง เหลือ 2 ครั้ง ลดลงร้อยละ 75 และสร้างเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน 15 กลุ่ม สรุปได้ว่า “กุหลองโมเดล” มีประสิทธิผลในการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและเพิ่มการเข้าถึงบริการ สามารถเป็นต้นแบบสำหรับการขยายผลต่อไป

คำสำคัญ: การฆ่าตัวตาย/ โรคซึมเศร้า/ โรคจิตเภท/ การมีส่วนร่วมของชุมชน/ ระบบเฝ้าระวัง

Development of Community-Based Suicide Surveillance and Prevention System for Patients with Depression and Schizophrenia through Community Network Participation: A Case Study of Phu Luang District, Loei Province

Praphaporn Channam*

*Senior Specialist Physician, Phu Luang Hospital, Phu Luang District, Loei Province

Abstract

This participatory action research study aimed to develop a community-based surveillance and prevention system for suicide among patients with depression and schizophrenia. The study was conducted in Phu Luang District, Loei Province, from January 2024 to June 2025, divided into four phases: 1) situational analysis, 2) community-participatory system development, 3) implementation and evaluation, and 4) prototype refinement. The study employed stratified purposive sampling, comprising 275 patients with depression and schizophrenia, 275 caregivers, 50 healthcare personnel, and 120 community leaders/village health volunteers. Research instruments included the 8Q Suicide Risk Assessment Scale (Cronbach's alpha = 0.88), quality of life assessment, caregiver burden assessment, knowledge assessment regarding mental illness and suicide prevention, and attitude assessment toward psychiatric patients. Data were analyzed using paired t-test, chi-square test, and content analysis.

Results revealed that Phu Luang District had an average suicide rate of 18.82 per 100,000 population, 2.5-3.4 times higher than the national average. Key risk factors included lack of continuous treatment (68.4%), social stigma (68.2%), and absence of community surveillance systems (82.5%). The developed "Phu Luang Model" comprised five main components: screening and case-finding system, monitoring and surveillance system, crisis management system, social support system, and administrative management system. Results from a 6-month trial with 60 high-risk patients showed that suicide risk scores decreased from 12.4 to 6.2 points, medication adherence increased from 45% to 86.7%, home visits increased from 28.3% to 93.3%, suicide attempts decreased from 8 to 2 incidents (75% reduction), and 15 community support networks were established.

Keywords: Suicide/ Depression/ Schizophrenia/ Community participation/ Surveillance system

*Corresponding author: Praphaporn Channam, email: Prapapornchannam@gmail.com, Tel.: 08 8571 3458

Received: July 15, 2025/ Revised: August 17, 2025/ Accepted: August 19, 2025

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่ต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั่วโลกประมาณ 800,000 คน หรือเฉลี่ยทุก 40 วินาทีจะมีคนฆ่าตัวตาย 1 คน และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 20 เท่าของผู้ที่เสียชีวิต⁽¹⁾ ข้อมูลการศึกษาระดับสากลพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างน่าวิตก โดยในปี 2013 ความชุกของการฆ่าตัวตายทั่วโลกอยู่ที่ 10.5 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 12 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2015 ซึ่งแสดงอัตราการเติบโตร้อยละ 14.29 ในช่วง 2 ปี⁽²⁾ การศึกษาล่าสุดของ Naghavi และคณะ⁽³⁾ พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายทั่วโลกเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็น 9.0 ต่อประชากรแสนคนในปี 2019 สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนไทยเพิ่มขึ้นจาก 6.03 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2563 เป็น 7.37 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2565⁽⁴⁾ ข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567 แสดงให้เห็นว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นเป็น 8.2 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2566⁽⁵⁾ แม้ว่าอัตราดังกล่าวจะยังต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก แต่แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบอย่างมากต่อบุคคล ครอบครัว และสังคมไทยในภาพรวม เมื่อพิจารณาในระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดของประเทศ โดยมีอัตรา 12.8 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2566 สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศร้อยละ 56⁽⁶⁾ สำหรับจังหวัดเลย ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยรายงานว่าอัตราการฆ่าตัวตาย 15.6 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของภาคตะวันออกเฉียงเหนือและค่าเฉลี่ยประเทศ⁽⁷⁾ ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งของการฆ่าตัวตายคือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย การศึกษาระดับนานาชาติพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราการฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตสูงถึงร้อยละ 10 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 5 - 10 เท่า⁽⁸⁾ การศึกษาเชิงอภิมานล่าสุดของ Ventriglio และคณะ⁽⁹⁾ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 26.8 และมีปัจจัยเสี่ยงหลักได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง การใช้สารเสพติด และการขาดการสนับสนุนทางสังคม ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของ Bachmann⁽¹⁰⁾ พบว่า ความชุกตลอดชีวิตของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 4.0 และความชุกตลอดชีวิตของการพยายามฆ่าตัวตายอยู่ที่ร้อยละ 31.0 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 20 เท่า การศึกษาของ Hawton และคณะ⁽¹¹⁾ เน้นย้ำว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่ต่อเนื่องมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 2.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัจจัยคุ้มครองที่สำคัญต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย การศึกษาของ Nordentoft และคณะ⁽¹²⁾ ติดตามผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลา 20 ปี พบว่าผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตามการรักษา (medication adherence) สูงกว่าร้อยละ 80 มีอัตราการฆ่าตัวตายน้อยลงร้อยละ 65 เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามการรักษา การศึกษาของ Tihihonen และคณะ⁽¹³⁾ ในประเทศฟินแลนด์ ซึ่งติดตามผู้ป่วย 62,250 ราย เป็นเวลา 20 ปี พบว่าการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายได้ร้อยละ 71 ในผู้ป่วยจิตเภทและร้อยละ 45 ในผู้ป่วยซึมเศร้า

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลยุทธ์สำคัญในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่ซับซ้อน องค์การอนามัยโลกได้ยอมรับว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจและป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับท้องถิ่น⁽¹⁴⁾ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Hegerl และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่วิเคราะห์โปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชุมชน 45 โครงการจาก 16 ประเทศ พบว่าการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายในชุมชนได้ร้อยละ 30 - 50 โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรด้านสุขภาพจิตจำกัด การศึกษาในต่างประเทศแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน การศึกษาในประเทศเยอรมนีของ Hegerl และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่าโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เน้นการมีส่วนร่วม

ของชุมชนผ่านการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข การให้ความรู้แก่ประชาชน และการสร้างเครือข่ายสนับสนุน สามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายได้ร้อยละ 24 ในระยะเวลา 2 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นของ Motohashi และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าการพัฒนาเครือข่ายชุมชนในการเฝ้าระวังผ่านกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 73 ในช่วง 8 ปี ในบริบทของประเทศเอเชีย การศึกษาของ Yip และคณะ⁽¹⁸⁾ ในฮ่องกงพบว่าการใช้แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การควบคุมการเข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตาย และการปรับปรุงการรายงานข่าวสื่อมวลชน สามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายได้ร้อยละ 35 ในระยะเวลา 5 ปี การศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ของ Lim และคณะ⁽¹⁹⁾ แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายระดับชุมชนที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล ศูนย์สาธารณสุข และอาสาสมัครชุมชน สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้ร้อยละ 42 แนวปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชนที่มีอยู่แล้วในประเทศไทยยังมีจำนวนจำกัดและขาดการประเมินผลอย่างเป็นระบบ การศึกษาของ จิรศักดิ์ สุวรรณชัย และคณะ⁽²⁰⁾ ในจังหวัดแม่ฮ่องสอนพบว่าการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในระดับตำบลโดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถเพิ่มการค้นหากลุ่มเสี่ยงได้ร้อยละ 180 แต่ยังขาดการติดตามผลระยะยาว การศึกษาของ ประจวบ จันทโรติ และคณะ⁽²¹⁾ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าการบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพและชุมชนสามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายได้ร้อยละ 28 แต่ยังไม่มีการศึกษาที่มุ่งเน้นเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย

อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย เป็นพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศอย่างมีนัยสำคัญ โดยข้อมูลจากโรงพยาบาลภูหลวงพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2566 อำเภอภูหลวงมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงถึง 16.08, 24.06, 16.04, 19.94, 19.96 และ 18.45 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ⁽²²⁾ ข้อมูลการสำรวจเบื้องต้นของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูหลวง พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในอำเภอภูหลวงเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรคจิตเภท และในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง⁽²³⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึง Gap of knowledge ที่สำคัญ คือ การศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชนของประเทศไทยยังมีจำนวนจำกัดและขาดการเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนชนบทที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง นอกจากนี้ยังไม่มีการศึกษาที่มุ่งเน้นเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ด้วยประสบการณ์ของผู้วิจัยในการทำงานเป็นแพทย์ผู้ดูแลด้านสุขภาพจิตชุมชนมาเป็นเวลา 15 ปี ทำให้มีความเข้าใจลึกซึ้งถึงปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่และความจำเป็นในการพัฒนาระบบป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนชนบท การวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอภูหลวง จังหวัดเลย โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ร่วมกับการวิจัยและพัฒนา (R&D) ผลที่คาดว่าจะได้รับคือการลดอัตราการฆ่าตัวตาย การสร้างระบบดูแลที่ยั่งยืน การเพิ่มขีดความสามารถของชุมชน และเป็นต้นแบบสำหรับพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

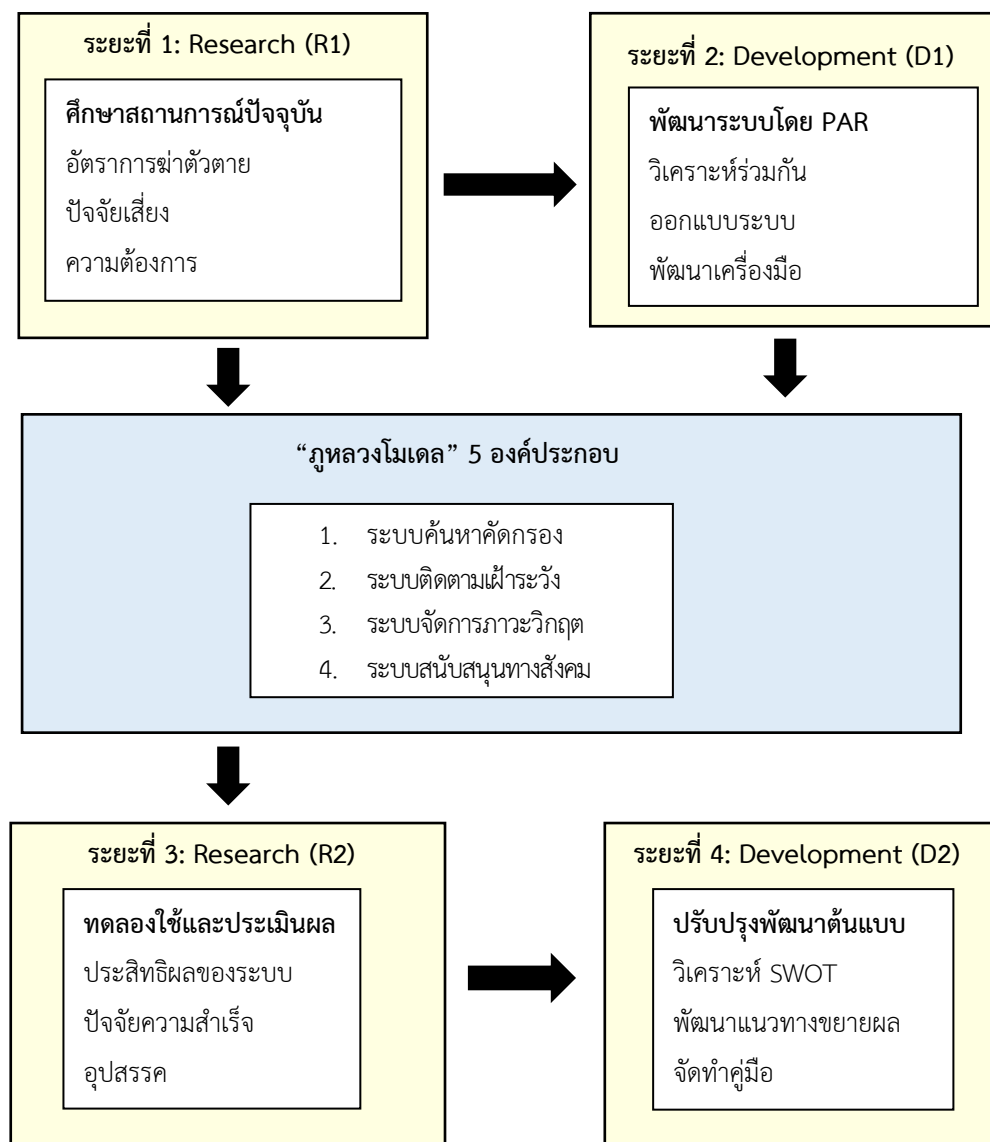
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย
2. เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายที่พัฒนาขึ้น
4. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค และพัฒนาแนวทางขยายผลสู่พื้นที่อื่น

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาและพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายเฉพาะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32-F33) และโรคจิตเภท (F20-F29) ตามเกณฑ์ ICD-10 โดยครอบคลุมการศึกษาปัจจัยเสี่ยง การพัฒนาระบบเฝ้าระวังแบบมีส่วนร่วม การจัดการภาวะวิกฤต และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ดำเนินการในอำเภอภูหลวง จังหวัดเลย ครอบคลุม 5 ตำบล ได้แก่ ตำบล ภูหอ ห้วยสีเสียด นอนกั้ง แก่งศรีภูมิ และเลยวังไสย์ ประชากรเป้าหมายประกอบด้วยผู้ป่วย 854 คนญาติผู้ดูแล 854 คน บุคลากรสาธารณสุข 78 คน และแกนนำชุมชน/อสม. 595 คน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ การศึกษาสถานการณ์ 720 คน การพัฒนาระบบ 40 คน และการทดลองใช้ 60 คน ระยะเวลาดำเนินการ 18 เดือน (มกราคม 2567 - มิถุนายน 2568) แบ่งเป็น 4 ระยะ ตัวแปรต้นคือ “ภูหลวงโมเดล” ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ตัวแปรตามคือความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย อัตราการมารับยา การเยี่ยมบ้าน คุณภาพชีวิต และภาวะการดูแล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีหลัก 4 ประการ เป็นกรอบในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้แก่ 1) ทฤษฎีระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตาย ของ Joiner⁽²⁴⁾ อธิบายว่าการฆ่าตัวตายเกิดจาก 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้สึกเป็นภาระ ความรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และความสามารถทำร้ายตนเอง ระบบที่พัฒนาจึงมุ่งลดความรู้สึกเป็นภาระและเพิ่มความเป็นส่วนหนึ่งของสังคมผ่านกิจกรรมกลุ่มและการสนับสนุนทางสังคม 2) แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ตาม Cohen & Uphoff⁽²⁵⁾ ประกอบด้วย 4 มิติ คือ การตัดสินใจ การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล การวิจัยให้ชุมชนมีส่วนร่วมครอบคลุมทุกขั้นตอน 3) ทฤษฎีนิเวศวิทยาสังคม ของ Bronfenbrenner⁽²⁶⁾ เน้นว่าพฤติกรรมได้รับอิทธิพลจากหลายระดับ ระบบจึงออกแบบการแทรกแซงครอบคลุมระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม 4) แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ตาม Rappaport & Zimmerman⁽²⁷⁾ มุ่งพัฒนาความสามารถชุมชนในการควบคุมและจัดการปัญหาด้วยตนเองอย่างยั่งยืน ทั้ง 4 แนวคิดบูรณาการเป็นกรอบพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่เน้นการมีส่วนร่วมและความยั่งยืนของชุมชน ตามกรอบแนวคิดดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ประยุกต์ใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)⁽²⁸⁾ ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2567 ถึง มิถุนายน 2568 แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน (Research: R1) ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 720 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท 275 คนญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท 275 คน บุคลากรสาธารณสุข 50 คน และแกนนำชุมชน/อสม. 120 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก 30 คน และสนทนากลุ่ม 4 กลุ่ม

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบ (Development: D1) ใช้กระบวนการ PAR โดยผู้มีส่วนร่วม 40 คน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาด้วยเทคนิค AIC ออกแบบระบบ พัฒนาเครื่องมือ และประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล (Research: R2) ทดลองใช้ระบบ "ภูหลวงโมเดล" เป็นเวลา 6 เดือน กับผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภทกลุ่มเสี่ยง จำนวน 60 คน ใช้รูปแบบ One Group Pretest-Posttest Design โดยประเมินผลก่อนและหลังการทดลองด้วยเครื่องมือ 5 ชุด ประกอบด้วย แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) แบบประเมินภาระการดูแลของญาติ (Zarit Burden Interview) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการฆ่าตัวตาย และแบบประเมินทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวช

ระยะที่ 4 การปรับปรุงและพัฒนาต้นแบบ (Development: D2) วิเคราะห์ผลด้วย SWOT Analysis ปรับปรุงระบบ และพัฒนาแนวทางการขยายผล

มีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน

1. ประชากร

ประชากร ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในโรงพยาบาลภูหลวงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอภูหลวง จังหวัดเลย จำนวน 854 คน (โรคซึมเศร้า 669 คน และโรคจิตเภท 185 คน) ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 854 คน บุคลากรสาธารณสุขในอำเภอภูหลวง จำนวน 78 คน และแกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 595 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

2.1 ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน

1) กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ จำนวน 720 คน ประกอบด้วย

1.1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท จำนวน 275 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) และแบ่งตามพื้นที่ทั้ง 5 ตำบล ตามสัดส่วนของผู้ป่วยในแต่ละตำบล

1.2) ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 275 คน โดยเป็นญาติหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

1.3) บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 50 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นผู้ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่

1.4) แกนนำชุมชนและ อสม. จำนวน 120 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นผู้ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในชุมชน

2) กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ กำหนดตามหลักการ Data Saturation โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ความหลากหลายและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 70 คน ประกอบด้วย

2.1) การสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 30 คน ดังนี้

(1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท จำนวน 10 คน เลือกจากผู้ที่มีประสบการณ์หลากหลายครอบคลุมทั้งโรคซึมเศร้าและจิตเภท ระดับความรุนแรงต่างกัน และมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่

(2) ญาติ/ผู้ดูแล จำนวน 10 คน เลือกจากผู้ดูแลหลัก ระยะเวลาการดูแลต่างกัน และมีภาระการดูแลหลากหลายระดับ

(3) บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 10 คน เลือกจากตำแหน่งงานที่หลากหลาย (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอภูหลวง) และประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิต

2.2) ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน รวม 40 คน กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยซึมเศร้า กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ 3 ญาติ/ผู้ดูแล กลุ่มที่ 4 บุคลากรสาธารณสุขและแกนนำชุมชน เลือกผู้เข้าร่วมที่สามารถให้ข้อมูลเชิงลึก และมีความเต็มใจแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผย

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกัน

กลุ่มผู้มีส่วนร่วม 40 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์ และความสนใจ ในการพัฒนาระบบ ประกอบด้วย ผู้แทนผู้ป่วยและญาติ 8 คน ร้อยละ 20 บุคลากรสาธารณสุข 12 คน ร้อยละ 30 แกนนำ ชุมชนและ อสม. 16 คน ร้อยละ 40 ผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4 คน ร้อยละ 10 (นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และหัวหน้าส่วนราชการ)

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล

1. ขั้นตอนการทดลองใช้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบ One Group Pretest-Posttest Design ประเมินผลก่อนและหลัง การทดลองเป็นเวลา 6 เดือน โดยขนาดกลุ่มตัวอย่าง: คำนวณด้วย Power Analysis โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 โดยกำหนด Effect size (Cohen's d) = 0.5, α = 0.05 (two-tailed), Power = 0.80 ได้ n = 54 คน เพิ่ม ร้อยละ 10 สำหรับ dropout rate เป็น 60 คน กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม

1) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 60 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยต้องมีคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) ≥ 8 คะแนน อายุ ≥ 18 ปี และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

2) ญาติ/ผู้ดูแล 60 คน จับคู่กับผู้ป่วยแต่ละราย

3) บุคลากรและแกนนำชุมชน 60 คน ผู้ที่เข้าร่วมการดำเนินงานตามระบบที่พัฒนาขึ้น

2. ขั้นตอนการประเมินผล โดยมีกลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลเชิงคุณภาพ จำนวน 70 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล สำคัญในการสัมภาษณ์เชิงลึก 30 คน และผู้ร่วมสนทนากลุ่ม 40 คน กำหนดจำนวนตามหลักการ Data Saturation และ แนวปฏิบัติการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก 30 คน ตามหลักการที่ว่า การสัมภาษณ์เชิงลึกในการวิจัยเชิงคุณภาพควรมีจำนวน 20 - 30 คน เพื่อให้เกิด Data Saturation และได้ข้อมูลที่หลากหลายครอบคลุมทุกมุมมอง

2.2 การสนทนากลุ่ม 40 คน (4 กลุ่ม กลุ่มละ 8 - 10 คน) ตามหลักการ Focus Group Discussion ที่แนะนำ ให้มี 3 - 4 กลุ่ม กลุ่มละ 6 - 12 คน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้อย่างเพียงพอ

3. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การเลือก ใช้ Purposive Sampling เลือกผู้ที่มีประสบการณ์หลากหลาย สามารถให้ข้อมูลเชิงลึก และเต็มใจแบ่งปันประสบการณ์ จนกระทั่งข้อมูลเกิดความอิ่มตัว (Data Saturation) คือไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมจากการ สัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มครั้งต่อไป

3.1 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) สำหรับผู้ป่วย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F32-F33) หรือโรคจิตเภท (F20-F29) ตามการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของ ICD-10 ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในโรงพยาบาลภูหลวงหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอภูหลวง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) สำหรับญาติหรือผู้ดูแล เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ อาศัยอยู่กับผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3) สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภูหลวงหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอภูหลวง มีประสบการณ์การทำงานในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี ได้รับมอบหมายหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตหรือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีวุฒิการศึกษาขั้นต่ำระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพหรือเทียบเท่า สามารถอ่านเขียนและสื่อสารภาษาไทยได้อย่างดี มีความสนใจและตั้งใจเข้าร่วมกิจกรรมวิจัยอย่างต่อเนื่อง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4) สำหรับแกนนำชุมชนและ อสม. เป็นแกนนำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำทางศาสนา ครู) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการในเขตอำเภอภูหลวง มีประสบการณ์การทำงานหรือให้บริการในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี ได้รับการยอมรับและไว้วางใจจากสมาชิกในชุมชน มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพหรือเคยผ่านการอบรมด้านสุขภาพ สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ มีความสนใจในการพัฒนาชุมชนด้านสุขภาพจิต มีเวลาและความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) สำหรับผู้ป่วย กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีอาการทางจิตรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมกิจกรรมได้ มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง และมีแผนย้ายออกจากพื้นที่ในช่วงการวิจัย

2) สำหรับญาติหรือผู้ดูแล มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง มีโรคจิตเวชที่ไม่ได้รับการรักษาและมีอาการรุนแรง มีประวัติการใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ มีแผนย้ายออกจากพื้นที่หรือเปลี่ยนบทบาทการดูแลในช่วงการวิจัย และมีความขัดแย้งรุนแรงกับผู้ป่วยที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการดูแล

3) สำหรับบุคลากรสาธารณสุข มีแผนย้ายงานหรือเกษียณอายุในช่วงการวิจัย

4) สำหรับแกนนำชุมชนและ อสม. มีแผนย้ายออกจากพื้นที่หรือลาออกจากตำแหน่งในช่วงการวิจัย มีข้อขัดแย้งร้ายแรงกับสมาชิกในชุมชนที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคล (อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้) ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย

2) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) แบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 8 คำถาม คะแนนรวม 0-24 คะแนน เกณฑ์การแปลผล: ไม่มีความเสี่ยง (0 คะแนน), เสี่ยงน้อย (1 - 8 คะแนน), เสี่ยงปานกลาง (9 -16 คะแนน) และ เสี่ยงสูง (≥ 17 คะแนน)

3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย 26 ข้อ 4 ด้าน คะแนนรวม 26 - 130 คะแนน การแปลผล คุณภาพชีวิตต่ำ: 26 - 60 คะแนน คุณภาพชีวิตปานกลาง: 61 - 95 คะแนน คุณภาพชีวิตดี: 96 - 130 คะแนน

4) แบบประเมินภาระการดูแล (Zarit Burden Interview) สำหรับญาติ/ผู้ดูแล ประกอบด้วย 22 ข้อ คะแนนรวม 0 - 88 คะแนน

5) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการฆ่าตัวตาย พัฒนาขึ้นเฉพาะสำหรับการวิจัยนี้ ประกอบด้วย 20 ข้อ คะแนนรวม 0 - 20 คะแนน

2. เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับผู้ป่วยและญาติ ประสบการณ์การรักษา ปัญหาอุปสรรค ความต้องการสำหรับบุคลากร ปัญหาในการดูแลรักษา ความต้องการพัฒนาระบบ สำหรับแกนนำชุมชน บทบาทในการสนับสนุนความพร้อมการมีส่วนร่วม

2) แนวทางการสนทนากลุ่ม ประเด็นการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน การระดมความคิดในการพัฒนาระบบการประเมินความเหมาะสมของระบบที่พัฒนา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) ของทุกข้อคำถาม 0.80-1.00

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง 30 คน ในอำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย (พื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียง) เครื่องมือที่ทดสอบใหม่ แบบประเมิน 8Q: Cronbach's alpha = 0.88 แบบประเมินความรู้: Cronbach's alpha = 0.85 (พัฒนาใหม่) แบบประเมินทัศนคติ: Cronbach's alpha = 0.84 (พัฒนาใหม่)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมการ การขออนุญาต จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูหลวง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 5 แห่ง ประสานงานกับนายอำเภอกุหลอง ผู้ใหญ่บ้านและแกนนำชุมชน แจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้ชุมชนทราบ การฝึกอบรมผู้เก็บข้อมูล ฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัย 6 คน เป็นเวลา 2 วัน ทดสอบความเข้าใจและทักษะการเก็บข้อมูล กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน

2. กระบวนการเก็บข้อมูล

2.1 ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน (4 เดือน) ทีมเก็บข้อมูล ผู้วิจัยหลักร่วมกับผู้ช่วยวิจัย 6 คน ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เภสัชกร 1 คน และนักเทคนิคการแพทย์ 1 คน การเตรียมทีม จัดอบรมผู้ช่วยวิจัย 3 วัน ครอบคลุมหลักการวิจัย เทคนิคการสัมภาษณ์ การใช้เครื่องมือ จริยธรรมการวิจัย และการทดสอบภาคปฏิบัติ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (เดือน 1 - 2) ระยะเวลา 6 สัปดาห์ แบ่งทีม 3 คู่ คู่ละ 1 - 2 ตำบล เก็บข้อมูลวันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 08.00 - 16.00 น. ณ บ้านผู้ป่วยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (เดือน 3) สัมภาษณ์เชิงลึก 30 คนๆ ละ 45 - 60 นาที บันทึกเสียง ถอดเทป สนทนากลุ่ม 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8 - 10 คน ระยะเวลา 90 - 120 นาที จัดที่ศูนย์เรียนรู้ชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูล (เดือน 4) วิเคราะห์และสรุปผลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบในระยะต่อไป

2.2 ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบ (5 เดือน) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ PAR 8 ครั้ง ครั้งละ 4 - 6 ชั่วโมง เก็บข้อมูลการมีส่วนร่วมด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกกระบวนการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

2.3 ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล (6 เดือน) เก็บข้อมูลก่อนเริ่มโครงการ (Pretest) ติดตามข้อมูลระหว่างการดำเนินงาน (เดือนที่ 1, 3, 6) เก็บข้อมูลหลังการดำเนินงาน (Posttest)

2.4 ระยะที่ 4 การปรับปรุงและพัฒนาต้นแบบ (3 เดือน) สัมภาษณ์ผู้มีส่วนร่วมเพื่อประเมินผลและข้อเสนอแนะ จัดประชุมสรุปผลและวางแผนการขยายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS version 26.0 ที่ระดับนัยสำคัญ $\alpha = 0.05$ ใช้สถิติพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติอนุมาน ประกอบด้วย Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนก่อน -

หลังการทดลอง Chi-square test เปรียบเทียบสัดส่วน และ Multiple regression วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม NVivo version 12 ใช้ Content Analysis วิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม Framework Approach วิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดที่กำหนด และ Triangulation ตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ

3. การบูรณาการข้อมูล ใช้ Mixed Methods Integration วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพร่วมกัน สร้าง Joint Display แสดงความสอดคล้องและความแตกต่างของผลการวิจัยจากทั้งสองแนวทาง เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ครอบคลุมและลึกซึ้ง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 048/2567 วันที่ 5 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภทในการศึกษานี้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 157 คน ร้อยละ 57.1 มีอายุเฉลี่ย 41.8 ± 12.4 ปี โดยกลุ่มอายุ 31 - 45 ปี มีจำนวนมากที่สุด 127 คน ร้อยละ 46.2 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 46 - 60 ปี 73 คน ร้อยละ 26.5 ด้านการศึกษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 142 คน ร้อยละ 51.6 รองลงมาคือไม่ได้เรียนหรือจบประถมศึกษา 98 คน ร้อยละ 35.6 และจบระดับอุดมศึกษา 35 คน ร้อยละ 12.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร 156 คน ร้อยละ 56.7 รับจ้าง 78 คน ร้อยละ 28.4 และค้าขาย 28 คน ร้อยละ 10.2 ประเภทของโรคพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้า 216 คน ร้อยละ 78.5 และผู้ป่วยจิตเภท 59 คน ร้อยละ 21.5 ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 4.2 ± 2.8 ปี และเข้ารับการรักษเฉลี่ย 8.6 ± 5.2 ครั้ง ที่น่าสนใจคือผู้ป่วยที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมีจำนวน 93 คน ร้อยละ 33.8 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาในกลุ่มนี้

2. สถานการณ์และปัจจัยเสี่ยง อำเภอลงมีอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 18.82 ต่อแสนประชากร (ปี 2561 - 2566) สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ 2.5 - 3.4 เท่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.1 อายุเฉลี่ย 41.8 ปี เป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 78.5 มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 33.8 ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านการรักษา ขาดการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 68.4 ไม่ได้รับยาตามแผน ร้อยละ 45.8 ขาดการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 72.3 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม ความรู้สึกเป็นภาระ ร้อยละ 76.4 การถูกตีตรา ร้อยละ 68.2 ขาดการสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 71.6 ปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 54.5 3) ปัจจัยด้านระบบบริการ ขาดระบบเฝ้าระวังในชุมชน ร้อยละ 82.5 ขาดการประสานงาน ร้อยละ 65.4 ความรู้และทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุขและแกนนำชุมชน ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และการฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 170 คน พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีระดับความรู้สูงกว่าแกนนำชุมชน/อสม.อย่างชัดเจน บุคลากรสาธารณสุข ($n = 50$) มีความรู้อยู่ในระดับที่ดี โดยมีค่าเฉลี่ย 14.6 ± 2.8 คะแนน ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 48.0 และดีมาก ร้อยละ 36.0 เพียงร้อยละ 16.0 ที่มีความรู้ปานกลาง และไม่มีผู้ใดที่มีความรู้ในระดับต่ำ ในขณะที่แกนนำชุมชน/อสม. จำนวน 120 คน มีระดับความรู้ต่ำกว่า โดยมีค่าเฉลี่ย 10.2 ± 3.4 คะแนน ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7 และยังมีผู้ที่มีความรู้ในระดับต่ำถึงร้อยละ 20.0 มีเพียงร้อยละ 33.3 เท่านั้นที่มีความรู้ในระดับดีขึ้นไป ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตให้แก่แกนนำชุมชนและอสม. เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความต้องการในการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย จากการวิเคราะห์ความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบความต้องการ 5 ด้านหลัก โดยความต้องการสูงสุดคือระบบการติดตามที่ต่อเนื่อง

ร้อยละ 92.3 รองลงมาคือระบบส่งต่อที่รวดเร็ว ร้อยละ 91.2 และแนวทางการจัดการภาวะวิกฤตที่ชัดเจน ร้อยละ 88.7 ด้านระบบคัดกรองต้องการเครื่องมือที่ง่าย สะดวก ใช้ได้ในชุมชน ร้อยละ 85.6 และการอบรมทักษะการประเมินความเสี่ยง ร้อยละ 78.4 ส่วนการมีส่วนร่วมของชุมชนต้องการให้ชุมชนมีบทบาทในการดูแล ร้อยละ 83.5 และการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน ร้อยละ 79.6 ด้านการสนับสนุนทางสังคมต้องการกิจกรรมลดการตีตรา ร้อยละ 76.8 และกลุ่มช่วยเหลือในชุมชน ร้อยละ 72.4 ขณะที่การใช้เทคโนโลยีช่วยติดตามมีความต้องการปานกลาง ร้อยละ 68.5 ผลการศึกษาสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังแบบองค์รวมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการบูรณาการทุกภาคส่วน

3. ระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การวิจัยนี้ได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 40 คน ระยะเวลา 4 เดือน ผ่าน 4 ขั้นตอน 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันด้วยเทคนิค AIC 2) การออกแบบระบบแบบมีส่วนร่วม 3) การพัฒนาเครื่องมือ 8 ชิ้น และ 4) การประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ ระบบที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า “ภูหลวงโมเดล” ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบของระบบ ดังนี้

1) ระบบค้นหาและคัดกรอง ใช้แบบประเมิน 8Q ฉบับชุมชน มีสม.คัดกรองเบื้องต้น จัดทำแผนที่กลุ่มเสี่ยงระดับหมู่บ้าน พบกลุ่มเสี่ยงสูง 33 คน ร้อยละ 3.9 เสี่ยงปานกลาง 124 คน ร้อยละ 14.5 เสี่ยงน้อย 285 คน ร้อยละ 33.4

2) ระบบติดตามเฝ้าระวัง เยี่ยมบ้านประจำเดือน ใช้ Line กลุ่มเฝ้าระวัง ประสานงานกับญาติผู้ดูแล ผลการติดตาม การเยี่ยมบ้าน 1,248 ครั้งใน 6 เดือน อัตราการติดตามตามแผนเพิ่มจาก ร้อยละ 28.3 เป็น ร้อยละ 93.3

3) ระบบจัดการภาวะวิกฤต มี Flowchart การจัดการชัดเจน ทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง ระบบส่งต่อ Fast Track จาก 2.5 ชั่วโมง ใช้เวลาตอบสนองเฉลี่ย 45 นาที อัตราการส่งต่อที่เหมาะสมเพิ่มจากร้อยละ 65 เป็น ร้อยละ 92

4) ระบบสนับสนุนทางสังคม กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 15 กลุ่ม กิจกรรมลดการตีตรา 6 ครั้ง อบรมบำบัดที่วัด 8 ครั้ง อบรมครอบครัว 10 ครั้ง ระดับการตีตราลดจาก 6.8 เป็น 4.9 คะแนน ความรู้สึกลดเดี่ยวลดจาก 7.8 เป็น 4.2 คะแนน

5) ระบบบริหารจัดการ คณะกรรมการระดับอำเภอ ระบบข้อมูลออนไลน์ พัฒนาศักยภาพต่อเนื่อง

ผลการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การดำเนินการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นขั้นตอนแรกของระบบ “ภูหลวงโมเดล” โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยง 8Q ในการประเมินประชากรผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภททั้งหมดในพื้นที่อำเภอภูหลวง การคัดกรองนี้ดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขร่วมกับแกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้ครอบคลุมและเข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง ผลการคัดกรองแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (N = 854)

ระดับความเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การดำเนินการ
ไม่มีความเสี่ยง (0 คะแนน)	412	48.2	ให้ความรู้และติดตามปกติ
เสี่ยงน้อย (1 - 8 คะแนน)	285	33.4	เฝ้าระวังและติดตามใกล้ชิด
เสี่ยงปานกลาง (9 - 16 คะแนน)	124	14.5	เยี่ยมบ้านสัปดาห์ละครั้ง
เสี่ยงสูง (≥ 17 คะแนน)	33	3.9	ส่งพบแพทย์ภายใน 24 ชม.
รวม	854	100	

ผลการคัดกรอง พบว่า ประชากรผู้ป่วยในพื้นที่เกือบครึ่งหนึ่ง 412 คน ร้อยละ 48.2 ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ขณะที่อีกหนึ่งในสามมีความเสี่ยงน้อย 285 คน ร้อยละ 33.4 ซึ่งกลุ่มนี้ต้องการการเฝ้าระวังและติดตามใกล้ชิดที่น่าสนใจคือ

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในระดับปานกลางถึงสูงรวมกัน 157 คน ร้อยละ 18.4 โดยกลุ่มเสี่ยงปานกลาง 124 คน ร้อยละ 14.5 ต้องการการเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละครั้ง และกลุ่มเสี่ยงสูง 33 คน ร้อยละ 3.9 ต้องการการส่งพบแพทย์ภายใน 24 ชั่วโมง สัดส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางถึงสูงในพื้นที่ศึกษา ร้อยละ 18.4 สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่อยู่ในช่วงร้อยละ 8 - 12 เกือบเท่าตัว ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่และความจำเป็นเร่งด่วนในการมีระบบเฝ้าระวังและป้องกันที่เข้มแข็งและครอบคลุม ผลการคัดกรองนี้เป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนการจัดสรรทรัพยากรและการดำเนินงานตามระดับความเสี่ยงของแต่ละกลุ่ม

4. ผลการทดลองใช้และประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การทดลองใช้ระบบ "ภูหลวงโมเดล" ได้รับการทดลองใช้เป็นเวลา 6 เดือน (ตุลาคม 2567 - มีนาคม 2568) กับกลุ่มตัวอย่าง 60 คน ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังนี้

4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการทดลองจำนวน 60 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.0 มากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 40 ด้านช่วงอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 31 - 45 ปี มีสัดส่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 46 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 กลุ่มอายุ 18 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 และกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี มีสัดส่วนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.6 เมื่อพิจารณาประเภทโรค พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีสัดส่วนสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 78.3 ในขณะที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีสัดส่วนน้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 21.7 สำหรับระดับความเสี่ยงเริ่มต้น พบว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมีสัดส่วนมากกว่าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 55 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45

4.2 ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ระบบ

4.2.1 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q Scale) ทำการประเมินผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 60 คน ก่อนเริ่มการทดลอง และหลังการทดลองเป็นเวลา 6 เดือน ผลการเปรียบเทียบแสดงดัง ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลอง (n = 60)

ระยะเวลา	ค่าเฉลี่ย $\pm$ S.D.	ค่ามัธยฐาน	Min - Max (mean diff)	95% CI
ก่อนการทดลอง	12.4 $\pm$ 4.2	12.0	8 - 22	11.3 - 13.5
หลังการทดลอง 6 เดือน	6.2 $\pm$ 3.1	6.0	2 - 14	5.4 - 7.0
ผลต่าง	-6.2 $\pm$ 3.8	-6.0	-15 ถึง 2	-7.2 ถึง -5.2

ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 60 คน พบว่า คะแนนความเสี่ยงเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 12.4 $\pm$ 4.2 คะแนนก่อนการทดลอง เป็น 6.2 $\pm$ 3.1 คะแนนหลังการทดลอง 6 เดือน (t = 12.73, df = 59, p < 0.001) โดยมีการลดลงเฉลี่ย 6.2 $\pm$ 3.8 คะแนน (95% CI: -7.2 ถึง -5.2) ค่ามัธยฐานของคะแนนความเสี่ยงลดลงจาก 12.0 เป็น 6.0 คะแนน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปรับปรุงที่ชัดเจน ช่วงคะแนนก่อนการทดลองอยู่ระหว่าง 8 - 22 คะแนน ลดลงเป็น 2 - 14 คะแนน หลังการทดลอง การลดลงของคะแนนความเสี่ยงมีช่วงกว้างตั้งแต่ 2 ถึง 15 คะแนน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีการตอบสนองต่อระบบแตกต่างกัน แต่โดยรวมแล้วระบบ "ภูหลวงโมเดล" สามารถลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงจากระดับเสี่ยงสูงและปานกลางไปสู่ระดับเสี่ยงน้อย ซึ่งมีความหมายสำคัญทางคลินิกในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

4.2.2 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ซึ่งวัดคุณภาพชีวิตใน 4 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยทำการประเมินก่อนและหลังการทดลองใช้ระบบ “ภูหลวงโมเดล” เป็นเวลา 6 เดือน ผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง (n = 60)

ด้านคุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง	p-value
ด้านสุขภาพกาย	14.2±3.1	18.7±2.8	+4.5±3.2	<0.001
ด้านจิตใจ	13.8±3.4	17.9±3.1	+4.1±3.5	<0.001
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	8.9±2.2	11.4±2.0	+2.5±2.4	<0.001
ด้านสิ่งแวดล้อม	23.1±4.6	26.8±4.2	+3.7±4.1	<0.001
คะแนนรวม	60.0±11.2	74.8±10.1	+14.8±12.1	<0.001

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปรับปรุงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < 0.001$) โดยด้านสุขภาพกายมีการปรับปรุงมากที่สุด เพิ่มขึ้น 4.5 ± 3.2 คะแนน จาก 14.2 ± 3.1 เป็น 18.7 ± 2.8 คะแนน รองลงมาคือด้านจิตใจที่เพิ่มขึ้น 4.1 ± 3.5 คะแนน และด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น 3.7 ± 4.1 คะแนน ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมแม้จะมีการปรับปรุงน้อยที่สุด แต่ก็เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ 2.5 ± 2.4 คะแนน จาก 8.9 ± 2.2 เป็น 11.4 ± 2.0 คะแนน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงผลของการสร้างเครือข่ายสนับสนุนและการลดการตีตราทางสังคม คะแนนรวมของคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 60.0 ± 11.2 เป็น 74.8 ± 10.1 คะแนน หรือเพิ่มขึ้น 14.8 ± 12.1 คะแนน ($p < 0.001$) ซึ่งถือเป็นการปรับปรุงที่มีความหมายทางคลินิกอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่าระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายไม่เพียงแต่ลดความเสี่ยงเท่านั้น แต่ยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2.3 ภาระการดูแลของญาติ (Zarit Burden Interview) การประเมินภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการวัดประสิทธิภาพของการแทรกแซง เนื่องจากญาติผู้ดูแลมักประสบกับภาระทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมจากการดูแลผู้ป่วย การศึกษานี้ใช้แบบสอบถาม Zarit Burden Interview ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินระดับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล ผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบภาระการดูแลของญาติก่อนและหลังการทดลอง (n = 60)

ระยะเวลา	ค่าเฉลี่ย $\pm$ S.D.	ค่ามัธยฐาน	Min - Max (mean diff)	p-value
ก่อนการทดลอง	48.3 $\pm$ 12.6	47.5	28 - 72	
หลังการทดลอง	32.1 $\pm$ 10.8	31.0	15 - 58	<0.001
ผลต่าง	-16.2±11.2	-16.5	-42 ถึง 8	

ผลการเปรียบเทียบภาระการดูแลของญาติก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 60 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ก่อนการทดลอง ญาติผู้ดูแลมีคะแนนภาระการดูแลเฉลี่ย

48.3 $\pm$ 12.6 คะแนน ค่ามัธยฐาน 47.5 คะแนน ช่วง 28 - 72 คะแนน หลังการทดลอง คะแนนการดูแลลดลงเหลือ 32.1 $\pm$ 10.8 คะแนน ค่ามัธยฐาน 31.0 คะแนน ช่วง 15 - 58 คะแนน ผลต่างคะแนนการดูแลเฉลี่ยลดลง 16.2 $\pm$ 11.2 คะแนน ค่ามัธยฐาน -16.5 คะแนน โดยมีช่วงการลดลงตั้งแต่ 42 คะแนน ไปจนถึงการเพิ่มขึ้น 8 คะแนน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการแทรกแซงสามารถลดภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.3 ตัวชี้วัดด้านพฤติกรรมสุขภาพ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 60 คน พบการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวชี้วัด ($p < 0.001$) การมารับยาต่อเนื่อง เพิ่มขึ้นจาก 27 คน ร้อยละ 45 เป็น 52 คน ร้อยละ 86.7 หลังการทดลอง แสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเด่นชัด การได้รับการเยี่ยมบ้าน เพิ่มขึ้นอย่างโดดเด่นจาก 17 คน ร้อยละ 28.3 เป็น 56 คน ร้อยละ 93.3 ซึ่งสะท้อนถึงการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพในชุมชนที่ดีขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน มีการเพิ่มขึ้นอย่างมากจาก 8 คน ร้อยละ 13.3 เป็น 42 คน ร้อยละ 70 แสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงการมีส่วนร่วมทางสังคมและการลดความแยกตัวของผู้ป่วย การมีผู้สนับสนุนในชุมชน เพิ่มขึ้นจาก 15 คน ร้อยละ 25 เป็น 51 คน ร้อยละ 85 ซึ่งบ่งชี้ถึงการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่แข็งแกร่งขึ้น

4.4 การลดจำนวนการพยายามฆ่าตัวตาย ผลการเปรียบเทียบจำนวนการพยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลองในระยะเวลา 6 เดือนแต่ละช่วง พบว่า การแทรกแซงสามารถลดการพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.37, p = 0.018$) ก่อนการทดลอง มีการพยายามฆ่าตัวตายรวม 8 ครั้ง จาก 6 ราย คิดเป็นอัตรา 266.7 ต่อ 1,000 คน/ปี หลังการทดลอง จำนวนการพยายามฆ่าตัวตายลดลงเหลือ 2 ครั้ง จาก 2 ราย คิดเป็นอัตรา 66.7 ต่อ 1,000 คน/ปี การลดลงของจำนวนการพยายามฆ่าตัวตายคือ 6 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 75 จำนวนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายลดลง 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.7 และอัตราการเกิดเหตุการณ์ลดลง 200.0 ต่อ 1,000 คน/ปี คิดเป็นร้อยละ 75

4.5 ประสิทธิภาพการตอบสนองภาวะวิกฤต ผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการตอบสนองภาวะวิกฤตก่อนและหลังการมีระบบ พบการปรับปรุงในทุกตัวชี้วัดอย่างเด่นชัด ระยะเวลาตอบสนองเฉลี่ย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 2.5 ชั่วโมง เป็น 45 นาที คิดเป็นการลดลงร้อยละ 70 ซึ่งแสดงถึงการเพิ่มความรวดเร็วในการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤต อัตราการส่งต่อที่เหมาะสม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65 เป็นร้อยละ 92 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 27 บ่งชี้ถึงการปรับปรุงคุณภาพการประเมินและการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสม จำนวนเหตุการณ์วิกฤตที่จัดการได้ เพิ่มขึ้นจาก 3 ใน 5 กรณี ร้อยละ 60 เป็น 5 ใน 5 กรณี ร้อยละ 100 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการจัดการภาวะวิกฤตที่สมบูรณ์ขึ้น

4.6 การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ผลการดำเนินกิจกรรมสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเครือข่ายสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยทางจิตเวชและครอบครัว พบว่า กิจกรรมทั้ง 4 ประเภทสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จัดขึ้น 12 ครั้ง มีผู้เข้าร่วม 180 คน สามารถสร้างเครือข่ายสนับสนุนได้ 15 กลุ่ม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการขยายระบบสนับสนุนแบบเพียร์ที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมลดการตีตรา จัดขึ้น 6 ครั้ง มีผู้เข้าร่วม 450 คน ส่งผลให้ทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยทางจิตเวชเพิ่มขึ้นร้อยละ 68 บ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญ ธรรมบำบัดที่วัด จัดขึ้น 8 ครั้ง มีผู้เข้าร่วม 120 คน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่งทางใจถึงร้อยละ 85 แสดงถึงประสิทธิภาพในการให้การสนับสนุนทางจิตวิญญาณ การอบรมครอบครัว จัดขึ้น 10 ครั้ง มีผู้เข้าร่วม 150 คน ส่งผลให้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชของครอบครัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 78 ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลผู้ป่วย

4.7 การประเมินทัศนคติต่อการตีตราทางสังคม ผลการเปรียบเทียบคะแนนการตีตราทางสังคมก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มผู้ประเมิน 3 กลุ่ม พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกกลุ่ม ($p < 0.001$) ผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราทางสังคม มีคะแนนการรับรู้การถูกตีตราลดลงจาก 6.8 $\pm$ 1.4 เป็น 4.9 $\pm$ 1.2 คะแนน โดยลดลง 1.9 $\pm$ 1.3 คะแนน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรู้สึกถูกตีตราน้อยลงอย่างเด่นชัด ญาติ/ผู้ดูแล การตีตราผู้ป่วย มีคะแนนการตีตราผู้ป่วยลดลง

จาก 5.2 ± 1.6 เป็น 3.8 ± 1.1 คะแนน โดยลดลง 1.4 ± 1.4 คะแนน บ่งชี้ว่าญาติผู้ดูแลมีการตีตราผู้ป่วยลดลง ชุมชนทัศนคติต่อผู้ป่วย มีคะแนนทัศนคติเชิงบวกเพิ่มขึ้นจาก 2.8 ± 0.9 เป็น 3.9 ± 0.8 คะแนน โดยเพิ่มขึ้น 1.1 ± 0.7 คะแนน สะท้อนการปรับปรุงทัศนคติของชุมชนต่อผู้ป่วยทางจิตเวชในทิศทางที่ดีขึ้น

5. ปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรค

5.1 ปัจจัยความสำเร็จ การศึกษาพบปัจจัยความสำเร็จของระบบ “ภูหลวงโมเดล” 5 ด้านหลัก โดย การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เป็นปัจจัยสำคัญที่สุด ร้อยละ 92.3 ที่ทำให้ผู้ป่วย ญาติ บุคลากรสาธารณสุข และชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของ และมีความรับผิดชอบร่วมกัน รองลงมาคือ การสนับสนุนจากผู้นำชุมชน ร้อยละ 88.5 ซึ่งผู้ใหญ่บ้านและกำนันให้การสนับสนุนเต็มที่ การพัฒนาศักยภาพต่อเนื่อง ร้อยละ 84.6 ด้วยการฝึกอบรมสม่ำเสมอ ระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80.8 โดยใช้ LINE และการสื่อสารแบบเห็นหน้า และ การบูรณาการกับงานประจำ ร้อยละ 76.9 ที่ไม่เป็นภาระเพิ่มเติมแต่สามารถทำควบคู่กันได้

5.2 อุปสรรคและข้อจำกัด อุปสรรคหลักที่พบคือ ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 65.4 ซึ่งต้องแก้ไขด้วยการจัดสรรทรัพยากรและกำลังคนเพิ่มเติม งบประมาณไม่เพียงพอ ร้อยละ 57.7 ต้องหาแหล่งงบประมาณหลากหลายเพื่อความยั่งยืน การตีตรายังคงมี ร้อยละ 53.8 ต้องดำเนินกิจกรรมลดการตีตราอย่างต่อเนื่อง ความไม่ต่อเนื่องของนโยบาย ร้อยละ 46.2 ต้องสร้างความเข้าใจกับผู้บริหารทุกระดับ และ การเข้าถึงเทคโนโลยี ร้อยละ 34.6 ต้องเพิ่มการฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยี

6. ความพึงพอใจต่อระบบ ระดับความพึงพอใจต่อระบบ “ภูหลวงโมเดล” จากผู้เข้าร่วมทั้งหมด 180 คน พบว่าความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.2 ± 0.6 คะแนน และผู้ที่มีความพึงพอใจระดับมากถึงร้อยละ 76.1 เมื่อพิจารณารายกลุ่ม พบว่า ญาติ/ผู้ดูแล มีความพึงพอใจสูงสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.3 ± 0.5 และมีผู้พึงพอใจระดับมากถึงร้อยละ 81.7 ไม่มีผู้ใดพึงพอใจระดับน้อยหรือน้อยมาก ผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ย 4.2 ± 0.6 โดยมีผู้พึงพอใจระดับมากถึงร้อยละ 78.3 มีเพียงร้อยละ 1.7 ที่พึงพอใจระดับน้อย บุคลากรสาธารณสุข มีคะแนนเฉลี่ย 4.1 ± 0.7 โดยมีผู้พึงพอใจระดับมากถึงร้อยละ 73.3 และมีผู้พึงพอใจระดับน้อยเพียงร้อยละ 3.4 แกนนำชุมชน/อสม. มีคะแนนเฉลี่ย 4.0 ± 0.8 โดยมีผู้พึงพอใจระดับมากถึงร้อยละ 70 และมีผู้พึงพอใจระดับน้อยร้อยละ 3.3

7. การประเมินประสิทธิผลโดยรวม ประสิทธิภาพของระบบ “ภูหลวงโมเดล” การทดลองใช้ระบบเป็นเวลา 6 เดือน แสดงประสิทธิผลที่มีนัยสำคัญในทุกด้าน ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ผู้ป่วยร้อยละ 73.3 มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายลดลง ไม่มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในช่วงทดลอง และการพยายามฆ่าตัวตายลดลงร้อยละ 75 ผลลัพธ์รอง ประกอบด้วย การมารับยาต่อเนื่องเพิ่มขึ้นร้อยละ 92.7 การเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นร้อยละ 230 ระยะเวลาตอบสนองฉุกเฉินลดลงจาก 2.5 ชั่วโมง เป็น 45 นาที และชุมชนมีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของทุกภาคส่วน การบูรณาการระบบอย่างต่อเนื่อง การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และการปรับให้เข้ากับบริบทท้องถิ่นอุปสรรค ได้แก่ ภาระงานที่เพิ่มขึ้น งบประมาณไม่เพียงพอ การตีตรายังคงมี และความไม่ต่อเนื่องของนโยบายระบบมีประสิทธิผลสูงและศักยภาพในการเป็นต้นแบบสำหรับการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

8. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

8.1 ประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบหลัก 3 ประการที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก ความรู้สึกไม่โดดเดี่ยว ผู้ป่วยรู้สึก “มีคนใส่ใจ มีคนคอยดูแล” และ “ไม่ต้องเก็บความเจ็บปวดไว้คนเดียวแล้ว” ซึ่งแสดงถึงการสร้างเครือข่ายสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ การเพิ่มขึ้นของความหวัง ปรากฏชัดเจนจากการที่ผู้ป่วยเริ่ม “เห็นแสงสว่าง รู้สึกว่าชีวิตยังมีค่า” และญาติสังเกตว่า “ลูกเริ่มมีความฝันอีกครั้ง” บ่งชี้ถึงการฟื้นฟูความหวังในชีวิต การลดลงของความรู้สึกผิด เกิดขึ้นจากความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช ผู้ป่วยรู้ว่า “ไม่ใช่ความผิดของตัวเอง เป็นเรื่องของโรค” และญาติเข้าใจว่า “ไม่ใช่พ่อแม่ที่แย่ โรคนี้รักษาได้”

8.2 มุมมองของบุคลากรสาธารณสุข รายงานผลกระทบเชิงบวกต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่ การมีเครื่องมือประเมินความเสี่ยงที่ชัดเจน ความมั่นใจในการจัดการภาวะวิกฤตที่เพิ่มขึ้น และการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ดีขึ้น แม้ว่าจะมีการะงานเพิ่มขึ้นในช่วงแรก แต่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในระยะยาว

8.3 การเปลี่ยนแปลงในชุมชน จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบการเปลี่ยนแปลงสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ ชุมชนเริ่มพูดคุยเรื่องสุขภาพจิตได้มากขึ้น การลดลงของคำพูดที่ดูถูกผู้ป่วยจิตเวช ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น และเกิดกลุ่มสนับสนุนภายในชุมชนอย่างเป็นธรรมชาติ

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนตามทฤษฎีของ Cohen & Uphoff⁽²⁵⁾ ที่พบว่าการให้ชุมชนมีส่วนร่วมทั้ง 4 ขั้นตอน คือ การตัดสินใจ การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและความยั่งยืนของระบบ สอดคล้องกับทฤษฎีระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตายของ Joiner⁽²⁴⁾ ที่อธิบายว่าการลดความรู้สึกเป็นภาระและเพิ่มความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งระบบที่พัฒนาขึ้นได้ตอบสนองทั้งสองมิตินี้ผ่านกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและการลดการตีตรา ประสิทธิภาพของระบบในการเพิ่มการมารับยาต่อเนื่องจากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 86.7 สูงกว่าการศึกษาของ Motohashi และคณะ ในญี่ปุ่นที่พบการเพิ่มจากร้อยละ 35 ทั้งนี้อาจเนื่องจากระบบที่พัฒนาขึ้นมีการติดตามที่ใกล้ชิดกว่าและใช้เทคโนโลยี Line ในการสื่อสารซึ่งเข้าถึงได้ง่ายในบริบทไทย การลดการพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 75⁽¹⁷⁾ สูงกว่าการศึกษาของ Hegerl และคณะ⁽¹⁵⁾ ในเยอรมนีที่พบการลดลงร้อยละ 24 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทไทยการศึกษาของ Mann และคณะ⁽²⁹⁾ ที่พบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพควรมีองค์ประกอบหลายด้าน ซึ่งสอดคล้องกับ “ภูหลวงโมเดล” ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบครบถ้วน นอกจากนี้ การศึกษาของ Zalsman และคณะ⁽³⁰⁾ ที่เน้นการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชพบว่าการบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพและชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จ

การผสมผสานกิจกรรมทางศาสนา (ธรรมบำบัด) เข้ามาในระบบถือเป็นนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทไทยและช่วยลดการตีตราได้ในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Koenig⁽³¹⁾ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมทางศาสนาช่วยเป็นปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตาย การใช้เทคโนโลยี Line ในการติดตามเฝ้าระวังเป็นการปรับใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของคนไทย โดยเฉพาะในชุมชนชนบทอย่างไรก็ตาม การตีตราทางสังคม (Social Stigma) ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญแม้จะมีกิจกรรมลดการตีตราแล้วก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rüsch และคณะ⁽³²⁾ ที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของสังคมต้องใช้เวลาและต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง การที่ระบบได้รับการบูรณาการเข้ากับแผนพัฒนาท้องถิ่นและมีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพจิตชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดความยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนของ Rappaport & Zimmerman⁽²⁷⁾ เน้นการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาด้วยตนเอง ความสำเร็จของระบบเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตั้งแต่เริ่มต้น การสนับสนุนจากผู้นำชุมชน และการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

การวิจัยมีข้อจำกัดสำคัญคือการไม่มีกลุ่มควบคุมและระยะเวลาติดตามที่สั้น (6 เดือน) ทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนได้สมบูรณ์ การศึกษาของ Goldsmith และคณะ⁽³³⁾ เสนอแนะว่าการประเมินโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายควรติดตามผลอย่างน้อย 2 - 3 ปี เพื่อประเมินผลกระทบระยะยาว นอกจากนี้ การศึกษาเฉพาะในอำเภอภูหลวงอาจทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างได้ทันที การมีอคติในการรายงาน (Hawthorne Effect) จากการที่ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้ตัวตนเองอยู่ในโครงการอาจทำให้เกิดอคติในการรายงานผลในทางบวกมากเกินไป

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า “ภูหลวงโมเดล” มีศักยภาพในการเป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนานโยบายการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ความสำเร็จของระบบสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการบูรณาการองค์ความรู้ทางวิชาการกับภูมิปัญญาท้องถิ่น การให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน และการปรับใช้เทคโนโลยีให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

สรุปผล

การศึกษาพบว่าอำเภอภูหลวงมีอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 18.82 ต่อแสนประชากร สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ 2.5 - 3.4 เท่า ปัจจัยเสี่ยงหลักคือการขาดการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 68.4 การถูกตีตราทางสังคม ร้อยละ 68.2 และการขาดระบบเฝ้าระวังในชุมชน ร้อยละ 82.5 การวิจัยพัฒนา “ภูหลวงโมเดล” ด้วยวิธี R&D ร่วมกับ PAR จากกลุ่มตัวอย่าง 720 คน โดยประกอบด้วย 5 ระบบหลัก คือ ระบบค้นหาคัดกรอง ระบบติดตามเฝ้าระวัง ระบบจัดการภาวะวิกฤต ระบบสนับสนุนทางสังคม และระบบบริหารจัดการ ผลการทดลองใช้ 6 เดือน กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 60 คน แสดงประสิทธิผลสูง โดยความเสี่ยงการฆ่าตัวตายลดลงจาก 12.4 เป็น 6.2 คะแนน ($p < 0.001$) การมารับยาต่อเนื่องเพิ่มเป็นร้อยละ 86.7 การพยายามฆ่าตัวตายลดลงร้อยละ 75 และสร้างเครือข่ายสนับสนุน 15 กลุ่ม ระบบมีศักยภาพเป็นต้นแบบสำหรับการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรนำ “ภูหลวงโมเดล” เป็นต้นแบบพัฒนานโยบายการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่ จัดสรรงบประมาณเฉพาะสำหรับการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และกำหนดตัวชี้วัดการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นตัวชี้วัดหลักในการประเมินผลงานหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ พัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นทักษะการคัดกรอง การสื่อสาร และการจัดการภาวะวิกฤต สร้างระบบพี่เลี้ยงให้พื้นที่ที่ประสบความสำเร็จเป็นพี่เลี้ยงแก่พื้นที่ใหม่ และพัฒนาเทคโนโลยีสนับสนุน เช่น แอปพลิเคชันคัดกรอง และติดตามผล

ข้อเสนอแนะการวิจัยต่อไป ติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 2-3 ปีเพื่อประเมินความยั่งยืน ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ใช้ระบบกับพื้นที่ควบคุม และวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอภูหลวงทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ขอขอบคุณโรงพยาบาลภูหลวงและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ที่สนับสนุนการดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: WHO; 2021.
2. Kedar A. Global trends in suicide mortality from 1990 to 2019: A joinpoint regression analysis. J Affect Disord. 2021;295:1152-61.
3. Naghavi M; Global Burden of Disease Self-Harm Collaborators. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. BMJ. 2019;364:l94.

4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2566.
5. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567.
6. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายเป็นรายภาค ปี พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายจังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2566. เลย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย; 2567.
8. Sher L, Kahn RS. Suicide in schizophrenia: an educational overview. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(7):361.
9. Ventriglio A, Gentile A, Bonfitto I, et al. Suicide in the early stage of schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2021;12:632494.
10. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1425.
11. Hawton K, Casañas i Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013;147(1-3):17-28.
12. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(10):1058-64.
13. Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Majak M, et al. Real-world effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 29,823 patients with schizophrenia. *JAMA Psychiatry*. 2018;74(7):686-93.
14. World Health Organization. Preventing suicide: a community engagement toolkit. Geneva: WHO; 2018.
15. Hegerl U, Rummel-Kluge C, Värnik A, Arensman E, Koburger N, et al. Alliances against depression - A community based approach to target depression and to prevent suicidal behaviour. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019;100:61-74.
16. Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med*. 2006;36(9):1225-33.
17. Motohashi Y, Kaneko Y, Sasaki H, Yamaji M. A decrease in suicide rates in Japanese rural towns after community-based intervention by the health promotion approach. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(5):593-9.
18. Yip PSF, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KCC, Chen YY. Means restriction for suicide prevention. *Lancet*. 2012;379(9834):2393-9.
19. Lim M, Lee SU, Park JI. Difference in suicide risk by psychiatric diagnosis and sex: a longitudinal study of patients visiting emergency department for suicide attempts. *J Korean Med Sci*. 2014;29(12):1696-703.
20. จิรศักดิ์ สุวรรณชัย, วรรณมา ตังศภัทย์, สุนีย์ คงคา. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในระดับตำบล จังหวัดแม่ฮ่องสอน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2020;29(3):425-37.
21. ประจวบ จันทโรตติ, สมจิต นิลประพันธ์, รัชนี ศรีสวัสดิ์. การบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพและชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2019;27(2):123-36.
22. โรงพยาบาลภูหลวง. รายงานสถิติการฆ่าตัวตาย อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2561-2566. เลย: โรงพยาบาลภูหลวง; 2567.
23. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูหลวง. รายงานการสำรวจผู้ป่วยจิตเวชที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย อำเภอภูหลวง ปี พ.ศ. 2566. เลย: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูหลวง; 2566.

24. Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge: Harvard University Press; 2005.
25. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity. *World Dev.* 1980;8(3):213-35.
26. Brofenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
27. Rappaport J, Zimmerman MA. Empowerment theory for rehabilitation research: conceptual and methodological considerations. *Rehabil Psychol.* 2018;33(1):3-17.
28. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *The SAGE handbook of qualitative research*. London: SAGE; 2022. p.559-603.
29. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 2005;294(16):2064-74.
30. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(7):646-59.
31. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry.* 2012;2012:278730.
32. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry.* 2005;20(8):529-39.
33. Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE. Reducing suicide: a national imperative. Washington: National Academies Press; 2002.

การพัฒนาแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกัน การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี

ประการ เข้มแข็ง^{1*} คมกฤทธิ การชะงัด²

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

บทคัดย่อ

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่าเป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้ม คือ การเดิน การทรงตัว และการเคลื่อนไหวที่มาจากมวลของกล้ามเนื้อร่วมกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของขาลดลง งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุทุกอำเภอ จำนวน 150 คน และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 20 คน ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) แบบสัมภาษณ์ (2) การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) และชุดรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น (3) แบบทดสอบสมรรถนะทางกาย และ (4) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน คือ Paired sample t-test เพื่อเปรียบเทียบระดับสมรรถภาพทางกาย การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้ารับการพัฒนาตามรูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ในระยะที่ 1 ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ ความเข้าใจปัจจัยเสี่ยง อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 58 (S.D. = 1.83) มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ร้อยละ 82 (S.D. = 1.43) และในระยะ 2 และ 3 หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย กลุ่มตัวอย่างมีผลการทดสอบสมรรถภาพ การทรงตัว TUG สูงขึ้น มีส่วนต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.59 (Mean = 9.67 - 8.08) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ สูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ที่ 3.91 (S.D. = 0.84), 4.03 (S.D. = 0.57) และ 4.02 (S.D. = 0.54) ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นเป็น 4.09 (S.D. = 0.56), 4.37 (S.D. = 0.51) และ 4.31 (S.D. = 0.46) ตามลำดับ ส่วนต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.18, 0.34 และ 0.29 การศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ สามารถเพิ่มสมรรถภาพทางกาย และสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้ ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มที่ติดบ้าน ไม่ออกสังคมเนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูงต่อไป

คำสำคัญ: สมรรถภาพทางกาย/ การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ/ รับรู้ความสามารถของตนเอง

*ผู้รับผิดชอบบทความ: ประการ เข้มแข็ง, อีเมล: p_khemkhaeng@hotmail.com, โทร.: 08 9895 2638

Received: 14 กรกฎาคม 2568/ Revised: 25 สิงหาคม 2568/ Accepted: 29 สิงหาคม 2568

Development of a Physical Fitness Promotion Model to Prevent Falls among the Elderly in Uttaradit Province

Prakarn Khemkhaeng^{1*} Komgrit kanchangud²

^{1*}Public Health Technical Officer, Senior Professional Level

²Registered Nurse, Professional Level

Abstract

The incidence of falls among the elderly is on the rise. The main causes and risk factors contributing to falls in older adults are identified as follows Gait, balance, and movement are affected by reduced muscle mass and lower limb strength. The objectives of this research to develop a Physical Fitness Promotion model to prevent falls among the elderly in the community, outcome expectation in care, fall prevention behaviors, and physical fitness among older adults in Uttaradit province This is a research and development (R&D) study. The sample consisted of 150 elderly individuals from all districts and 20 health personnel residing in Uttaradit Province. Purposive sampling was used. The research instruments included: (1) A general information and health literacy interview, understanding of risk factors, and fall prevention in the elderly (Phase 1) ; (2) Data collection from health personnel via focus group discussion and a researcher-developed self-efficacy promotion program (Phase 2) ; (3) Physical fitness tests in Phases 2–3; and (4) A general information interview and assessment of self-efficacy, outcome expectations, and fall prevention behaviors among the elderly. Data analysis utilized descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation In phase 3, inferential statistics were applied, specifically the paired sample t-test, to compare levels of physical fitness, self-efficacy, outcome expectations regarding health care, and fall prevention behaviors among older adults. Before and after participation in the physical fitness promotion program designed to prevent falls among the elderly.

The study found that in phase 1, the elderly participants had a fair level of health literacy and understanding of risk factors, at 58% (S.D. = 1.83), and a low risk of falls, at 82% (S.D. = 1.43). In phases 2 and 3, after implementing the physical fitness enhancement program, participants showed improved performance in the TUG balance test, with a mean difference of 1.59 (Mean = 9.67 - 8.08). The average scores for self-efficacy, outcome expectations from health care, and fall prevention behaviors among the elderly increased significant ly after the intervention ($p < .001$). The pre-intervention mean scores were 3.91 (S.D. = 0.84), 4.03 (S.D. = 0.57), and 4.02 (S.D. = 0.54), increasing to 4.09 (S.D. = 0.56), 4.37 (S.D. = 0.51), and 4.31 (S.D. = 0.46), respectively. The mean differences were 0.18, 0.34, and 0.29, respectively. The study demonstrates that the physical fitness promotion model for fall prevention in older adults can enhance physical fitness as well as self-efficacy for fall prevention among the elderly. This approach can be adopted as a guideline for caring for homebound elderly individuals, who are at high risk for falls and social isolation.

Keyword: Physical Competency/ Falls Among Elderly/ self-efficacy

*Corresponding author: Prakarn Khemkhaeng, email: p_khemkhaeng@hotmail.com, Tel.: 08 9895 2638

Received: July 14, 2025/ Revised: August 25, 2025/ Accepted: August 29, 2025

บทนำ

ในกลุ่มประเทศอาเซียน จากข้อมูล ปี พ.ศ. 2565 มีประชากรสูงถึง 670.1 ล้านคน มีสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 7.5 ซึ่งจากเกณฑ์สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) จะเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน และมีอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน อัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 7 ขึ้นไป ดังนั้นกลุ่มประเทศอาเซียนกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีประเทศสิงคโปร์มีสัดส่วนมากที่สุดคือ ร้อยละ 16.65 และรองลงมาเป็นประเทศไทย ร้อยละ 12.91⁽¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ของจังหวัดอุดรดิตถ์ ที่มีแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2566 - 2568 มีจำนวนประชากรเทียบกับกลุ่มวัยอื่นๆ ร้อยละ 28.13, ร้อยละ 29.48 และร้อยละ 31.26 จากจำนวนผู้สูงอายุดังกล่าวทำให้จังหวัดอุดรดิตถ์เป็นสังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี 2568 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 25 เกือบครบทุกอำเภอ โดยอำเภอที่มีร้อยละผู้สูงอายุสูงสุด ได้แก่ อำเภอปากทำ ร้อยละ 38.12 และอำเภอที่มีร้อยละผู้สูงอายุต่ำสุด ได้แก่ อำเภอบ้านโคก ร้อยละ 26.50 และผลจากการประเมินคัดกรองความถดถอย 9 ด้าน ของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ ปี 2568 พบความเสี่ยงมากที่สุดคือ ด้านการมองเห็น ร้อยละ 18.13 รองลงมาคือ ด้านสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 10.23 และด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 7.56⁽²⁾ การเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องประสบกับปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพที่นำไปสู่การเกิดโรค และปัญหาทางสุขภาพกายเกิดขึ้นเนื่องจากระบบต่างๆ ของร่างกายมีสภาวะการเสื่อมถอยลง ได้แก่ ด้านโครงสร้างของร่างกาย เช่น หลัองงอขึ้น การสูญเสียมวลกระดูกทำให้กระดูกแตกหักง่าย และเกิดภาวะกระดูกพรุนรวมทั้งการเสื่อมของโปรตีนในกล้ามเนื้อและการขาดน้ำทำให้กล้ามเนื้อหดตัวลดลง จึงเกิดอาการเหนื่อยง่ายและไม่ค่อยมีเรี่ยวแรงความสามารถในการทรงตัวลดลง ประสาทอัตโนมัติและการสั่งการเสื่อมลง ทำให้ตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ เชื่องช้าลง⁽³⁾ ในปี 2563 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกด้วยสาเหตุการพลัดตกหกล้ม (รหัส ICD 10: w00-w19) จำนวน 123,765 ราย อัตราป่วย 1,071 ต่อประชากรแสนคน และเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 37,621 ราย อัตราป่วย 360.07 ต่อประชากรแสนคน มีผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้ม จำนวน 1,400 ราย อัตราการเสียชีวิต 12.1 ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน เฉลี่ยวันละ 4 คน สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการลื่น สะดุดหรือการก้าวพลาดบนพื้นระดับเดียวกันมากถึงร้อยละ 67.4 และการตกหรือลื่นจากบันได และขั้นบันได ร้อยละ 5.2⁽⁴⁾ และจากรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 6.4 เคยหกล้มในระหว่าง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม 1 ครั้ง ร้อยละ 4.2 และหกล้มมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 2.2 โดยผู้สูงอายุหญิงที่เคยหกล้มมีสัดส่วนสูงกว่าชาย ร้อยละ 6.8 และร้อยละ 5.9 ตามลำดับ และเป็นที่น่าสนใจว่าการหกล้มและจำนวนครั้งที่หกล้มมีความสัมพันธ์สอดคล้องกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุวัยปลายเคยหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยต้น ร้อยละ 8.9 สำหรับวัยปลาย ร้อยละ 7.1 สำหรับวัยกลาง ร้อยละ 5.5 สำหรับวัยต้นตามลำดับ⁽⁵⁾ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นอุบัติการณ์สำคัญที่ควรให้ความสำคัญ เป็นลำดับต้น

สาเหตุการหกล้มในผู้สูงอายุเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการซึ่งขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุในแต่ละบุคคล มีทั้งที่เกิดจากปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการชราภาพ ที่พบบ่อยจะเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายที่มีผลต่อการทรงตัว ได้แก่ ความเสื่อมของการมองเห็น การได้ยิน และการเคลื่อนไหวของข้อต่อความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่ลดลง ทำให้ขณะเดินหรือเปลี่ยนท่าทางร่างกายไม่สามารถรักษาจุดศูนย์กลางของมวลร่างกายให้อยู่ในฐานที่สมดุลได้และเกิดการหกล้มขึ้น⁽⁶⁾ รวมถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคพาร์กินสัน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคความดันโลหิต เป็นต้น และปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้าน เช่น พื้นลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ การจัดวางสิ่งของไม่เป็นระเบียบ การจัดวางเครื่องเรือนในบ้านที่ไม่เหมาะสม การสวมรองเท้าที่มีขนาดไม่พอดีกับเท้า เป็นต้น⁽⁷⁾

จากสถิติข้อมูลจำนวนและอัตราผู้ป่วยนอกจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคนจังหวัดอุดรดิตถ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่า มีผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการด้วยสาเหตุการพลัดตกหกล้มจำนวน/อัตรา ดังนี้ (1,443/1,426.00) (933/829.71) และ (2,974/2,760.00)⁽⁴⁾ มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกๆ ปี การเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนากลยุทธ์ป้องกันและการแก้ไขปัญหา เพื่อการส่งเสริมและป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2566 ที่ผ่านมา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานในการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยได้วางมาตรการในการป้องกัน คือ หน่วยงานระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาล ต้องมีการตรวจคัดกรองประเมินกลุ่มเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม การสำรวจบ้านและปรับบ้านให้ปลอดภัย การส่งเสริมความรู้ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน การสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง การจัดระบบการป้องกันและดูแลผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม และการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในระดับพื้นที่ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การส่งเสริมสมรรถนะของต้นต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในชุมชน ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มและมีการทรงตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁸⁾ และการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการหกล้มผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการป้องกันการหกล้มสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁹⁾ การใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถของตนเอง พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น⁽¹⁰⁾ และหากผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีความสำคัญในการนำมาใช้เพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มที่พึงประสงค์ได้

การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ โดยการนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง(Self-efficacy Theory) มาประยุกต์ใช้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และประยุกต์ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ Thai Fall Risk Assessment Test (Thai-FRAT) ร่วมกับแบบประเมินความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ Timed Up and Go test (TUGT) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มที่ ใช้งานรวดเร็ว และประหยัด รูปแบบการพัฒนาที่ได้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติของพื้นที่เพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

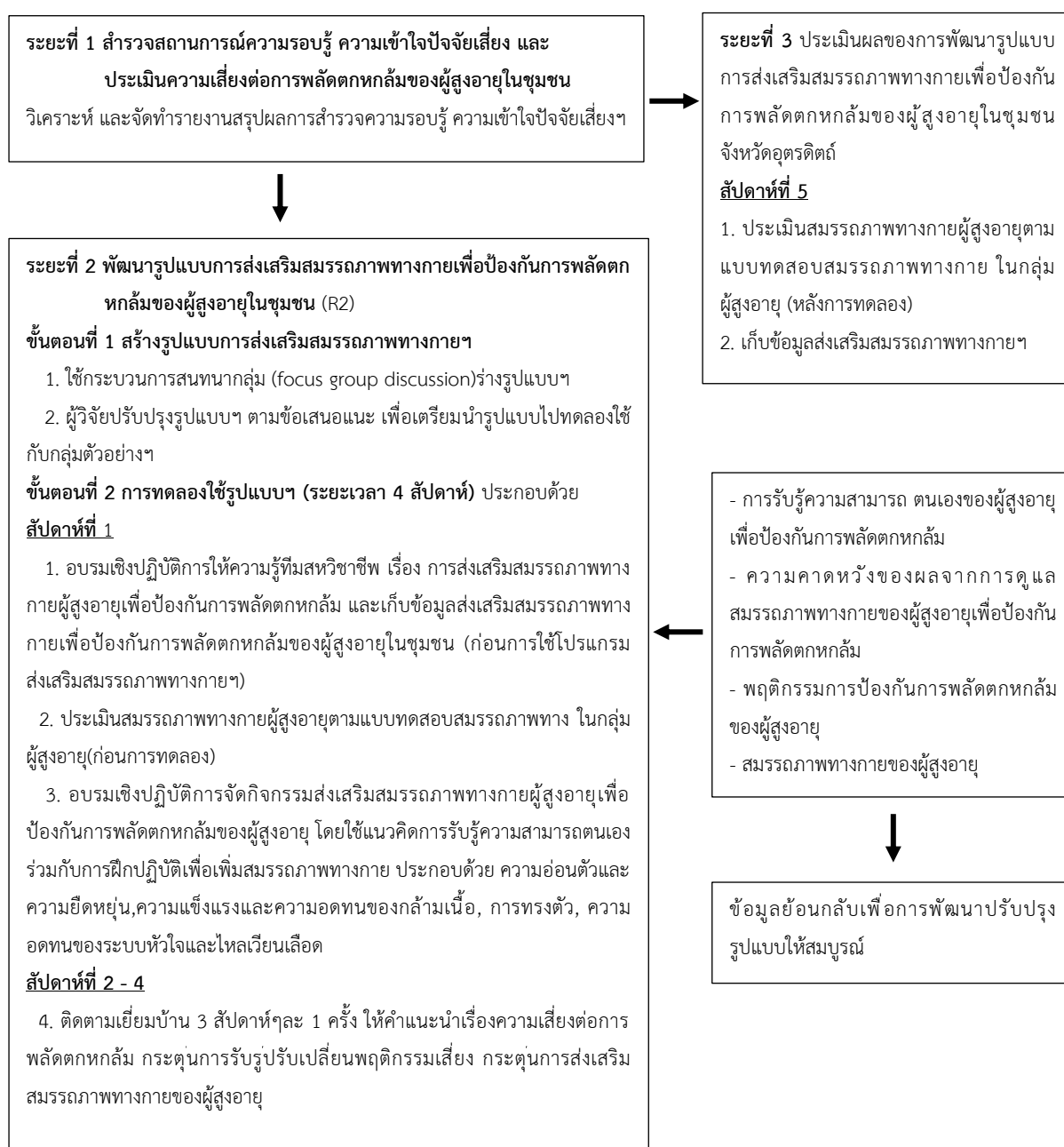
1. เพื่อสำรวจสถานการณ์ความรู้ ความเข้าใจปัจจัยเสี่ยง และการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุดรดิตถ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง
3. เพื่อประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลการดูแลพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2567 ถึง มิถุนายน 2568 ศึกษาในพื้นที่ 9 อำเภอ ในจังหวัดอุดรดิตถ์ ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชาย และบุคลากร สาธารณสุข ที่อาศัยและปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดอุดรดิตถ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนาแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุดรดิตถ์การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา⁽¹¹⁾ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา⁽¹¹⁾ โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สำรวจสถานการณ์ความรู้ ความเข้าใจ ปัจจัยเสี่ยง และการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุดรธานี ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุและทดลองใช้รูปแบบฯ และระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ ในการวิจัยทั้ง 3 ระยะ โดยดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2567 ถึง มิถุนายน 2568 การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UPH0 REC No.083/2567 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2567 โดยนำเสนอวิธีดำเนินการวิจัยตามระยะของการวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 สำรวจสถานการณ์ความรู้ ความเข้าใจปัจจัยเสี่ยง และการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ทั้ง 9 อำเภอ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ทั้ง 9 อำเภอ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power 3.1.9.4 ประมาณค่าขนาดอิทธิพลที่ Cohen⁽¹²⁾ โดยกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Medium Effect Size) เท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ระดับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 115 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมในระหว่างการศึกษา (Drop out) ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 30 จำนวน 35 คน รวมทั้งหมดเป็น 150 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกและการคัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ผ่านการประเมินสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ADL ได้ระดับปกติโดยมีคะแนน ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป 2) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากแบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai2002) 3) มีความสนใจ ยินยอมเข้าร่วมมือในการวิจัย 4) สามารถสื่อสาร ได้ตอบได้ เข้าใจภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ไม่สนใจ และไม่ยินยอมเข้าร่วมมือในการวิจัย 2) อาศัยอยู่นอกพื้นที่ขณะดำเนินการของโครงการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ในระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ความรู้ ความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾ ที่ได้รับรองมาตรฐานจากผู้เชี่ยวชาญ โดยแบ่งเครื่องมือออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา ที่อยู่อาศัย โรคประจำตัวประวัติการใช้ยา ประวัติการดื่มสุรา การออกกำลังกาย สภาพแวดล้อมที่อาศัย ประวัติการหกล้ม เป็นแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้ ความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ถูก หรือ ผิด โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนความรู้ ความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันฯ มีการจำแนก 3 ระดับ (ค่าคะแนนเต็ม 16 คะแนน)⁽¹³⁾ ดังนี้ ค่าคะแนน 0 - 8 คะแนน (<60%) หมายถึง มีความรู้ ความเข้าใจ ไม่เพียงพอ ค่าคะแนน 9 - 12 คะแนน (≥60% - <80%) หมายถึง มีความรู้ ความเข้าใจในระดับพอใช้ และค่าคะแนน > 12 คะแนน (≥80%) หมายถึง มีความรู้ ความเข้าใจ ในระดับดี จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบทดสอบประเมินความเสี่ยงผู้สูงอายุ Thai falls risk assessment test :Thai-FRAT มีคะแนนเต็ม 11 คะแนน โดยให้น้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อแตกต่างกัน

โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ดังนี้ คะแนนแบบประเมิน Thai – FRAT 0 - 3 คะแนน มีความเสี่ยงต่ำ และคะแนนแบบประเมิน Thai – FRAT 4 - 11 คะแนน มีความเสี่ยงสูง จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ความยากลำบากในชีวิตประจำวัน ความต้องการความช่วยเหลือในการปรับบ้านให้ปลอดภัย ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ (มี/ไม่มี) เพื่อประเมินลักษณะความยากลำบากในการอยู่อาศัยและความต้องการช่วยเหลือ จำนวน 3 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ในระยะที่ 1

เครื่องมือวิจัยมีมาตรฐานความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ที่ได้รับรองมาตรฐานจากผู้เชี่ยวชาญ และใช้กันอย่างแพร่หลาย และผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุนอกเขตพื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยใช้พื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียง คือ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 ราย และหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสัมภาษณ์ความรู้ ความเข้าใจปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์ การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.758, 0.868 และ 0.879 ตามลำดับ

ขั้นตอนการวิจัยและการรวบรวมข้อมูล ในระยะที่ 1

1) ดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในเก็บรวบรวมข้อมูล ในพื้นที่ทุกอำเภอ โดยบูรณาการงานประจำ ในช่วงเวลา เดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2567

2) จับฉลากพื้นที่ตำบล ใน 9 อำเภอ โดยพื้นที่ที่จับฉลากได้ คือ พื้นที่เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุ จำนวน 9 ตำบล ดำเนินการสุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ตำบลละ 15 คน และยกเว้นอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จำนวน 30 คน เนื่องจากมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในจังหวัด รวม 150 คน และลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย กับทีมผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับจังหวัด และระดับอำเภอ

4) ประสานหน่วยบริการในพื้นที่เก็บรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ในระยะที่ 1

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics 26

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา ที่อยู่อาศัย โรคประจำตัวประวัติการใช้ยา เป็นต้น วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) คะแนนความรู้ ความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้มและคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1) บุคลากรสาธารณสุขรับผิดชอบงานด้านการดูแลสุขภาพสูงอายุ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัด 89 แห่ง) /โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ (9 แห่ง) /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (9 แห่ง) /ผู้แทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (13 แห่ง) ในจังหวัดอุดรดิตถ์ แห่งละ 1 คน รวม 120 คน

2) ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 90,000 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้ในการศึกษา ระยะที่ 2 ประกอบด้วย

1) บุคลากรสาธารณสุขของหน่วยงาน ดังนี้ 1) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (9 แห่ง) 2) โรงพยาบาล (9 แห่ง) และ 3) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (1 แห่ง) รวม 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านการดูแลสุขภาพสูงอายุ และมีประสบการณ์ในงานด้านผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป 2) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัยฯ และ 2) โยกย้ายไปหน่วยงานอื่นหรือเปลี่ยนย้ายงานรับผิดชอบ

2) ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power 3.1.9.4 ประมาณค่าขนาดอิทธิพลที่ Cohen⁽¹²⁾ ใช้ค่าการคำนวณเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150 คน และคัดเลือกกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัย โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากพื้นที่ตำบล ใน 9 อำเภอ โดยพื้นที่ที่จับสลากได้คือ พื้นที่ที่ทำการทดลองด้วยรูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 9 ตำบล ดำเนินการสุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ตำบลละ 15 คน และยกเว้นอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จำนวน 30 คน เนื่องจากมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในจังหวัด รวม 150 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นผู้มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม จากการประเมิน (Timed Up and Go test : TUG) โดยใช้เวลามากกว่า 10 วินาทีขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้ม⁽¹⁴⁾ 2) ผ่านการประเมินคัดกรอง ADL (Barthel activities of daily living) ประจำปี เกณฑ์ 12 คะแนนขึ้นไป 3) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากแบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยมีคะแนนมากกว่า 14 หมายถึง อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ หรือ มากกว่า 17 หมายถึง จบชั้นประถมศึกษา หรือ มากกว่า 22 หมายถึง จบสูงกว่าชั้นประถมศึกษา 4) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกาย เช่น โรคหัวใจ ข้อเข่าเสื่อมแบบรุนแรง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หรือโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง เป็นต้น 5) สามารถเดินทางเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ 6) สามารถสื่อสาร ได้ตอบได้ เข้าใจภาษาไทยได้ และ 7) เป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ไม่สมัครใจ และไม่ยินยอมเข้าร่วมมือในการวิจัยในระหว่างวิจัย และ 2) มีอาการกำเริบข้อเข่าเสื่อมแบบรุนแรงอย่างฉับพลัน ที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 2 จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบทดสอบสมรรถนะทางกาย ของกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นำมาใช้ทดสอบสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ก่อน-หลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะทางกาย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ชื่อ - สกุล, วัน - เดือน - ปีเกิด, อายุ, เพศ และโรคประจำตัว จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพทางกาย โดยใช้รูปแบบตามคู่มือการทดสอบสมรรถภาพทางกาย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ⁽¹⁴⁾ ประกอบด้วย 9 กิจกรรม ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดดัชนีมวลกาย การลุก-เดิน-นั่งไป - กลับ (Timed Up and Go test : TUG) งอแขนยกน้ำหนัก 30 วินาที ลุกยืน - นั่งบนเก้าอี้ 30 วินาที แตะมือด้านหลังนั่งเก้าอี้ยืนแขนแตะปลายเท้า และยืนยกเข่าขึ้นลง 2 นาที ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และ อสม.ที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการฯ โดยใช้อุปกรณ์จากโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านตรวจสอบคุณภาพและการสอบเทียบ (Calibration)

ชุดที่ 2 ชุดรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) จำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลา 6 ชั่วโมง โดยใช้แนวประเด็นคำถามที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ใช้ในการสนทนากลุ่มในลักษณะ คำถามนำและคำถามสรุป จำนวน 4 คำถาม มีหัวหน้าทีมวิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator/ Facilitator) ผู้ช่วยวิจัย (ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุระดับจังหวัด) ทำหน้าที่ผู้จดบันทึกการสนทนา (Notetaker/ Recorder) และผู้ช่วยทั่วไป (Assistant/ Caretaker) ขนาดของกลุ่มฯละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่มรวม 20 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทน (Typical cases sampling) การบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มตามประเด็นที่กำหนดไว้ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และการทบทวนวรรณกรรม จากเอกสารตำรา บทความวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้และทฤษฎีความสามารถตนเอง⁽¹¹⁾ โดย Moderator/ Facilitator และ Notetaker

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน มีข้อคำถามทั้งหมด 43 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ก่อนและหลังการใช้การรูปแบบส่งเสริมสมรรถภาพทางกายฯ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว และการพักอาศัยอาชีพ จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และคำร้อยละในแต่ละข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (Rating scale) จำนวน 10 ข้อ โดยมีการแปลผลคะแนนเฉลี่ย คือ คะแนน 1.00 - 2.32 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเองระดับต่ำ คะแนน 2.33 - 3.66 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเองระดับปานกลาง และคะแนน 3.67-5.00 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเองระดับสูง⁽¹⁵⁾

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังของผลจากการดูแลสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (Rating scale) จำนวน 10 ข้อ โดยมีการแปลผลคะแนนเฉลี่ย คือ คะแนน 1.00 - 2.32 หมายถึง มีความคาดหวังฯ ระดับต่ำ คะแนน 2.33 - 3.66 หมายถึง มีความคาดหวังฯ ระดับปานกลาง และคะแนน 3.67 - 5.00 หมายถึง มีความคาดหวังฯ ระดับสูง⁽¹⁵⁾

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (Rating scale) จำนวน 14 ข้อ 5 โดยการแปลผล คะแนนเฉลี่ย คือ คะแนน 1.00 - 2.32 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำ คะแนน 2.33 - 3.66 หมายถึง มี พฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง และคะแนน 3.67 - 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพระดับสูง⁽¹⁵⁾

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ในระยะที่ 2

1) การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item objective congruence : IOC) ได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2 วิเคราะห์ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.5 - 1.00 และเครื่องมือชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ได้ค่า IOC ได้ระหว่าง 0.67 - 1.00, 0.50 - 1.00 และ 0.50 - 1.00 ตามลำดับ สำหรับเครื่องมือชุดที่ 1 การฝึกปฏิบัติเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ และทดสอบ สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ใช้รูปแบบตามคู่มือการสร้างเสริมสมรรถภาพทางกายของกองกิจกรรมทางกาย เพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือของผู้ทรงคุณวุฒิและใช้กัน อย่างแพร่หลายอย่างมีคุณภาพและมาตรฐานทางวิชาการ

2) การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ในเครื่องมือชุดที่ 1 แบบทดสอบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และความเข้าใจเนื้อหาที่ตรงกัน ก่อนนำไปใช้ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.765 และเครื่องมือชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันการ หกล้มของผู้สูงอายุ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย ได้ค่า ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.785, 0.895, 0.796 และเครื่องมือชุดที่ 2 เิงคุณภาพใช้วิธีตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ด้วยรูปแบบ Reviews Triangulation และ Theory Triangulation เพื่อตรวจสอบคุณภาพด้านความเชื่อมั่นข้อมูล

ขั้นตอนการวิจัยและรวบรวมข้อมูล ในระยะที่ 2

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในพื้นที่ 9 อำเภอ ในจังหวัดอุดรดิตถ์ ในช่วงเวลาเดือนมกราคม - มีนาคม 2568 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนการวางแผน (Planning) โดยผู้วิจัยทำหนังสือแจ้งขอความร่วมมือเข้าทำการศึกษาข้อมูลและทำการวิจัย ในพื้นที่ 9 อำเภอ โดยบูรณาการงานประจำในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แก่ผู้ช่วยวิจัยในแต่ละพื้นที่ พร้อมกับตรวจสอบ ข้อมูลผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ และนัดหมายเพื่อคัดเลือก ผู้สูงอายุเพื่อเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2) ผู้ช่วยผู้วิจัยในพื้นที่เป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ดำเนินการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้สูงอายุ พร้อมทั้งให้ผู้สูงอายุได้ซักถามข้อมูลต่างๆ และเมื่อผู้สูงอายุยินดียินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุลงนามยินยอม เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจเพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการคัดกรองเบื้องต้น

3) คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยในพื้นที่ให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อตรวจร่างกายเบื้องต้น และการคัดกรองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างต้องสามารถเข้าทดสอบสมรรถภาพทางกายได้ และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกายได้อย่าง ปลอดภัย

4) ผู้วิจัยนัดหมายผู้สูงอายุเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย โดยให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ตอบแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลทั่วไป ประเมินการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ และ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่ถูกต้องและเหมาะสม และได้รับประเมินสมรรถภาพทางกาย จำนวนทั้งสิ้น 2 ครั้ง ในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล หลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายฯ 4 สัปดาห์

ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action)

คณะผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยมี 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 2) สร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน และ 3) ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ตำบลตัวแทนอำเภอ ในกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ในการวิจัยระยะที่ 2

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้านเนื้อหา (content analysis) จากการกระบวนการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) โดยการนำข้อมูลมารวมเป็นหมวดหมู่แยกตามประเด็นของข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา อุปสรรค การพัฒนาการจัดระบบบริการแบบบูรณาการเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม เพื่อสร้างขอบเขตที่ชัดเจนและถูกต้อง นำข้อมูลที่ได้มาสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Analytic Induction) โดยเขียนและบรรยายถึงความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นหลักกับประเด็นย่อยเพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการตีความ วัตถุประสงค์การวิจัย และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ในเชิงเหตุผลเพื่อเชื่อมโยงไปสู่แนวคิดและทฤษฎีที่ทำการศึกษา และชุดหลักสูตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ

2) ข้อมูลเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลที่เป็นชุดทดสอบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics 26 ประกอบด้วย วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความดันโลหิต ชีพจร นำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และผลการทดสอบสมรรถภาพ โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแปลผลของสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ก่อน-หลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย

ระยะที่ 3 ประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยระยะที่ 3 เป็นกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดอุดรธานี เป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน ในระยะที่ 2 จำนวน 150 คน

เครื่องมือวิจัย ในระยะที่ 3 ใช้เครื่องมือชุดเดียวกันกับการวิจัย ระยะที่ 2 ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน และแบบทดสอบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ หลังการใช้โปรแกรมฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ในการวิจัยระยะที่ 3

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และค่าความเชื่อมั่น (reliability) ในระยะที่ 2

ขั้นตอนการวิจัยและรวบรวมข้อมูล ในระยะที่ 3

1) จัดกิจกรรมจำนวน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 ช่วงเดือน เมษายน - พฤษภาคม 2568

2) เก็บรวบรวมข้อมูลสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง หลังการจัดกิจกรรม 4 สัปดาห์ ตามรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุดรธานี

3) เก็บรวบรวมข้อมูลผลการประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 2 หลังการทดลองเมื่อครบกำหนด 4 สัปดาห์

4) สรุปประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุดรธานี เพื่อจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ในระยะที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics 26 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพทางกายฯ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ และสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติอ้างอิงในการเปรียบเทียบ Paired Sample t-test หากพบข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ ควรใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในเครื่องมือชุดที่ 1 และชุดที่ 3 ของการวิจัยในระยะที่ 2

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UPH0 REC No.083/2567 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2567 โดยผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัยให้กับผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างรับทราบ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สิทธิประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย การได้รับการปกป้องสิทธิในประเด็นของการเปิดเผยข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง โดยจะไม่มีการระบุข้อมูลที่บ่งบอกถึงตัวตนของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง แต่จะใช้รหัสหมายเลขแทนการเขียนชื่อ - สกุล ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในระบบคอมพิวเตอร์ส่วนตัวของผู้วิจัย และข้อมูลจะถูกทำลายด้วยเครื่องทำลายเอกสารหลังจากการวิจัยเสร็จสิ้น และผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมในด้านวิชาการเท่านั้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิการถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 สถานการณ์ความรู้รอบรู้ ความเข้าใจปัจจัยเสี่ยง และการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุดรธานี มีผลการศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง (n = 150)

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ	คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			กลุ่มอายุ		
ชาย	33	22.00	60-69 ปี	81	54.00
หญิง	117	78.00	70-79 ปี	64	42.67
การดื่มสุรา			80-89 ปี	5	3.33
ไม่ดื่ม	121	80.70	Mean = 69.41, S.D. = 5.87, Min = 59, Max = 88		
ดื่ม	29	19.30	นับถือศาสนาพุทธ	150	100
ประวัติการหกล้ม			โรคประจำตัว		
ไม่เคย	133	88.70	ไม่มี	78	52.00
เคย	17	11.30	มี	72	48.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ	คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา			การออกกำลังกาย		
ไม่ได้เรียน	9	6.00	ไม่ได้ออกกำลังกาย	49	32.70
ประถมศึกษา	87	58.00	7 ครั้ง/สัปดาห์	12	8.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	22	14.67	5 - 6 ครั้ง/สัปดาห์	13	8.70
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	17	11.33	3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์	36	24.00
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	15	10.00	1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์	40	26.70
ปวส.					

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มอายุตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 60 - 69 ปี ร้อยละ 54 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 58.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52 ไม่มีประวัติหกล้ม ร้อยละ 88.70 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 80.7 ขาดการออกกำลังกายถึงร้อยละ 32.7 และนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ร้อยละ 100

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความรู้ ความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Thai - FRAT) และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ (n = 150)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้			ระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Thai - FRAT)		
ระดับดี	58	38.7	เสี่ยงสูง (4-11 คะแนน)	27	18.0
(มากกว่า 12 คะแนน)			เสี่ยงต่ำ (0-3 คะแนน)	123	82.0
ระดับพอใช้	87	58.0	(Mean = 2.44, S.D. = 1.43, Median = 2, Min = 0, Max = 8)		
(9 - 12 คะแนน)					
ระดับไม่เพียงพอ	5	3.3			
(0 - 8 คะแนน)					
(Mean = 11.8, S.D. = 1.83, Min = 8, Max = 15)					
สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย			บริเวณที่มีความยากลำบากของบ้าน(เสี่ยงหกล้ม)		
ไม่มีความยากลำบาก	134	89.30	บริเวณรอบๆบ้าน	55	37.00
ยากลำบาก	16	10.70	ทางเข้าบ้าน	36	24.00
ความต้องการความช่วยเหลือในการปรับบ้านให้ปลอดภัย			บริเวณรอบๆบ้าน	55	37.00
ไม่ต้องการ	104	69.33	ห้องน้ำ	57	38.00
ต้องการ	46	30.67			

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ ความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 58 และความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การหกล้มไม่ได้เป็นปัญหาที่สำคัญ

ร้อยละ 30.67 เพศไม่ได้มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 34.67 การใช้ยาเสี่ยง ร้อยละ 31.33 และการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การนำเสื้อผ้าเก่ามาเป็นผ้าเช็ดเท้า สูงถึงร้อยละ 48 ยืนขณะอาบน้ำโดยไม่ใช้เก้าอี้นั่งอาบน้ำ ร้อยละ 77.33 นอกจากนี้ยังพบว่า มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในระดับต่ำ ร้อยละ 82 สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่พบ มีดังนี้ บกพร่องด้านการมองเห็น ร้อยละ 22.67 การทรงตัวโดยยืนต่อเท้าได้ น้อยกว่า 10 วินาที ร้อยละ 9.33 การนั่ง ลูก ยืน เดิน (TUG) เกิน 12 วินาที ร้อยละ 78.67 มีอาการขาเท้าบ่อยครั้ง ร้อยละ 16.0 ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ร้อยละ 8.0 รู้สึกไม่มั่นคงในขณะที่ยืนหรือเดิน จำเป็นต้องมีคนช่วยพยุงเสมอ ร้อยละ 10.67 ใช้มือจับ หรือเกาะยึดเครื่องเรือนขณะเดินในบ้าน ร้อยละ 14.0 ใช้มียันที่เท้าแขน ขณะลุกจากเก้าอี้ ร้อยละ 17.33 มีความยากลำบากในการก้าวเท้าขึ้นขอบฟุตบาท บันได หรือขึ้นรถยนต์ ร้อยละ 16.67 และเคยได้รับความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 72.67 และผลการประเมินสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความยากลำบาก ร้อยละ 89.30 ในส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความยากลำบาก ร้อยละ 10.70 คนหนึ่งจะมีบริเวณที่มีความยากลำบากมากกว่าหนึ่งจุด โดยมีบริเวณที่ใช้ชีวิตประจำวันยากลำบากมากที่สุดคือ ห้องน้ำ รองลงมาบริเวณรอบๆ บ้าน ร้อยละ 38.0 และ 37.0 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีความต้องการความช่วยเหลือในการปรับบ้านให้ปลอดภัย ร้อยละ 30.7 ได้แก่ คำแนะนำ ค่าใช้จ่าย และช่างในการปรับปรุง ร้อยละ 60.87, 36.95 และ 3.57 ตามลำดับ

โดยสรุปผลจากการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุยังมีระดับความรู้ในระดับพอใช้ จำเป็นต้องได้รับการสร้างความรอบรู้เพิ่มมากขึ้นในการป้องกันความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้องเสี่ยงต่อการหกล้ม เช่น การนำเสื้อผ้าเก่ามาเป็นผ้าเช็ดเท้า การยืนขณะอาบน้ำโดยไม่ใช้เก้าอี้นั่งอาบน้ำ เป็นต้น นอกจากนี้ถึงแม้ว่าจะพบว่ามีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในระดับต่ำ แต่ปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ต้องให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ ตระหนักในภัยที่จะเกิดขึ้น ซึ่งผู้วิจัยจะนำไปเป็นข้อมูลชุดกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ต่อไป

ระยะที่ 2 ผลกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง มีผลการศึกษา ดังนี้

คณะผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม(focus group discussion) ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยมีผล ดังนี้

1. รายงานสรุปบทเรียน ปัญหา และประเด็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุดรธานี จากการประชุมบุคคลากรสาธารณสุขด้านผู้สูงอายุระดับจังหวัดและระดับอำเภอ
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่กระบวนการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังผลจากการดูแลสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่ถูกต้องและเหมาะสม
3. ร่างรูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุดรธานี จากผลการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ประกอบด้วย

ชุดรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ชุดหลักสูตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ของทีมสหวิชาชีพในพื้นที่ตำบลที่ได้รับการส่งเสริมดำเนินการวิจัย และ 2) ชุดกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบตามคู่มือการสร้างเสริมสมรรถภาพทางกาย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ

ของกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของแบนดูรา ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กลุ่มตัวอย่างอบรมเชิงปฏิบัติการการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ระยะเวลา 1 วัน ในสถานที่กำหนดในพื้นที่ตำบล/อำเภอ ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย กิจกรรมย่อย ดังนี้ 1) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ (1 ชั่วโมง) 2) กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ตามเครื่องมือชุดที่ 3 ในระยะ 2 ก่อนการทดลอง (1 ชั่วโมง) 3) ทดสอบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างก่อนการอบรมฯ ตามเครื่องมือชุดที่ 1 ระยะ 2 (2 ชั่วโมง) และ 4) อบรมให้ความรู้การส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการดูแลดูแลสมรรถภาพทางกายอย่างเหมาะสมกับช่วงวัย และฝึกปฏิบัติหลังการอบรมฯ (3 ชั่วโมง)

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1 - 4) ทีมครู กระดับตำบล ร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น(อปท.) อสม. ผู้นำชุมชน ติดตามส่งเสริมสนับสนุนการส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย ของกลุ่มตัวอย่างในชมรมผู้สูงอายุและบ้านพักอยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) ชมรมผู้สูงอายุนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม (ในชมรมผู้สูงอายุหรือสถานที่ในพื้นที่ชุมชนกำหนด) ดำเนินการระยะเวลาอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ (30 - 60 นาที/วัน) ตามชุดเครื่องมือการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุฯ และเสนอตัวแบบที่มีผลทดสอบด้านสมรรถภาพทางกายระดับดี และมีประวัติการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และมีสุขภาพร่างกาย แข็งแรง มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พูดคุย ชักจูงให้ผู้สูงอายุ คนอื่นๆ มีแรงจูงใจในการดูแลส่งเสริมสมรรถภาพทางกายตนเอง เพื่อชักจูงสู่ความสำเร็จ และชมเชย หรือให้รางวัลผู้สูงอายุ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถทดสอบสมรรถภาพทางกาย ผ่านแต่ละท่าประเมินฯ

2) กลุ่มตัวอย่างรับการติดตามเยี่ยมบ้านของพี่เลี้ยง เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกาย และป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ จากสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย บริเวณในและนอกบ้านอย่างน้อย 1 วัน/สัปดาห์ (ในสัปดาห์ที่ 2 - 4)

จากผลของการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในระยะที่ 2 นี้ ได้รูปแบบการผสมผสานกระบวนการสร้างความรอบรู้โดยใช้กระบวนการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังของผลการส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มไปพร้อมกับชุดฝึกตามคู่มือการสร้างเสริมสมรรถภาพทางกาย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ของกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะเกิดผลความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังของผลการส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ของกลุ่มตัวอย่างที่ดีขึ้น ต่อไป

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน มีผลการศึกษา ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.00 มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 54.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 57.33 พักอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร ร้อยละ 46.00 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.67 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 58.00 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 74.00 มีอาชีพด้านเกษตรกรรม ร้อยละ 44.00

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสมรรถภาพทางกายฯ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ และสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย ด้วยสถิติ Paired Sample t-test ก่อนดำเนินการวิเคราะห์ผู้วิจัย

ได้ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูล พบว่า กราฟกระจายปกติ (Normal distribution) และฮิสโตแกรม (Histogram) มีลักษณะเส้นกราฟเป็นรูปประฆังคว่ำ (Symmetrical) มีจุดสูงสุดตรงกลาง และมีผลการศึกษา ตามตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายฯ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลการดูแลสมรรถภาพทางกายฯ และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (n = 150)

ปัจจัย	ก่อนการพัฒนาฯ		หลังการพัฒนาฯ		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ	37.19	5.16	41.10	5.74	7.660	<.05*
ความคาดหวังของผลจากการดูแล	40.32	5.67	43.66	4.94	7.197	<.05*
สมรรถภาพทางกายฯ						
พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ	56.32	7.62	60.88	6.66	7.922	<.05*
สมรรถภาพทางกายฯ						
ลุก-นั่งเดินไป-กลับ : TUG	8.08	1.86	9.67	2.10	-9.00	<.05*
การรองแขนยกน้ำหนัก 30 วินาที	12.66	2.68	16.85	3.19	-10.41	<.05*
การลุก-นั่งบนเก้าอี้ 30 วินาที	15.93	4.92	17.46	5.49	-8.07	<.05*
การแตะมือด้านหลัง	1.95	0.82	2.62	0.51	-8.39	<.05*
นั่งเก้าอี้ยื่นแขนแตะปลายเท้า	2.25	0.78	2.68	0.48	-6.68	<.05*
ยืนยกเข่าขึ้นลง 2 นาที	59.11	10.67	69.55	8.56	-10.64	<.05*

* p < .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลทดสอบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในทุกกิจกรรมทั้งการลุก-นั่งเก้าอี้ ยืนแขนแตะปลายเท้า และการยืนยกเข่าขึ้นลง 2 นาที และพบว่ามีความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.05 โดยค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ที่ 3.91 (S.D. = 0.84), 4.03 (S.D. = 0.57) และ 4.02 (S.D. = 0.54) ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นเป็น 4.09 (S.D. = 0.56), 4.37 (S.D. = 0.51) และ 4.31 (S.D. = 0.46) ตามลำดับ ส่วนต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.18, 0.34 และ 0.29

สรุป

จากการศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุดรธานี ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง มีผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ ความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับพอใช้ รองลงมาอยู่ในระดับดี และพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้มในระดับต่ำ ส่วนสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน ได้แก่ ห้องน้ำ บริเวณรอบๆบ้าน ทางเข้าบ้าน และห้องนอน โดยกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีความต้องการความช่วยเหลือในการปรับบ้านให้ปลอดภัย ในด้านการให้คำแนะนำ ค่าใช้จ่าย และช่างในการปรับปรุง ตามลำดับ และได้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ชุดหลักสูตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการส่งเสริมสมรรถภาพ

ทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุฯ และ 2) ชุดการฝึกปฏิบัติเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยใช้รูปแบบตามคู่มือการสร้างเสริมสมรรถภาพทางกาย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ของกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย จากกระบวนการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ของกลุ่มตัวอย่าง บุคลากรสาธารณสุข โดยมีผลประเมินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย ดังนี้ ผู้สูงอายุหลังได้รับการพัฒนา ส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ มีความอ่อนตัวและความยืดหยุ่นดีขึ้น มีความแข็งแรง และความอดทนของกล้ามเนื้อมากขึ้น มีความอดทนของระบบหัวใจ ที่ดีขึ้นและการทรงตัวดีขึ้น และหลังการใช้รูปแบบ ส่งเสริมสมรรถภาพทางกายฯ ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และ พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง มากกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลการดูแลสุขภาพพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ระยะที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ ความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับพอใช้ แต่พบว่าผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวยังเหมาะสมเสี่ยงต่อการหกล้ม เช่น การนำเสื้อผ้าเก่ามาเป็นผ้าเช็ดตัว การยืนขณะอาบน้ำโดยไม่ใช้เก้าอี้นั่งอาบน้ำ เป็นต้น ถึงแม้ภาพรวมจะพบว่ามีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในระดับต่ำ และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ลำบาก แต่ยังมีบริเวณที่เสี่ยงต่อการหกล้ม ได้แก่ ห้องน้ำ และบริเวณรอบบ้าน ที่จำเป็นต้องดูแลปรับปรุงสภาพให้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ภายในบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม คือ ห้องน้ำ (ร้อยละ 87.4) และสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน ได้แก่ ทางเท้าและพื้นถนน ขรุขระ⁽¹⁶⁾ ดังนั้นจุดสำคัญบริเวณที่เสี่ยงต่อการหกล้มที่ต้องปรับปรุงคือห้องน้ำและรอบๆ บ้าน

ระยะที่ 2 กระบวนการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข ได้ข้อมูลสรุปเป็นรายด้านจากกลุ่มคำถามหลัก ได้แก่ ประสิทธิภาพสุขภาพและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหกล้ม ความรู้สึกและความรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุที่จะมีความมั่นใจทำกิจกรรม ความต้องการและแรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และเป้าหมายผลลัพธ์ของกิจกรรมในระดับบุคคล ด้านสุขภาพ และชุมชน เพื่อนำไปออกแบบกิจกรรมได้ ซึ่งผู้เข้ากระบวนการมีความรู้ประสบการณ์ด้านผู้สูงอายุตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป หลังการสนทนาได้จัดหมวดหมู่ตามหัวข้อ ปรากฏการณ์ ความเชื่อมั่น ความต้องการ และข้อเสนอแนะ แล้วนำไปสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้จากการสนทนาไปทำข้อเสนอเพื่อพัฒนารูปแบบ ดังเครื่องมือชุดกิจกรรม ในระยะที่ 2

ระยะที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุหลังได้รับการได้รับการส่งเสริมสมรรถภาพตามโปรแกรม มีสมรรถภาพทางกายสูงขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการหกล้มที่ใช้ชุมชนเป็นฐานต่อสมรรถภาพทางกายและการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าภายหลังที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมการออกกำลังกายเป็นประจำมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้นในด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว การเดิน และการหมุนตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁽¹⁷⁾ ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่าก่อนเข้ารับการพัฒนาฯ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงราย ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลัง

การทดลองกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001^{(18)}$ และสอดคล้องกับผลศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อำเภอเบรบือ จังหวัด มหาสารคาม หลังจากได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้อยู่ในระดับสูง และมีพฤติกรรมส่งเสริม การออกกำลังกายในระดับดี โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05⁽¹⁹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการ ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมดูแลตนเอง เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ บุหรี่ และสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 และเครือข่ายมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการดูแลตนเองต่อการรับรู้ ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม อยู่ในระดับดีมาก⁽²⁰⁾ และสอดคล้อง การศึกษาปัจจัยทางครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกายและพฤติกรรมรับประทานอาหารในผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกิน ในเขตเมือง จังหวัดนครปฐมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมออกกำลังกายในผู้สูงอายุได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁽²¹⁾ และสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา เนื่องจากการรับรู้ ความสามารถของตนเอง และมีความคาดหวังผลลัพธ์ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล หากบุคคล มีการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความ คาดหวังของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงทั้งสองด้าน จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดง พฤติกรรมที่เหมาะสม⁽¹¹⁾ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพที่ดีขึ้น จากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพไป ประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ที่มีลักษณะคล้ายกัน และหลังดำเนินกิจกรรม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการติดตามและประเมินภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการประยุกต์ใช้การรับรู้ความสามารถของ ตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่างสูงและต้องเข้าร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจะเกิดผลลัพธ์ที่สำเร็จและ ยั่งยืน จากรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลการดูแล พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ ยังพบข้อจำกัดในด้านการปรับปรุง สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยในครอบครัวที่ยากจน และครอบครัวที่ผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพัง และอุปกรณ์ที่นำมาใช้ทดสอบ สมรรถภาพจำเป็นต้องใช้จากภาครัฐหรือส่วนท้องถิ่นที่เท่านั้น จึงทำให้ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ในการศึกษาแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในครั้งต่อไปควร ออกแบบให้มีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบฯ เพราะการศึกษานี้วัดผลเพียงกลุ่มเดียว (ก่อนและหลังการ พัฒนา)
2. รูปแบบการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ที่ศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็น แนวทางดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือในกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ หรือเป็นโครงการกิจกรรมขอทุนสนับสนุน จากองค์กรท้องถิ่น ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิ ของคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ราชภัฏจังหวัด อำเภอก และ ทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ทีมพี่เลี้ยง) และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน ที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. วันประชากรโลก [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nso.go.th/public/ebook/NSOLetsRead/population.html>
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ จังหวัดบึงพระประมาณ 2568. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2568.
3. กองการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. เมื่ออายุเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.shorturl.asia/qoSxm>
4. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. Fall Data ข้อมูลการพลัดตกหกล้ม (W00-W19) ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://docs.google.com/spreadsheets/d//13mcEt9pyzMjhol_
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2565.
6. ธีรภัทร อัครวิจิตรการ, ชานนท์ อิมอาบ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสาร แพทย์เขต 4-5. 2562;38(4):288-298.
7. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สันทนาการพิมพ์; 2562.
8. Suebsontorn W, Nimit-arnun N, Chatdokmaipria K. The effects of self-efficacy enhancement program on fall prevention behaviors and physical capabilities of elderly persons in community. Chonburi Hospital J. 2019;44(1):119-128.
9. Tedniyom T, Maharachpong N, Kijpreedarborisuthi B, Sakulkim S. Effects of the self-efficacy enhancement program on fall prevention among the elderly in Autong District, Suphanburi Province. J Dep Med Serv. 2019;44(1):90-95.
10. อธิพัล ดวงจินดา, ชวนพิศ ศิริไพบูลย์, ศรีสุรางค์ เคหะนาค. การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองและพฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด-19 กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มข. 2564;14(4):111-126.
11. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
12. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
13. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1997.
14. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press; 1977.
15. อังคินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2560.
16. กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ประเมินสมรรถภาพทางกายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มใน ผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ฟูลฟิล เมเนจเม้นท์; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dopah.anamai.moph.go.th/th>
17. บัณฑิต ศรีนิล. เอกสารประกอบการเรียน: การออกแบบวิจัยธุรกิจ การเก็บรวบรวมข้อมูล การออกแบบสอบถามและการเลือก ตัวอย่าง. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะบริหารธุรกิจ; 2560.

18. อาริรัตน์ สุพุทธิธาดา, รุณภา บุญสินสุข, ไพลาพรรณ สัทธานนท์. คู่มือการดูแลผู้สูงวัย: เดินดี ไม่มีล้ม. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส); 2559.
19. กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์. ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการหกล้มที่ใช้ชุมชนเป็นฐานต่อสมรรถภาพทางกายและการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2558;29(1):98-113.
20. สายฝน สุภาศรี, จักรกฤษณ์ วัชรภูมย์, วราภรณ์ บุญเชียง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงราย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2564;51(1):33-42.
21. ณัฏฐวรรณ ธนาพงษ์อนันท์, ประสานศิลป์ คำโสง, วรพล แวงนอก. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2562;14(1):106-118.
22. รุจิราภรณ์ วรรณธนาทัศน์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2560;36(1):2-12.
23. เรียม นมรักษ์, วรณิ เตียววิเศษ, จินตนา วัชรสินธุ์. ปัจจัยทางครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลสาร. 2561;45(3):46-57.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย : กรณีศึกษา นักศึกษาในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา

พรทิพย์ แก้วชิน^{1*} พิษณุศรณ์ ใจใส² สุพัตตรา บุญทด³ วันธงไชย บำรุงราษฎร์⁴

ชฎาศิริ อภินันท์เดชา⁵ ชัชฎาเดช อภินันท์เดชา⁶

^{1*,2,3,4,5,6}อาจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย 2) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในวัยรุ่นตอนปลาย 3) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาจำนวน 251 คน ถูกสุ่มด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) และ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.1 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 21 ปี พบร้อยละ 26.3, กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 45.8, พักอาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 43.0, มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทร้อยละ 58.6, ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 97.6, และมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ ร้อยละ 73.3, กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูงร้อยละ 56.1, มีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.4, ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร, ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 41.8, 38.9 และ 45.8, ตามลำดับ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ การพักอาศัย และดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุและเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.483$, $P\text{-value} < .001$) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .885$, $P\text{-value} < .001$) การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าควรส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และข้อมูลข่าวสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของที่สอดคล้องกับจิตวิทยา และพฤติกรรมของวัยรุ่นตอนปลายผ่านช่องทางต่าง ๆ ที่หลากหลาย เช่น สื่อสังคมออนไลน์ เว็บไซต์ หรือแอปพลิเคชัน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/ วัยรุ่นตอนปลาย/ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Factors Related to Food Consumption Behavior in Late Adolescence: A Case Study of Students at an Educational Institution in Nakhon Ratchasima Province

Phonthip Kaewchin^{1*} Phichayasorn Jaisai² Supattra Buntod³ Wanthongchai Bamrungrat⁴
Chupasiri Apinundecha⁵ Chittadech Apinundecha⁶

^{1*,2,3,4,5,6}Lecturer, Faculty of Allied Health Sciences, Nakhon Ratchasima College

Abstract

This cross-sectional study aimed to 1) examine the food consumption behaviors of late adolescents, 2) explore factors related to their food consumption behaviors, and 3) analyze the relationships between personal data, predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors with their food consumption behaviors. The sample consisted of 251 students randomly selected through a multi-stage sampling process. Data collection was conducted using a questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and Pearson's correlation coefficient.

The results showed that most of the participants were female (66.1%), with an average age of 21 years. Approximately 26.3% were in their second year of study, lived alone 43.0%, had a monthly income of less than 3,000 THB 58.6%, reported no chronic illnesses 97.6%, and had a body mass index within the normal range 73.3%. Over half of the participants (56.1%) had high knowledge about healthy eating, and their attitudes towards eating behaviors were at a moderate level (43.4%). enabling factors, supporting factors, reinforcing factors related to eating habits were and the food consumption behavior rated as good (41.8%, 38.9%, and 45.8%, respectively). Personal characteristics such as living arrangements and BMI were significantly related to food consumption behaviors while age, gender, education level, and income showed no significant relationship. Knowledge about nutrition was negatively correlated with food consumption behaviors ($r = -0.483$, $p < 0.001$). Enabling factors, including family support, peer influence, and information received, showed a high positive correlation with food consumption behaviors ($r = 0.885$, $p < 0.001$). This study suggests that behavioral interventions aimed at promoting healthy eating habits among late adolescents should incorporate both psychological and behavioral aspects through various channels, such as social media, websites, or applications, and be supported by family, friends, and access to relevant information.

Keywords: Food consumption behavior/ Late adolescents/ Factors associated

*Corresponding author: Phonthip Kaewchin, email: Phonthip.k@nmc.ac.th, Tel.: 08 8590 3759

Received: June 4, 2025/ Revised: August 14, 2025/ Accepted: August 19, 2025

บทนำ

องค์การอนามัยโลก ให้นิยาม “วัยรุ่น” (Adolescents) หมายถึง ประชากรในช่วงอายุ 10-19 ปี และ “เยาวชน” (Youth) หมายถึงประชากรในช่วงอายุ 15 - 24 ปี เมื่อรวมทั้ง 2 กลุ่มเข้าด้วยกัน “วัยรุ่นและเยาวชน” จึงครอบคลุมประชากรในช่วงอายุ 10 - 24 ปี ภายใต้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย จำนวนประชากรวัยรุ่นและเยาวชนไทยในช่วงอายุ 10 - 24 ปี ลดลงต่อเนื่องในช่วงที่ผ่านมา โดยมีจำนวน 12.7 ล้าน ในปี 2563 หรือ ร้อยละ 19.1 ของประชากรทั้งหมด โดยทั้งจำนวนและสัดส่วนนี้ มีแนวโน้มลดลงต่อไปในอีก 10 - 20 ปีข้างหน้า⁽¹⁾ วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงการได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม เพื่อน และสื่อทางสังคม ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและทางจิตใจของวัยรุ่นทั้งในปัจจุบันและอนาคต การสำรวจสุขภาพประชากรไทย พบว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทยมีทิศทางที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งในประชากรชายและหญิง ซึ่งแม้ว่าประชากรชายจะมีความชุกต่ำกว่าหญิง แต่มีอัตราการเพิ่มที่รวดเร็วกว่า ดังการสำรวจ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 และครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่า ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ความชุกภาวะอ้วนในเพศหญิงเพิ่มจากร้อยละ 41.8 เป็น ร้อยละ 46.4 ตามลำดับ ส่วนในเพศชายเพิ่มจากร้อยละ 32.9 เป็นร้อยละ 37.8 ตามลำดับ สำหรับภาวะอ้วนลงพุงมีความชุกค่อนข้างคงเดิม ในเพศหญิงและเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในเพศชาย กล่าวคือ เพศหญิงจากร้อยละ 51.3 เป็นร้อยละ 50.4 ตามลำดับ ส่วนในเพศชายจากร้อยละ 26.0 เป็นร้อยละ 27.7 ตามลำดับ⁽²⁾

การสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560 พบว่าการกินเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ วัยรุ่นและเยาวชนไทยส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อต่อวัน มีเพียงบางส่วนที่รับประทานไม่ครบ โดยผู้ชาย 3 ใน 4 ที่งดมื้ออาหารเป็นเพราะไม่มีเวลาในขณะที่ผู้หญิงกว่าครึ่งงดเพราะไม่มีเวลา และอีก 1 ใน 4 งดอาหารเพื่อลดน้ำหนักโรคเบาหวาน⁽³⁾ การเลือกซื้ออาหารสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนไทย ยังเป็นไปตามความชอบ (ร้อยละ 27.7) ความอยาก รับประทาน (ร้อยละ 18.8) และรสชาติ (ร้อยละ 18.8) เป็นหลัก มีเพียงร้อยละ 8.1 ที่คำนึงถึงคุณค่าทางอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านอื่นๆ ที่พบ เช่น การรับประทานอาหารเช้าที่ปรุงสุกจากประเทศ ตะวันตกที่อาจมีรสชาติถูกปาก แต่ให้พลังงานและไขมัน ในสัดส่วนที่สูง ในปี 2560 ร้อยละ 47.8 ของวัยรุ่นและ เยาวชนทั่วประเทศรับประทานอาหารเช้าอย่างน้อย สัปดาห์ละครั้ง ในขณะที่พฤติกรรมกรรมการกินผักผลไม้ ในกลุ่มนี้ยังอยู่ในระดับที่ต่ำ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 10-14 ปี ที่ไม่ถึง 1 ใน 4 ที่บริโภคผักผลไม้สดเป็นประจำทุกวัน⁽³⁾ ผลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชากรปี 2564 พบว่ากลุ่มวัยเด็ก อายุ 15 - 24 ปี การทำอาหารกินเอง คนในครอบครัวทำ ร้อยละ 69 รองลงมาการบริโภคอาหารตามร้านอาหารตามสั่ง ร้านอาหารทั่วไป ร้านอาหารในห้างสรรพสินค้าร้อยละ 21 การบริโภคอาหารตามตลาดสดร้อยละ 7 การบริโภคอาหาร बाหวิถึ อาหารริมทางร้อยละ 2 การบริโภคอาหารตามร้านสะดวกซื้อ ร้านอาหารฟาสต์ฟู้ด ซูเปอร์มาร์เก็ต อื่นๆ ร้อยละ 1⁽⁴⁾ นอกจากนี้ ในปัจจุบันวัยรุ่นและเยาวชนมีการนำเอาเทคโนโลยีและแอปพลิเคชันเข้ามาเกี่ยวข้องกับการบริโภคมากขึ้น อาทิ การสั่งซื้ออาหารผ่านแอปพลิเคชัน แต่การเลือกบริโภคอาหารส่วนใหญ่ยังขึ้นอยู่กับ ความชอบและความต้องการหรือความพึงพอใจมากกว่าการคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการส่งผลให้กลุ่มวัยรุ่นเหล่านี้ส่วนใหญ่ยังคงเลือกกินอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ โดยการบริโภคผักและผลไม้ยังมีการบริโภคอยู่ในระดับที่ต่ำ⁽⁵⁾

มัทนาวดี เมธาพัฒน์⁽⁶⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล โดยประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษา จำนวน 474 คน ที่กำลังศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม กรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 65.20 ชั้นปีที่ศึกษา ความรู้ทางโภชนาการ และค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล ($r = .77, p < .001, r = .18, p < .001$ และ $r = .13, p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนเพศและเกรดเฉลี่ยสะสมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร นันทิพย์ อุณแก้ว⁽⁷⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

การบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร โดยประยุกต์ใช้ PRECEDE-PROCEED Model ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จัดอยู่ในระดับปานกลาง ทศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร อิทธิพลจากเพื่อน การศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และ เกรดเฉลี่ยสะสม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้ ร้อยละ 31.40 ($R^2 = 0.314$, $p\text{-value} < .001$) นัชชา ยันติ และอภิญญา อุตระชัย⁽⁸⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี พบว่า ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ได้แก่ รายได้ คณะ ลักษณะที่พักอาศัย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะน้ำหนักเกิน จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ทศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร อิทธิพลจากเพื่อน เกรดเฉลี่ยสะสม รายได้ คณะ ลักษณะที่พักอาศัย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะน้ำหนักเกิน และความรู้ทางโภชนาการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนและวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อตามรูปแบบ PRECEDE-PROCEED Model⁽⁹⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย ในกลุ่มนักศึกษาที่กำลังศึกษาในระดับอุดมศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่มีการพักอาศัยคนเดียวหรือพักกับเพื่อน รวมถึงเป็นกลุ่มที่มีการเข้าถึงเทคโนโลยีต่างๆ สำหรับนำมาใช้ร่วมกับการตัดสินใจในการบริโภคอาหาร โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE model เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เพื่อเป็นแนวทางการวางแผน และพัฒนานโยบายส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นตอนปลายซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อในระยะยาวของประชากรไทย

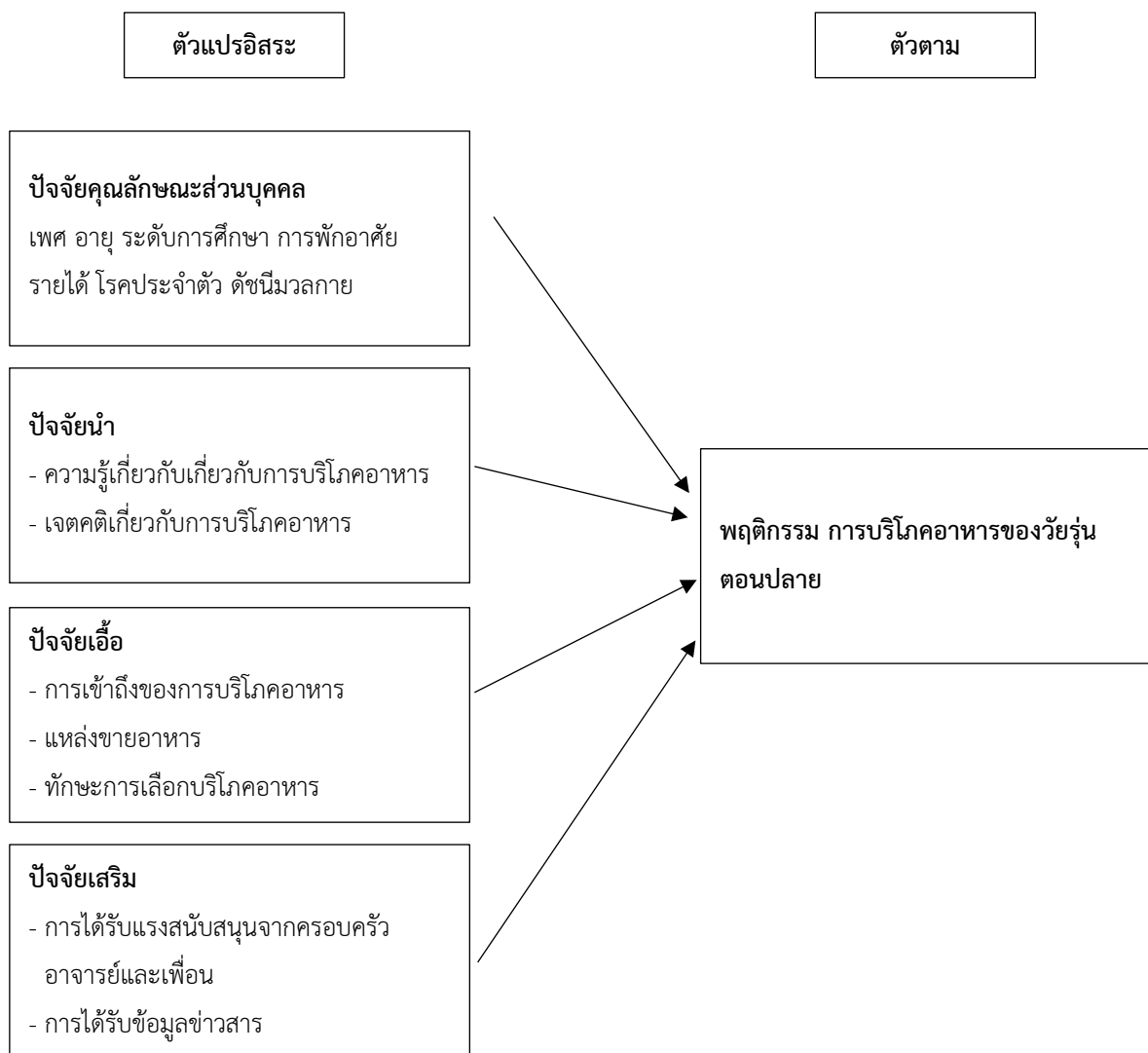
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย
2. เพื่อศึกษา ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่ เกี่ยวข้องพฤติกรรมการบริโภคอาหารในวัยรุ่นตอนปลาย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย

ขอบเขตของการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารในวัยรุ่น ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากแนวคิด PRECEDE FRAMEWORK MODEL เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในวัยรุ่น เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในวัยรุ่นตอนปลายของนักศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ นักศึกษานักศึกษาในสถาบันแห่งหนึ่ง จำนวน 721 คน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ได้แก่ นักศึกษาในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง ชั้นปีที่ 1 - 3 ภาคปกติ ที่มีอายุ 18 - 23 ปี จำนวน 251 คน ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2564 ถึงวันที่ 1 ธันวาคม 2565

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross sectional survey Study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาพฤติกรรมและการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดนครราชสีมา รายละเอียดการดำเนินการศึกษา ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง ชั้นปีที่ 1 - 3 ที่มีอายุ 19 - 23 ปี จำนวน 721 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง ชั้นปีที่ 1 - 3 ที่มีอายุ 19 - 23 ปี จำนวน 251 คน

คำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan)⁽¹⁰⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 251 คน

สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan) มีดังนี้

$$n = \frac{x^2 N p (1 - p)}{d^2 (N - 1) + x^2 p (1 - p)}$$

N = 721 (ขนาดประชากร)

$X^2 = 3.841$ (Chi-square ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%)

P = 0.5 (ความน่าจะเป็นของประชากรที่ตอบสนอง ถ้าไม่ทราบ ใช้ 0.5)

d = 0.05 (ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5%)

$$n = \frac{3.841(721)(0.5)(1-0.5)}{0.05^2(721-1)+3.841(0.5)(1-0.5)}$$

$$n = \frac{3.841(721)(0.25)}{0.0025(720)+3.841(0.25)}$$

$$n = \frac{692.70125}{1.8+0.96025}$$

$$n = \frac{692.70125}{2.76025}$$

$$n = 250.93 \approx 251$$

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การพักอาศัย รายได้ โรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะให้เลือกตอบ คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

เกณฑ์การประเมินผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Bloom⁽¹¹⁾ ดังนี้

ความรู้ระดับสูง	ได้ค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
ความรู้ระดับปานกลาง	ได้ค่าคะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 79
ความรู้ระดับต่ำ	ได้ค่าคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

2. เจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ช่วงคะแนน ตามแบบมาตรารัดแบบ Likert's Scale คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การประเมินผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best⁽¹²⁾ ดังนี้

เจตคติระดับดี	ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย	3.68 - 5.00 คะแนน
เจตคติระดับปานกลาง	ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย	2.34 - 3.67 คะแนน
เจตคติระดับไม่ดี	ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.00 - 2.33 คะแนน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงของการบริโภคอาหาร แหล่งขายอาหาร ทักษะการเลือกบริโภคอาหาร จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามมาตรารัดแบบ Likert's Scale คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์การประเมินผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best⁽¹²⁾ ดังนี้

ปัจจัยเอื้อระดับดี	ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย	3.68 - 5.00 คะแนน
ปัจจัยเอื้อระดับปานกลาง	ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย	2.34 - 3.67 คะแนน
ปัจจัยเอื้อระดับไม่ดี	ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.00 - 2.33 คะแนน

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามมาตรารัดแบบ Likert's Scale คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์การประเมินผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best⁽¹²⁾ ดังนี้

ปัจจัยเสริมระดับดี	ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย	3.68 - 5.00 คะแนน
ปัจจัยเสริมระดับปานกลาง	ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย	2.34 - 3.67 คะแนน
ปัจจัยเสริมระดับไม่ดี	ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.00 - 2.33 คะแนน

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหาร จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามแบบความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ เกณฑ์การประเมินผล

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติ 6 - 7 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติ 4 - 5 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติ 1 - 2 วัน/สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่เคยปฏิบัติเลย

แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best⁽¹²⁾ ดังนี้

พฤติกรรมการรับประทานอาหารระดับดี	ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย	3.68 - 5.00 คะแนน
พฤติกรรมการรับประทานอาหารระดับปานกลาง	ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย	2.34 - 3.67 คะแนน
พฤติกรรมการรับประทานอาหารระดับไม่ดี	ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.00 - 2.33 คะแนน

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

3.1 การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้วนำแบบสอบถามแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) รวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับจุดประสงค์ ด้วยสูตรการหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Index of Congruence: IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.8

3.2 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try out) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในส่วนแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 ราย

3.2.1 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ประเมินความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยนำ วัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารโดยใช้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.76

3.2.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่า 0.75 แล้วจึงนำเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่อไป ซึ่งได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยง ดังนี้

1) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ เจตคติ ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการเข้าถึงของการบริโภคอาหาร แหล่งขายอาหาร ทักษะการเลือกบริโภคอาหาร ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เท่ากับ 0.79, 0.82 และ 0.83 ตามลำดับ

2) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดนครราชสีมา เท่ากับ 0.80

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

4.1 ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แจ้งวัตถุประสงค์และอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการทำวิจัย รวมถึงการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง

4.2 วางแผนการจัดเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้

4.3 เก็บข้อมูลโดย ผู้วิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถาม และให้คำอธิบายแบบชี้แจงอาสาสมัครแล้ว กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

4.4 นำแบบสอบถามที่ได้รับคืน มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดนครราชสีมา ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test)

5.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดนครราชสีมา ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

6. จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย : กรณีศึกษา นักศึกษาในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมาผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนครราชสีมา เลขที่ NMCEC-0049/2564 วันที่รับรอง 10 พฤษภาคม 2565

ผลการวิจัย

1. **ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.1 มีอายุ 21 ปี ร้อยละ 26.3 อยู่ระดับการศึกษาชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 45.8 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 43.0 มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 58.6 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 97.6 และมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) สมส่วน ร้อยละ 73.3

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย

2.1 ปัจจัยนำที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย

2.1.1 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย อยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 56.1 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับปานกลาง และความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 29.5 และ 14.4 ตามลำดับ (Mean = 7.42 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน, S.D. = 2.35)

2.1.2 เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.4 รองลงมาคือ มีระดับเจตคติระดับดี และเจตคติระดับไม่ดี ร้อยละ ร้อยละ 42.8 และ 14.3 ตามลำดับ (Mean = 3.13 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน, S.D. = 1.39)

2.2 ปัจจัยเอื้อที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับดี ร้อยละ 41.8 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และปัจจัยเอื้อไม่ดี ร้อยละ 39.8 และ 25.5 ตามลำดับ (Mean = 3.84 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน, S.D. = 1.17)

2.3 ปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีปัจจัยเสริมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 38.9 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับไม่ดี ร้อยละ 33.9 และ 27.9 ตามลำดับ (Mean = 3.52 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน, S.D. = 1.31)

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารเกี่ยวกับสุขภาพของวัยรุ่นตอนปลาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 45.8 รองลงมาคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับปานกลาง และระดับไม่ดี ร้อยละ 29.1 และ 25.1 ตามลำดับ (Mean = 3.69 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน, S.D. = 1.33)

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา พักอาศัย รายได้ โรคประจำตัวและดัชนีมวลกาย (BMI) กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ที่พักอาศัย รายได้ โรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย (BMI) กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดนครราชสีมา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย

ปัจจัยคุณลักษณะ ส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร			รวม (n = 251)	χ^2	p-value
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี			
เพศ						
ชาย	39	29	17		0.545	0.113
หญิง	76	44	46			
อายุ						
18 - 20 ปี	44	23	30		4.73	0.094
21 ปีขึ้นไป	71	50	33			
ระดับการศึกษา						
ชั้นปีที่ 1 - 2	67	42	39		3.65	0.160
ชั้นปีที่ 3 - 4	48	31	24			
การพักอาศัย						
อยู่คนเดียว	38	36	34		4.105	0.007**
อยู่กับพ่อแม่	44	20	10			
อยู่กับญาติ	2	1	0			
รายได้						
ต่ำกว่า 3,000 บาท	69	43	35		6.39	0.17
3,001 - 6,000 บาท	39	26	18			
6,001 บาท บาทขึ้นไป	7	4	10			
ดัชนีมวลกาย (BMI)						
น้อยกว่า 18.5 (น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์)	22	1	0		127.91	<.001**
18.5 – 22.9 (สมส่วน)	92	57	35			
23.0 ขึ้นไป (น้ำหนักเกิน/อ้วนระดับ 1-2)	1	12	19			

*p <.05 **p<.001

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า การพักอาศัย และดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 4.105$ และ $\chi^2 = 127.91$, p-value < 0.05) ตามลำดับ ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

5. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย

ปัจจัยนำ	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	
	r	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย	-.483	<.001**
เจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย	-.079	.214

*p <.05 **p<.001

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายมีความสัมพันธ์ทางลบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = -.483$, $p\text{-value} < .001$) ส่วนเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย

ปัจจัยเอื้อ	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	
	r	p-value
ปัจจัยที่จำเป็นต่อการทำให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงของการบริโภคอาหาร แหล่งขายอาหาร และทักษะการเลือกบริโภคอาหาร	-0.038	.546

*p <.05 **p<.001

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย พบว่าการเข้าถึงของการบริโภคอาหาร แหล่งขายอาหาร และทักษะการเลือกบริโภคอาหารไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย

ปัจจัยเสริม	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	
	r	p-value
การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และการได้รับข้อมูลข่าวสารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดนครราชสีมา	.885	<.001**

*p <.05 **p<.001

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .885$, $p\text{-value} < .001$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ การพักอาศัย และดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 4.105$ และ $X^2 = 127.91$, $p\text{-value} < 0.05$) จากข้อมูลเชิงพรรณนาพบว่าวัยรุ่นตอนปลายที่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีน้อยกว่าวัยรุ่นตอนปลายที่อาศัยอยู่คนเดียว เนื่องจากวัยรุ่นตอนปลายที่พักอาศัยอยู่คนเดียวจะมีแนวโน้มในการไปรับประทานอาหารนอกบ้านและรับประทานอาหารกับเพื่อนจึงมีโอกาสได้รับอิทธิพลจากเพื่อนที่ส่งผลกระทบต่อความสนใจในการบริโภคอาหาร ส่วนดัชนีมวลกายซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายนั้น สามารถอธิบายได้ว่าจากข้อมูลเชิงพรรณนาพบว่ามีมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 59.38) ของวัยรุ่นตอนปลายที่มีดัชนีมวลกายมีแนวโน้มของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ นัชชา ยันติ และอภิญญา อุดระชัย⁽⁸⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี พบว่าลักษณะที่พักอาศัย และภาวะน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.007$ และ $< .001$)

ส่วน เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย เนื่องจากวัยรุ่นตอนปลายที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีคุณลักษณะทางประชากรที่มีความคล้ายคลึงกัน (Homogeneous) ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการบริโภคที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการวิจัยของของ มโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์⁽¹³⁾ ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ระดับชั้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) และ มัณฑนาดี เมธาพัฒนา⁽⁶⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ชั้นปีที่ศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

2. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายมีความสัมพันธ์ทางลบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = -.483$, $p\text{-value} < .001$) ส่วนเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย สามารถอธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าวัยรุ่นจะมีความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ดีต่อสุขภาพและเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร แต่การนำความรู้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันและเจตคติอาจไม่สอดคล้องกัน เนื่องจากมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลกระทบต่อความสนใจและเลือกการบริโภคอาหารมากกว่า เช่นการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และการได้รับข้อมูลข่าวสาร วัยรุ่นมักเผชิญแรงกดดันจากเพื่อนหรือสังคมในการเลือกอาหาร ซึ่งอาจส่งผลให้พวกเขาเลือกบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมแม้ว่าจะมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาหาร นอกจากนี้การบริโภคอาหารมักเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจและรสนิยมส่วนบุคคล วัยรุ่นอาจเลือกอาหารที่มีรสชาติอร่อยมากกว่าคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกดัดแปลงและเชื่อถือได้เกี่ยวกับอาหารก็มีความสำคัญ ถ้าข้อมูลที่ได้รับไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดการตัดสินใจที่ผิดพลาดในการบริโภคอาหาร ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของวัยรุ่นตามช่วงเวลา เช่น การทดลองกับอาหารใหม่ ๆ การบริโภคอาหารเพื่อความสะดวกหรืออาหารจานด่วน หรือการลดน้ำหนัก ทำให้พฤติกรรมการบริโภคไม่สอดคล้องกับความรู้ที่มี ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ มัณฑนาดี เมธาพัฒนา⁽⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล โดยประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่าความรู้ทางโภชนาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ของนักศึกษาพยาบาล ($r = .77, p < .001$) การวิจัยของ อรพรรณ ม่วงวงษา และกุลวดี เช่งวา⁽¹⁴⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนวัดจันทราวาส (ศุขประสารราษฎร์) จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารทางบวกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนอยู่ในระดับปานกลาง และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารทางบวกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนอยู่ในระดับต่ำ และการวิจัยของ น้ำทิพย์ อุ่นแก้ว⁽⁷⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอลองชลู่ง จังหวัดกำแพงเพชร โดยประยุกต์ใช้ PRECEDE-PROCEED Model (Moshki, Dehnoalian, and Alami)⁽⁹⁾ พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้ ร้อยละ 31.40 ($R^2 = 0.314, p\text{-value} < .001$)

3. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงของการบริโภคอาหาร แหล่งขายอาหาร และทักษะการเลือกบริโภคอาหารไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในวัยรุ่นตอนปลาย สามารถอธิบายได้ว่าในยุคปัจจุบันมีแหล่งขายอาหารและการจำหน่ายอาหารที่หลากหลายช่องทาง เช่น ร้านจำหน่ายอาหารสะดวกซื้อ ฟาสต์ฟู้ด และร้านจำหน่ายอาหารผ่านแอปพลิเคชัน ซึ่งอาจมีการควบคุมคุณภาพอาหารในระดับที่ค่อนข้างต่ำ ส่งผลให้วัยรุ่นตอนปลายสามารถเข้าถึงแหล่งบริโภคอาหารได้ทั้งแหล่งบริโภคอาหารที่มีคุณภาพทางโภชนาการที่ดีและไม่ดี อาจส่งผลให้การเข้าถึงของการบริโภคอาหาร แหล่งขายอาหาร ทักษะการเลือกบริโภคอาหารไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รวมถึงการมีปัจจัยเสริมอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในวัยรุ่นตอนปลายมากกว่า เช่น การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนารณ สาสีทา⁽¹⁵⁾ ศึกษาความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่า การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) โดยนักศึกษาที่มีการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการที่ดี จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี

4. ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในวัยรุ่นตอนปลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) สามารถอธิบายได้ว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ดีจะมีผลต่อการชักจูงให้วัยรุ่นตอนปลายมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีด้วย ปัจจัยเสริม เช่น การดูสื่อโทรทัศน์ วิทยุ โฆษณา และสื่อออนไลน์ต่างๆ เฟสบุ๊ค และไลน์ ฯลฯ ที่เสนอข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพส่งผลต่อการตัดสินใจในการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของวัยรุ่นตอนปลาย สอดคล้องกับการวิจัยของ ปาจารย์ ชิบังเกิด⁽¹⁶⁾ ศึกษาาระดับพฤติกรรม ระดับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของนิสิตระดับปริญญาตรี พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยประกอบด้วย ทัศนคติการบริโภคอาหารปลอดภัย ความตระหนักในการบริโภคอาหารปลอดภัย การรับรู้ข้อมูล ข่าวสารเรื่องอาหารปลอดภัย และความต้องการและแรงจูงใจในการบริโภคอาหารปลอดภัย สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขต กำแพงแสน ได้ร้อยละ 53.3 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคอาหารของวัยรุ่นตอนปลาย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจัดกิจกรรม/โปรแกรมสำหรับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมร่วมกับการส่งเสริมการออกกำลังกายในวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยมีการติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

2. ควรมีโครงการหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลือกซื้อและเตรียมอาหาร เช่น การทำอาหารร่วมกัน หรือการจัดมื้ออาหารที่ดีต่อสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นมีแนวทางการบริโภคอาหารที่ดี

3. ควรพัฒนาและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น สื่อสังคมออนไลน์ เว็บไซต์ หรือแอปพลิเคชันจัดหลักสูตรหรือการอบรมเกี่ยวกับโภชนาการสำหรับวัยรุ่นและผู้ปกครอง เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

4. ควรบูรณาการกิจกรรมส่งเสริมการเข้าถึงของการบริโภคอาหาร แหล่งขายอาหาร ทักษะการเลือกบริโภคอาหาร เข้ากับปัจจัยเสริม โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเข้าถึงของการบริโภคอาหาร แหล่งขายอาหาร และทักษะการเลือกบริโภคอาหาร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังสถาบันการศึกษาอื่น ๆ หรือกลุ่มวัยรุ่นที่มีคุณลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้อย่างหลากหลายมากขึ้น และนำผลการวิจัยไปใช้ในการอ้างอิงประชากรได้กว้างขวางยิ่งขึ้น

2. ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์ หรือการทำ Focus Group Interview เพื่อเข้าใจมุมมองและประสบการณ์ที่แท้จริงของวัยรุ่นเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนที่ส่งผลต่อการพฤติกรรมบริโภคอาหาร ในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

3. วิจัยกึ่งทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหาร ที่มีเป้าหมายในการส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน รวมถึงการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีทางการตลาด หรือสร้างแพลตฟอร์มออนไลน์ที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดีในวัยรุ่นตอนปลาย และขยายไปในกลุ่มอายุอื่นๆ ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2562.
2. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2565 เฝ้าระวังทางโภชนาการ. กรุงเทพฯ: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย; 2565.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2564]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/ebook/2023/20230510184012_98619.pdf
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธนาพรส; 2564.
5. โครงการสุขภาพคนไทย. สุขภาพวัยรุ่นและเยาวชนไทย พฤติกรรมบริโภคอาหาร. สุขภาพคนไทย 2563(16-17). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
6. มณฑานวดี เมธาพัฒน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560;25(3):20-29.
7. นันทิพย์ อุ่นแก้ว, คณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธิตศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
8. นัชชา ยันติ, อภิญญา อุดระชัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารในนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 2564;14(1):25-34.

- 9 . Moshki M, Dehnoalian A, Alami A. Effect of PRECEDE–PROCEED model on preventive behaviors for type 2 diabetes mellitus in high-risk individuals. Clin Nurs Res. 2016;26(2):241-253.
doi:10.1177/1054773815621026
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30:607-610.
11. Bloom BS. What we are learning about teaching and learning: A summary of recent research. Principal. 1986;66:6-10.
12. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
13. มโนลี ศรีเปารยะ, เพ็ญพงษ์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิทยาการ
จัดการ. 2559;3(1):100-126.
14. อรพรรณ ม่วงวงษา, กุลวดี แข่งวา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
โรงเรียนวัดจันทราวาส (ศุขประสารราษฎร์) จังหวัดเพชรบุรี. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2563;5(1).
15. รัตนารณ์ สาสีทา. ความรอบรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา. 2565;17(1):28-43.
16. ปาจารย์ ชิบังเกิด, ประสงค์ ตันพิชัย, นิรันดร์ ยิ่งยวด. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยของนิสิตระดับ
ปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน. วารสารสังคมศาสตร์วิจัย. 2564;12(1):170-191.

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความผูกพันทางอารมณ์และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ

ยุภาติ สวงพงษ์^{1*} จารุมาศ จันทกุล²

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

²ครูปฐมวัย โรงเรียนบ้านห้วยบงเหนือ จังหวัดชัยภูมิ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย (อายุ 2 – 6 ปี) ที่อาศัยในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 400 คน การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิหลายขั้นตอน โดยใช้แบบสอบถาม 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง 2) ข้อมูลทั่วไปของเด็ก 3) แบบสอบถามความผูกพันทางอารมณ์ 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ 5) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างภาพรวมมีพฤติกรรมการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.22$, S.D. = 0.60) โดยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความผูกพันทางอารมณ์และด้านการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ ในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .01 และ .05 ตามลำดับ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.16, 0.14 ตามลำดับ ดังนั้น ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุน ช่วยเหลือผู้ปกครองให้มีความตระหนักรู้ในการส่งเสริมการเรียนรู้เด็กให้มีการพัฒนาทักษะสมองเพื่อความสำเร็จให้แก่เด็กอย่างเหมาะสม เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยและเกิดความพร้อมในการเรียนรู้ในระดับต่อไป

คำสำคัญ: เด็กปฐมวัย/ การเรียนรู้/ ความผูกพันทางอารมณ์/ การสนับสนุนทางสังคม/ ผู้ปกครอง

The Relationship Between Emotional Attachment Factors and Social Support Factors with Early Childhood Learning Promotion Behavior of Parents in Chaiyaphum Province

Yuphadi Sa-nguanphong^{1*} Jarumars Janthakul²

^{1*}Asst. Prof., Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

²Early childhood teacher, Ban Huai Bong Nua school, Chaiyaphum

Abstract

This descriptive correlation research aimed to study the relationship between emotional attachment factors and social support factors with early childhood learning promotion behavior of parents in Chaiyaphum Province. The samples of this research were collected from four hundred early childhood parents in Chaiyaphum and the stratified random sampling were applied. The questionnaire was used as a method for collecting data in 5 parts were the personal parents, the personal children, the emotional attachment, the social support and the early childhood learning promotion behavior of parents. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson Correlation Coefficient.

The results indicated that the samples had the early childhood learning promotion behavior of parents at moderate level ($\bar{X} = 3.22$, S.D. = 0.60). The relationship between emotional attachment factors and social support factors had positive relationship with early childhood learning promotion behavior of parents at statistically significant level .01 ($r = .16$) and .05 ($r = .14$) respectively. Multidisciplinary team should support and awareness parents in the early childhood learning promotion about children brain skill development and learning in order to achievement of children's development and learning for the child's age.

Keywords: Early childhood/ Learning/ Emotional attachment/ Social support/ Parents

*Corresponding author: Yuphadi Sa-nguanphong, email: Tiktik_9922@hotmail.com, Tel.: 08 9425 9922

Received: April 3, 2025/ Revised: April 27, 2025/ Accepted: May 1, 2025

บทนำ

การพัฒนาเด็กปฐมวัยถือเป็นการวางรากฐานที่มีผลต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของบุคคลนั้นไปจน ตลอดชีวิต และเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดในการพัฒนาประเทศ การดูแลเด็กปฐมวัยจึงมีความสำคัญเนื่องจากเป็นช่วงที่ร่างกายและสมอง มีการเจริญเติบโต เด็กวัยนี้มีพัฒนาการด้านต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและเป็นวัยที่สำคัญที่ต้องได้รับการอบรมเลี้ยงดู ที่ถูกต้องเหมาะสมโดยพบว่า พฤติกรรมการแสดงออกของเด็กวัยนี้สะท้อนถึงพัฒนาการของสมองและระบบประสาทที่ได้รับ อิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาและสภาพแวดล้อมภายหลังคลอด เด็กวัยนี้ต้องการความรัก ความเอาใจใส่ และการดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นพิเศษเพราะเป็นวัยทองของช่วงชีวิต⁽¹⁾ ทั้งนี้ผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีหน้าที่สำคัญในการอบรมเลี้ยงดู และจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้เด็กได้พัฒนาศักยภาพ ผ่านการให้ความรักความเอาใจใส่ มีความผูกพันทางอารมณ์ ส่งเสริม โอกาสให้เด็กได้เรียนรู้โดยใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การเล่น ทดลอง ค้นพบตนเอง คิดแก้ปัญหา คิดริเริ่มสร้างสรรค์ เลือกตัดสินใจ ใช้ภาษา สื่อความหมาย และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข เพื่อเตรียมความพร้อมในการใช้ชีวิตในสังคม ต่อไป⁽²⁻³⁾

การส่งเสริมการเลี้ยงเด็กเชิงบวกควรเริ่มตั้งแต่ในเด็กปฐมวัย โดยผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัวต้องเป็น แบบอย่างในการมีระเบียบวินัยให้แก่เด็ก ใช้เหตุผลประกอบกับการใส่ใจในอารมณ์ของเด็ก เปิดโอกาสให้เด็กร่วมวางแผนระเบียบ ของบ้าน และมีการสื่อสารให้เด็กและสมาชิกในครอบครัวรับทราบอย่างชัดเจน เพื่อให้ทุกคนในครอบครัวปฏิบัติในแนวทาง เดียวกัน เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความสับสน และยังเป็นส่งเสริมความคิดเชิงบริหาร (Executive Function: EF) ของเด็กอีกทางหนึ่ง⁽³⁻⁵⁾ ดังนั้นพฤติกรรมของผู้ปกครองเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กให้มีความคิดเชิงบวกจึงสำคัญกับเด็ก โดยเฉพาะเด็กปฐมวัย เนื่องจากเป็นวัยที่สำคัญในการวางรากฐานของพัฒนาการมนุษย์ ทำให้เด็กประสบความสำเร็จ ในชีวิต จากการสำรวจความคิดเชิงบริหารในประเทศไทยในเด็กอายุ 2 - 6 ปี จำนวน 2,965 คน พบว่า เด็กไทยร้อยละ 28.32 มีความคิดเชิงบริหารต่ำกว่าเกณฑ์⁽⁶⁾ ส่งผลต่อความพร้อมในการเรียนรู้และเกิดปัญหาพฤติกรรมของเด็ก ตามมาได้ ดังนั้น มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ปกครองเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้เด็กให้มีความคิดเชิงบริหาร ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดูเด็กที่มีรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของสังคม ขาดความรักความผูกพัน การสนับสนุนทางสังคมที่มี ข้อจำกัด สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ของเด็ก ภาวะอารมณ์ของผู้ปกครอง เป็นต้น อาจเป็นปัจจัยที่มีผลทำให้ ผู้ปกครองมีการตอบสนองอย่างไม่เหมาะสมได้

การเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี ด้วย “กิน กอด เล่น เล่า” สำหรับผู้ปกครอง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี เพื่อให้เด็กมีความผูกพัน ทางอารมณ์ที่มั่นคงกับผู้ปกครอง ซึ่งจะส่งผลให้เด็กรู้จักกินเป็น เล่นเป็น ฟังเป็น รักคนอื่นเป็น มีจิตใจที่ดี มีการแสดงออก ทางอารมณ์ที่เหมาะสม ยอมรับนับถือตนเอง และได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ท้ายสุดเด็กจะมีความฉลาดทางอารมณ์ พร้อมทั้ง จะออกสู่สังคม และเผชิญโลกภายนอกได้อย่างมีความสุข และเข้มแข็งต่อไป⁽⁷⁾ พฤติกรรมที่แสดงออกระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง ในการตอบสนองต่อความต้องการของเด็ก และการสื่อสารความรู้สึกถึงกัน เมื่อเด็กได้รับความใส่ใจ ปกป้องดูแลจากผู้ปกครอง จะทำให้เด็กสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัย รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรม เป็นการได้รับการตอบสนองของบุคคลที่ครอบคลุมความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดผลดีต่อ ภาวะสุขภาพและการส่งเสริมพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กของผู้ปกครองได้ด้วย ในพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ให้แก่เด็กปฐมวัย เพื่อให้เกิดทักษะเชิงบริหารร่วมกับการส่งเสริมความผูกพันทางอารมณ์อย่างสร้างสรรค์ตามการสนับสนุนทางสังคมได้

สถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) ของเด็กปฐมวัย (0 - 6 ปี) ระดับสติปัญญาเฉลี่ยทั้งประเทศอยู่ที่ 98.20 จากการสำรวจ ระดับสติปัญญา (IQ) ของเด็ก เขตสุขภาพที่ 9 (2563) ประกอบด้วย 4 จังหวัด คือ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ และชัยภูมิ จากข้อมูลโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus พบว่าเด็กปฐมวัยมีระดับสติปัญญา (IQ) คะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 96.25, 98.60,

95.41, 95.81 ตามลำดับ และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) มีคะแนนเฉลี่ยดังนี้ 46.94, 46.49, 47.99, 43.59 ตามลำดับ สอดคล้องกับการสำรวจข้อมูลค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญา (IQ) ของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เขตสุขภาพที่ 9⁽⁸⁾ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญา (IQ) คะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 99.80, 100.30, 98.50, 98.00 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า เด็กในจังหวัดชัยภูมิมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งด้วยความรักของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ⁽⁹⁾ พบว่า ผู้ปกครอง มีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อให้เด็กมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน 3 ด้าน ได้แก่ 1) มีความรักเด็ก 2) อยู่ใกล้ชิดเด็กเกิดความผูกพัน และ 3) เสริมกำลังใจซึ่งกันและกัน แต่ยังมีปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ 1) ขาดการใช้เวลาคุณภาพ 2) ค่าใช้จ่ายในครอบครัวไม่เพียงพอ และ 3) เด็กติดสื่อดิจิทัล ทั้ง 3 ปัญหาเหมือนเป็นห่วงโซ่ที่มีผลต่อเนื่องเชื่อมโยงกัน ส่งผลต่อการพัฒนาสมองด้านความคิดของเด็ก

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ โดยคาดว่าผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยด้วยความผูกพันทางอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครอง และขยายผลสู่พื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความผูกพันทางอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความผูกพันทางอารมณ์ และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ

คำถามการวิจัย

1. ระดับความผูกพันทางอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้านความผูกพันทางอารมณ์ และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิหรือไม่ อย่างไร

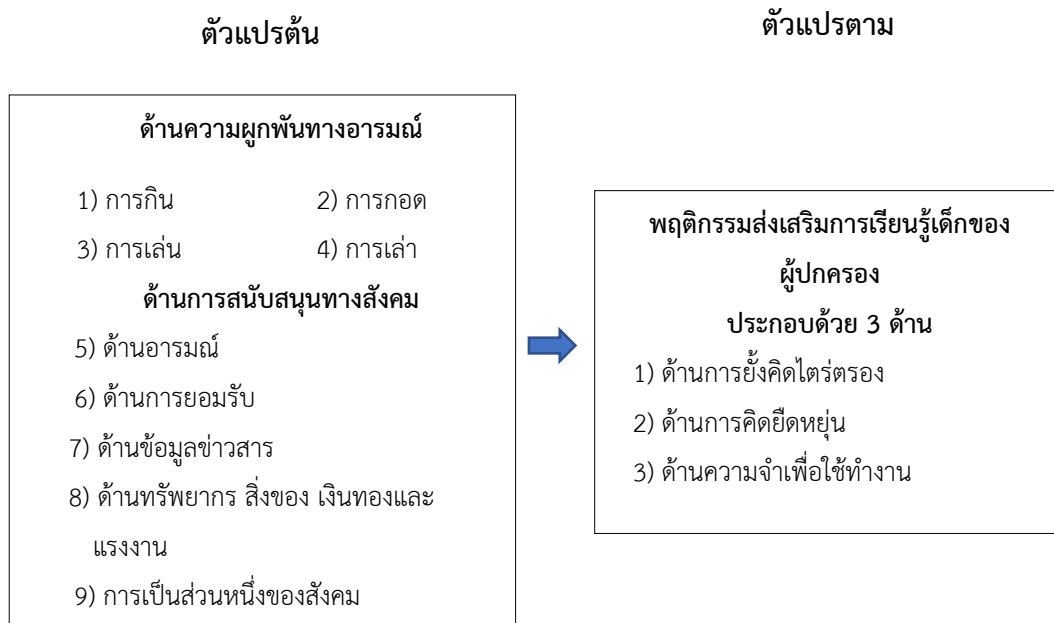
สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านความผูกพันทางอารมณ์ และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ ตามแนวคิดของ Shing et al.⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการยั้งคิดไตร่ตรอง (2) ด้านการคิดยืดหยุ่น และ (3) ด้านความจำเพื่อใช้งาน โดยศึกษาเชิงความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านความผูกพันทางอารมณ์⁽⁷⁾ ด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ (1) การกิน (2) การกอด (3) การเล่น และ (4) การเล่า และ 2) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของคอบบ์และเชฟเฟอร์⁽¹¹⁻¹²⁾ ประกอบด้วย 5 ด้าน

คือ (1) ด้านอารมณ์ (2) ด้านการยอมและเห็นคุณค่า (3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (4) ด้านทรัพยากร สิ่งของ เงินทอง และแรงงาน และ (5) ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สรุปเป็นกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย (อายุ 2 - 6 ปี) ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชัยภูมิ จำนวนของผู้ปกครองทั้งสิ้น 36,123 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2566) รายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย (ตั้งแต่อายุ 2 ปีบริบูรณ์ ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน) เป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการเลี้ยงดูเด็ก ทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 20 - 60 ปี

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ เป็นผู้ที่มีหน้าที่หลักในการเลี้ยงดูเด็ก มีสุขภาพปกติ ไม่มีความพิการ หรือไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรงใดๆ อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ขึ้นทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในจังหวัดชัยภูมิ ทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กนาน 6 เดือนขึ้นไป มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติ สามารถสื่อสาร อ่านออก เขียนได้ และผู้ปกครองยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ปกครองมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้ปกครองหรือครอบครัวที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากจำนวนของผู้ปกครอง อาศัยอยู่ในจังหวัดชัยภูมิ ทั้งหมดจำนวน 36,123 คน ใช้สูตรในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการประมาณค่าเฉลี่ยโดยใช้สูตร Krejcie and Morgan⁽¹³⁾ มีดังนี้

$$n = \frac{X^2 NP(1-P)}{d^2 P(1-P)}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนผู้ปกครอง (36,123 คน)

X^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (เท่ากับ 3.841)

P = สัดส่วนของประชากร หากไม่ทราบใส่ค่า 0.05

d = ค่าคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.05)

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า } n &= \frac{(3.841)(36,123)(0.05)(1-0.05)}{(0.05)^2(0.05)(1-0.05)} \\ &= 379.95 \\ &= 380 \end{aligned}$$

ได้จำนวนตัวอย่าง 380 คน และได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายอีกประมาณ 5% ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดจำนวนตัวอย่าง 400 ตัวอย่าง ที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 อำเภอ ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิหลายขั้นตอน (Stratified Multi-Stage Random Sampling) โดยมีขั้นตอนกำหนดกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกอำเภอที่ศึกษาในจังหวัดชัยภูมิ โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ได้ 8 อำเภอ จากทั้งหมด 16 อำเภอ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 50 ของจำนวนอำเภอทั้งหมดในจังหวัดชัยภูมิ

ขั้นตอนที่ 2 เลือกตำบลตัวอย่างที่ศึกษาในจังหวัดชัยภูมิ โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย เลือก 1 ตำบลต่อ 1 อำเภอ ได้ทั้งหมด 8 ตำบล ได้แก่ 1) ตำบลนาเสียว อำเภอเมืองชัยภูมิ 2) ตำบลกุดชุมแสง อำเภอหนองบัวแดง 3) ตำบลฝักปึง อำเภอภูเขียว 4) ตำบลหนองไผ่ อำเภอแก้งคร้อ 5) ตำบลบ้านขาม อำเภอจัตุรัส 6) ตำบลบ้านเพชร อำเภอบำเหน็จณรงค์ 7) ตำบลโนนแดง อำเภอบ้านเขว้า และ 8) ตำบลห้วยไร่ อำเภอกอนสวรรค์

ขั้นตอนที่ 3 เลือกกลุ่มตัวอย่าง จากครอบครัวที่มีผู้ปกครองอาศัยอยู่กับเด็ก (2 - 6 ปี) ตามเกณฑ์ในการคัดเลือก โดยใช้การสุ่มแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยกำหนดให้เลือกในแต่ละชุมชนตัวอย่าง แล้วหาขนาดตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วน (Proportional Allocation) จากนั้นสุ่มตัวอย่างดังกล่าว โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ให้ได้ขนาดตัวอย่างตามจำนวนที่คำนวณไว้ คือ 400 คน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ พฤศจิกายน 2566 ถึง มีนาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองมีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check Lists) โดยถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว อาชีพ ภาวะสุขภาพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ และจำนวนชั่วโมงในการทำกิจกรรมกับเด็ก จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check Lists) โดยถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนักตามเกณฑ์ ส่วนสูงตามเกณฑ์ สัดส่วน ภาวะสุขภาพ การขาดเรียนของเด็ก เวลาที่เด็กเล่นสื่อดิจิทัล พัฒนาการเด็ก จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามด้านความผูกพันทางอารมณ์ของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการกิน 2) ด้านการกอด 3) ด้านการเล่น และ 4) ด้านการเล่า มีข้อคำถาม 5 ข้อ/ด้าน รวมเป็นข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

5 คะแนน = เสมอ	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำทุกวันหรือ 6 วัน/สัปดาห์
4 คะแนน = บ่อยครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 5 วัน/สัปดาห์
3 คะแนน = ปานกลาง	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 3 วัน/สัปดาห์
2 คะแนน = นานๆ ครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 1 - 2 วัน/สัปดาห์
1 คะแนน = ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

คะแนนรวมทั้งหมดคำนวณเป็นคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และกำหนดระดับได้ดังนี้

ระดับมาก	คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 - 5.00
ระดับปานกลาง	คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 - 3.66
ระดับน้อย	คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.00 - 2.33

ตอนที่ 4 แบบสอบถามด้านการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านทรัพยากรสิ่งของ จำนวน 5 ข้อ และ 5) การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จำนวน 4 ข้อ รวมข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 22 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

5 คะแนน = เสมอ	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมเป็นประจำทุกวันหรือ 6 วัน/สัปดาห์
4 คะแนน = บ่อยครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรม 5 วัน/สัปดาห์
3 คะแนน = ปานกลาง	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรม 3 วัน/สัปดาห์
2 คะแนน = นานๆ ครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรม 1-2 วัน/สัปดาห์
1 คะแนน = ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมเลย

คะแนนรวมทั้งหมดคำนวณเป็นคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และกำหนดระดับได้ดังนี้

ระดับมาก	คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 - 5.00
ระดับปานกลาง	คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 - 3.66
ระดับน้อย	คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.00 - 2.33

ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการยับยั้ง การหยุด (Inhibit) 2) ด้านความคิด (Shift) และ 3) ด้านความจำขณะใช้งาน (Working memory) ข้อคำถามประกอบด้วย 1) ด้านการยับยั้ง การหยุด จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านความคิด จำนวน 5 ข้อ และ 3) ด้านความจำขณะใช้งาน จำนวน 6 ข้อ รวมเป็นข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 21 ข้อ มีลักษณะ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

5 คะแนน = เสมอ	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมเป็นประจำทุกวันหรือ 6 วัน/สัปดาห์
4 คะแนน = บ่อยครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรม 5 วัน/สัปดาห์
3 คะแนน = ปานกลาง	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรม 3 วัน/สัปดาห์

2 คะแนน = นานๆ ครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรม 1-2 วัน/สัปดาห์
1 คะแนน = ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมเลย
คะแนนรวมทั้งหมดคำนวณเป็นคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และกำหนดระดับได้ดังนี้	
ระดับมาก	คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 - 5.00
ระดับปานกลาง	คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 - 3.66
ระดับน้อย	คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.00 - 2.33

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดสอบกับผู้ปกครองตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน มีแบบสอบถามทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามด้านความผูกพันทางอารมณ์ของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ 2) แบบสอบถามด้านการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ ใช้การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82, 0.84 และ 0.86 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นภาพรวมของแบบสอบถามเท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็ก ปัจจัยด้านความผูกพันทางอารมณ์ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ด้วยการวิเคราะห์สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กของผู้ปกครอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation: r) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ตระหนักและให้ความสำคัญในการพิทักษ์สิทธิ โดยมีการชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะการเก็บข้อมูล ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ลงนามในเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งสามารถขอลถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE 66-1-026

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง จำนวน 400 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.2 อายุ 51 - 60 ปี ร้อยละ 38.8 ความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 50.00 ลักษณะครอบครัวขยาย ร้อยละ 45.2 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.5 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.2 สุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 82.0 รายได้อยู่ระหว่าง 10,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 33.50 รายได้ครอบครัวมีเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 33.5 มีเวลาทำกิจกรรมกับเด็ก 3 - 4 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 41.3 การใช้สมุดสุขภาพแม่และเด็ก ร้อยละ 94.8 และไม่ใช้คู่มือเฝ้าระวังพัฒนาการ (DSPM) ร้อยละ 68.5

ข้อมูลทั่วไปของเด็ก จำนวน 400 คน พบว่า เด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.5 อายุ 3 ปี ร้อยละ 51.0 น้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 67.2 สูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 77.0 สมส่วน ร้อยละ 74.0 ดื่มนมมารดาหลังคลอดนาน 3 - 4 เดือน ร้อยละ 34.0 ภาวะสุขภาพปกติ ร้อยละ 65.2 ขาดเรียนเป็นบางครั้ง ร้อยละ 59.2 เด็กเล่นสื่อดิจิทัล 1 - 2 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 43.8 และพัฒนาการผ่านตามเกณฑ์ ร้อยละ 72.3

ระดับความผูกพันทางอารมณ์ของผู้ปกครอง ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.42) ด้านการเล่นมีค่าระดับสูงสุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = 0.52) ส่วนด้านการเล้ามีค่าต่ำสุด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.62$, S.D. = 0.74) สรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความผูกพันทางอารมณ์ของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ (n = 400)

ความผูกพันทางอารมณ์ของผู้ปกครอง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการกิน	4.10	0.50	มาก
ด้านการกอด	4.04	0.53	มาก
ด้านการเล่น	4.23	0.52	มาก
ด้านการเล้า	3.62	0.74	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	4.05	0.42	มาก

ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครอง ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.47) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.40$, S.D. = 0.59) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยระดับต่ำสุด คือ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.48$, S.D. = 0.57) สรุปได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ (n = 400)

ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครอง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านอารมณ์	4.12	0.45	มาก
2. ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	3.48	0.57	ปานกลาง
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร	4.40	0.59	มาก
4. ด้านทรัพยากร สิ่งของ เงินทอง และแรงงาน	4.26	0.47	มาก
5. ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	4.27	0.69	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.05	0.47	มาก

ระดับพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กที่ผู้ปกครองเลี้ยงดูเด็กในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.22$, S.D. = 0.60) ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยระดับสูงสุด คือ ด้านการคิดยืดหยุ่น ($\bar{X} = 3.53$, S.D. = 0.63) ส่วนด้านการยับยั้งไตร่ตรอง และด้านความจำในการทำงาน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าไม่ต่างกันมาก ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 0.76, $\bar{X} = 3.05$, S.D. = 0.81) ตามลำดับ สรุปได้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กของผู้ปกครอง (n = 400)

พฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กของผู้ปกครอง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการยับยั้งไตร่ตรอง	3.09	0.76	ปานกลาง
ด้านการคิดยืดหยุ่น	3.53	0.63	ปานกลาง
ด้านความจำในการทำงาน	3.05	0.81	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	3.22	0.60	ปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความผูกพันทางอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ภาพรวมปัจจัยด้านความผูกพันทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.16 และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ภาพรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.14 สรุปได้ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความผูกพันทางอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ (n = 400)

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
1. ความผูกพันทางอารมณ์	0.16**
ด้านการกิน	0.19**
ด้านการกอด	0.11**
ด้านเล่น	0.21**
ด้านการเล่า	0.10**
2. การสนับสนุนทางสังคม	0.14*
ด้านอารมณ์	0.11*
ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	0.11*
ด้านข้อมูลข่าวสาร	0.14*
ด้านทรัพยากรสิ่งของ/เงินทอง/แรง	0.15*
ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	0.12*

*p<.05, **p<.01

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับความผูกพันทางอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างของผู้ปกครองเป็นมารดา ร้อยละ 50.0 เพศหญิง ร้อยละ 91.2 อายุ 51 - 60 ปี ร้อยละ 38.8 มีเวลาทำกิจกรรมกับเด็ก 3 - 4 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 41.3 มีการใช้สมุดสุขภาพแม่และเด็ก ร้อยละ 94.8 แต่ไม่ใช้คู่มือเฝ้าระวังพัฒนาการ (DSPM) ร้อยละ 68.5 การศึกษาครั้งนี้พบประเด็นที่สำคัญ คือ ผู้ปกครองมีการใช้สมุดสุขภาพแม่และเด็กในการประเมินและติดตามภาวะสุขภาพของเด็กอย่างต่อเนื่อง แต่การใช้คู่มือ

แผนการวางแผนพัฒนาการ (DSPM) ต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนด คือ เด็กอายุ 0 - 5 ปี ต้องได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วยคู่มือ (DSPM) คิดเป็นร้อยละ 90 และเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85 ซึ่งพัฒนาการเด็กสมวัย หมายถึง เด็กทุกคนได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือแผนการวางแผนพัฒนาการเด็ก (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกรวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า และได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและประเมินซ้ำแล้ว ผลการประเมินผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับรัฐบาลได้มีการดำเนินงานและพัฒนาเด็กปฐมวัยภายใต้กฎหมาย เริ่มตั้งแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 การกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545) และ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2553) รวมถึงแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560 - 2579 ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้คู่มือแผนการวางแผนพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual ; DSPM) สำหรับในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยมีแนวทางส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเป็นเครื่องกำกับให้การดำเนินงานด้านเด็กปฐมวัยของประเทศเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ควรให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการใช้คู่มือแผนการวางแผนพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เพราะเป็นเครื่องมือที่พัฒนาไว้ให้สำหรับผู้ปกครองสามารถประเมินพัฒนาการเด็กและสามารถส่งเสริมพัฒนาการได้ง่ายและปฏิบัติได้ที่บ้าน โดยผ่านกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า ร้อง เดิน วาด สร้างสมาธิอย่างเหมาะสมตามช่วงวัย

1.2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย พบว่า เด็กส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 55.5 อายุ 3 ปี ร้อยละ 51.0 น้ำหนักตามเกณฑ์ร้อยละ 67.2 สูงตามเกณฑ์ร้อยละ 77.0 สมส่วนร้อยละ 74.0 ตีมนมมารดาหลังคลอดนาน 3 - 4 เดือน ร้อยละ 34.0 ภาวะสุขภาพปกติ ร้อยละ 65.2 ขาดเรียนเป็นบางครั้ง ร้อยละ 59.2 เด็กเล่นสื่อดิจิทัล 1 - 2 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 43.8 และพัฒนาการผ่านตามเกณฑ์ ร้อยละ 72.3 จากการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า เด็กมีแนวโน้มมีภาวะทุพโภชนาการจากการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงไม่เป็นไปตามเกณฑ์ คือ เด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ≥ 68 รวมทั้งการตีมนมมารดาหลังคลอดต่ำกว่าผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ 65.0 ของทารกแรกเกิดถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 พบว่า ภาวะโภชนาการของเด็ก ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี น้ำหนักเทียบกับอายุมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 7.7 ความสูงเทียบกับอายุ พบภาวะเตี้ยแคระแกร็น ร้อยละ 13.3 น้ำหนักเทียบกับความสูง พบภาวะผอมแห้ง ร้อยละ 7.7 และพบภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 9.2⁽¹⁶⁾ ภาวะโภชนาการของเด็กเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงสุขภาพโดยรวมของเด็ก เมื่อเด็กได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ไม่เจ็บป่วยบ่อยๆ และได้รับการดูแลอย่างดี เด็กจะมีการเจริญเติบโตอย่างสมส่วนและถือว่าได้รับการเลี้ยงดูอย่างดี อาหารและโภชนาการในช่วงวัยทารกและเด็กเล็ก เป็นพื้นฐานสำคัญของการมีสุขภาพและสติปัญญาที่ดีในระยะยาว⁽¹⁷⁾ ดังนั้น ส่วนสูงและน้ำหนักของเด็กปฐมวัยจึงเป็นตัวบ่งชี้ทางอ้อมของสุขภาพ และเป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะสุขภาพโดยรวมของเด็กและเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการพัฒนาเด็กให้เติบโตเต็มศักยภาพ มีสุขภาพดีและมีเขาวนปัญญาที่พร้อมจะเรียนรู้พัฒนาทักษะเพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ดังนั้น ผู้ปกครองที่เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุดควรมีความรู้ความเข้าใจอย่างรอบด้าน ทั้งภาวะโภชนาการและการใช้สื่อดิจิทัลอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลชาติ พันธวรกุล และเมษา นวลศรี⁽¹⁸⁾ เด็กยุคใหม่ต้องก้าวไปอยู่ในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี ซึ่งเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่เด็กจำเป็นต้องมีทักษะที่เกี่ยวข้องกับสื่อเทคโนโลยี ในยุคนี้ไม่ว่าจะเป็นทักษะและความรู้ในการใช้สื่อ ทักษะและความรู้ในการใช้เทคโนโลยี รวมถึงทักษะและความรู้ในการใช้สารสนเทศ เพื่อพัฒนาไปสู่ทักษะในการรู้เท่าทันสื่อในอนาคต

1.3 ระดับความผูกพันทางอารมณ์ของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ด้านการเล่นมีค่าระดับสูงสุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = 0.52) ส่วนด้านการเล่านิทานต่ำสุด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.62$, S.D. = 0.74) ในภาพรวม

อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.42) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความผูกพันทางอารมณ์ของผู้ปกครองด้านการเล่าต่ำกว่าทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ปกครองไม่ได้ส่งเสริมให้เด็กได้เล่าเรื่องราวให้ตนเองได้รับรู้หรือฟัง ไม่มีหนังสือนิทานให้เด็กไว้อ่าน ในครอบครัวจำนวนน้อยมาก ขาดความผูกพันทางอารมณ์ในการส่งเสริมการเรียนรู้ให้แก่เด็ก ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาด้านสติปัญญาของเด็กในลำดับต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมรา อารงทรัพย์ และคณะ⁽¹⁹⁾ ศึกษาผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย ด้วยนวัตกรรมการกิน กอด เล่น เล่า ไปดำเนินการเพื่อเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ในกลุ่มเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี และผู้เลี้ยงดูหลักขยายผลสู่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเลี้ยงดูเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุภติ สงวนพงษ์ และคณะ⁽²⁰⁾ ศึกษาศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยการกิน กอด เล่น เล่า และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีปัญหา 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารของเด็ก 2) การได้รับความอบอุ่นจากผู้ดูแล 3) การเล่น 4) การเล่าเรื่องของเด็ก และ 5) การมีส่วนร่วมในการอบรมเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล ดังนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลเด็กควรมีศักยภาพในการเลี้ยงดูเด็กใน 3 ด้าน คือ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้เหมาะสมตามวัย ดังนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ปกครองควรมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการสร้างความผูกพันทางอารมณ์เพื่อให้เด็กมีการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมในชีวิตประจำวันง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน เช่น การกิน กอด เล่น เล่า อย่างสร้างสรรค์ เป็นต้น

1.4 ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ด้านที่ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.44$, S.D. = 0.59) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยระดับต่ำสุด คือ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า อยู่ในระดับปานกลาง รองมา คือ ด้านอารมณ์ ($\bar{X} = 3.48$, S.D. = 0.57, $\bar{X} = 4.12$, S.D. = 0.45) ตามลำดับ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า มีค่าเฉลี่ยระดับต่ำที่สุด อาจเนื่องจากผู้ปกครองมีการะในการทำหน้าที่หลายอย่างไม่เพียงแต่เลี้ยงดูเด็กเท่านั้น ยังต้องทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้เข้าครอบครัว อาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ปกครองเกิดการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง และมีระดับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย วงศ์พิกุล⁽²¹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองร่วมกับ TEDA4I สำหรับเด็ก 0 - 5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา พบว่า เด็กที่มีอายุระหว่าง 0 - 5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้า มีพัฒนาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดำเนินการภายใต้การประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ข้อมูลข่าวสาร โดยการบรรยายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาการล่าช้าตามแบบประเมิน DSPM ทั้ง 5 ด้าน 2) อารมณ์ผู้ปกครอง ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การเสริมแรงกำลังใจในการดูแลเด็ก 3) เครื่องมือ 4) การประเมินผล ดังนั้น ควรมีการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ปกครองเพื่อความพร้อมทั้งด้านแหล่งประโยชน์และที่สำคัญคือ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าด้านอารมณ์ให้สามารถปรับตัวได้มากขึ้น ควรมีช่องทางให้ผู้ปกครองได้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย การให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการเรียนรู้แก่เด็ก โดยผ่านสื่อต่างๆ หรือกิจกรรมกลุ่ม การสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัว การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา และการเสริมแรงกำลังใจในการดูแลเด็ก เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถเลี้ยงดูเด็กให้เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อสังคมต่อไปได้

1.5 ระดับพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กที่ผู้ปกครองดูแลในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการคิดยืดหยุ่น มีระดับคะแนนสูงสุด ($\bar{X} = 3.53$, S.D. = 0.63) ส่วนด้านการยับยั้งไตร่ตรอง และด้านความจำในการทำงาน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าไม่ต่างกันมาก ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 0.76, $\bar{X} = 3.05$, S.D. = 0.81) ตามลำดับ ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.22$, S.D. = 0.60) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมการเรียนรู้แก่เด็กของผู้ปกครอง ทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด สะท้อนให้เห็นว่าผู้ปกครองยังขาดความรู้ ทักษะในพฤติกรรมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมให้แก่เด็ก จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ปกครองควรมีการจัดประสบการณ์เรียนรู้ให้แก่เด็ก เพื่อช่วยให้เด็กเกิดกระบวนการความคิดระดับสูงของสมองส่วนหน้าที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก และการกระทำการเรียนรู้ทักษะ EF

(Executive Functions) ตามแนวคิดของ Shing et al. ⁽¹²⁾ ประกอบด้วย 3 ด้าน 1) ด้านการยับยั้งไตร่ตรอง 2) ด้านการคิดยืดหยุ่น และ 3) ด้านความจำในการทำงาน ซึ่งเป็นทักษะกลุ่มพื้นฐานการเรียนรู้ของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ วันวิสา ม่วงทอง⁽²²⁾ ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดประสบการณ์ตามแนวทักษะการคิดเพื่อชีวิต ที่สำเร็จเพื่อส่งเสริมความสามารถในการคิดเชิงเหตุผลสำหรับเด็กปฐมวัย พบว่า แนวทางการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้แก่เด็ก ควร มีปัจจัย 5 ปัจจัย คือ 1) ความรู้ของครูผู้สอนที่สำคัญที่สุดเป็นสิ่งแรก เป็นจุดตั้งต้น ครูต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการคิดเพื่อชีวิตที่สำเร็จ 2) กิจกรรมที่มีอยู่ในแผนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ตามแนวทักษะการคิด โดยต้องเป็นไปตามหลักการความรู้ฐานราก การพัฒนามนุษย์ 3 มิติ ได้แก่ (1) ด้านตัวตน (2) พัฒนาการ 4 ด้าน (3) ทักษะสมอง EF 3) เทคนิคการจัดประสบการณ์นั้น ประกอบด้วย คำถาม การยื่นปัญหาให้เด็ก และการบูรณาการกิจกรรมที่มีความท้าทาย ได้ทดลองซึ่งต้องสอดคล้องกับเป้าหมายและจุดประสงค์ 4) การจัดสภาพแวดล้อม และ 5) สัมพันธภาพที่ดีกับเด็ก มีสภาพพร้อมสอนให้เด็กมีทักษะการคิดเพื่อชีวิตที่สำเร็จ

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความผูกพันทางอารมณ์และด้านการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กของผู้ปกครอง จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ภาพรวมปัจจัยด้านความผูกพันทางอารมณ์และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กของผู้ปกครองโดยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .01 และ .05 ตามลำดับ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.156, 0.142 ตามลำดับ สนับสนุนสมมติฐานการศึกษาวิจัยที่ตั้งไว้

2.1 ปัจจัยด้านความผูกพันทางอารมณ์ พบว่า ด้านการเล่า การกอด การกิน และการเล่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.098, 0.108, 0.185, 0.205 ตามลำดับ จากการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การส่งเสริมความผูกพันทางอารมณ์เพื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมให้แก่เด็กทั้งจากการกิน กอด เล่น เล่า นั้น ผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของเด็กมาก ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมความผูกพันทางอารมณ์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการทุกด้าน ให้สอดคล้องอย่างเหมาะสมตามช่วงวัย โดยเฉพาะการเล่า การกอด ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีระดับคะแนนต่ำที่สุด ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมความผูกพันทางอารมณ์ให้แก่เด็ก เช่น การเล่านิทาน เสริมการกอดที่เหมาะสมเป็นการส่งเสริมพัฒนาการในทุกด้านทั้งด้านอารมณ์ สังคม และสติปัญญา สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญพัชร พงษ์ช้างอยู่⁽²³⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยการเล่านิทานต่อความฉลาดทางอารมณ์ และพัฒนาการทางภาษาของเด็กปฐมวัย พบว่า ผู้ปกครองถือเป็นสถาปนิกของครอบครัว เป็นผู้ออกแบบและชี้นำครอบครัว ในการพัฒนาดูแลให้เด็กได้เรียนรู้ตามระยะพัฒนาการ ดังนั้น การจัดกิจกรรมการให้ความรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก โดยให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมและตระหนักว่าเด็กไม่ต้องการเพียงแต่กินอิ่มนอนหลับเท่านั้น แต่ควรได้รับการเลี้ยงดูเพื่อความรักความผูกพันอย่างถูกต้องเหมาะสม เพราะเป็นการสร้างพื้นฐานที่ดีในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ จึงได้มีนโยบายใหม่กิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า กับเด็กในทุกกลุ่มอายุ เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคม⁽⁷⁾

2.2 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และด้านทรัพยากรสิ่งของ/เงินทอง/แรงงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.105, 0.112, 0.123, 0.135, 0.150 ตามลำดับ จากการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านไม่มีความแตกต่างกันมาก ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมเป็นการสนับสนุนจากผู้ปกครองและครอบครัวทั้ง 5 ด้าน ซึ่งเป็นการสร้างการรับรู้ความเอาใจใส่เกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของเด็กของผู้ปกครอง เพื่อตอบสนองความต้องการในการเรียนรู้เด็กในการส่งเสริมการพัฒนาทักษะสมองเพื่อความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กของผู้ปกครอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กัญญ์สิริ จันทรเจริญ และสุกัญญา นัครามนตรี⁽²⁴⁾ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะชีวิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการด้านการเรียนรู้ที่ดี การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กของผู้ปกครอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ผลการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันทางอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครอง ดังนั้น ผู้ปกครองและผู้ที่เกี่ยวข้องควรได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุน เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ให้แก่ผู้ปกครองอย่างต่อเนื่องเหมาะสม นอกจากนี้ควรชี้ให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมการเรียนรู้เด็กในการพัฒนาทักษะสมองเพื่อความสำเร็จ (EF) ให้แก่เด็กอย่างเหมาะสมตามวัย จากการศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กของผู้ปกครองอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ทีมสหสาขาวิชาชีพควรช่วยเหลือ สนับสนุน และชี้แนะให้ผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้ปกครองมีความตระหนักในการส่งเสริมการเรียนรู้เด็กในการพัฒนาทักษะสมองเพื่อความสำเร็จ (EF) ให้แก่เด็กอย่างเหมาะสม เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยและเกิดความพร้อมในการเรียนรู้ในระดับต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สร้างเครือข่ายทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงเรียน ชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้ พฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงบริหารที่เหมาะสมตามวัยเด็ก

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ข้อมูลเด็ก ผู้ปกครอง ปัจจัยด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เชิงบริหารให้แก่เด็กของผู้ปกครอง ในจังหวัดชัยภูมิ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางานด้านการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลเด็ก
2. ส่งข้อมูลการศึกษา เพื่อพัฒนางานด้านการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กในระยะยาวต่อไป ในชั้นประถมศึกษา เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต่อยอดทั้งในกลุ่มเป้าหมายเด็กปฐมวัยเพิ่มเติม หรือศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เพิ่มเติม เพื่อสามารถทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้เชิงบริหารของเด็ก เป็นต้น
2. พัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยเพื่อการส่งเสริมให้เด็กมีการพัฒนาทักษะสมอง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพไทย รักลูกกรุ๊ป. คู่มือพัฒนาทักษะสมอง: EF executive function สำหรับครู ประถมศึกษา. กรุงเทพฯ: มติชน จำกัด (มหาชน); 2561.
2. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพไทย. การเลี้ยงลูกเชิงบวก. กรุงเทพฯ: บริษัท รักลูกกรุ๊ป ฮิวแมน แอนด์ โซเชียล อินโนเวชั่น จำกัด; 2020.
3. Chano J. Executive functions and early childhood development. JOE, MSU. 2019;13(1):7-17. (in Thai)
4. Hughes C, Devine RT. For better or for worse? Positive and negative parental influences on young children's executive function. Child Dev. 2019;90(2):593-609. doi:10.1111/cdev.12915

5. Seamkhumhom D, Chaiyawut P, Wannamwiset S, Thienphuridej T. Promoting to executive function in preschool children. JMND. 2020;7(10):15-31. (in Thai)
6. นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล, นุชนาฏ รักชี่, ปนัดดา ธนเศรษฐกร, อรพินท์ เลิศอัสดาตระกูล. การพัฒนาและหาค่าเกณฑ์มาตรฐานเครื่องมือประเมินการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยประสาทวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
7. ขดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์, คณະ. คู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี ด้วย "กิน กอด เล่น เล่า". นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2559.
8. จันทรธาดา สุขทรัพย์. เติบโตสร้างเด็กไทย ไอคิวดี: การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2564. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2565.
9. ยุภาติ สงวนพงษ์, จารุมาศ จันทกุล. คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยในครอบครัวแห่งกลางด้วยความรักของครอบครัว จังหวัดชัยภูมิ: การวิจัยแบบผสมวิธี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2567;25(1):328-337.
10. Shing YL, Lindenberger U, Diamond A, Li SC, Davidson MC. Memory maintenance and inhibitory control differentiate from early childhood to adolescence. Dev Neuropsychol. 2010;35(6):679-697.
11. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med. 1976;38(5):300-314.
12. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. J Behav Med. 1981;4(4):381-405.
13. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-610.
14. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์; 2566.
15. กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ. รายงานประจำปี สำนักโภชนาการ 2567. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
16. สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย. โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 รายงานผลฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2563.
17. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2558.
18. กุลชาติ พันธวรกุล, เมษา นวลศรี. เด็กปฐมวัยกับการเป็นพลเมืองดิจิทัล: โอกาสหรือความเสี่ยง. วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2562;47(2):1-23.
19. อัมรา อารัมทรัพย์, ผุสดี กุลสุวรรณ, รัตนา ศิวีสาร์. ผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปีที่มีพัฒนาการสมวัยด้วยกิจกรรมกินกอดเล่นเล่าต่อความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูหลักจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2561;14(1):35-41.
20. ยุภาติ สงวนพงษ์, วาสนา แสงทอง, รจนา เมืองแสน, ศิริพร พึ่งเพ็ชร. ศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยการกิน กอด เล่น เล่า และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ณ ตำบลนาเสียว อำเภอมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;9(3):816-833.
21. อรทัย วงศ์พิกุล. ผลของโปรแกรมการประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองร่วมกับ TEDA4I สำหรับเด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9. 2566;2(2):24-38.
22. วันวิสา ม่วงทอง. ศึกษาการพัฒนาแบบการจัดประสบการณ์ตามแนวทักษะการคิดเพื่อชีวิต ที่สำเร็จเพื่อส่งเสริมความสามารถในการคิดเชิงเหตุผลสำหรับเด็กปฐมวัย [Dissertation]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2566.
23. กัญญพัชร พงษ์ช้างอยู่. ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยการเล่านิทานต่อความฉลาดทางอารมณ์ และพัฒนาการทางภาษาของเด็กปฐมวัย [Thesis]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
24. กัญสิริ จันทรเจริญ, สุกันยา นัครามนตรี. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและทักษะชีวิตในหมู่นักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง. JHSS. 2018;14(1):54-66.

ความสัมพันธ์ของต้นทุนชีวิตกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของนักเรียน ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

กิตติยา ฉิมพาลี^{1*} วลลภ ใจดี²

^{1*} นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

²อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การศึกษาต้นทุนชีวิต รวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพมีความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน ซึ่งอาจส่งผลต่อชีวิตและสังคมในระยะยาว การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของต้นทุนชีวิตกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 542 คน ที่สุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Stratified Random Sampling วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนชีวิตด้านพลังตัวตน พลังครอบครัว พลังปัญญา และพลังเพื่อนและกิจกรรมอยู่ในเกณฑ์ดี โดยเฉพาะพลังตัวตน ($\bar{X} = 2.41$, S.D. = 0.53) และพลังเพื่อนและกิจกรรม ($\bar{X} = 2.27$, S.D. = 0.64) ขณะที่พลังชุมชนอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ($\bar{X} = 1.83$, S.D. = 0.92) และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่ในระดับความเสี่ยงน้อย ได้แก่ การใช้สารเสพติด ($\bar{X} = 0.20$, S.D. = 0.38) การขับขีจี้กรยานยนต์ ($\bar{X} = 0.42$, S.D. = 0.52) และการมีเพศสัมพันธ์ ($\bar{X} = 0.27$, S.D. = 0.49) ความสัมพันธ์ของต้นทุนชีวิตกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ พบว่า ต้นทุนชีวิตด้านพลังตัวตน ($\beta = -0.131$, $p < 0.001$) พลังปัญญา ($\beta = -0.145$, $p < 0.001$) พลังเพื่อนและกิจกรรม ($\beta = 0.083$, $p = 0.027$) และพลังชุมชน ($\beta = 0.065$, $p = 0.015$) มีความสัมพันธ์เชิงสถิติที่มีนัยสำคัญกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ขณะเดียวกันการพักอาศัยอยู่กับบิดามารดา มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมเสี่ยง ($\beta = -0.070$, $p = 0.030$) แต่การพักอาศัยอยู่หอคนเดียวมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($\beta = 0.703$, $p < 0.001$) การศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายเพื่อส่งเสริมสุขภาพในนักเรียนต่อไป

คำสำคัญ: ต้นทุนชีวิต/ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ/ พลังตัวตน/ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

*ผู้รับผิดชอบบทความ: กิตติยา ฉิมพาลี, อีเมล: tipkittiya2538, โทร.: 06 2992 4935

Received: 22 เมษายน 2568/ Revised: 14 สิงหาคม 2568/ Accepted: 14 สิงหาคม 2568

Relationship of Life Assets and Health Risk Behaviors of High School Students in Muang District Chonburi Province

Kittiya Chimpalee^{1*} Wanlop Jaidee²

^{1*} Master of Public Health, Faculty of Public Health, Burapha University

² Lecturer, Faculty of Public Health, Burapha University

Abstract

Understanding life capital and various factors that influence health risk behaviors is essential for promoting student health as it can have long-term effects on their lives and on society. This cross-sectional descriptive study aimed to examine the relationship between life capital dimensions and health risk behaviors among high school students in Mueang District, Chonburi. Data were collected from 542 students using stratified random sampling and analyzed using stepwise multiple regression.

The majority of the sample were female (59.04%), in grade 10 (45.20%), enrolled in science-mathematics tracks (76.38%) and lived with both parents (63.28%). Life capital dimensions included personal empowerment ($\bar{X} = 2.41$, S.D. = 0.53), family empowerment ($\bar{X} = 2.26$, S.D. = 0.75), intellectual empowerment ($\bar{X} = 0.12$, S.D. = 0.69), peer and activity empowerment ($\bar{X} = 2.27$, S.D. = 0.64) and community empowerment ($\bar{X} = 1.83$, S.D. = 0.92). Health risk behaviors averaged as follows: substance use ($\bar{X} = 0.20$, S.D. = 0.38), motorcycle riding ($\bar{X} = 0.42$, S.D. = 0.52) and sexual behavior ($\bar{X} = 0.27$, S.D. = 0.49). The analysis revealed significant relationships between health risk behaviors and personal empowerment ($\beta = -0.131$, $p < 0.001$), intellectual empowerment ($\beta = -0.145$, $p < 0.001$), peer and activity empowerment ($\beta = 0.083$, $p = 0.027$), community empowerment ($\beta = 0.065$, $p = 0.015$), living with both parents ($\beta = -0.070$, $p = 0.030$) and living alone in a dormitory ($\beta = 0.703$, $p < 0.001$). No significant relationships were found with family empowerment, education level or sexual risk behaviors. This study highlights the importance of life capital in addressing health risk behaviors in youth.

Keywords: Life capital/ Health risk behaviors/ Empowerment/ High school students

*Corresponding author: Kittiya Chimpalee, email: tipkittiya2538@gmail.com, Tel.: 06 2992 4935

Received: April 22, 2025/ Revised: August 14, 2025/ Accepted: August 14, 2025

บทนำ

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ท่ามกลางสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ปัญหาต่างๆ เช่น อาชญากรรม เศรษฐกิจ และค่านิยมที่เปลี่ยนไปส่งผลต่อพฤติกรรมของเยาวชนทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด และมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม การสำรวจพบว่าอายุเฉลี่ยของการเริ่มสูบบุหรี่และดื่มสุราลดลง และสัดส่วนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ยังคงอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศยังเป็นปัญหาสำคัญ โดยมีอัตราการคลอดในวัยรุ่นสูง ซึ่งสะท้อนถึงการขาดความรู้และการป้องกันที่เพียงพอ

แนวคิดเรื่อง “ทุนชีวิต” ได้รับความสนใจมากขึ้นในฐานะปัจจัยที่ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น ต้นทุนชีวิต เป็นองค์ประกอบที่ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้เด็กและเยาวชน โดยรวมถึงปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และวัฒนธรรม ที่ช่วยให้วัยรุ่นสามารถตัดสินใจและดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม การเสริมสร้างทุนชีวิตต้องอาศัยปัจจัยภายในตัวเด็กเองร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว โรงเรียน และชุมชน หากสามารถพัฒนาทุนชีวิตได้อย่างเหมาะสม จะช่วยลดความเสี่ยงและส่งเสริมการเติบโตของเยาวชนอย่างมีคุณภาพ⁽¹⁾

การศึกษาต้นทุนชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงนั้นได้รับการศึกษาในหลายมิติและหลายกลุ่ม ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นหรือเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ หรือการใช้สารเสพติด ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนชีวิตในหลายมิติ เช่น พลังครอบครัว พลังตัวตน และพลังชุมชน สามารถช่วยลดความเสี่ยงจากพฤติกรรมเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าพลังครอบครัวและพลังตัวตนที่แข็งแกร่งจะช่วยลดความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักเรียนชายชั้นประถมศึกษาตอนปลาย นอกจากนี้ การศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ยังพบว่าการเสริมสร้างต้นทุนชีวิตจะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁾

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การใช้สารเสพติด การขับขี่จักรยานยนต์โดยไม่ปลอดภัย และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ล้วนส่งผลกระทบต่อทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยในระดับบุคคล การใช้สารเสพติดเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิต การขับขี่ไม่ปลอดภัยนำไปสู่อุบัติเหตุที่อาจถึงแก่ชีวิต ขณะที่การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ปลอดภัยสามารถก่อให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและอนาคตของบุคคลโดยตรง ในระดับครอบครัว พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้สร้างความเครียด ความไม่เข้าใจ และภาระในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ เช่น ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หรือรับมือกับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งอาจทำให้โครงสร้างครอบครัวเปลี่ยนไปหรือเกิดความขัดแย้งภายใน ส่วนในระดับสังคม การแพร่ระบาดของโรคติดต่อ อัตราอุบัติเหตุที่สูงขึ้น และจำนวนผู้เสพติดที่เพิ่มขึ้น ล้วนเป็นภาระต่อระบบสาธารณสุขและเศรษฐกิจ ทั้งยังสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตของประชากรในภาพรวม⁽³⁾

ปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างต้นทุนชีวิต ในเยาวชนช่วยสร้างภูมิคุ้มกันจากความเสี่ยงต่าง ๆ โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะในการตัดสินใจที่ดี การมีครอบครัวที่อบอุ่น การมีเพื่อนที่ดี และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ ซึ่งจะช่วยให้เยาวชนสามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงได้ การเสริมสร้างต้นทุนชีวิตนี้มีความสำคัญในเชิงป้องกันมากกว่าการแก้ไขปัญหาหลังเกิดเหตุ⁽⁴⁾

จังหวัดชลบุรีมีลักษณะเฉพาะที่น่าสนใจสำหรับการศึกษาในเรื่องนี้ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจและการย้ายถิ่นฐานของประชากรจากพื้นที่อื่น ส่งผลให้เกิดการผสมผสานของสภาพแวดล้อมที่แตกต่าง ซึ่งสามารถมีผลกระทบต่อพฤติกรรมและต้นทุนชีวิตของเยาวชนได้ นอกจากนี้ ยังมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชน

เช่น การสูบบุหรี่ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการใช้สารเสพติด ซึ่งจะช่วยให้นำปัจจัยไปเป็นแนวทางการเสริมสร้างต้นทุนชีวิตในกลุ่มเยาวชน⁽⁵⁾

ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาทุนชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นในหลายมิติและกลุ่มตัวอย่างต่างๆ มาแล้ว แต่ยังพบว่า มีข้อจำกัดในงานวิจัยที่มีอยู่ โดยเฉพาะในเรื่องของการวิเคราะห์เชิงปริมาณที่ครอบคลุมทุกมิติของทุนชีวิต ซึ่งโดยทั่วไปงานวิจัยที่ผ่านมาเน้นศึกษาบางมิติหรือบางพฤติกรรมเสี่ยงเพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น ยังไม่มีการศึกษาที่เชื่อมโยงและวิเคราะห์ผลกระทบของทุนชีวิตทั้ง 5 มิติ เช่น พลังตัวตน พลังครอบครัว พลังชุมชน และมิติต่างๆ พร้อมกันกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพหลากหลายด้าน เช่น การใช้สารเสพติด การขับขี่จักรยานยนต์โดยไม่ปลอดภัย และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ในรูปแบบการวิเคราะห์แบบ Multiple Linear Regression ที่สามารถแสดงความสัมพันธ์และระดับอิทธิพลของแต่ละมิติได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ ยังขาดการศึกษาที่มุ่งเน้นเฉพาะในบริบทของพื้นที่เมืองเศรษฐกิจใหม่ เช่น อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีลักษณะเฉพาะทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่เกิดจากการย้ายถิ่นฐานของประชากรในจำนวนมาก ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อทุนชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นในพื้นที่ดังกล่าวอย่างแตกต่างจากบริบททั่วไป แต่ยังไม่มียานวิจัยที่รวบรวมข้อมูลเชิงลึกและวิเคราะห์ในพื้นที่เฉพาะนี้โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเติมเต็มช่องว่างนี้จะช่วยให้เข้าใจบริบทและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทุนชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนในพื้นที่เมืองเศรษฐกิจใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่การพัฒนา นโยบายหรือแนวทางการส่งเสริมทุนชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของต้นทุนชีวิตและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study) ในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ประชากรที่ศึกษา คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ที่ยังมีชื่อในระบบโรงเรียนจริง ไม่นับรวมนักเรียนที่ถูกพักการเรียนชั่วคราว หรือลาออก ในการศึกษา 2565 ซึ่งเป็นโรงเรียนสังกัด สพฐ. จำนวน 7 โรงเรียน รวมประชากรทั้งสิ้น 2,283 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ในโรงเรียนอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ปีการศึกษา 2565 ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. สามารถอ่านออก เขียนได้
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย (ให้ความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม)

กลุ่มตัวอย่าง คือ การศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจากนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ทั้งเพศชายและเพศหญิง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 542 คน จากการใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Random Sampling⁽⁶⁾ โดยแบ่งตามโรงเรียน จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย (กรณีทราบขนาดประชากร) ดังนี้

$$\text{จากสูตร } n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

โดยที่ $Z_{\alpha/2}$ = ความเชื่อมั่นที่กำหนด (ค่าคงที่ เท่ากับ 1.96)

σ^2 = ความแปรปรวน (เท่ากับ 0.68) อ้างอิงจากคะแนนเฉลี่ยของต้นทุนชีวิตด้านพลังตัวตน ของกลุ่มที่มีการสูบบุหรี่⁽⁷⁾

d = ค่าความคาดเคลื่อนของการประมาณค่ากำหนด เท่ากับ $0.05^{(6)}$

N = จำนวนประชากร (จำนวนนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 – 6 จังหวัดชลบุรี 2,283 คน)

จากสูตร แทนค่าได้ดังนี้

$$\text{จากสูตร } n = \frac{2,283 (1.96^2) 0.68^2}{0.05^2 (2,283 - 1) + (1.96^2) 0.68^2} = 542$$

ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 542 คน

การสุ่มตัวอย่าง การสุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวนดังกล่าวข้างต้น ด้วยวิธีการสุ่มแบบตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) โดยมีขั้นตอนในการสุ่ม ดังนี้

1. การเลือกโรงเรียนที่เปิดสอนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งมีขนาดแตกต่างกัน แบ่งโดยจำนวนนักเรียนดังนี้ โรงเรียนขนาดใหญ่ มีจำนวนนักเรียนตั้งแต่ 1,500 คนขึ้นไป โรงเรียนขนาดกลางมีจำนวนนักเรียนตั้งแต่ 500-1,499 คน และโรงเรียนขนาดเล็กมีจำนวนนักเรียนตั้งแต่ 1 - 499 คน โดยสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Random Sampling⁽⁶⁾ โดยแบ่งตามโรงเรียน เป็นโรงเรียนขนาดเล็กจำนวน 2 แห่ง ขนาดกลางจำนวน 1 แห่ง ขนาดใหญ่จำนวน 1 แห่ง จะได้ทั้งหมด 4 โรงเรียน
2. เลือกตัวอย่างโดยการแบ่งประชากร แต่ละโรงเรียน เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 กลุ่มที่ 2 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และกลุ่มที่ 3 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6
3. ในแต่ละระดับชั้น จำแนกเป็นสายการศึกษา วิทย-คณิต และศิลป์-ภาษา เลือกแต่ละสายการศึกษาให้มีจำนวนนักเรียนหญิง และชาย เท่าๆ กัน โดยไม่พิจารณาถึงรายชื่อ และเลขที่ ของนักเรียน
4. สุ่มห้องเรียน ในแต่ละสายการศึกษา เช่น สายวิทย-คณิต มี 2 ห้อง ผู้วิจัยจะดำเนินการสุ่ม 1 ห้อง แล้วเก็บข้อมูลของนักเรียนห้องนั้นๆ ทั้งห้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชนิดและลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสำรวจต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทยอายุ 12 - 25 ปี ของแผนงานสุขภาวะเด็กและเยาวชน สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2555⁽⁸⁾ ซึ่งได้มาตรฐานและผ่านการทดลองใช้เรียบร้อยแล้ว⁽⁹⁾ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป แบบให้เลือกตอบ และกรอกข้อมูลตามเป็นจริง จำนวน 5 ข้อ
- ส่วนที่ 2 พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 14 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติด (ข้อ 1 - 5) 2) พฤติกรรมเสี่ยงการขับขี่จักรยานยนต์ (ข้อ 6 - 10) 3) พฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ (ข้อ 11 - 14) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

“ทำเป็นประจำ” หมายถึง	มีการกระทำนั้นเป็นประจำทุกวัน หรือ ≥ 5 วันต่อสัปดาห์
“ทำค่อนข้างบ่อย” หมายถึง	มีการกระทำนั้นบ่อยครั้ง ประมาณ 3-5 วันต่อสัปดาห์
“ทำเป็นบางครั้ง” หมายถึง	มีการกระทำนั้นบางครั้ง ประมาณ 1-2 วันต่อสัปดาห์
“ทำนาน ๆ ครั้ง” หมายถึง	มีการกระทำนั้นนานๆครั้ง น้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์
“ไม่เคยทำเลย” หมายถึง	ไม่เคยมีกระทำนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบ	“ทำเป็นประจำ”	คือ	ได้ 4 คะแนน
ตอบ	“ทำค่อนข้างบ่อย”	คือ	ได้ 3 คะแนน
ตอบ	“ทำเป็นบางครั้ง”	คือ	ได้ 2 คะแนน
ตอบ	“ทำนาน ๆ ครั้ง”	คือ	ได้ 1 คะแนน
ตอบ	“ไม่เคยทำเลย”	คือ	ได้ 0 คะแนน

การแปลผล

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ตอบแบบสอบถาม สามารถแปลผลระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมได้ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ระดับความเสี่ยง
0.00 – 1.49	เสี่ยงน้อย
1.50 – 2.49	เสี่ยงปานกลาง
2.50 – 4.00	เสี่ยงมาก

การใช้ผลการวิเคราะห์

หลังจากได้ค่าเฉลี่ยแล้ว จะนำไปตีความระดับความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละด้าน และค่าเฉลี่ยรวม เพื่ออธิบายสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งนำข้อมูลนี้ไปใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์กับตัวแปรต้น (ต้นทุนชีวิตและปัจจัยส่วนบุคคล) ด้วยสถิติ Pearson’s Product Moment Correlation และ Multiple Linear Regression ตามขั้นตอนในระเบียบวิธีวิจัย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแสดงทัศนคติ/ความคิดเห็น เรื่องต้นทุนชีวิต ซึ่งปรับจากข้อคำถามของ สุริยเดว ทรีปาตี และคณะ⁽¹⁾ มีจำนวนทั้งหมด 48 ข้อ ซึ่งประกอบไปด้วย 5 พลังคือ พลังตัวตน ได้แก่ ข้อ 1 - 15 พลังครอบครัว ได้แก่ ข้อที่ 16 - 23 พลังสร้างปัญญา ได้แก่ ข้อที่ 24 - 34 พลังเพื่อนและกิจกรรม ได้แก่ ข้อที่ 35 - 40 พลังชุมชน ได้แก่ ข้อที่ 41 - 48 ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

“เป็นประจำ”	หมายถึง	มีการกระทำนั้นเป็นประจำทุกวัน
“บ่อยครั้ง”	หมายถึง	มีการกระทำนั้นบ่อยครั้ง
“บางครั้ง”	หมายถึง	มีการกระทำนั้นบางครั้ง
“ไม่เคย”	หมายถึง	ไม่เคยมีการกระทำนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบ	“เป็นประจำ”	คือ	ได้ 3 คะแนน
ตอบ	“บ่อยครั้ง”	คือ	ได้ 2 คะแนน
ตอบ	“บางครั้ง”	คือ	ได้ 1 คะแนน
ตอบ	“ไม่เคย”	คือ	ได้ 0 คะแนน

การแปลผล

ต้นทุนชีวิตรายชื่อที่มีเปอร์เซ็นต์หรือร้อยละการตอบน้อย คือ ต้นทุนชีวิตที่อ่อนแอ และเมื่อวิเคราะห์ต้นทุนชีวิตตามเกณฑ์ระดับเปอร์เซ็นต์ที่กำหนด โดยดูจากข้อที่มีระดับคะแนนน้อยกว่า 60 เปอร์เซ็นต์ เป็นระดับของต้นทุนชีวิตในแต่ละข้อที่ควรเร่งส่งเสริมหรือ สร้างกิจกรรมสร้างสรรค์ สร้างการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้น เพื่อพัฒนาและเสริมสร้างต้นทุนชีวิตข้อนั้น ซึ่งมีเกณฑ์กำหนดไว้ดังนี้

ระดับต้นทุนชีวิต	เปอร์เซ็นต์การตอบรายข้อ (ร้อยละของคะแนน)	ผลการวิเคราะห์
เกณฑ์ค่อนข้างน้อย	น้อยกว่า 60.00	ไม่ผ่านเกณฑ์
เกณฑ์ปานกลาง	ช่วง 60.00 - 69.99	ผ่านเกณฑ์
เกณฑ์ดี	ช่วง 70.00 - 79.99	ผ่านเกณฑ์
เกณฑ์ดีมาก	80.00 ขึ้นไป	ผ่านเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

จากการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการวิจัย (Cronbach's Alpha) ของแบบสำรวจต้นทุนชีวิตสำหรับเด็กและเยาวชนไทย อายุ 12 - 25 ปี โดยแสดงผลลัพธ์ของความเชื่อมั่นในแต่ละด้าน ดังนี้

1. ด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ค่าความเชื่อมั่นสำหรับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพต่างๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การขับขีจี้กรยานยนต์ และการมีเพศสัมพันธ์ อยู่ในช่วง 0.739 - 0.875 ซึ่งแสดงถึงความน่าเชื่อถือได้ในระดับที่ดี โดยค่าที่ใกล้เคียง 1.0 บ่งชี้ถึงความน่าเชื่อถือที่สูง

2. ด้านต้นทุนชีวิต สำหรับต้นทุนชีวิตในแต่ละด้าน ได้แก่ พลังตัวตน พลังครอบครัว พลังปัญญา พลังเพื่อนและกิจกรรม และพลังชุมชน ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 0.832 - 0.961 โดยมีค่าในด้านพลังครอบครัวที่สูงที่สุด (0.961) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือที่ใช้มีความน่าเชื่อถือและมีความคงที่ในการวัดพฤติกรรมและต้นทุนชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ผลค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการวิจัย

ตัวแปร	ค่าความเชื่อมั่น
พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ	
พฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเสพติด	0.875
พฤติกรรมเสี่ยงการขับขีจี้กรยานยนต์	0.810
พฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์	0.739
ต้นทุนชีวิต	
พลังตัวตน	0.881
พลังครอบครัว	0.961
พลังปัญญา	0.926
พลังเพื่อนและกิจกรรม	0.832
พลังชุมชน	0.941

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินการตามแบบแผนการวิจัย โดยกำหนดลักษณะและวิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสำรวจต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทยสำหรับอายุ 12 - 25 ปี จากแผนงานสุขภาวะเด็กและเยาวชน สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว ผู้วิจัยได้เริ่มต้นด้วยการนำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จากนั้นได้นำแบบสอบถามไปใช้กับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2565 และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เมื่อเก็บข้อมูลครบตามจำนวนแล้ว ทำการตรวจสอบแบบสอบถามที่ได้รับคืนว่าถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ และลงรหัสในแบบสอบถามเพื่อความสะดวกในการนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สายการเรียน การอาศัยในครัวเรือน วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแจกแจงความถี่แบบจัดกลุ่ม
2. ข้อมูลต้นทุนชีวิตในแต่ละด้านและภาพรวม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่รายข้อ แสดงค่าจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละค่าเฉลี่ยที่เทียบกับคะแนนเต็ม พร้อมทั้งแปลผลตามระดับต้นทุนชีวิต
3. ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยการคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมแต่ละด้าน และวิเคราะห์รายข้อด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างต้นทุนชีวิตรายด้านกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพแต่ละด้านด้วยสถิติ Pearson's Product Moment Correlation และวิเคราะห์ปัจจัยข้อมูลทั่วไป และปัจจัยด้านต้นทุนชีวิตที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression แบบ stepwise กำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (IRB3-054/2566) โดยผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิ์ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือจากนักเรียนและผู้ปกครอง ข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับ และใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ผู้เข้าร่วมสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ การวิเคราะห์ยึดหลักความยุติธรรม เคารพสิทธิ์และความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนใช้รหัสแทนชื่อ ทั้งนี้ การนำเสนอผลเป็นภาพรวมโดยไม่ระบุตัวบุคคล สำหรับเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองก่อนเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนจำนวน 542 คน โดยเป็นเพศหญิง มีจำนวน 320 คน คิดเป็นร้อยละ 59.04 และเพศชาย มีจำนวน 222 คิดเป็นร้อยละ 40.96 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอายุ 16 ปี มีจำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 39.11 ส่วนมากเรียนอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 มีจำนวน 245 คน คิดเป็นร้อยละ 45.20 ส่วนมากเรียนสายวิทย์ - คณิตมากที่สุด มีจำนวน 414 คน คิดเป็นร้อยละ 76.38 และสายศิลป์ - ภาษา มีจำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 23.62 และส่วนมากอยู่กับบิดาและมารดา มีจำนวน 343 คน คิดเป็นร้อยละ 63.28

ต้นทุนชีวิต

ต้นทุนชีวิตแต่ละด้านในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 542 คน โดยแสดงข้อมูลในหลายๆ ด้าน ได้แก่ พลังตัวตน พลังครอบครัว พลังปัญญา พลังเพื่อนและกิจกรรม และพลังชุมชน โดยในแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) รวมถึงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอยู่ในระดับต่างๆ จากการวิเคราะห์พบว่า พลังตัวตนมีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่ 2.41 (S.D. = 0.53) ซึ่งมีร้อยละ 80.33 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ใน “เกณฑ์ดีมาก” ตามมาด้วยพลังครอบครัวที่มีค่าเฉลี่ย 2.26 (S.D. = 0.75) และพลังเพื่อนและกิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ย 2.27 (S.D. = 0.64) ซึ่งมีการจัดอยู่ใน “เกณฑ์ดี” ในขณะที่พลังปัญญามีค่าเฉลี่ย 2.12 (S.D. = 0.69) จัดอยู่ใน “เกณฑ์ดี” และพลังชุมชนมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดที่ 1.83 (S.D. = 0.92) โดยมีร้อยละเพียง 61.00 ที่อยู่ใน “เกณฑ์ปานกลาง” การวิเคราะห์นี้สะท้อนให้เห็นว่าพลังตัวตน พลังครอบครัว และพลังเพื่อนและกิจกรรมมีการสนับสนุนในระดับดี ส่วนพลังชุมชนยังต้องการการพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมในชุมชนและสร้างความเข้มแข็งให้กับ

สมาชิกในชุมชนมากขึ้น ผลการศึกษาโดยรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยของต้นทุนชีวิตทั้งหมดอยู่ที่ 2.178 (S.D. = 0.71) และมีร้อยละรวม 72.6 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมมีต้นทุนชีวิตโดยรวมอยู่ใน “เกณฑ์ดี” ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนภาพรวมต้นทุนชีวิตรายด้าน (n = 542)

ต้นทุนชีวิต	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ร้อยละ	แปลผล
พลังตัวตน	2.41	0.53	80.33	เกณฑ์ดีมาก
พลังครอบครัว	2.26	0.75	75.33	เกณฑ์ดี
พลังสร้างปัญญา	2.12	0.69	70.67	เกณฑ์ดี
พลังเพื่อนและกิจกรรม	2.27	0.64	75.67	เกณฑ์ดี
พลังชุมชน	1.83	0.92	61.00	เกณฑ์ปานกลาง
ผลรวม	2.178	0.71	72.6	เกณฑ์ดี

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

พฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.20 (S.D. = 0.38) จัดอยู่ใน ระดับความเสี่ยงน้อย โดยข้อความถาม “เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปีนี้หรือไม่” มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด และข้อความถาม “เคยใช้สารเสพติด เช่น กัญชา ยาบ้า ยาไอซ์ หรืออื่นๆ หรือไม่ ในช่วง 1 ปีนี้” มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด

พฤติกรรมเสี่ยงการขับขี่จักรยานยนต์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.42 (S.D. = 0.52) จัดอยู่ใน ระดับความเสี่ยงน้อย โดยข้อความถาม “คุยกับเพื่อนในขณะที่ขับขี่รถจักรยานยนต์” มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด และข้อความถาม “ขับขี่รถจักรยานยนต์ในขณะที่เมาสุราหรือดื่มแอลกอฮอล์” มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด

พฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.27 (S.D. = 0.49) จัดอยู่ใน ระดับความเสี่ยงน้อย โดยข้อความถาม “ตนเองหรือคู่นอนไม่ได้ใช้ยาคุมกำเนิด หรือยาคุมฉุกเฉินหลังมีเพศสัมพันธ์” มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด และข้อความถาม “ท่านมีเพศสัมพันธ์ในสถานที่ที่ไม่เหมาะสม เช่น ห้องน้ำสาธารณะ สวนสาธารณะ เป็นต้น บ่อยเพียงใด” มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด

ความสัมพันธ์ของต้นทุนชีวิตกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

1. ผลการวิเคราะห์ต้นทุนชีวิต และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติด

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรต่างๆ ของตัวแปรแต่ละตัว (การวิเคราะห์แบบ Crude analysis) ที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติด พบว่า ต้นทุนชีวิตด้านพลังตัวตน ต้นทุนชีวิตด้านพลังครอบครัว ต้นทุนชีวิตด้านพลังปัญญา ต้นทุนชีวิตด้านพลังชุมชน สายการเรียนรู้ พักอาศัยอยู่ด้วยกับบิดาและมารดา และพักอาศัยอยู่คนเดียว มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรต่างๆ พบว่า ต้นทุนชีวิตด้านพลังตัวตน ต้นทุนชีวิตด้านพลังปัญญา ต้นทุนชีวิตด้านพลังเพื่อนและกิจกรรม ต้นทุนชีวิตด้านพลังชุมชน สายการเรียนรู้ พักอาศัยอยู่ด้วยกับบิดาและมารดา และพักอาศัยอยู่คนเดียว มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวน $R^2 = .061$ และ adjusted $R^2 = .056$ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ต้นทุนชีวิต และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติด แบบ Crude analysis

ตัวแปร	Crude analysis		
	β	95% CI	p-value
ต้นทุนชีวิตด้านพลังตัวตน	-0.147	(-0.208) to (-0.054)	< 0.001
ต้นทุนชีวิตด้านพลังครอบครัว	-0.095	(-0.136) to (-0.053)	< 0.001
ต้นทุนชีวิตด้านพลังปัญญา	-0.121	(-0.165) to (-0.076)	< 0.001
ต้นทุนชีวิตด้านพลังเพื่อนและกิจกรรม	-0.050	(-0.100) to (-0.001)	0.060
ต้นทุนชีวิตด้านพลังชุมชน	-0.041	(-0.076) to (-0.007)	0.018
ระดับชั้น			
มัธยมศึกษาปีที่ 4	-0.022	(-0.097) to 0.052	0.557
มัธยมศึกษาปีที่ 5	-0.046	(-0.119) to 0.026	0.210
มัธยมศึกษาปีที่ 6	Ref.		
สายการเรียน			
ศิลป์-ภาษา	-0.149	(-0.222) to (-0.075)	< 0.001
วิทย์-คณิต	Ref.		
ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย			
อยู่กับบิดาและมารดา	-0.091	(-0.155) to (-0.026)	0.006
อยู่หอคนเดียว	0.744	0.419 to 1.069	< 0.001
อยู่กับพ่อหรือแม่หรือญาติ	Ref.		

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ต้นทุนชีวิต และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติด แบบ adjusted analysis

ตัวแปร	Adjusted analysis		
	β	95% CI	p-value
ต้นทุนชีวิตด้านพลังตัวตน	-0.131	(-0.208) to (-0.054)	<0.001
ต้นทุนชีวิตด้านพลังปัญญา	-0.145	(-0.217) to 0.073	<0.001
ต้นทุนชีวิตด้านพลังเพื่อนและกิจกรรม	0.083	0.009 to 0.156	0.027
ต้นทุนชีวิตด้านพลังชุมชน	0.065	0.013 to 0.117	0.015
สายการเรียน			
ศิลป์ภาษา	-0.124	(-0.197) to 0.051	<0.001
วิทย์-คณิต	Ref.		
ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย			
อยู่กับบิดาและมารดา	-0.070	(-0.133) to 0.007	0.030
อยู่หอคนเดียว	0.703	0.389 to 1.017	< 0.001
อยู่กับพ่อหรือแม่หรือญาติ	Ref		

2. ผลการวิเคราะห์ต้นทุนชีวิต และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงการขับขี้จิ้งกรายานยนต์

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรต่าง ๆ ของตัวแปรแต่ละตัว (การวิเคราะห์แบบ Crude analysis) ที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงการขับขี้จิ้งกรายานยนต์ พบว่า ต้นทุนชีวิตด้านพลังครอบครัว ด้านพลังชุมชน ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และพักอาศัยอยู่ด้วยกับบิดาและมารดา มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5) และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงการขับขี้จิ้งกรายานยนต์ พบว่า ต้นทุนชีวิตด้านพลังครอบครัว มัธยมศึกษาปีที่ 4 และมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงการขับขี้จิ้งกรายานยนต์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ต้นทุนชีวิต และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงการขับขี้จิ้งกรายานยนต์ Crude analysis

ตัวแปร	Crude analysis		
	β	95% CI	p-value
ต้นทุนชีวิตด้านพลังตัวตน	-0.077	(-0.160) to 0.006	0.068
ต้นทุนชีวิตด้านพลังครอบครัว	-0.113	(-0.170) to (-0.055)	< 0.001
ต้นทุนชีวิตด้านพลังปัญญา	-0.059	(-0.122) to 0.005	0.071
ต้นทุนชีวิตด้านพลังเพื่อนและกิจกรรม	-0.029	(-0.098) to 0.040	0.412
ต้นทุนชีวิตด้านพลังชุมชน	-0.053	(-0.101) to (-0.006)	0.028
ระดับชั้น			
มัธยมศึกษาปีที่ 4	0.240	0.137 to 0.342	< 0.001
มัธยมศึกษาปีที่ 5	0.129	0.031 to 0.228	0.010
มัธยมศึกษาปีที่ 6	Ref.		
สายการเรียนรู้			
ศิลป์-ภาษา	-0.101	(-0.204) to 0.002	0.055
วิทย์-คณิต	Ref.		
ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย			
อยู่กับบิดาและมารดา	-0.135	(-0.226) to (-0.044)	0.004
อยู่หอคนเดียว	0.373	(-0.086) to 0.832	0.111
อยู่กับพ่อหรือแม่หรือญาติ	Ref.		

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ต้นทุนชีวิต และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงการขับขี้จิ้งกรายานยนต์ adjusted analysis

ตัวแปร	Adjusted analysis		
	β	95% CI	p-value
ต้นทุนชีวิตด้านพลังครอบครัว	-0.106	(-0.163) to (-0.049)	< 0.001
ระดับชั้น			
มัธยมศึกษาปีที่ 4	0.230	0.128 to 0.331	< 0.001
มัธยมศึกษาปีที่ 5	0.124	0.026 to 0.221	0.013
มัธยมศึกษาปีที่ 6	Ref		

3. ผลการวิเคราะห์ต้นทุนชีวิต และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติด พบว่า ไม่มีตัวแปรใดที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของพฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ Crude analysis

ตัวแปร	Crude analysis		
	β	95% CI	p-value
ต้นทุนชีวิตด้านพลังตัวตน	-0.001	(-0.080) to 0.078	0.978
ต้นทุนชีวิตด้านพลังครอบครัว	0.033	(-0.022) to 0.088	0.241
ต้นทุนชีวิตด้านพลังปัญญา	-0.014	(-0.074) to 0.047	0.658
ต้นทุนชีวิตด้านพลังเพื่อนและกิจกรรม	0.034	(-0.032) to 0.099	0.314
ต้นทุนชีวิตด้านพลังชุมชน	0.015	(-0.030) to 0.060	0.520
เพศ			
ชาย	-0.057	(-0.142) to 0.027	0.185
หญิง	Ref.		
ระดับชั้น			
มัธยมศึกษาปีที่ 4	0.021	(-0.078) to 0.119	0.680
มัธยมศึกษาปีที่ 5	0.020	(-0.075) to 0.116	0.675
มัธยมศึกษาปีที่ 6	Ref.		
สายการเรียน			
ศิลป์-ภาษา	.068	(-0.030) to 0.166	0.176
วิทย์-คณิต	Ref.		
ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย			
อยู่กับบิดาและมารดา	.064	(-0.023) to 0.151	0.150
อยู่หอคนเดียว	.013	(-0.426) to 0.452	0.953
อยู่กับพ่อหรือแม่หรือญาติ	Ref.		

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Crude analysis เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ พบว่า ทุกตัวแปรทั้งด้าน ต้นทุนชีวิต และ ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่มีตัวแปรใดมีค่า p-value < 0.05 ดังนั้น ไม่มีตัวแปรใดผ่านเกณฑ์การเข้าสู่โมเดลตามวิธี Stepwise Multiple Linear Regression เพื่อทำการวิเคราะห์แบบ Adjusted ผลการวิเคราะห์เบื้องต้น (Crude analysis) ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างตัวแปรอิสระใดๆ กับพฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ($p \geq 0.05$) จึงไม่สามารถสร้างโมเดลปรับร่วม (Adjusted model) ได้ตามหลักเกณฑ์การคัดเลือกตัวแปร และเพื่อป้องกันการเกิด overfitting หรือการตีความผลลัพธ์ที่ไม่ถูกต้อง

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายตามตัวแปรที่ศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนชีวิต

1. ด้านพลังตัวตน ผลการวิจัยพบว่า “พลังเพื่อนและกิจกรรม” มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติด ($\beta = 0.083$, $p = 0.027$) ซึ่งขัดกับแนวโน้มทั่วไปที่ “เพื่อน” มักเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเสี่ยงพฤติกรรมไม่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม คำอธิบายในที่นี้สามารถระบุได้ว่า เพื่อนที่เกี่ยวข้องอาจหมายถึง “เพื่อนกลุ่มบวก” หรือ “กิจกรรมร่วมกับเพื่อน” ที่มีลักษณะสร้างสรรค์ เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมชมรม การทำงานจิตอาสา หรือการเล่นกีฬา ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้มีส่วนช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงและส่งเสริมการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น ทั้งนี้ เพื่อนกลุ่มบวกและกิจกรรมที่มีประโยชน์สามารถช่วยเสริมสร้างพลังในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดได้เป็นอย่างดี การศึกษาค้นคว้าพบว่า ต้นทุนชีวิตด้านพลังตัวตนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 2.41, ร้อยละ 80.33) อยู่ในเกณฑ์ดีมาก สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในตนเองและสามารถจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงได้ดี โดยเฉพาะการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น การใช้สารเสพติด หรือการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ทัดพิชา สุขรัตน์ และ อีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน ที่พบว่าต้นทุนชีวิตด้านพลังตัวตนของนักเรียนอาชีวศึกษาอยู่ในระดับสูงสุด แสดงถึงความสามารถในการจัดการพฤติกรรมเสี่ยง และการมีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจน⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ ศิวพร หาระทา ที่พบว่าต้นทุนชีวิตด้านพลังตัวตนของนักเรียนอาชีวศึกษาบางกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างยังคงเผชิญกับความท้าทายในการจัดการอารมณ์และการตัดสินใจ ซึ่งอาจเกิดจากความกดดันทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน⁽⁷⁾

2. ต้นทุนชีวิตด้านพลังครอบครัว มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 2.26, ร้อยละ = 75.33) สะท้อนถึงบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนการเรียนรู้และการพัฒนาความสัมพันธ์ในครอบครัวอย่างมีคุณภาพ ผลคล้ายคลึงกับการศึกษาของ พรนภา หอมสินธุ์ และคณะ พบว่าต้นทุนชีวิตด้านพลังครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก โดยครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเรียนรู้ของนักเรียน⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ ศิวพร หาระทา ที่พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีปัญหาด้านการสื่อสารและการสร้างความเข้าใจระหว่างสมาชิกในครอบครัว⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการสนับสนุนทางอารมณ์และการเรียนรู้ ในขณะเดียวกัน ผลการศึกษายังไม่พบว่า ต้นทุนชีวิตด้านพลังครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติด ซึ่งขัดกับผลลัพธ์ที่พบในวรรณกรรมส่วนใหญ่ที่มักพบว่า พลังตัวตนและพลังครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ความเป็นไปได้ในกรณีนี้อาจเกิดจากพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านเจตคติ ความเชื่อ หรือสื่อที่ไม่ได้ถูกวัดในการวิจัยนี้ นอกจากนี้ แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยอาจยังไม่สามารถแยกแยะพฤติกรรมเพศที่หลากหลายหรือซับซ้อนของวัยรุ่นได้ จึงทำให้ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า

3. ต้นทุนชีวิตด้านพลังปัญญา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ดี (ค่าเฉลี่ย = 2.12, ร้อยละ = 70.67) แสดงถึงความตั้งใจในการเรียนรู้และความสามารถในการจัดการข้อมูลและปัญหาได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ควรส่งเสริมการเรียนรู้เชิงสร้างสรรค์ เช่น การอ่านหนังสือเพื่อความเพลิดเพลินและพัฒนาทักษะการคิดเชิงระบบ แตกต่างจากการศึกษาของ ศิวพร หาระทา ที่พบว่าต้นทุนชีวิตด้านพลังปัญญาของนักเรียนอาชีวศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง⁽⁷⁾ สะท้อนถึงความแตกต่างด้านบริบทของกลุ่มตัวอย่างและการเข้าถึงทรัพยากรการเรียนรู้ที่ไม่เท่าเทียม อย่างไรก็ตาม แม้บางตัวแปรในการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่า Coef. ที่ได้มีขนาดเล็ก (เช่น $\beta = -0.070$ ถึง -0.131) ซึ่งอาจแสดงให้เห็นว่าอิทธิพลของตัวแปรดังกล่าวมีน้อยในทางปฏิบัติ ดังนั้นแม้ผลการศึกษานี้จะมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขนาดของอิทธิพลที่ได้ยังคงค่อนข้างเล็ก

4. ด้านพลังเพื่อนและกิจกรรม ต้นทุนชีวิตด้านพลังเพื่อนและกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยในเกณฑ์ดี (ค่าเฉลี่ย = 2.27, ร้อยละ = 75.67) โดยเน้นถึงความสำคัญของการมีเพื่อนที่สนับสนุนและการทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ เช่น การเล่นดนตรีและการวาดรูป สอดคล้องกับการศึกษาของ พรนภา หอมสินธุ์ และ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ ที่พบว่า การสนับสนุนจากเพื่อนช่วยลด

พฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่น⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม และแตกต่างจากการศึกษาของ ศิวาพร หาระทา ที่พบว่ากลุ่มวัยรุ่นบางส่วนมีการเข้าร่วมกิจกรรมในระดับต่ำ โดยมองว่ากิจกรรมเหล่านี้ไม่มีผลต่อการพัฒนาตนเอง⁽⁷⁾ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการสร้างความเข้าใจและการประชาสัมพันธ์กิจกรรมที่หลากหลายมากขึ้น

5. ด้านพลังชุมชนมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย = 1.83, ร้อยละ = 61.00) อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาสายสัมพันธ์กับชุมชนและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรนภา หอมสินธุ์ และ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ ที่พบว่าต้นทุนชีวิตด้านพลังชุมชนในกลุ่มวัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹⁾ เช่นกัน ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความแข็งแรงทางด้านพลังตัวตนมากที่สุด ซึ่งเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้พวกเขาสามารถปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกัน ผลการศึกษายังพบว่า “พักอยู่หอคนเดียว” มี Coef. สูงมาก ($\beta = 0.703$) ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญ การพักอยู่ห่างจากครอบครัวอาจทำให้เยาวชนขาดการกำกับดูแลจากผู้ปกครอง ซึ่งสามารถเพิ่มความเสี่ยงในการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้ เช่น การใช้สารเสพติด ดังนั้น การดูแลและการให้คำแนะนำแก่เยาวชนที่ต้องอยู่ห่างจากครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การส่งเสริมการเชื่อมโยงกับกิจกรรมชุมชนและการสร้างเครือข่ายการสนับสนุนจากชุมชน อาจเป็นแนวทางหนึ่งในการลดความเสี่ยงจากการขาดการกำกับดูแลจากครอบครัว

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ จากผลการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงชีพที่จักรยานยนต์มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดเมื่อเทียบกับพฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะประเด็นการพูดคุยกับเพื่อนขณะขับซิ่งจักรยานยนต์ ซึ่งอาจเกิดจากการขาดความตระหนักในความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะขับซิ่ง ในขณะที่พฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติดมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดที่ดีของกลุ่มตัวอย่าง แต่ยังคงพบปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ควรให้ความสำคัญในการป้องกันและลดการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง

พฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ มีค่าเฉลี่ยที่ค่อนข้างต่ำ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการมีเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะประเด็นที่ไม่ได้ใช้ยาคุมกำเนิดหรือยาคุมฉุกเฉินหลังมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญเนื่องจากอาจนำไปสู่การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์หรือการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในขณะที่ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือการมีเพศสัมพันธ์ในสถานที่ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจบ่งชี้ว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ได้มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในสถานที่ที่เสี่ยงหรือไม่ปลอดภัยบ่อยครั้ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ เกษฎาภรณ์ งามบุญช่วย และคณะ งานวิจัยนี้พบว่าเยาวชนที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร มักขาดการใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างถูกต้องและขาดความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกันในแง่ที่ว่าพฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดยังมีค่าเฉลี่ยต่ำ⁽¹¹⁾ ซึ่งแสดงถึงการขาดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันที่เหมาะสมในกลุ่มวัยรุ่น แตกต่างจากผลการศึกษาของ ภูเบศร์ ปานเพชร พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและการเห็นคุณค่าในตนเองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ่งรามคำแหง การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ามีค่าเฉลี่ยต่ำในพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹²⁾ แสดงถึงความจำเป็นในการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศ ซึ่งจะช่วยให้วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น

พฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติด มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับต่ำ ประเด็นที่พบปัญหามากที่สุดคือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา สะท้อนถึงการใช้แอลกอฮอล์ในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง แม้ว่าการใช้สารเสพติดประเภทอื่นๆ เช่น กัญชา ยาบ้า หรือยาไอซ์ จะมีน้อยมากก็ตาม การดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ต้องให้ความสำคัญเนื่องจากอาจนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อามินิลลา หะยิซอ และ รติพร ถึงผิง งานวิจัยนี้พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่อาจนำไปสู่พฤติกรรมการใช้สารเสพติดอื่นๆ เช่น ยาบ้าและกัญชา การศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าการใช้สารเสพติดอื่นๆ อยู่ในระดับต่ำ แต่การดื่มแอลกอฮอล์มีค่าเฉลี่ยสูง⁽¹³⁾ สะท้อนถึงแนวโน้ม

ที่สอดคล้องกันกับงานวิจัยของสุชาติ ศรีวงศ์ ที่มองว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประตูลู่พฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ⁽¹⁴⁾ แม้จะยังไม่ส่งผลให้กลุ่มวัยรุ่นเข้าสู่การใช้สารเสพติดรุนแรง แต่ก็ยังเป็นสิ่งที่ควรระวัง

พฤติกรรมเสี่ยงการขับขี่จักรยานยนต์ เป็นพฤติกรรมที่มีคะแนนสูงที่สุดในพฤติกรรมเสี่ยงทั้งสามด้าน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมักมีพฤติกรรมพุดคุยกับเพื่อนขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ ซึ่งเป็นการกระทำที่เพิ่มความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุทางถนน ประเด็นที่น่าขึ้นมคือการหลีกเลี่ยงการขับขี่ในขณะเมาสุราหรือดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยในการขับขี่และความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น ผลการศึกษารังนี้ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มในการเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงในระดับที่แตกต่างกัน โดยพฤติกรรมเสี่ยงการขับขี่จักรยานยนต์เป็นพฤติกรรมที่ควบคุมได้ดีที่สุดเมื่อเทียบกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านอื่นๆ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดและการมีเพศสัมพันธ์ยังคงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ โดยเฉพาะการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการส่งเสริมการใช้วิธีกาเนิดที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ มัตติกา สมบัติสมบูรณ์ งานวิจัยนี้พบว่า วัยรุ่นที่เข้าใจถึงผลกระทบของการขับขี่ขณะเมาสุรา มักมีแนวโน้มเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวมากขึ้น⁽¹⁵⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการหลีกเลี่ยงการขับขี่ในขณะดื่มแอลกอฮอล์ สะท้อนถึงการมีความรับผิดชอบต่อและตระหนักถึงผลกระทบของพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อภิชาติ บวขม และ ทรงวุฒิ ตรังวัฒนา พบว่า การสร้างจิตสำนึกด้านความปลอดภัยในวัยรุ่น เช่น การไม่ขับขี่ขณะเมาสุรา ช่วยลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มวัยรุ่น⁽¹⁶⁾ ผลการศึกษารังนี้สอดคล้องกันในแง่ที่ว่ากลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่จักรยานยนต์เมื่อมีสติรับรู้ถึงความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการสร้างจิตสำนึกด้านความปลอดภัย

ความสัมพันธ์ของต้นทุนชีวิตกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ของต้นทุนชีวิตกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในประเด็น ต่าง ๆ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ความสัมพันธ์ของต้นทุนชีวิตกับพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติดพบว่าต้นทุนชีวิตหลายด้านมีผลต่อพฤติกรรมการเลี่ยงการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ด้านพลังตัวตน ด้านพลังปัญญา ด้านพลังเพื่อนและกิจกรรม และด้านพลังชุมชน นอกจากนี้ การพักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา รวมถึงการพักอาศัยคนเดียวในหอพักก็มีผลต่อการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางสังคมและสภาพแวดล้อมที่สนับสนุน รวมถึงการมีความเข้มแข็งในตัวตนและการมีเพื่อนกลุ่มดี ช่วยลดโอกาสในการมีพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของ พรณา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ ศึกษาทุนชีวิตกับพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการได้ยินในเขตภาคกลางและภาคตะวันออกของไทย พบว่า ทุนชีวิตด้านพลังตัวตน ด้านพลังสร้างปัญญา ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁾

ความสัมพันธ์ของต้นทุนชีวิตกับพฤติกรรมเสี่ยงการขับขี่จักรยานยนต์ ต้นทุนชีวิตด้านพลังครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเลี่ยงการขับขี่จักรยานยนต์ที่มีความเสี่ยง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของครอบครัวในการสร้างความรับผิดชอบต่อการขับขี่ที่ปลอดภัย นอกจากนี้ ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และมัธยมศึกษาปีที่ 5 ก็มีผลต่อพฤติกรรมการขับขี่จักรยานยนต์ที่ปลอดภัยด้วย อาจเป็นเพราะช่วงอายุนี้นี้เป็นช่วงที่เยาวชนกำลังพัฒนาความเข้าใจในเรื่องความปลอดภัยและความรับผิดชอบต่อการขับขี่ที่มากขึ้น

ความสัมพันธ์ของต้นทุนชีวิตกับพฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ พบว่า ต้นทุนชีวิตและปัจจัยส่วนบุคคลไม่แสดงความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับพฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ กล่าวคือ ไม่มีปัจจัยใดที่มีผลต่อการเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจบ่งชี้ว่าพฤติกรรมด้านนี้ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้รวมอยู่ในการศึกษา เช่น ความเชื่อทางวัฒนธรรมหรือปัจจัยทางจิตใจ

ผลกระทบของต้นทุนชีวิตแต่ละด้านต่อพฤติกรรมเสี่ยง

ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับต้นทุนชีวิตในด้านต่างๆ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในหลายๆ ด้าน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของต้นทุนชีวิตในการลดหรือเสริมสร้างความเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพและการพัฒนาการของเยาวชน ดังนี้

1. ต้นทุนชีวิตด้านพลังตัวตน ผลการศึกษพบว่า ต้นทุนชีวิตด้านพลังตัวตน ซึ่งหมายถึงความมั่นใจในตนเองและความสามารถในการจัดการกับความท้าทายต่างๆ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพโดยเฉพาะการใช้สารเสพติด ($\beta = -0.131, p < 0.001$) ต้นทุนชีวิตด้านพลังตัวตนที่สูงช่วยเสริมสร้างทักษะในการตัดสินใจที่ดีและสามารถปฏิเสธสิ่งยั่วยุในสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยง เช่น การใช้สารเสพติด นอกจากนี้การมีความมั่นใจในตนเองยังช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและการขับขีจึกรยานยนต์ในลักษณะที่เสี่ยง

2. ต้นทุนชีวิตด้านพลังครอบครัว การศึกษาพบว่า พลังครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการใช้สารเสพติดและพฤติกรรมการขับขีจึกรยานยนต์ที่มีความเสี่ยง การสนับสนุนจากครอบครัวช่วยเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และการตัดสินใจที่ถูกต้อง แม้ว่าผลการศึกษาจะพบว่าพลังครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญกับพฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ($\beta = -0.106, p = 0.059$) แต่ก็สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยทางสังคมในระดับครอบครัวมีความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมที่มีความรับผิดชอบและปลอดภัยจากพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

3. ต้นทุนชีวิตด้านพลังปัญญา พลังปัญญาหรือความสามารถในการคิด วิเคราะห์ และการตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมเสี่ยงหลายด้าน เช่น การใช้สารเสพติด ($\beta = -0.145, p < 0.001$) และการขับขีจึกรยานยนต์ที่ไม่ปลอดภัย การมีพลังปัญญาช่วยให้เยาวชนสามารถประเมินและหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เสี่ยง โดยการใช้ข้อมูลและทักษะในการคิดอย่างมีเหตุผลในการตัดสินใจ การส่งเสริมการเรียนรู้เชิงสร้างสรรค์จึงเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างพลังปัญญาให้เยาวชน

4. ต้นทุนชีวิตด้านพลังเพื่อนและกิจกรรม ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ต้นทุนชีวิตด้านพลังเพื่อนและกิจกรรม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงบางด้าน เช่น การใช้สารเสพติด ซึ่งอาจมาจากการสนับสนุนจากเพื่อนกลุ่มบวกและการเข้าร่วมกิจกรรมที่มีประโยชน์ เช่น การเล่นกีฬา การทำงานจิตอาสา และการเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ ($\beta = 0.083, p = 0.027$) การมีเพื่อนกลุ่มบวกที่มีความสนใจในกิจกรรมที่สร้างสรรค์และมีความรับผิดชอบสามารถช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงอย่างการใช้สารเสพติดได้ การศึกษาในด้านนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่า การสร้างกลุ่มเพื่อนที่มีความรู้สึกเป็นเจ้าของและสนับสนุนกันสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดและส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่มีประโยชน์ในชุมชนและโรงเรียนเช่น การทำงานจิตอาสาและการเข้าร่วมกิจกรรมกีฬาเป็นการเสริมสร้างทักษะชีวิตและพัฒนาความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ซึ่งนอกจากจะช่วยสร้างมิตรภาพที่ดีกับเพื่อนในกลุ่มแล้วยังช่วยเสริมสร้างพลังในด้านการจัดการกับอารมณ์และการตัดสินใจที่ดีขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมเหล่านี้ยังช่วยเพิ่มความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งสามารถช่วยป้องกันการตกอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงหรือการถูกชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากกลุ่มเพื่อนที่ไม่เหมาะสม

5. ต้นทุนชีวิตด้านพลังชุมชน ต้นทุนชีวิตด้านพลังชุมชนมีผลสำคัญต่อการพัฒนาความรับผิดชอบต่อทางสังคมและการลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนช่วยเสริมสร้างความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้ยังช่วยให้เยาวชนรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ใหญ่ขึ้น ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงจากการตกอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่อาจก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงได้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนยังสามารถเสริมสร้างพลังในการจัดการกับ

ความเครียดและแรงกดดันจากปัจจัยภายนอก ผลการศึกษาพบว่า พลังชุมชนในกลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 1.83, ร้อยละ = 61.00) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาการเชื่อมโยงระหว่างเยาวชนกับชุมชน การพัฒนาความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งกับชุมชนสามารถช่วยเสริมสร้างความรับผิดชอบและสนับสนุนการตัดสินใจที่ดีในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือการขับขี่ยานยนต์อย่างไม่ปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่าพลังชุมชนมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการพัฒนาความสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ดังนั้นควรมีการจัดโครงการสร้างผู้นำเยาวชนในระดับหมู่บ้านหรือเทศบาล เพื่อส่งเสริมการมีบทบาทในกิจกรรมชุมชน และเสริมสร้างความรู้สึกรับผิดชอบเป็นเจ้าของชุมชน นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในสังคม เช่น โครงการจิตอาสาและกิจกรรมเพื่อสังคม โดยเฉพาะกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างการตระหนักรู้ในปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน ขณะเดียวกัน ผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จึงควรจัดโครงการหรือการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างความตระหนักในปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากพฤติกรรมดังกล่าว โดยการนำเสนอข้อมูลและการให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญจะช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถรับมือกับความท้าทายเหล่านี้ได้ดีขึ้น แม้ว่าผู้เข้าร่วมจะมีความสามารถในการจัดการตนเองได้ดี แต่ยังคงขาดการวางแผนชีวิตที่ชัดเจน ดังนั้น ควรสนับสนุนการให้คำปรึกษาชีวิต โดยการส่งเสริมการตั้งเป้าหมายชีวิตในระยะยาว เช่น การวางแผนการศึกษาหรืออาชีพ เพื่อช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถสร้างทิศทางชีวิตที่มีความชัดเจนและสามารถวางแผนไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ในส่วนของพลังครอบครัว ผลการวิจัยพบว่าผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการเรียนรู้ จึงควรส่งเสริมการพูดคุยและสื่อสารในครอบครัวอย่างเปิดเผยและสบายใจมากขึ้น เช่น การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว และการส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ของลูกผ่านกิจกรรมที่สร้างสรรค์ เช่น การอ่านหนังสือร่วมกันหรือการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจระหว่างสมาชิกในครอบครัว

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับโรงเรียน หรือสถานศึกษา จากผลการศึกษาที่พบว่า “ระดับชั้น ม.4 และ ม.5” มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง จึงควรมีการออกแบบกิจกรรมที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมทักษะชีวิตในระดับชั้น ม.4 - ม.5 โดยเฉพาะในเรื่องทักษะการตัดสินใจ การตั้งเป้าหมายชีวิต และการปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อช่วยป้องกันพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้นก่อนถึงวัยบรรลุนิติภาวะ การจัดกิจกรรมเฉพาะกลุ่มตามช่วงชั้นจะเป็นการตอบสนองต่อความต้องการและบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละกลุ่มวัย ซึ่งช่วยเสริมสร้างความตระหนักรู้และการตัดสินใจที่ดีในสถานการณ์ต่างๆ โดยกิจกรรมเหล่านี้ควรมีความหลากหลาย เช่น การฝึกทักษะการสื่อสาร การแก้ปัญหาด้วยตัวเอง การสร้างแรงจูงใจในการตั้งเป้าหมาย รวมถึงการทำกิจกรรมกลุ่มที่กระตุ้นการตัดสินใจและการร่วมมือในเชิงบวก ซึ่งจะพัฒนาทักษะชีวิตที่สำคัญในการจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงในระดับวัยรุ่นและป้องกันการเกิดพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายขอบเขตการศึกษาผ่านการรวมกลุ่มตัวอย่างจากชุมชนที่หลากหลายทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสามารถเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในบริบทที่แตกต่างกัน โดยอาจใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ เช่น การใช้ Focus group กับนักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อสำรวจปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเหล่านั้น นอกจากนี้ ควรใช้แบบสอบถามที่เก็บข้อมูลเกี่ยวกับแรงจูงใจ แรงกดดันทางสังคม หรือความเชื่อทางเพศ เพื่อค้นหาปัจจัยที่ไม่สามารถวัดได้จากการศึกษาปริมาณ เช่น ความเชื่อทางวัฒนธรรม หรือปัจจัยทางจิตใจที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว การใช้การศึกษาผสมผสาน (Mixed methods) ที่รวมทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จะช่วยให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงและต้นทุนชีวิต รวมถึงการทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น อีกทั้งยังควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเสี่ยงและต้นทุนชีวิตในช่วงเวลานาน ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงผลของการแทรกแซงหรือการสนับสนุนในแต่ละด้านต่อพฤติกรรมเสี่ยงของผู้เข้าร่วมได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.เอมอัชมา วัฒนบุรณนัท และ รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวนีย์ ทองนพคุณ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ตลอดการทำวิจัย ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุริยเดว ทรีปาตี ที่เอื้อเฟื้อเครื่องมือวิจัย เอกสาร และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ รวมถึง รองศาสตราจารย์ ดร.พัทธนา ใจดี นางสาวเอี่ยมพร รักจรรยาบรรณ และนายณรงค์ศักดิ์ ทองธรรมชาติ ที่ให้คำแนะนำด้านการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการครูอาจารย์ และนักเรียน ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณ ครอบครัว เพื่อน และทุกท่าน ที่คอยให้กำลังใจและการสนับสนุนเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

1. พรนภา หอมสิน, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะเริ่มแรกของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา. พยาบาลสาร. 2566;50(4):158-69.
2. สุริรัตน์ เวียงกมล, พรนภา หอมสิน, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศ. ต้นทุนชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ระยะแรกของนักเรียนชาย ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดกาฬสินธุ์. J Public Health Nurs. 2560;31(2):89-108.
3. รัศมี สังข์ทอง, ดาริกา ไสงาม. เยาวชนไทยใครมีปัญหา. สงขลา: แผนงานภาคีวิชาการสารเสพติด (ภวส.), หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
4. วรลักษณ์ หิมะกลัศ, สุริยเดว ทรีปาตี. ทุนชีวิตของเด็กและเยาวชนไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.); 2564.
5. พิงพิศ ลักษณะลิขิตกุล. ความคิดเห็นของประชาชนในท้องถิ่นต่อการส่งเสริมการท่องเที่ยวบริเวณชายหาดบางแสน. ปัญหาพิเศษ. ชลบุรี: วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554.
6. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
7. ศิวาพร หาระทา. ต้นทุนชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงต่อความรุนแรงในวัยรุ่น กลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดสถาบันอาชีวศึกษากรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
8. สุริยเดว ทรีปาตี. ต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: ไม่ระบุสำนักพิมพ์; 2555.
9. พรณพิมล หล่อตระกูล, คณะ. รายงานวิจัยเครื่องมือสำรวจต้นทุนชีวิตเด็กวัยเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 1. ดินแดง: สถาบันราชานุกูล; 2552.
10. ทัดพิชา สุขรัตน์, อธิพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน. ต้นทุนชีวิต การพัฒนาตนเอง ทักษะทางสังคม และวุฒิภาวะทางอาชีพของนักเรียนอาชีวศึกษา วิทยาลัยเทคนิคศรีสะเกษ. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์. 2562;8(1):165-77.
11. เจษฎาภรณ์ งามบุญช่วย, ชารีฟ นาคสุข, จิตพิงษ์ ยิ่งยง, สุปิยา จันทรมณี, ปริญญ์ พุทธวงศ์. ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในพื้นที่ 3 จังหวัดและกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ปี 2566. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2566;54(45):699-708.
12. ภูเบศร์ ปานเพ็ชร. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและการเห็นคุณค่าในตนเองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้งรามคำแหง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
13. อามีนีลา หะยีซอ, รติพร ถึงฝั่ง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. J Soc Dev Manag Strategy. 2566;25(2):29-49.
14. สุชาติ ศรียงค์. การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติด. มปป.; 2561.

15. มัตติกา สมบัติสมบูรณ์. การศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ กรณีศึกษาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสารชุมชนวิจัยและพัฒนาสังคม. 2567;17(3):28-42.
16. อภิชาติ บวบชม, ทรงวุฒิ ตรังวัฒนา. ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการบังคับใช้กฎหมายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดื่มไม่ขับของวัยรุ่นภาคเหนือ. วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม. 2566;7(11):283-93.

ความชุกของค่าสายตาผิดปกติ ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

โกสินทร์ มหรณพกุล*

*นายแพทย์ชำนาญการ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา

บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพตามีความสำคัญทั้งในระดับประเทศและทั่วโลก เด็กนักเรียนส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองสายตาผิดปกติ หากขาดการสังเกตจากผู้ปกครองหรือการตรวจวัดระดับสายตา จะทำให้การวินิจฉัยและการตรวจรักษาล่าช้าอาจส่งผลต่อปัญหาการมองเห็น สายตาผิดปกติที่ไม่ได้รับการแก้ไขในเด็ก โดยเฉพาะในวัยเรียนจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้ หากไม่ได้รับการแก้ไขจะเสี่ยงต่อภาวะตาขี้เกียจ ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการทางสายตาว่างถาวร ประเทศไทยยังมีการศึกษาน้อยเกี่ยวกับเรื่องสายตาในเด็กนักเรียน ข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของภาวะสายตาผิดปกติของนักเรียนในพื้นที่อำเภอปากช่องยังมีอยู่อย่างจำกัด และยังไม่เคยมีการรวบรวมอย่างเป็นระบบมาก่อน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของค่าสายตาผิดปกติในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ประชากรคือนักเรียนชั้น ป.1 ทุกคน ในโรงเรียนพื้นที่อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยใช้ข้อมูลจากโครงการเด็กไทยสายตาดี ปี 2567 ระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567 - ตุลาคม พ.ศ. 2567 ฐานข้อมูลโปรแกรม Vision2020 และเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลปากช่องนานา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน

ผลการศึกษาพบว่าจำนวนเด็กนักเรียนชั้น ป.1 ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง จำนวน 2,264 คน พบความผิดปกติของระดับค่าสายตาตัดที่ค่าสายตา VA < 20/30 จำนวน 161 คน (ร้อยละ 7.11) เด็กนักเรียนที่ได้รับการตรวจยืนยันค่าสายตากับจักษุแพทย์ จำนวน 122 คน (ร้อยละ 5.39) เด็กนักเรียนที่ระดับสายตาที่มีความผิดปกติจริง จำนวน 99 (ร้อยละ 4.37) ความชุกของภาวะสายตาผิดปกติในเด็กนักเรียนชั้น ป.1 คือร้อยละ 4.37 โดยปัญหาทางสายตาที่พบมากที่สุดคือ ภาวะสายตาเอียง (Astigmatism) และภาวะสายตาสั้น (Myopia) การตรวจคัดกรองสายตาเชิงรุกจะเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพของเด็กนักเรียน

คำสำคัญ: สายตาเด็กนักเรียน/ ตรวจคัดกรองสายตา/ สายตาผิดปกติ

Prevalence of Refractive Errors in Primary School Children, Grade 1, Pak Chong District, Nakhon Ratchasima Province

Kosin Mahannopkul*

*Medical Doctor, Professional Level, Family physician, Department of Social Medicine,
Pakchongnana Hospital, Nakhon Ratchasima Province

Abstract

Eye health issues are important both nationally and globally. Most school children are unaware that they have abnormal vision. If parents do not observe or measure their vision, the diagnosis and treatment may be delayed, which may result in vision problems. Uncorrected refractive errors in children, especially in school age, can affect their ability to learn. Uncorrected refractive errors can lead to amblyopia, which can lead to permanent vision impairment. There are still few studies on vision in school children in Thailand. However, data on the prevalence of refractive errors in students in Pak Chong District are limited and have never been systematically collected. This research aimed to study the prevalence of abnormal vision in first grade primary school children in Pak Chong District, Nakhon Ratchasima Province. The population is all first grade students in schools in Pak Chong District, Nakhon Ratchasima Province. This was a descriptive study using data from the Thai Children with Good Eyesight Project 2024 between May 2024 - October 2024, Vision2020 program database and outpatient medical records of Pakchong Nana Hospital. Data were analyzed using statistics, percentage, mean, median.

The study results found that out of 2,264 students who were screened, 161 (7.11%) had abnormalities in the level of vision correction at VA < 20/30. There were 122 students (5.39%) who had their vision confirmed by an ophthalmologist. There were 99 students (4.37%) who had refractive errors. The prevalence of refractive errors in first grade students was 4.37 percent, with the most common refractive errors being astigmatism and myopia. Active vision screening increases access to health services for school children.

Keywords: School children's vision/ Vision screening/ Refractive error

*Corresponding author: Kosin Mahannopkul, email: neoksm7@gmail.com, Tel.: 08 9763 8339

Received: June 11, 2025/ Revised: July 25, 2025/ Accepted: August 14, 2025

บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรที่สำคัญของประเทศ การเรียนรู้ทางการมองเห็น เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ พัฒนาการ เด็กอายุ 3 - 12 ปีหรือเด็กวัยเรียนเป็นช่วงอายุสำคัญของการใช้สายตา มีการเรียนรู้สิ่งต่างๆผ่านมองเห็นมากขึ้น เด็กมีการใช้สายตาเพิ่มขึ้นในทุกกิจกรรม พฤติกรรมการใช้สายตาที่ไม่ถูกต้อง เป็นเหตุให้เกิดโรคทางสายตาเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว สายตาสั้นผิดปกติที่ไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้ รวมไปถึงบุคลิกภาพของเด็ก ปัญหาทางสายตาที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและการแก้ไขอาจนำไปสู่ภาวะตาขี้เกียจหรือความพิการทางการมองเห็นถาวร⁽¹⁾

สายตาสั้นผิดปกติ (Refractive Error)⁽²⁾ หมายถึงความผิดปกติที่เกิดจากแสงที่ตกกระทบผ่านกระจกตา และแก้วตา โดยการรวมแสงไม่พอดีกับความยาวของลูกตา ทำให้แสงที่ตกกระทบไม่โฟกัสที่จอประสาทตาจึงมองเห็นภาพ หรือวัตถุไม่ชัดเจน ลักษณะของสายตาสั้นผิดปกติ ได้แก่ 1) สายตาสั้น (myopia หรือ nearsightedness) เกิดจากแสงจากวัตถุที่ทำให้โฟกัสภาพชัดตกหน้าจอประสาทตา สาเหตุเกิดจากลูกตาวัดความยาวมากเกินไป หรือกำลังโฟกัสของลูกตาจากกระจกตาและเลนส์มากเกินไป ทำให้มีอาการมองเห็นระยะใกล้ชัด แต่ระยะไกลจะยังชัด การแก้ไขสายตาสั้นทำได้โดยใช้แว่นเลนส์เว้าหรือเลนส์ลบ (minus lens) เพื่อเลื่อนตำแหน่งโฟกัสภาพชัดออกไปตกบนจอประสาทตา 2) สายตายาว (hyperopia หรือ farsightedness) เกิดจากแสงจากวัตถุที่ทำให้โฟกัสภาพชัดตกหลังจอประสาทตา สาเหตุเกิดจากลูกตาวัดความยาวสั้นเกินไป หรือกำลังโฟกัสของลูกตาจากกระจกตาและเลนส์น้อยเกินไป ทำให้มีอาการมองเห็นระยะไกลและระยะใกล้ไม่ชัด การแก้ไขสายตายาวทำได้โดยใช้แว่นเลนส์นูนหรือเลนส์บวก (plus lens) เพื่อเลื่อนตำแหน่งโฟกัสภาพชัดขึ้นมากับจอประสาทตา 3) สายตาเอียง (astigmatism) เกิดจากแสงจากวัตถุที่ทำให้มองเห็นภาพชัดตกบนจอประสาทตาที่ระยะโฟกัสไม่เท่ากัน สาเหตุเกิดจากความโค้งของกระจกตาในแนวตั้งและแนวนอนมีค่าต่างกันมาก ทำให้กำลังโฟกัสของกระจกตาในแนวตั้งและแนวนอนมีค่าต่างกันตามไปด้วย ภาพที่ชัดจึงตกบนจอประสาทตาคณะตำแหน่งกัน สายตาเอียงมักพบร่วมกับสายตาสั้นหรือสายตายาว ทำให้มีอาการมองเห็นระยะไกลและระยะใกล้ไม่ชัด ในเด็กบางรายอาจมีการเอียงหน้าหรือศีรษะเพื่อช่วยให้มองเห็นชัดขึ้น การแก้ไขสายตาเอียงทำได้โดยใช้แว่นเลนส์ที่เป็น ทรงกระบอก (cylindrical lens) หรือเรียกง่ายๆ ว่า เลนส์กากบกล้วย เพื่อเลื่อนตำแหน่งโฟกัสภาพในแนวตั้งและแนวนอนให้ตกบนจอประสาทตาที่ตำแหน่งเดียวกัน

ภาวะผิดปกติทางสายตาเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในเด็กวัยเรียน ประเมินการว่ามีเด็ก 19 ล้านคนทั่วโลกที่มีความบกพร่องทางสายตา โดยเด็กจำนวน 1.4 ล้านคนตาบอด และเด็กจำนวน 17.5 ล้านคนมีสายตาเลือนราง⁽³⁾ ความผิดปกติทางสายตาเพิ่มสูงขึ้น ประเทศในแถบทวีปเอเชียพบอัตราความชุกของสายตาสั้นเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น ไต้หวันความชุกของเด็กช่วงอายุ 7 ปี มีภาวะสายตาสั้นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.8 ในปี ค.ศ. 1983 เป็นร้อยละ 21 ในปี ค.ศ. 2000⁽⁴⁾ ในประเทศไทยพบความชุกเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกับในรายงานของต่างประเทศ การสำรวจกลุ่มนักเรียนประถม โดยกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2546 - 2547 พบอัตราความชุกของภาวะสายตาสั้นผิดปกติสูงร้อยละ 6.5⁽⁵⁾ การศึกษาโครงการตรวจตาเด็กเพื่ออนาคตไทย ในปี 2554 พบว่า เด็กไทยร้อยละ 10⁽⁶⁾ มีความผิดปกติทางด้านสายตา ซึ่งร้อยละ 4 ของเด็กกลุ่มนี้สามารถกลับมาใช้สายตาได้ดีเมื่อได้รับการตรวจและใส่แว่นตา ข้อมูลระหว่างปี 2552 - 2554 พบว่ากลุ่มเด็กวัยเรียนอายุระหว่าง 6 - 12 ปี ในกรุงเทพมหานครมีความชุกภาวะสายตาสั้นผิดปกติร้อยละ 13⁽⁶⁾ ในขณะที่ทางภาคอีสานพบเด็กนักเรียนที่มีความผิดปกติทางตาต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ จากการสำรวจอำเภอประสาท จังหวัดสุรินทร์ ในปี 2559 พบเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีภาวะสายตาสั้นผิดปกติร้อยละ 0.8 และพบเด็กที่มีภาวะตาขี้เกียจร้อยละ 0.1⁽⁷⁾ โครงการเด็กไทยสายตาดี จังหวัดขอนแก่น ปี 2560 ได้เก็บข้อมูลเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั้งจังหวัด พบเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 สายตาสั้นผิดปกติร้อยละ 0.46⁽⁸⁾

โครงการเด็กไทยสายตาดีในอำเภอปากช่อง ปี 2567 ได้ประสานความร่วมมือจาก โรงพยาบาลปากช่องนานา สาธารณสุขอำเภอ หน่วยบริการสุขภาพปทุมภูมิ และโรงเรียนประถมศึกษาในพื้นที่อำเภอปากช่อง ออกบริการตรวจคัดกรอง

สายตาดูเด็กนักเรียนชั้น ป.1 ทุกคน ซึ่งเป็นการตรวจคัดกรองสายตาดูเด็กนักเรียนจากเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 19 แห่งและคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 4 แห่ง ออกตรวจคัดกรองสายตาดูเด็กนักเรียนโรงเรียนประถมศึกษาในพื้นที่การดูแล การตรวจคัดกรองในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพประชาชน เนื่องจากเป็นด่านแรกที่สามารถค้นหาและแก้ไขปัญหาสุขภาพเบื้องต้น รวมถึงป้องกันการเกิดโรคที่ซับซ้อนในระยะยาวได้ การตรวจคัดกรองสายตาดูเด็กนักเรียนทำให้เด็กนักเรียนได้รับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้รับการตรวจคัดกรองสายตาอย่างครอบคลุมทุกคน หากตรวจคัดกรองพบว่ามีสายตาผิดปกติจะประสานส่งตัวพบจักษุแพทย์ โรงพยาบาลปากช่องนานา อย่างไรก็ตามข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของภาวะสายตาผิดปกติของนักเรียนในพื้นที่อำเภอปากช่องยังมีอยู่อย่างจำกัด และยังไม่เคยมีการรวบรวมอย่างเป็นระบบมาก่อน

ผู้วิจัยจึงสนใจการทำวิจัยความชุกของเด็กที่มีภาวะสายตาผิดปกติและศึกษาว่าเด็กที่มีปัญหาสายตาผิดปกติได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม และสามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์มากน้อยเพียงใด เพื่อเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในอำเภอปากช่อง จะได้รับการตรวจคัดกรองสายตาที่ครอบคลุมเพื่อหาสาเหตุ ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ป้องกันภาวะตาบอดและตาเลือนราง และนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกของค่าสายตาผิดปกติ ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

คำถามการวิจัย

ความชุกของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่มีภาวะสายตาผิดปกติ ในอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เป็นเท่าไร

ขอบเขตการวิจัย

ดำเนินการศึกษา อัตราความชุกของค่าสายตาผิดปกติ ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทุกคนจำนวน 2,264 คน โรงเรียนประถมศึกษาที่ตั้งอยู่ในอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ข้อมูลจากการตรวจคัดกรองสายตาดูเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โครงการเด็กไทยสายตาดี ปี 2567 ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง เดือนตุลาคม 2567 ฐานข้อมูลแผนกจักษุ ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลปากช่องนานา ระยะเวลาดำเนินการ พฤศจิกายน 2567 ถึง มีนาคม 2568

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางแบบ (Descriptive cross-sectional study) ฐานข้อมูลโครงการเด็กไทยสายตาดี ปี 2567 อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ฐานข้อมูลโปรแกรม vision2020 ฐานข้อมูลแผนกจักษุ, จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปากช่องนานา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทุกคน จำนวน 2,264 คน ในโรงเรียนพื้นที่อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้รับการตรวจคัดกรองสายตา ในปี 2567 ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2567 - 31 ตุลาคม 2567

เกณฑ์คัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนพื้นที่อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้รับการตรวจคัดกรองสายตา ในปี 2567

เกณฑ์คัดเลือกราย (Exclusion criteria)

เด็กนักเรียนที่มีโรคทางตาอื่นๆ ซึ่งส่งผลต่อระดับการมองเห็นที่ได้รับการวินิจฉัยและมีการนัดติดตามจากจักษุแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลเด็กนักเรียนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ และเติมคำจำนวน 5 ข้อ เกี่ยวกับ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวโรคพยาบาล เพศ โรงเรียน อายุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพดวงตา ประกอบด้วยคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบและเติมคำจำนวน 6 ข้อ เกี่ยวกับ ระดับสายตาจากการตรวจคัดกรอง วันที่ตรวจคัดกรองสายตา วันที่ตรวจยืนยันจากจักษุแพทย์ ค่าระดับสายตาจากการตรวจของจักษุแพทย์ การวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ วันที่ได้รับแว่นตา โดยวิธีการวัดระดับสายตาจากการตรวจคัดกรองอ้างอิงจากคู่มือการตรวจคัดกรองระดับการเห็นในเด็กระดับชั้นอนุบาลและชั้นประถมศึกษา⁽¹¹⁾

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ประสานขอข้อมูลการตรวจคัดกรองสายตาศูนย์นักเรียนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผ่านสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากช่อง ซึ่งเป็นหน่วยงานกลางในการรวบรวมข้อมูลจาก รพ.สต. ในพื้นที่
2. ประสานขอข้อมูลการตรวจคัดกรองสายตาเด็กนักเรียนจากคลินิกหมอบรรพสุชาห์ ทั้ง 4 แห่งในอำเภอปากช่อง
3. ตรวจสอบข้อมูลการตรวจคัดกรองสายตาของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ซึ่งดำเนินการโดยทีมหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงเรียนพื้นที่รับผิดชอบ
4. ตรวจสอบข้อมูลการตรวจคัดกรองสายตาศูนย์นักเรียน จากโปรแกรม Vision 2020 Thailand
5. ประสานขอข้อมูลนักเรียนที่ถูกส่งตรวจยืนยันภาวะสายตาผิดปกติจากแผนกจักษุ โรงพยาบาลปากช่องนานา
6. ตรวจสอบ รายชื่อนักเรียนที่พบความผิดปกติทางตาที่ถูกส่งมาตรวจยืนยันแผนกจักษุ โรงพยาบาลปากช่องนานา
7. ตรวจสอบแบบบันทึกเด็กนักเรียนที่มีปัญหาสายตาของแผนกจักษุ โรงพยาบาลปากช่องนานา
8. ตรวจสอบข้อมูลรายละเอียดของเด็กนักเรียนที่มีปัญหาสายตา จากเวชระเบียน โรงพยาบาลปากช่องนานา
9. บันทึกข้อมูลเด็กนักเรียนที่มีความผิดปกติทางตา โดยบันทึกเป็นรหัสที่ไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้ โดยผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้น
10. ตรวจสอบข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์

แผนภูมิที่ 1 แสดงแผนการเก็บข้อมูล



การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้ถูกประมวลผลด้วยโปรแกรม Microsoft Excel โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าฐานนิยม สำหรับแสดงลักษณะทั่วไปของนักเรียนและประเภทของภาวะสายตาผิดปกติ

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลปากช่องนานา เอกสารรับรองโครงการวิจัยแบบยกเว้น เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2567 ใบรับรองเลขที่ ECPC2567009

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาการตรวจคัดกรองสายต่านักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2567 ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2567 – 31 ตุลาคม พ.ศ.2567 จากโรงเรียนประถมศึกษาในพื้นที่อำเภอปากช่อง จำนวน 89 โรงเรียน มีจำนวนนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองสายตา จำแนกตามสังกัดของโรงเรียน ดังนี้ โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครราชสีมา เขต 4 จำนวน 73 โรงเรียน นักเรียนจำนวน 1,453 คน จำแนกเป็น ชาย 759 คน หญิง 694 คน โรงเรียนสังกัดคณะกรรมการศึกษาเอกชน จำนวน 14 โรงเรียน นักเรียนจำนวน 704 คน จำแนกเป็น ชาย 387 คน หญิง 317 คน โรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองปากช่อง จำนวน 2 โรงเรียน นักเรียนจำนวน 107 คน จำแนกเป็น ชาย 52 คน หญิง 55 คน รวมนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 2,264 คน รวมนักเรียนชาย 1,198 คน รวมนักเรียนหญิง 1,066 คน ดังตารางที่ 1

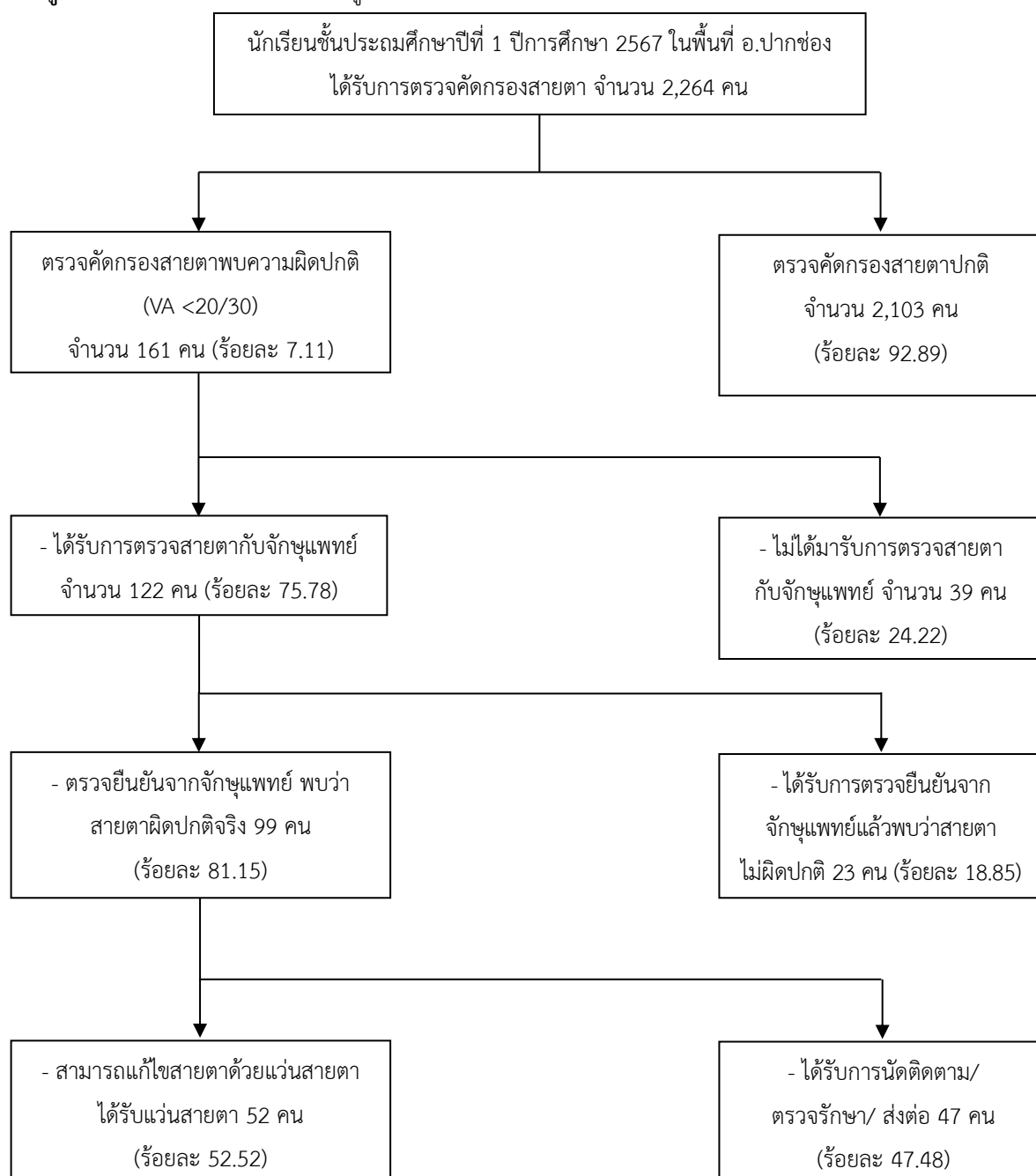
ตารางที่ 1 แสดงจำนวนนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองสายตา จำแนกตามสังกัดของโรงเรียน

สังกัดโรงเรียน	จำนวนโรงเรียน(แห่ง)	นักเรียนทั้งหมด(คน)	ชาย(คน)	หญิง(คน)
สพป. นครราชสีมา เขต 4	73	1,453	759	694
คณะกรรมการศึกษาเอกชน	14	704	387	317
เทศบาลเมืองปากช่อง	2	107	52	55
รวม	89	2,264	1,198	1,066

จำนวนนักเรียนรวม จำนวนนักเรียนชาย และจำนวนนักเรียนหญิง

จากการตรวจคัดกรองสายตาเด็กนักเรียนชั้น ป.1 จำนวนทั้งสิ้น 2,264 คน พบความผิดปกติของระดับค่าสายตา ตัดที่ค่าสายตา $VA < 20/30^{(9)}$ จำนวน 161 คน คิดเป็นร้อยละ 7.11 เด็กนักเรียนได้รับการส่งตัวต่อพบจักษุแพทย์ ทำให้ได้รับการดูแลสายตาที่เหมาะสม 122 คน คิดเป็นร้อยละ 75.78 นักเรียนที่มีระดับสายตามีความผิดปกติจริง จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 81.15 เด็กนักเรียนที่สามารถแก้ไขสายตาด้วยแว่นสายตา ได้รับแว่นสายตา 52 คน คิดเป็นร้อยละ 52.52 ดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 แสดงการตรวจคัดกรองและดูแลภาวะสายตาสายตาผิดปกติในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2567



จำนวนนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่ตรวจยืนยันจากจักษุแพทย์พบระดับค่าสายตาผิดปกติจริง จำนวน 99 คน (ร้อยละ 4.37 จากจำนวนนักเรียนทั้งหมด 2264 คน) จำแนกเป็น 7 กลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ 1 Astigmatism (ภาวะสายตาเอียง) จำแนกเป็น ได้รับแว่นสายตา จำนวน 40 คน (ร้อยละ 40.40) ได้รับการนัดติดตาม จำนวน 40 คน (ร้อยละ 40.40) กลุ่มที่ 2 myopia (ภาวะสายตาสั้น) ได้รับแว่นสายตา จำนวน 11 คน (ร้อยละ 11.01) ได้รับการนัดติดตาม จำนวน 2 คน (ร้อยละ 2.02) กลุ่มที่ 3 Myopia with astigmatism (ภาวะสายตาสั้นและเอียง) ได้รับแว่นสายตา จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.01) กลุ่มที่ 4 hyperopia (ภาวะสายตายาว) ได้รับการนัดติดตาม จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.01) กลุ่มที่ 5 amblyopia (ภาวะตาขี้เกียจ) ได้รับการนัดติดตามจำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.01) กลุ่มที่ 6 Cataract (ต้อกระจก) ได้รับการส่งต่อ 1 คน (ร้อยละ 1.01) กลุ่มที่ 7

ภาวะอื่นๆ 2 คน ได้รับการรักษาและนัดติดตาม (allergic rhinitis 1 คน, conjunctivitis 1 คน) (ร้อยละ 2.02) รวมจำนวนนักเรียนที่พบระดับสายตาผิดปกติและได้รับการแก้ไขสายตาด้วยแว่นสายตา 52 คน คิดเป็นร้อยละ 52.53 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการจำแนกภาวะสายตาผิดปกติในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 99 คน

กลุ่ม	ความผิดปกติ	ได้รับแว่น สายตา (คน)	ได้รับการ นัด ติดตาม/ตรวจรักษา/ ส่งต่อ (คน)	รวม (คน)	ร้อยละ
1	Astigmatism (ภาวะสายตาเอียง)	40	40	80	80.80
2	Myopia (ภาวะสายตาสั้น)	11	2	13	13.03
3	Myopia with astigmatism (ภาวะสายตาสั้นและเอียง)	1	-	1	1.01
4	Hyperopia (ภาวะสายตายาว)	-	1	1	1.01
5	Amblyopia (ภาวะตาขี้เกียจ)	-	1	1	1.01
6	Cataract (ต้อกระจก)	-	1	1	1.01
7	ภาวะอื่นๆ 2 คน (Allergic rhinitis 1 คน, Conjunctivitis 1 คน)	-	2	2	2.02
	รวม	52	47	99	100

ในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่ได้รับแว่นสายตาจำนวน 52 คน (ร้อยละ 100) พบว่า ทุกคนมีค่าสายตา ระดับการมองเห็นผิดปกติมาก ($VA < 20/40$ หรือ $< 6/12$)⁽¹⁰⁾ ก่อนการแก้ไขสายตา โดยค่าสายตาที่ต่ำสุดที่พบในตาขวา และตาซ้ายคือ VA 6/6 และค่าสูงสุดคือ VA 6/60 ทั้งสองข้าง ค่ามัธยฐานของค่าสายตาข้างขวาและซ้ายอยู่ที่ VA 6/24 และค่าฐานนิยมอยู่ที่ VA 6/24 เช่นกัน

อภิปรายผล

การวิจัยนี้พบว่า ความชุกของภาวะสายตาผิดปกติในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา คือร้อยละ 4.37 ใกล้เคียงกับงานวิจัยของ เพ็ญพิมล ยิ่งยง⁽⁶⁾ ที่พบค่าความชุกสายตาผิดปกติของเด็กชั้นประถมศึกษา (6 – 12 ปี) ในจังหวัดนครปฐม ร้อยละ 5.8 งานวิจัยนี้พบค่าความชุกสายตาผิดปกติต่ำกว่าเล็กน้อยจากค่าเฉลี่ยระดับประเทศที่เคยมีการศึกษาของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽⁵⁾ และกรมอนามัย⁽¹¹⁾ ที่พบความชุกของสายตาผิดปกติในเด็กไทยร้อยละ 6.5 และ 6.6 ตามลำดับ แต่ความชุกของการวิจัยนี้แตกต่างมากจากงานวิจัยของ เพ็ญพิมล ยิ่งยง⁽⁶⁾ ที่พบความชุกค่าสายตาผิดปกติในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 13 การวิจัยนี้พบความชุกของภาวะสายตาผิดปกติในเด็กนักเรียนชั้น ป.1 อำเภอปากช่อง สูงกว่าการศึกษาของ มันทาภรณ์ อรุณรัตน์⁽⁷⁾ และการศึกษาของ สิริภรณ์ เศรษฐบรรจง⁽⁸⁾ ที่เคยทำในภาคอีสานพบความชุกภาวะสายตาผิดปกติร้อยละ 1 เนื่องจากความชุกของภาวะสายตาผิดปกติมีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งในและต่างประเทศ^(4,5,11) อีกทั้งอำเภอปากช่องเป็นอำเภอที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่ที่สุดของจังหวัดนครราชสีมา มีประชากรมากเป็นอันดับสอง รองจากอำเภอเมืองนครราชสีมา เป็นอำเภอที่มีการขยายตัวของเมืองอย่างรวดเร็วมีลักษณะทางสังคมจากชนบทเปลี่ยนไปเป็นชุมชนเมืองมากขึ้น เด็กมีกิจกรรมภายนอก (outdoor activity) น้อยลงซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดสายตาสั้น

มากขึ้น⁽¹²⁾ การวิจัยนี้เป็นการคัดกรองสายตาเด็กนักเรียนชั้น ป.1 เจริญรูก ทำงานประสานกันระหว่างทีมสาธารณสุข และทีมอนามัยโรงเรียน ทำให้ตรวจคัดกรองเด็กนักเรียนในอำเภอปากช่องได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ จึงพบความชุกของค่าสายตาผิดปกติในเด็กนักเรียนสูงกว่าการศึกษาอื่นที่เคยทำในภาคอีสาน

จำนวนเด็กนักเรียนชั้น ป.1 ที่ตรวจคัดกรองสายตาพบความผิดปกติ จำนวน 161 คน ซึ่งได้ส่งตัวนักเรียนต่อให้ได้รับการตรวจยืนยันค่าสายตากับจักษุแพทย์ ในจำนวนนี้มีนักเรียน 39 คน ที่ไม่มาพบจักษุแพทย์เพื่อตรวจยืนยันค่าสายตา มีนักเรียนจำนวน 122 คน ที่มาตรวจยืนยันกับจักษุแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 75.77 ของนักเรียนที่ตรวจคัดกรองพบสายตาผิดปกติ และได้รับการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กัลยา ตีระพัฒนานนท์และคณะ⁽¹³⁾ ที่ตรวจคัดกรองพบเด็กนักเรียนมีภาวะสายตาผิดปกติแต่มีเด็กเพียงร้อยละ 75.32 ที่เข้ารับการตรวจเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งอาจมาจากผู้ปกครองไม่ทราบปัญหา ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ ผู้ปกครองไม่สะดวกเรื่องวัน เวลา การเดินทาง เพราะต้องพาเด็กนักเรียนมาตรวจที่โรงพยาบาล ตามวันเวลาที่ได้มีการนัดหมาย ซึ่งผู้ปกครองที่ทราบหรือสงสัยว่าบุตรหลานของตนมีความผิดปกติของสายตา มักจะพาบุตรหลานไปร้านแว่นใกล้บ้านก่อน เพื่อตรวจวัดสายตาเพราะสะดวกรวดเร็วกว่ามีส่วนน้อยที่จะพาไปตรวจกับจักษุแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือคลินิก การให้ข้อมูลเรื่องภาวะสายตาผิดปกติในเด็กที่ถูกต้องกับผู้ปกครองก่อนจะมีการตรวจคัดกรองเพื่อผู้ปกครองจะได้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องจะเพิ่มความร่วมมือในการดูแลสายตาเด็กนักเรียน

เด็กนักเรียนที่ตรวจคัดกรองสายตาพบความผิดปกติ จำนวน 161 คน ตรวจยืนยันพบระดับสายตาที่มีความผิดปกติจริงจำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 61.49 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ สุจินตนา ดันทะเทิดธรรม และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ทำการศึกษาในจังหวัดนครปฐม พบว่าเด็กนักเรียนที่ตรวจคัดกรองพบความผิดปกติจำนวน 163 คน ตรวจยืนยันพบระดับสายตาที่มีความผิดปกติจริงจำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 56.44 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่ว่าการตรวจวัดสายตาในเด็ก จักษุแพทย์จะมีการใช้ยาหยอดตา 1% cyclopentolate เพื่อลดการเพ่ง โดยหลังหยอดยาจะพบว่าจำนวนเด็กที่มีค่าสายตาผิดปกติลดลงจากก่อนหยอดยา จำนวนเด็กที่มีความผิดปกติจริงคิดเป็นร้อยละ 65 ของเด็กที่ตรวจคัดกรองพบความผิดปกติ แสดงถึงความสามารถในการตรวจคัดกรองสายตาเด็กนักเรียน โดยเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอปากช่อง อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเดียวกับการตรวจคัดกรองสายตาเด็กนักเรียนทั่วประเทศ การฝึกอบรมสอนทบทวนการตรวจวัดสายตาเบื้องต้นกับครูอนามัยโรงเรียน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หากมีการฝึกอบรมเป็นอย่างดีสม่ำเสมอทุกปี จะทำให้ตรวจคัดกรองสายตาเด็กนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁴⁾ ควรให้ความรู้ทำความเข้าใจกับผู้ปกครองว่าการตรวจวัดสายตาเด็กในวัยประถมศึกษาเพื่อพิจารณาให้แว่นแก้ปัญหาสายตาผิดปกติ จึงต้องตรวจกับจักษุแพทย์เท่านั้น เพื่อป้องกันปัญหาเด็กได้แว่นสายตาโดยไม่จำเป็นเมื่อไปตรวจวัดสายตาที่ร้านขายแว่นตา เนื่องจากตามกฎหมายร้านขายแว่นตาไม่สามารถใช้ยาหยอดตา 1% cyclopentolate เพื่อลดการเพ่งได้⁽¹⁵⁾

เด็กนักเรียนที่มีระดับสายตาที่มีความผิดปกติจริง จำนวน 99 คน ในจำนวนนี้ได้รับการแก้ไขสายตาด้วยแว่นสายตาจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 52.52 ของเด็กนักเรียนที่มีระดับสายตาผิดปกติ ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของ กัลยา ตีระพัฒนานนท์และคณะ⁽¹³⁾ ที่คัดกรองสายตาเด็กนักเรียน 5,461 คน พบว่าเด็กนักเรียนที่มีภาวะสายตาผิดปกติจำนวน 363 คน ซึ่งในจำนวนนี้สามารถแก้ไขสายตาด้วยแว่นสายตาจำนวน 226 คน (ร้อยละ 62.25) ในจำนวนเด็กนักเรียน ป.1 ที่มีปัญหาทางสายตาที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแว่นสายตา 52 คน (ร้อยละ 100) มีค่าสายตาระดับการมองเห็นผิดปกติมาก ($VA < 20/40$ หรือ $< 6/12$)⁽⁹⁾ ในจำนวน 52 คน มีเด็กนักเรียน 2 คนที่ค่าสายตาผิดปกติรุนแรง $VA < 20/200$ หรือ $< 6/60$ ทั้ง 2 ข้าง อีกทั้งเด็กนักเรียนที่ได้รับแว่นสายตาจำนวน 52 คน (ร้อยละ 100) ไม่เคยมีแว่นสายตามาก่อน คิดเป็นร้อยละ 52.52 ของเด็กนักเรียนที่มีระดับสายตาผิดปกติ ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ยังไม่เพียงพอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่ทำการศึกษาในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี พบว่าเด็กนักเรียนที่มีค่าสายตาผิดปกติ (refractive error) จำนวนร้อยละ 59 ที่ไม่ได้รับการแก้ไขด้วยแว่นสายตา

ผลการตรวจระดับสายตาเด็กนักเรียนพบความผิดปกติในภาวะสายตาเอียง Astigmatism มากที่สุด ร้อยละ 80.80 ภาวะสายตาสั้น Myopia ร้อยละ 14.04, สอดคล้องกับการศึกษาในและต่างประเทศที่พบว่าเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษามีปัญหาสายตาเอียง และสายตาสั้น มากตามลำดับ^(8,16) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ying Wang และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าภาวะสายตาเอียงส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อพัฒนาการการมองเห็น แต่อัตราการแก้ไขภาวะสายตาเอียงที่ถูกต้องในปัจจุบันยังคงต่ำ อัตราความชุกในเด็กและวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความชุกของภาวะสายตาเอียงเพิ่มขึ้นตามอายุซึ่งพบได้ชัดเจนมากขึ้นในเด็กในระดับชั้นที่สูงขึ้น อาจเป็นผลมาจากแรงกดดันทางวิชาการที่เพิ่มขึ้น การใช้สายตามากเกินไปและระดับของภาวะสายตาสั้นที่เพิ่มขึ้นตามอายุ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการแก้ไขภาวะสายตาเอียง การตรวจคัดกรองสายตาเป็นประจำ การส่งเสริมดูแลสุขภาพดวงตาอย่างเหมาะสม

สรุปผล

การศึกษาความชุกของค่าสายตาผิดปกติ ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ทำการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study) ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2567 โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2567 – 31 ตุลาคม 2567 จำนวนเด็กนักเรียนที่ได้ตรวจคัดกรอง จำนวน 2,264 คน จำนวนเด็กนักเรียนที่ได้รับตรวจยืนยันจากจักษุแพทย์ว่ามีระดับค่าสายตาผิดปกติจริง จำนวน 99 คน (ร้อยละ 4.37) เด็กนักเรียนที่พบระดับสายตาผิดปกติที่สามารถแก้ไขสายตาด้วยแว่นสายตาและได้รับแว่นสายตา จำนวน 52 คน (ร้อยละ 2.30) เด็กนักเรียนที่มีระดับค่าสายตาผิดปกติจริงจำนวน 99 คน มีปัญหา Astigmatism (ภาวะสายตาเอียง) มากที่สุด จำนวน 80 คน (ร้อยละ 80.80) รองลงมาคือปัญหา myopia (ภาวะสายตาสั้น) จำนวน 13 คน (ร้อยละ 13.13)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการตรวจคัดกรองสายตาเด็กนักเรียน ให้โรงเรียนมีการเฝ้าระวังเด็กที่มีการมองเห็นผิดปกติ มีการตรวจคัดกรองสายตาเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อย่างต่อเนื่องทุกปี โดยเน้นการตรวจคัดกรองเชิงรุก และขยายการตรวจคัดกรองสายตาเด็กนักเรียนในประถมศึกษาทุกระดับชั้นอย่างต่อเนื่องทุกปี
2. การพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองสายตาเด็กทุกคนตั้งแต่ก่อนขึ้นประถมวัย ชั้นประถมศึกษาทุกระดับชั้น รวมถึงเด็กที่ไม่ได้อยู่ในระบบโรงเรียน กลุ่มเด็กพิเศษ การพัฒนาระบบบริการร่วมของโรงเรียน หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาล ค้นหาและส่งต่อเด็กที่มีปัญหาสายตาผิดปกติ การฝึกอบรมสอนทบทวนอย่างต่อเนื่องเรื่องการตรวจวัดสายตาเบื้องต้นกับครูอนามัยโรงเรียน บุคลากรสาธารณสุข ระบบการกำกับติดตาม จะเพิ่มโอกาสให้เด็กทุกคนได้รับการดูแลสุขภาพดวงตาอย่างเหมาะสม
3. การสร้างความรับรู้และตระหนักรู้กับผู้ปกครองเกี่ยวกับปัญหาสายตาผิดปกติในเด็ก หมั่นสังเกตพฤติกรรม การมองเห็นของบุตรหลาน การตรวจวัดสายตาเด็กในวัยประถมศึกษา เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลสุขภาพดวงตาอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งถัดไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในประชากรกลุ่มอื่นๆ และขอบเขตการวิจัยที่กว้างขึ้น รวมถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความชุกของค่าสายตาผิดปกติ
2. ควรมีการวิจัยสร้างระบบเฝ้าระวังติดตามค่าสายตาของเด็กนักเรียนแบบไปข้างหน้า

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ แพทย์หญิงวิมา มงคลพร รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ นายแพทย์อดิศักดิ์ ศรีสุภรางค์กุล แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์หญิงนิศารัตน์ จอจธะกิจ จักษุแพทย์ พยาบาลวิชาชีพชนิษฐา พุนศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกจักษุ เจ้าหน้าที่รพ.สต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่คลินิกหมอครอบครัว และครูโรงเรียนประถมศึกษาในพื้นที่อำเภอปากช่องทุกท่านที่สนับสนุนงานจนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Wongkittirux K. Blindness, low vision and eye disease in Thai Children. J Health Syst Res. 2012;6(4):501-12.
2. สุนทรื จิตติเชียรเลิศ. ภาวะสายตาสั้นในเด็ก. Thammasat Med J. 2016;16(4):672-83.
3. Bourne R, Steinmetz JD, Flaxman S, Briant PS, Taylor HR, Resnikoff S, et al. Trends in prevalence of blindness and distance and near vision impairment over 30 years: an analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet Glob Health [Internet]. 2021 Feb 1;9(2):e130-43 [cited 2025 Jul 23]. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30425-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30425-3)
4. Lin LL, Shih YF, Hsiao CK, Chen CJ. Prevalence of myopia in Taiwanese schoolchildren. Ann Acad Med Singapore. 2004 Jan;33(1):27-33.
5. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. คู่มือการคัดกรองสายตาดูเด็กนักเรียน. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 2547.
6. เพ็ญพิมล ยิ่งยง. การสำรวจค่าสายตาผิดปกติของเด็กชั้นประถมศึกษา (6-12 ปี) ในจังหวัดกรุงเทพฯและนครปฐม (ผลสำรวจ 1 ปี). จดหมายเหตุทางการแพทย์. 2553;93(10):1205-10.
7. มั่นตาธรณ์ อัฐรัตน์. ผลการสำรวจระดับการมองเห็นและความผิดปกติทางสายตาในเด็กวัยเรียน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2560;32(1):13-20.
8. สิริภรณ์ เศรษฐบรรจง. การสำรวจสายตาดูผิดปกติของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในจังหวัดขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2565;19(3):189-95.
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติงานการคัดกรองสายตาและการแก้ไขปัญหาสายตาดูผิดปกติ โครงการเด็กไทยสายตาดี ปีงบประมาณ 2567. 2567.
10. Chantarachot J, Tassanapitikul T, Empremsilapa S. A vision screening to address refractive error of primary school student in a school of Bangkok Metropolitan Province. J Public Health Nurs. 2020;34:1-12.
11. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. คู่มือการตรวจคัดกรองระดับการเห็นในเด็กระดับชั้นอนุบาลและชั้นประถมศึกษา. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2557.
12. Tananvat N, Worapong A, Kupat J, Aree P. Survey of refractive errors among school children in Chiang Mai municipal areas. Chiang Mai Med Bull. 2003;42(2):53-60.
13. กัลยา ติระวัฒนานนท์, ขวัญใจ วงศกิตติรักษ์. รายงานวิจัย: การประเมินความถูกต้องและความเป็นไปได้ในการตรวจคัดกรองภาวะสายตาดูผิดปกติในเด็กไทยระดับชั้นอนุบาลและประถมโดยคุณครู. มูลินีเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP). 2556. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hitap.net/documents/18952>
14. สุจินตนา ตันพเทิดธรรม, ณัฏพัฒน์ ปฐมพิทักษ์กุล. อัตราความชุกภาวะตาขี้เกียจในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2560;36(1):13-8.
15. ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์, วรวิทย์ อึ้งภูริเสถียร. ภาวะสายตาดูผิดปกติในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาของโรงเรียนธรรมศาสตร์. วารสารจักษุธรรมศาสตร์. 2551;1:17-24.

16. พิทยา ภูมิเวชรธรณ, พรรณนิภา บุญเที่ยง, ประภัสสร แสงศรี, สุกัญญา ปลายชัยภูมิ, ณาตยาณี หอมขง, สุพัตรา สว่างกุล. การตรวจคัดกรองภาวะตาขี้เกียจและคัดกรองค่าสายตาผิดปกติในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนพื้นที่เขตบางกอกน้อย. Thai J Ophthalmol. 2022;36(2):79-87.
17. Wang Y, Li L, Tang XL, Guo GL, Chen MW, Cha LL, et al. Characteristics of astigmatism in school-age children aged 5 to 13 years in northeast Sichuan: a cross-sectional school-based study. Transl Pediatr. 2024;13(7):1130-40.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

จิราพร เนียมแพ¹ เอมอัชมา วัฒนบุรณน² วิลลภ ใจดี³ ดนัย บวรเกียรติกุล^{4*} นิตยัตตะยา ผาสุขพันธ์⁵

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

²ศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

⁴รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

⁵ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีส่วนช่วยป้องกันโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างคือนิสิตปริญญาตรี 378 คน เก็บข้อมูลในเดือน กุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation: r) การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบเดียว และพหุ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความแตกต่างกันตามอายุ ชั้นปี รายได้ต่อเดือน และที่พักของนิสิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation: r) ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ($r = -0.307$, $p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ($r = -0.692$, $p\text{-value} < 0.001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ($r = -0.531$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ ($r = 0.327$, $p\text{-value} < 0.001$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ ($r = 0.215$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากนั้นวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ พบปัจจัยที่ร่วมทำนาย ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ประสบการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ อายุ รายได้ และพักในมหาวิทยาลัย โดยทั้ง 9 ปัจจัย ร่วมกันมีอิทธิพลทำนายได้ร้อยละ 77.8 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สถานศึกษาควรมีการจัดกิจกรรมรณรงค์และสร้างความตระหนักถึงผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น โครงการ “มหาวิทยาลัยปลอดแอลกอฮอล์” โดยควรดำเนินงานบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย ที่มีอำนาจบังคับใช้ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ในการเฝ้าระวังการโฆษณา การส่งเสริมการขาย บริเวณโดยรอบมหาวิทยาลัย

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย/ พฤติกรรมการป้องกัน/ การดื่มแอลกอฮอล์/ นิสิตปริญญาตรี

*ผู้รับผิดชอบบทความ: ดนัย บวรเกียรติกุล, อีเมล: Danai@go.buu.ac.th, โทร.: 09 7294 1256

Received: 30 มิถุนายน 2568/ Revised: 16 สิงหาคม 2568/ Accepted: 21 สิงหาคม 2568

Predictive Factors of Alcohol Consumption Preventive Behaviors among Undergraduate Students at a University in Chonburi Province

Jiraporn Niampae¹ Aimutcha Wattanaburanon² Wanlop Jaidee³ Danai Bawornkiattikul^{4*}

Nittaya Pasukphun⁵

¹Master of Public Health, Faculty of Public Health, Burapha University

²Prof., Faculty of Public Health, Burapha University

³Lecturer, Faculty of Public Health, Burapha University

^{4*}Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Burapha University

⁵Asst. Prof., Faculty of Public Health, Thammasat University

Abstract

Preventive behavior against alcohol consumption is a health-promoting behavior that helps reduce the risk of alcohol-related diseases. This study employed a survey research design to investigate the predictive factors of alcohol prevention behavior among undergraduate students at a university in Chonburi Province. The sample consisted of 378 undergraduate students. Data collection was conducted in February 2025. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation coefficient, simple linear regression, and multiple linear regression analysis. The results revealed that alcohol prevention behavior significantly varied by age, academic year, monthly income, and place of residence ($p < 0.05$).

Pearson's correlation analysis between health belief model constructs and alcohol prevention behavior showed that perceived benefits of alcohol prevention ($r = -0.307$, $p < 0.001$), perceived barriers to alcohol prevention ($r = -0.692$, $p < 0.001$), and social support for alcohol prevention behavior ($r = -0.531$, $p < 0.001$) were negatively correlated with alcohol prevention behavior. Conversely, perceived severity of alcohol-related diseases ($r = 0.327$, $p < 0.001$) and perceived susceptibility to alcohol-related diseases ($r = 0.215$, $p < 0.001$) were positively correlated with such behavior. Multiple linear regression analysis identified nine significant predictors of alcohol prevention behavior: perceived barriers, perceived severity, perceived susceptibility, perceived benefits, social support, drinking experience, age, income, and on-campus residence. These factors collectively explained 77.8% of the variance in alcohol prevention behavior. It is recommended that educational institutions organize campaigns and raise awareness regarding the consequences of alcohol consumption, such as implementing an "Alcohol-Free University" project. These efforts should be integrated with relevant stakeholders who are authorized to enforce the Alcoholic Beverage Control Act B.E. 2551 (2008) and related laws to monitor advertising and sales promotions around university premises.

Keywords: Predictive factors/ Preventive behavior/ Alcohol consumption/ Undergraduate students

*Corresponding author: Danai Bawornkiattikul, email: Danai@go.buu.ac.th, Tel.: 09 7294 1256

Received: June 30, 2025/ Revised: August 16, 2025/ Accepted: August 21, 2025

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์เป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก รายงานว่ามีผู้เสียชีวิตจากการตีมีแอลกอฮอล์มากถึง 3 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 5.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมด⁽¹⁾ ในประเทศไทย ปี 2564 พบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มตีมีครั้งแรกอยู่ที่ 20.4 ปี และกลุ่มอายุ 20 - 24 ปี มีอัตราเพิ่มขึ้นของนักตีมีหน้าใหม่สูงสุดถึงร้อยละ 54⁽²⁾ ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาการเข้าถึงและอิทธิพลจากสื่อโฆษณาและการตลาดที่มุ่งเป้าไปยังกลุ่มเยาวชนและนิสิตนักศึกษา⁽³⁾

ผลกระทบจากการบริโภคแอลกอฮอล์มีทั้งในด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคตับ มะเร็ง ภาวะพิษสุราเรื้อรัง และในด้านสังคม เช่น อุบัติเหตุ การตั้งครุฑไม่พร้อม และอาชญากรรม⁽⁴⁾ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดแผนปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565 - 2570) โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมและลดปริมาณการบริโภค ป้องกันนักตีมีหน้าใหม่ และลดความเสี่ยงจากพฤติกรรมกรรมการบริโภค⁽⁵⁾

จังหวัดชลบุรีเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการบริโภคแอลกอฮอล์สูง (ร้อยละ 33.2) และมีลักษณะทางกายภาพเป็นเมืองท่องเที่ยวและศูนย์กลางเศรษฐกิจ ซึ่งประกอบไปด้วยที่พัก ที่กิน ที่เที่ยว ทำให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย⁽⁶⁾ มีที่ตั้งของมหาวิทยาลัยอยู่ใกล้แหล่งท่องเที่ยวทางทะเล เช่น หาดบางแสน หาดวอน แหลมแท่น เขาสามมุข ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย รวมถึงมีวัฒนธรรมการจัดกิจกรรมต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการสังสรรค์ นอกจากนี้ มหาวิทยาลัยยังรับนิสิตจากหลากหลายภูมิภาค ทำให้มีความหลากหลายในด้านพื้นฐานทางวัฒนธรรมและค่านิยม ซึ่งอาจมีผลต่อความเชื่อและพฤติกรรมในการป้องกันการตีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยสภาพแวดล้อมดังกล่าว และอิทธิพลจากเพื่อน โฆษณา และสถานบันเทิง ส่งผลให้กลุ่มนิสิตมีความเสี่ยงสูงต่อการเริ่มตีมีแอลกอฮอล์

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันการตีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในภูมิภาคอื่นๆ แต่ยังไม่พบการศึกษาในเขตภาคตะวันออกค่อนข้างน้อยซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกับพื้นที่อื่นๆ จากการศึกษา พฤติกรรมป้องกันการตีมีเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย : กรณีศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งของ กรุงเทพมหานคร สมใจ⁽⁷⁾ พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการตีมีเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ แรงสนับสนุนจากเพื่อน ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้นักศึกษามีพฤติกรรมในการป้องกันการตีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดี พฤติกรรมป้องกันการตีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียนของนักศึกษา นั่นคือ นักศึกษาที่มีพฤติกรรมในการป้องกันการตีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับดีจะมีผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียนอยู่ในระดับที่ดีขึ้นไปถึงร้อยละ 76.3 และยังพบว่าพฤติกรรมในการป้องกันการตีมีเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ยังมีผลกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษา นั่นคือ นักศึกษาที่มีพฤติกรรมในการป้องกันการตีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดีจะทำให้มีคุณภาพชีวิตดีตามไปด้วย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการตีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี เพื่อสร้างแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก และป้องกันการเกิดนักตีมีหน้าใหม่ในสถานศึกษา อันจะนำไปสู่การพัฒนาเยาวชนให้เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพในอนาคต

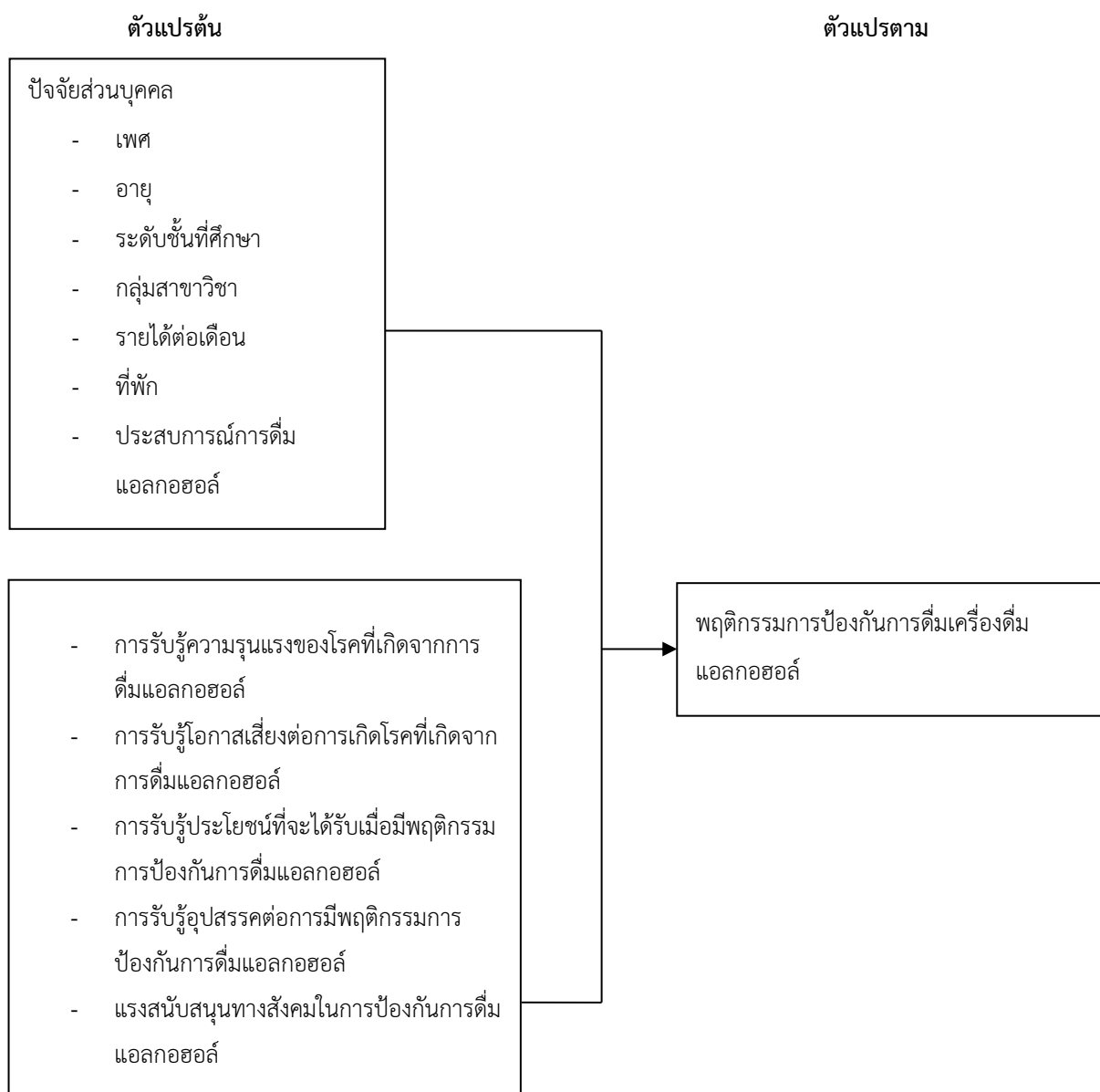
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการตีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตระดับปริญญาตรี
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมในการป้องกันการตีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตระดับปริญญาตรี
3. เพื่อประเมินความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันการตีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี

มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ความเชื่อด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นกรอบแนวคิดที่สามารถอธิบายพฤติกรรมด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่ของงานวิจัยที่มีอยู่มักเน้นศึกษาพฤติกรรมการบริโภคหรือปัจจัยที่ส่งผลต่อการดื่ม มากกว่าการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะ จากกรอบแนวคิด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลนั้นเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อผลเสีย (Perceived susceptibility) เห็นว่าอาการหรือผลที่ตามมาอาจรุนแรง (Perceived severity) และตระหนักถึงประโยชน์ของการป้องกันหรือหลีกเลี่ยง (Perceived benefits) ทั้งยังสามารถเอาชนะอุปสรรคหรือข้อจำกัดที่มี (Perceived barriers) จึงเหมาะสมอย่างยิ่งในการใช้เป็นกรอบการวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันการดื่มของนิสิต



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากร คือ นิสิตปริญญาตรี ภาคปกติ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี จำนวน 21,598 คน (กองทะเบียนและประมวลผลการศึกษา, 31 กรกฎาคม 2567)⁽⁸⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตปริญญาตรี ภาคปกติ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณตามการคำนวณ ด้วยวิธีการของ Krejcie and Morgan⁽⁹⁾ ใช้ค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 จะได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 378 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน ดังแสดงในตารางที่ 1 และใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling)

ตารางที่ 1 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน

ลำดับ	คณะ	จำนวนนิสิต (คน)	คิดเป็นร้อยละ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	คณะพยาบาลศาสตร์	789	3.65	14
2	คณะแพทยศาสตร์	332	1.53	6
3	คณะเภสัชศาสตร์	901	4.17	16
4	คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา	761	3.52	12
5	คณะสหเวชศาสตร์	1,502	6.95	26
6	คณะสาธารณสุขศาสตร์	723	3.34	13
7	คณะดนตรีและการแสดง	719	3.32	12
8	คณะบริหารธุรกิจ	27	0.12	1
9	คณะภูมิสารสนเทศศาสตร์	317	1.46	6
10	คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	3,655	16.92	64
11	คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์	1,297	6.00	23
12	คณะโลจิสติกส์	1,449	6.70	26
13	คณะวิทยาการสารสนเทศ	1,460	6.75	26
14	คณะวิทยาศาสตร์	2,584	11.96	45
15	คณะวิศวกรรมศาสตร์	2,343	10.84	40
16	คณะศิลปกรรมศาสตร์	660	3.05	12
17	คณะศึกษาศาสตร์	1,481	6.85	26
18	วิทยาลัยนานาชาติ	598	2.76	10
รวม		21,598	100	378

พื้นที่และระยะเวลา

เก็บรวบรวมข้อมูลจากนิสิตปริญญาตรีในพื้นที่มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บที่อาคารเรียนแต่ละคณะของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งใน จังหวัดชลบุรี โดยก่อนที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ถึงคณบดีแต่ละคณะเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล ภายหลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบ นิสิตกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่อาคารเรียนแต่ละคณะ อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือรวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงสามารถดำเนินการในขั้นตอนต่อไปได้
2. สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นนิสิตเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและร่วมมือในการให้ข้อมูล ตอบรับใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย
3. ผู้วิจัยแจกจ่ายลิงค์แบบสอบถามออนไลน์ อธิบายวิธีตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด
4. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามในแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของคำตอบ และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติมในประเด็นที่สงสัย
5. เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลสร้างขึ้นเองจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) เป็นแนวทางสร้างแบบสอบถาม แบบสอบถาม มี 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ (แบบมีรายการให้เลือกตอบ) อายุ (แบบเติมคำในช่องว่าง) ระดับชั้นที่ศึกษา กลุ่มสาขาวิชา (คำถามปลายเปิด) รายได้ต่อเดือน ที่พัก ประสบการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มบ่อยที่สุด เหตุผลในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถานที่ดื่ม ดื่มร่วมกับใคร (แบบมีรายการให้เลือกตอบ)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สร้างตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ประกอบด้วย 5 ส่วน รวม 37 ข้อ

ส่วนที่ 1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 4 การรับการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 5 การวัดแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน 8 ข้อ

เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale)

การให้คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	4 คะแนน
เห็นด้วย	ให้	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) มีข้อความถามจำนวน 10 ข้อ ซึ่งเกณฑ์ในการกำหนดค่าน้ำหนักของการประเมินเป็น 4 ระดับตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert's Rating Scale)⁽¹⁰⁾ ดังนี้

ระดับพฤติกรรม	ค่าน้ำหนักคะแนน
มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองมากที่สุด	มีค่าเท่ากับ 4 คะแนน (ข้อความนั้นตรงกับสภาพที่เป็นจริงประมาณ 76-100%)
มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองมาก	มีค่าเท่ากับ 3 คะแนน (ข้อความนั้นตรงกับสภาพที่เป็นจริงประมาณ 51-75%)
มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองปานกลาง	มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน (ข้อความนั้นตรงกับสภาพที่เป็นจริงประมาณ 26-50%)
มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองน้อย	มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน (ข้อความนั้นตรงกับสภาพที่เป็นจริงประมาณ 0-25%)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ชุดคำสั่งคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่ศึกษา กลุ่มสาขาวิชา รายได้ต่อเดือน ที่พัก ประสบการณ์ดื่มแอลกอฮอล์ โดย แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สร้างตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งระดับการรับรู้เป็น 3 ระดับ โดยแบ่งเป็น 3 อันตรภาคชั้นกว้างเท่ากัน⁽¹¹⁾

คะแนนเฉลี่ย	3.00-4.00	หมายถึง มีการรับรู้สูง
คะแนนเฉลี่ย	2.00-2.99	หมายถึง มีการรับรู้ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.99	หมายถึง มีการรับรู้ต่ำ

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งระดับพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มเป็น 3 ระดับ โดยแบ่งเป็น 3 อันตรภาคชั้นกว้างเท่ากัน⁽¹¹⁾

คะแนนเฉลี่ย	3.00-4.00	หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับดี
คะแนนเฉลี่ย	2.00-2.99	หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.99	หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับไม่ดี

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตด้วยสถิติ Pearson's correlation, Simple/Multiple linear regression

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ข้อคำถามทุกข้อที่ใช้เป็นเครื่องมือผ่านเกณฑ์ $IOC \geq 0.5$ โดยแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.0

ทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha

Coefficient) ผลการทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแต่ละส่วนของแบบสอบถามได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ (5 ข้อ) ได้ 0.721 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ (8 ข้อ) ได้ 0.740 การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ (8 ข้อ) ได้ 0.785 การรับรู้การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ (8 ข้อ) ได้ 0.740 การวัดแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ (8 ข้อ) ได้ 0.817 และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.768

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการวิจัย : G-HS135/2567 วันที่ 13 ธันวาคม 2567 มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 257 คน คิดเป็นร้อยละ 68.0 และเพศชาย 121 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 ซึ่งมีอายุ 21 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.3 เป็นนิสิตกลุ่มสาขาวิชามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 54.5 รองลงมาเป็นกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ และกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คิดเป็นร้อยละ 23.0 และ 22.5 ตามลำดับ นิสิตส่วนมากมีรายได้ต่อเดือน 15,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 55.6 ส่วนใหญ่พักหอพักนอกมหาวิทยาลัย คิดเป็นร้อยละ 53.4 ประสบการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเลย คิดเป็นร้อยละ 59.8 รองลงมาดื่มเดือนละ 1 ครั้ง และ 2-4 ครั้งต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 23.0 และ 17.2 ตามลำดับ ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มบ่อยที่สุด คือ เหล้าปั่น คิดเป็นร้อยละ 42.4 รองลงมาคือ เบียร์ และไวน์ คิดเป็นร้อยละ 27.5 และ 21.4 ตามลำดับ เหตุผลในการดื่มส่วนใหญ่เพื่อการเข้าสังคมและการพบปะสังสรรค์ คิดเป็นร้อยละ 54.0 รองลงมาเพื่อความสุข/สนุกสนาน และผ่อนคลายความเครียด คิดเป็นร้อยละ 41.2 และ 4.8 ตามลำดับ สถานที่ดื่มส่วนใหญ่เป็นสถานบันเทิง คิดเป็นร้อยละ 34.7 รองลงมา เป็นที่พักตนเอง ร้านอาหาร ชายหาด คิดเป็นร้อยละ 31.2 17.7 และ 16.4 ตามลำดับ และนิสิตส่วนใหญ่ดื่มร่วมกับเพื่อนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.5 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 378)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	121	32.0
หญิง	257	68.0
อายุ		
19 ปี	20	5.3
20 ปี	82	21.7
21 ปี	194	51.3
22 ปี	82	21.7

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้น		
ชั้นปีที่ 1	20	5.3
ชั้นปีที่ 2	80	21.2
ชั้นปีที่ 3	225	59.5
ชั้นปีที่ 4	53	14.0
กลุ่มสาขาวิชา		
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ	87	23.0
กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	85	22.5
กลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	206	54.5
รายได้ต่อเดือน		
10,001 – 15,000 บาท	89	23.5
15,001 – 20,000 บาท	210	55.6
20,001 บาท ขึ้นไป	79	20.9
ที่พักของนิสิต		
หอพักนอกมหาวิทยาลัย	202	53.4
หอพักในมหาวิทยาลัย	66	17.5
คอนโด	47	12.4
บ้านตนเอง/บ้านญาติ	43	11.4
บ้านพัก/แฟลต หน่วยงานรัฐ	12	3.2
บ้านเช่า	8	2.1
ประสบการณ์การขี่มัลกอสฮอลล์		
ความถี่ในการขี่มัลกอสฮอลล์ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา		
ไม่ขี่เลย	226	59.8
เดือนละ 1 ครั้ง	87	23.0
2-4 ครั้งต่อเดือน	65	17.2
ชนิดของเครื่องขี่มัลกอสฮอลล์ที่ขี่บ่อยที่สุด		
เหล้าปั่น	160	42.4
เบียร์	104	27.5
ไวน์	81	21.4
สุราสี	33	8.7
เหตุผลในการขี่เครื่องขี่มัลกอสฮอลล์		
การเข้าสังคมและการพบปะสังสรรค์	204	54.0
เพื่อความสุข/สนุกสนาน	156	41.2
ผ่อนคลายความเครียด	18	4.8

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่ดื่ม		
สถาบันเทิง	131	34.7
ที่พักตนเอง	118	31.2
ร้านอาหาร	67	17.7
ชายหาด	62	16.4
ดื่มร่วมกับใคร		
เพื่อน	202	53.5
ครอบครัว	88	23.3
บุคคลอื่น	64	16.9
คนเดียว	24	6.3

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์

ค่าระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อีก 1 ด้าน คือ การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับปานกลาง (ดังแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์

การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์	3.56	0.36	มีการรับรู้สูง
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการดื่มแอลกอฮอล์	3.58	0.25	มีการรับรู้สูง
3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	3.59	0.34	มีการรับรู้สูง
4. การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	2.38	0.42	มีการรับรู้ปานกลาง
5. แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	3.65	0.30	มีการรับรู้สูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.50$, S.D. = 0.25) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ฉันปฏิเสธอย่างนุ่มนวลเมื่อถูกเพื่อนหรือผู้มาชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์ ($\bar{x} = 3.73$, S.D. = 0.44) รองลงมาคือ เมื่อท่านมีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ท่านขอคำปรึกษาจากบิดามารดา หรือคนในครอบครัว โดยไม่พึ่งการดื่มแอลกอฮอล์ ($\bar{x} = 3.66$, S.D. = 0.47) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ฉันไม่ดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากขัดต่อคำสอนของศาสนาที่ครอบครัวของฉันนับถือ ($\bar{x} = 3.25$, S.D. = 0.43) (ดังแสดงในตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการป้องกัน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. ฉันปฏิเสธอย่างนุ่มนวลเมื่อถูกเพื่อนหรือผู้มาชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์	3.73	0.44	ระดับดี
2. ฉันหลีกเลี่ยงการเที่ยวในสถานบันเทิงที่เอื้อต่อการดื่มแอลกอฮอล์	3.55	0.49	ระดับดี
3. หากฉันมีความเครียดที่เกิดจากการเรียน/ครอบครัว/เพื่อน จะใช้วิธีอื่นในการผ่อนคลายความเครียดโดยไม่ดื่มแอลกอฮอล์	3.55	0.49	ระดับดี
4. ฉันพยายามป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยไม่ลองดื่มแอลกอฮอล์อย่างแน่นอน แม้เพื่อนจะยั่วยุ	3.57	0.49	ระดับดี
5. ฉันออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง โดยไม่ต้องพึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.39	0.48	ระดับดี
6. ฉันไม่ดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากขัดต่อคำสอนของศาสนาที่ครอบครัวของฉันนับถือ	3.25	0.43	ระดับดี
7. คนในครอบครัวของฉัน มีการเตือนไม่ให้เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.35	0.47	ระดับดี
8. คนในครอบครัวฉันไม่เห็นด้วยที่คบเพื่อนที่ชอบเที่ยวสถานบันเทิง หรือดื่มแอลกอฮอล์	3.48	0.50	ระดับดี
9. เมื่อท่านมีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ท่านขอคำปรึกษาจากบิดามารดา หรือคนในครอบครัว โดยไม่พึ่งการดื่มแอลกอฮอล์	3.66	0.47	ระดับดี
10. คนในครอบครัวของท่านมีการพูดคุยถึงโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสอนให้บุตรหลานหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.53	0.50	ระดับดี
ด้านพฤติกรรมการป้องกันโดยรวม	3.50	0.25	ระดับดี

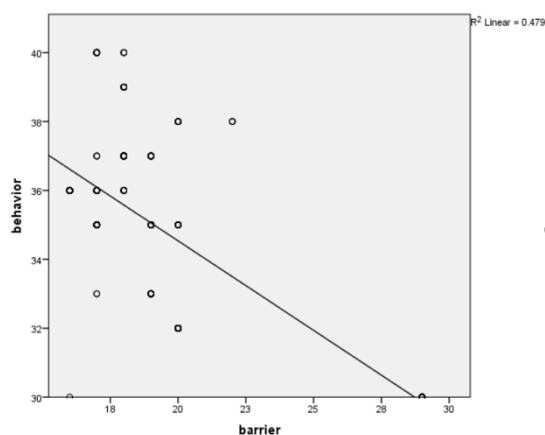
ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

การวิเคราะห์สหสัมพันธ์เชิงเส้น พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ มีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation: r) สูงที่สุดเมื่อเทียบกับตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา และมีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม (R-square) ร้อยละ 47.9 (ดังแสดงในตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเดียวระหว่างการรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์

ตัวแปรอิสระ	β (95%CI)	SE	Beta	t	p-value
การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรม ป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	-4.158 (-4.598, -3.719)	0.223	-0.692	-18.610	<0.001
Constant	44.632 (43.871, 45.993)	0.540		83.256	<0.001

R = 0.692, R-square = 0.479, F = 346.343, $p \leq 0.001$



ภาพที่ 2 การกระจายของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กับ การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเส้นถดถอย (regression line)

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

พบปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวแปรอิสระ 9 ตัว ได้แก่ อายุ รายได้ หอพักในมหาวิทยาลัย ระยะเวลาที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ 1 เดือนที่ผ่านมา การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ และมีอำนาจการทำนายร้อยละ 77.8 (ดังแสดงในตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรทำนายพฤติกรรมการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์

ตัวแปรอิสระ	β (95%CI)	SE	Beta	t	p-value
อายุ	-0.779 (-1.011, -0.548)	0.118	-0.243	-6.621	<0.001
รายได้	0.669 (0.433, 0.905)	0.12	0.175	5.566	0.01
พักในมหาวิทยาลัย	-0.935 (-1.393, -0.478)	0.233	-0.139	-4.022	<0.001
ระยะเวลาที่ไม่ดื่ม 1 เดือนที่ผ่านมา	-1.030 (-1.329, -0.732)	0.152	-0.198	-6.795	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์	2.029 (1.621, 2.437)	0.208	0.286	9.773	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์	1.383 (0.734, 2.032)	0.33	0.138	4.189	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	-0.628 (-1.107, -0.149)	0.244	-0.084	-2.577	<0.001
การรับรู้การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	-3.902 (-4.362, -3.441)	0.234	-0.65	-16.657	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	-1.644 (-2.127, -1.160)	0.246	-0.198	-6.686	<0.001
Constant	56.157 (49.339, 62.976)	3.467		16.196	<0.001

R = 0.882, R-square = 0.778, F = 143.599, $p \leq 0.001$

อภิปรายผล

1. เพื่อศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตระดับปริญญาตรี

การรับรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉลี่ยรวม 4 ด้านแรก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับสูง แสดงว่านิสิตมีความคิดเห็น และความเข้าใจตรงกับความรู้อยู่เกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจเป็นเพราะนิสิตมีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ก่อนเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัย จากการเรียนสุขศึกษาในโรงเรียน

ในมหาวิทยาลัย และสื่อประชาสัมพันธ์ทางโทรทัศน์ หรือสังคมอินเทอร์เน็ต ให้ตระหนักถึงภัยของการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนการรับรู้ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีข้อที่นิสิตส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้แก่ การเลิกดื่มแอลกอฮอล์ทำได้ยากเพราะเป็นการเข้าสังคม การไม่ดื่มแอลกอฮอล์อาจทำให้ฉันไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน นิสิตคิดว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติในสังคมไทย แปลว่าแรงกดดันทางสังคม เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะนิสิตยังต้องการได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ซึ่งระดับการรับรู้ทั้ง 5 ด้านของนิสิตมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี สอดคล้องกับการศึกษาแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในบริบทของกลยุทธ์การป้องกันพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ De Leon⁽¹²⁾ ซึ่งแนวโน้มที่นิสิตจะใช้กลยุทธ์พฤติกรรมป้องกันและพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ขึ้นอยู่กับการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคที่เกี่ยวกับการดำเนินพฤติกรรมเหล่านั้น ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ นำไปสู่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ก็จะลดน้อยลงเช่นกัน

2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตระดับปริญญาตรี

พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนิสิตปริญญาตรีโดยรวมอยู่ใน ระดับสูง ($\bar{X} = 3.50$, S.D. = 0.25) ไกล่เคียงกับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชรของ พนิดา ใจแก้วทิ⁽¹³⁾ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ความเข้าใจเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 41.6 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านส่วนบุคคล โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.18) พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านครอบครัว โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = 0.06) พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านสังคม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.22$, S.D. = 0.08)

3. เพื่อประเมินความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

ผลของความเชื่อด้านสุขภาพที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า “การรับรู้อุปสรรค” เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงลบและมีอิทธิพลสูงที่สุดต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันสูงที่สุดในบรรดาตัวแปรทั้งหมด ($r = -0.692$, $p < 0.001$) และสามารถทำนายพฤติกรรมได้สูงถึงร้อยละ 71.4 ($R^2 = 0.714$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Becker⁽¹⁴⁾ ที่ระบุว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลในทางลบต่อการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของนิสิตมหาวิทยาลัยที่อาจเผชิญแรงกดดันทางสังคม เช่น การเข้าสังคมกับเพื่อน การร่วมกิจกรรมที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการขาดกิจกรรมทางเลือกเชิงบวกในเวลาว่าง⁽¹⁵⁾ ปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมได้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r = 0.327$, $p < 0.001$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยง ($r = 0.215$, $p < 0.001$) ซึ่งสะท้อนว่าเมื่อบุคคลมีการตระหนักถึงผลกระทบทางสุขภาพจากการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ว่าจะเป็นโรคร้ายแรง เช่น โรคตับ มะเร็ง หรือภาวะทางจิตใจ ก็ย่อมมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น ทั้งนี้สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ที่ระบุว่า การรับรู้ภัยคุกคามต่อสุขภาพเป็นแรงจูงใจสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า “การรับรู้ประโยชน์” ของการงดดื่มกลับมีความสัมพันธ์เชิงลบปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกัน ($r = -0.307$, $p < 0.001$) ซึ่งขัดกับแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่คาดว่า การรับรู้ประโยชน์ควรส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ความขัดแย้งนี้อาจสะท้อนถึงความซับซ้อนของพฤติกรรมมนุษย์ โดยเฉพาะในกลุ่มนิสิตที่แม้จะตระหนักถึงประโยชน์ของการไม่ดื่ม เช่น การมีสติ การเหลือเงินออมมากขึ้น

แต่ยังอาจถูกแรงจูงใจทางสังคมหรืออารมณ์ เช่น ความสนุกสนาน ความเคยชินในกลุ่มเพื่อนเข้ามาแทรกแซงการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจที่อธิบายว่าการดื่มมักถูกผลักดันจากความคาดหวังทางอารมณ์และสังคม มากกว่าจากเหตุผลเชิงสุขภาพเพียงอย่างเดียว ในด้านแรงสนับสนุนทางสังคม แม้ว่าผลการศึกษาของนิสิตจะมีการรับรู้ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.65$) แต่ผลการวิเคราะห์กลับพบความสัมพันธ์เชิงลบในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกัน ($r = -0.531, p < 0.001$) ซึ่งอาจขัดกับแนวคิดที่ว่า “แรงสนับสนุนควรส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ” อาจเกิดจากแรงสนับสนุนที่ได้รับไม่ได้มาจากแหล่งที่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ครอบครัว อาจารย์ หรือระบบสนับสนุนจากมหาวิทยาลัย แต่กลับมาจากกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมการดื่มเป็นปกติ สอดคล้องกับผลการศึกษาความตั้งใจในการดื่ม กับพฤติกรรมการดื่มในแต่ละวันของนักศึกษามหาวิทยาลัยของ Hamilton⁽¹⁶⁾ ผลการศึกษพบว่าบริบททางสังคมมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมการดื่ม แม้แรงสนับสนุนทางสังคมจะสำคัญต่อการสร้างพฤติกรรมป้องกัน แต่หากแรงสนับสนุนเหล่านั้นมาจากระบบสังคมที่ดื่มเป็นบรรทัดฐาน หรือถูกครอบงำด้วยเครือข่ายที่ส่งเสริมการดื่มแรงสนับสนุนก็ไม่เพียงพอสะท้อนว่าพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มนิสิตได้รับอิทธิพลจากทั้งปัจจัยภายในด้านความเชื่อ และปัจจัยภายนอกด้านบริบทสังคมอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลจากนิสิตระดับปริญญาตรี เนื่องจากไม่สามารถเก็บข้อมูลจากนิสิตชั้นปีที่ 5 - 6 ได้ตามที่กำหนดไว้ในตอนต้น เนื่องจากนิสิตในระดับชั้นปีดังกล่าว ส่วนใหญ่อยู่ในคณะวิชาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น คณะแพทยศาสตร์ เกษตรศาสตร์ ซึ่งมีการออกฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจึงไม่สะดวกในการเข้าร่วมการเก็บข้อมูล ทำให้กลุ่มตัวอย่างครอบคลุมเพียงนิสิตชั้นปีที่ 1-4 ซึ่งอาจส่งผลต่อความครอบคลุมของข้อมูลและการสรุปผลโดยทั่วไปของการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิต จึงควรสนับสนุนให้สถาบันอุดมศึกษาดำเนินโครงการ “มหาวิทยาลัยปลอดแอลกอฮอล์” ควบคู่กับการจัดกิจกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น โครงการอบรมแกนนำเยาวชนนักศึกษา รมรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา นิทรรศการความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของแอลกอฮอล์ กิจกรรมสื่อสารความเสี่ยงผ่านสื่อออนไลน์ การจัดประกวดคลิปสั้นหรือสื่อสร้างสรรค์เกี่ยวกับการลด ละ เลิกการดื่ม และการให้คำปรึกษาผ่านระบบออนไลน์ นอกจากนี้ ควรบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สคอ.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) กรมควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ควบคุมการบริโภคในระดับพื้นที่ รวมถึงออกข้อบัญญัติหรือมาตรการควบคุมการจำหน่าย/บริโภคในบริเวณโดยรอบสถานศึกษา และใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวัง สื่อสาร และสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยในอนาคตควรดำเนินการในลักษณะเชิงคุณภาพ และเลือกกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสัมผัสเสี่ยงสูงหรือการสนทนากลุ่มย่อยกับนิสิต เพื่อสำรวจความเชื่อ เจตคติ และแรงจูงใจเบื้องต้นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะช่วยขยายความเข้าใจจากผลการวิจัยเชิงปริมาณเดิมให้มีความลึกซึ้งและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. การออกแบบงานวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองในระดับนิสิต นักศึกษา โดยสร้างโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความสามารถในการปฏิเสธ (Refusal Skill) และทักษะการเผชิญปัญหา (Coping Skills) รวมถึงการนำ Health literacy เข้ามาประยุกต์ใช้แล้วประเมินผลสัมฤทธิ์เชิงพฤติกรรมเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรม โดยควรมีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และประเมินผลสัมฤทธิ์เชิงพฤติกรรมโดยใช้ เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ เพื่อประเมิน ประสิทธิภาพของโปรแกรมอย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และนิสิตทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: World Health Organization Thailand; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/thailand/th/news/detail/18-04-2567-who-advises-limiting-alcohol-availability-and-advertising>
2. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. แบบแผนและแนวโน้มพฤติกรรมเครื่องดื่มสุราของประชากรไทย. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565.
3. กรมควบคุมโรค. พัฒนาศักยภาพการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อการบริการป้องกัน และบำบัดรักษาสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=37601&deptcode=brc&news_views=1724
4. เพชรรัตน์ กิจสนาโยธิน. การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ และคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564;14(3):276-88.
5. กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ.2565-2570) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/138052>
6. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://cas.or.th/?p=10225>
7. ตรุณวรรณ สมใจ. พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง. วารสาร มจร วิชาการ. 2560;20(40):127-39.
8. มหาวิทยาลัยบูรพา. กองทะเบียนและประมวลผลการศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://reg.buu.ac.th/registrar/home.asp>
9. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
10. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;22(140):1-55.
11. Best JW, Kahn JV. Research in education. India: Pearson Education; 2016.
12. De Leon AN. The health belief model in the context of alcohol protective behavioral strategies. Psychiatry. 2023;86(1):1-16.
13. พินดา ใจแก้วทิ. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร [อินเทอร์เน็ต]. กำแพงเพชร: มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://research.kpru.ac.th/research2/pages/flere/15532020-01-10.pdf>
14. Janz NK, Becker MH. The health belief model: A decade later. Health Educ Q. 1984;11(1):1-47.
15. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. Health Educ Monogr. 1974;2(4):409-19.

16. Hamilton HR. To drink or not to drink: When drinking intentions predict alcohol consumption and consequences. Br J Health Psychol. 2021. doi:10.1111/bjhp.12560

ประสบการณ์ของผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้า : การทบทวนงานวิจัยเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ

พิศสมร เดชดวง¹ ภัทรภร สถุขสมบัติ^{2*} อารยา ทิพย์วงศ์³ สรัลรัตน์ พลอินทร์⁴ ดวงหทัย ยอดทอง⁵

^{1,4,5}อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{2*}อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

³อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

บทคัดย่อ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ของผู้หญิงต่อโรคซึมเศร้า สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า อาการและผลกระทบ และการจัดการกับอาการของโรคซึมเศร้า จากประสบการณ์ของผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้า วิธีการศึกษาใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามแนวทางของสถาบันโจแอนนาบริกส์ สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2557 ถึง 2566 และสกัดงานวิจัยโดยใช้เครื่องมือ QualSyst tool for qualitative studies งานวิจัยที่ได้รับคัดเลือกในการศึกษานี้จำนวน 26 เรื่องและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปเชิงเนื้อหา

ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า 1) การรับรู้ต่อโรคซึมเศร้า ผู้หญิงมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าใน 3 สาระสำคัญ คือ เป็นสภาวะที่ย่างยากลำบากใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงภายในตน และเป็นสภาวะปกติของชีวิต 2) สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า พบการรับรู้ถึงสาเหตุโรคซึมเศร้าในผู้หญิง ใน 4 สาระสำคัญ ได้แก่ ความคาดหวังของสังคมในการเป็น “ผู้หญิงที่ดี” การมีชีวิตเพื่อคนอื่น การเป็นที่ระบายอารมณ์ของคนอื่น โดยถูกกระทำรุนแรงจากคู่ครองหรือครอบครัว และการต้องสูญเสีย 3) อาการและผลกระทบของโรคซึมเศร้า ผู้หญิงรับรู้ว่าจะเกิดความสูญเสียตัวตนและความมั่นคงในชีวิต และ 4) การจัดการกับอาการของโรคซึมเศร้า พบว่าผู้หญิงรับรู้ว่าเป็นความรับผิดชอบของตนเองในการจัดการกับอาการซึมเศร้า โดยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การมองโรคซึมเศร้าในมุมมองใหม่ 2) การสร้างความเข้มแข็งในใจของตน 3) การแสวงหาแหล่งสนับสนุน จากผลการศึกษานี้พยาบาลจึงควรปรับมุมมองต่อผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้าภายใต้มิติเพศภาวะมากขึ้น การส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้หญิงกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรง และการสนับสนุนให้ผู้หญิงจัดการกับอาการซึมเศร้าด้วยตนเองตามศักยภาพของผู้หญิงแต่ละคน

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า/ ประสบการณ์ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า/ เพศหญิง/ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Experiences of Women with Depression: A Systematic Review of Qualitative Studies

Pissamorn Dechduang¹ Patrapon Saritshasombat^{2*} Araya Tipwong³ Sarunrad Pol-in⁴
Duanghathai Yodthong⁵

^{1, 4, 5}Lecturer, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute

^{2*}Lecturer, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

³Lecturer, College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University

Abstract

This systematic review aimed to examine women's perceptions of depression, perceived causes, symptoms and impacts, as well as the strategies they employ to manage depressive symptoms. The review was conducted following the Joanna Briggs Institute (JBI) guidelines for systematic reviews. Qualitative studies published between 2014 and 2022 were systematically searched through electronic databases. Data were extracted using the QualSyst tool for qualitative studies. Twenty-six studies met the inclusion criteria and were synthesized through descriptive statistics, content analysis, and narrative synthesis.

The findings highlighted four major themes. First, regarding perceptions of depression, women described depression in three ways; as a burdensome and distressing state, as an internal transformation, and as a natural part of life. Second, concerning the perceived causes of depression, four key themes emerged: societal expectations of being a good woman, living primarily for others, being an emotional outlet often accompanied by intimate partner or family violence, and facing struggles in isolation. Third, related to the symptoms and impacts of depression, women perceived themselves as experiencing a loss of identity and a lack of stability in life. Finally, in terms of managing depressive symptoms, women emphasized self-responsibility in coping with the condition through strategies such as reframing depression from a new perspective, strengthening inner resilience, and seeking supportive resources. The findings suggest that nurses should adopt a more gender-sensitive perspective when caring for women with depression. Nursing practice should emphasize the promotion and prevention of depression among women at risk, particularly those experiencing violence. Furthermore, it is important to support women in managing depressive symptoms independently, in ways that align with their individual capacities and strengths.

Keyword: Depressive disorder/ Experience with depression/ Women/ Systematic review

*Corresponding author: Patrapon Saritshasombat, email: patrasa@sut.ac.th, Tel.: 09 1061 7500

Received: June 22, 2025/ Revised: August 22, 2025/ Accepted: August 29, 2025

บทนำ

โรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี 2030 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs)⁽¹⁾ ซึ่งเป็นตัวชี้วัด ทางระบาดวิทยาที่ใช้ประเมินภาระโรคในระดับประชากรและก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะจากความบกพร่อง ทางสุขภาพ (Years of Life Lost due to Disability: YLD) โดยองค์การอนามัยโลกสำรวจและพบว่าการสูญเสียปีสุขภาวะ เกิดในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย และมีอัตราความชุกในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย 1.5 - 3 เท่า ทั้งในประเทศ ที่มีรายได้ปานกลางและต่ำ⁽¹⁾ สำหรับ ประเทศไทยพบว่า ปี พ.ศ. 2567 มีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคซึมเศร้า จำนวน 174.69 ต่อแสนประชากร และอัตราความชุก เท่ากับร้อยละ 2.54⁽²⁾ โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญ ที่นำไปสู่ การฆ่าตัวตาย ซึ่งพบว่ามีร้อยละ 60 ของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีการฆ่าตัวตาย และร้อยละ 18 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ⁽³⁾

โรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้หญิงมีความเชื่อมโยงกับหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านชีววิทยาและด้านจิตวิทยาจากสรีระตามธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาสารเคมีต่างๆ ที่นำไปสู่สภาวะทางร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้หญิง โดยเชื่อว่าสภาวะของผู้หญิงมีความเกี่ยวข้องกับการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพร่างกายในช่วงตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยสูงอายุที่ผ่านประสบการณ์ด้านสุขภาพที่เกิดจากฮอร์โมนซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีประจำเดือน การตั้งครรภ์ การคลอด การเลี้ยงดูบุตร หลังคลอด การหมดประจำเดือน ที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า⁽⁴⁾ นอกจากนี้ยังพบว่ามีผลเกี่ยวข้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม การหล่อหลอมทางสังคม จากการแบกรับภาระบทบาทที่มากเกินไป การรับบทบาทหลายอย่างในเวลาเดียวกัน การถูกกระทำรุนแรงทางด้านร่างกาย จิตใจ การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ปัญหาด้านสัมพันธภาพ ความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือคู่ครอง^(5,6) ทำให้ผู้หญิงต้องใช้ชีวิตอยู่กับความคาดหวังของสังคมและครอบครัว ในฐานะที่เป็นผู้หญิงที่ดีและประสบความสำเร็จ ในการทำหน้าที่ของผู้หญิงตามที่ถูกคาดหวังในการเป็นภรรยา เป็นมารดา เป็นลูกสาว เป็นน้องสาว เป็นผู้ดูแลผู้อื่น ที่ให้คุณค่าความเป็นหญิงไว้กับบทบาทเหล่านี้ เช่นเดียวกับผู้หญิงในหลายๆ ประเทศทั่วโลก ทำให้เกิดความกดดัน และส่งผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้หญิง⁽⁶⁾ จะเห็นว่าการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้หญิงนอกจากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้หญิงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลอื่นที่ผู้หญิงให้การดูแลอีกด้วย

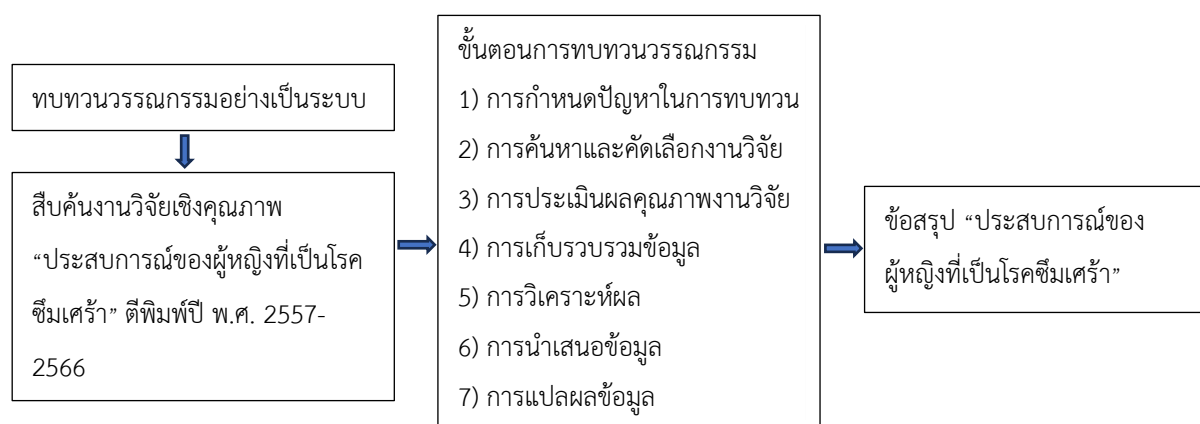
จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า พบว่าส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัยเชิงพรรณนา และการวิจัยกึ่งทดลอง ขณะที่งานวิจัยเชิงคุณภาพแม้จะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงมีความหลากหลายทั้งในด้านระเบียบวิธีวิจัยและประเด็นที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามยังไม่พบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่มุ่งสำรวจประสบการณ์ตรงของผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะ ส่งผลให้ยังขาดภาพรวมเชิงประจักษ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะ ประสบการณ์ และผลกระทบของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงอย่างชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสบการณ์โรคซึมเศร้าของผู้หญิงจากงานวิจัยเชิงคุณภาพทั้งในและต่างประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2566 โดยมีเป้าหมายเพื่อสังเคราะห์ภาพรวมที่สะท้อนข้อมูลเชิงลึกหลากหลายมิติจากมุมมองของผู้หญิงโดยตรง ไม่ว่าจะเป็นการรับรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า สาเหตุ อาการ ผลกระทบ ตลอดจนการจัดการกับโรค การศึกษานี้จะช่วยขยายมุมมองต่อภาวะซึมเศร้าออกไปจากกรอบของบุคลากรสุขภาพ และสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นในมุมมองของผู้หญิงโดยเฉพาะ ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้คาดว่าจะประโยชน์ต่อบุคลากรสุขภาพในการพัฒนาองค์ความรู้ การเรียนการสอน การปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการสร้างนวัตกรรมและการวิจัยที่สอดคล้องกับสภาพจริงและความต้องการของผู้หญิงที่เผชิญภาวะซึมเศร้า อันจะช่วยในการป้องกันการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำ ลดอัตราการฆ่าตัวตาย ตลอดจนลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและปีสุขภาวะของประเทศได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของผู้หญิงที่มาจากมุมมองของผู้หญิงจากการรับรู้ของผู้หญิงต่อโรคซึมเศร้า สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า อาการและผลกระทบ และการจัดการกับอาการของโรคซึมเศร้า
2. เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาล และแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้ามากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าจากการทบทวนงานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้า ที่ปรากฏในงานวิจัยระหว่างปี 2557-2566 โดยดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามแนวทางของสถาบัน โจแอนนาบริกส์⁽⁷⁾ โดยดำเนินการใน 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การกำหนดปัญหาในการทบทวน 2) การค้นหาและคัดเลือกงานวิจัย 3) การประเมินผลคุณภาพงานวิจัย 4) การเก็บรวบรวมข้อมูล 5) การวิเคราะห์ผล 6) การนำเสนอข้อมูล และ 7) การแปลผลข้อมูล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Systematic review of qualitative studies) เพื่อวิเคราะห์ และสังเคราะห์องค์ความรู้จากประสบการณ์ของผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องโรคซึมเศร้า สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า อาการและผลกระทบ และการจัดการกับอาการโรคซึมเศร้า ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การกำหนดปัญหาในการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกบทความวิจัยตามเกณฑ์ PCC คือ Participant, Concept และ Context⁽⁸⁾ โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในรายงานการวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้าคือ รายงานการวิจัยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

- 1.1 Participant คือ กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่เป็นผู้หญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือเคยรับการรักษาโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นรายงานวิจัยเชิงคุณภาพฉบับสมบูรณ์ (Full text) ที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

1.2 Concept คือ เป็นบทความวิจัยที่ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับมุมมอง ประสบการณ์ หรือการให้นิยามการเป็นโรคซึมเศร้า สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า อาการและผลกระทบ และการจัดการกับอาการของโรคซึมเศร้าจากผู้หญิงที่มีประสบการณ์เป็นโรคซึมเศร้า

1.3 Context เป็นงานวิจัยที่ดำเนินการวิจัยในประเทศไทยหรือต่างประเทศ

1.4. เป็นรายงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในระหว่างปี พ.ศ. 2557-2566 (ปี ค.ศ. 2014-2024)

2. การค้นหาและคัดเลือกงานวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดคำสำคัญ (Keywords) ในการสืบค้น (Searching terms) โดยใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ หรือ Medical Subject Headings (MeSH) และ Synonyms ประกอบด้วย ภาษาไทย ได้แก่ โรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า ประสบการณ์การรับรู้ ผู้หญิง เพศหญิง สตรี และภาษาอังกฤษ ได้แก่ depression or depressive disorder or depressive symptoms or major depressive disorder and women or female or woman or females experiences and life experiences or lived experiences or experiences or perspective or viewpoint

การสืบค้นงานวิจัยและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสืบค้นรายงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของสถาบัน องค์การ ที่ให้บริการเผยแพร่ข้อมูลทางสุขภาพ การแพทย์ การพยาบาล โดยใช้การค้นหาแบบขั้นสูง (Advanced search) จากฐานข้อมูล ThaiJO GoogleScholar และจากฐานข้อมูลต่างประเทศ ได้แก่ EDS (EBSCO Discovery Service) มีการกำหนดและเลือกเขตข้อมูลโดยใช้คำเชื่อม ด้วย “AND” “OR” เช่น “women or female and depression or depressive disorder” ได้งานวิจัยจำนวน 421 เรื่อง รวมถึงการสืบค้นโดยพิจารณาจากเอกสารอ้างอิง และบรรณานุกรมของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้จำนวน 285 เรื่อง สรุปผลการสืบค้นพบรายงานวิจัยที่เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้า รวมทั้งสิ้น 706 เรื่อง

3. การประเมินผลคุณภาพงานวิจัย

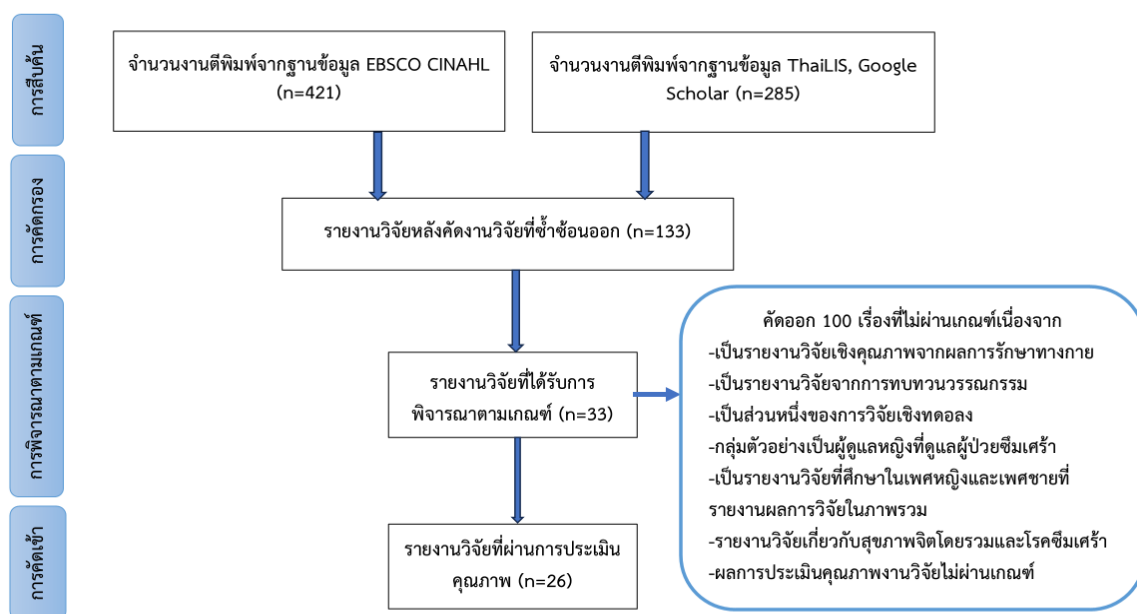
ผู้วิจัยประเมินคุณภาพรายงานวิจัย ด้วยแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงคุณภาพ (The QualSyst tool for qualitative studies) พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ ประกอบด้วย 10 ข้อ เป็นการประเมินเกี่ยวกับความสอดคล้องของปรัชญากับระเบียบวิธีวิจัย ความสอดคล้องของระเบียบวิธีวิจัยกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การตีความ การสรุปความ จริยธรรมในการวิจัยที่เป็นไปตามเกณฑ์ ความเป็นกลางของผู้วิจัย และการนำเสนอข้อมูลที่ครบถ้วน แต่ละข้อมีค่าคะแนนเท่ากับ 2, 1, 0 คือ มี, ไม่มี, ไม่ชัดหรือประเมินไม่ได้

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและพิจารณาคัดเลือกบทความวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยหลักและผู้วิจัยร่วมอีกจำนวน 2 คน อ่านรายงานการวิจัยจากชื่อเรื่อง และบทคัดย่อ และพิจารณาตัดรายงานวิจัยที่ซ้ำซ้อนกันในแต่ละฐานข้อมูล จำนวน 573 เรื่อง เหลืองานวิจัยที่เข้ารับพิจารณาการคัดกรอง จำนวน 133 เรื่อง เมื่อคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกบทความวิจัยที่กำหนดพบว่าไม่มีรายงานวิจัยที่ไม่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 100 เรื่อง จึงเหลือรายงานวิจัยเพื่อพิจารณาคุณภาพ จำนวน 33 เรื่อง

4.2 ทีมผู้วิจัยอ่านรายงานวิจัยฉบับเต็มแล้วลงบันทึกในแบบบันทึกการสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction form) และประเมินคุณภาพงานวิจัยด้วยแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงคุณภาพ จากนั้นคัดเลือกรายงานวิจัยที่มีคะแนนผลการประเมินคุณภาพรวมเท่ากับ 20 คะแนน พบว่ามีจำนวน 26 เรื่อง สรุปได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ผลการสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้า

5. การวิเคราะห์ผลของรายงานวิจัยด้วยการวิเคราะห์แบบ Conventional content analysis โดยการให้รหัสข้อมูลและจัดกลุ่มหมวดหมู่ข้อมูลตามบริบทของข้อมูลที่ได้เพื่อหาข้อสรุปองค์ความรู้จากงานวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย

6. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PCKCN REC 32/2566 และรายงานวิจัยที่คัดเลือกมาทบทวนความรู้ต้องมีการระบุการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างชัดเจน

ผลการวิจัย

ผลจากการศึกษารายงานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้าจากฐานข้อมูลต่างๆ ระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2566 จำนวน 26 เรื่อง พบว่ามีงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2557 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.08 ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ พบงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย จำนวน 4 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา คิดเป็นร้อยละ 73.08 วิธีการที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลส่วนมากใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก คิดเป็นร้อยละ 46.15 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้หญิงทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 23.08 รองลงมาเป็นการศึกษาในผู้หญิงตั้งครรภ์ ผู้หญิงหลังคลอด และผู้หญิงที่มีบุตรอายุ 1 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 15.38 เท่ากัน ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนมากอยู่ระหว่าง 11 - 20 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.15 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลของรายงานการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้า (N= 26)

ข้อมูลของรายงานการวิจัย	จำนวน (เรื่อง)	ร้อยละ
1. ปี พ.ศ. ที่ตีพิมพ์		
พ.ศ. 2557	6	23.08
พ.ศ. 2558	3	11.54
พ.ศ. 2559	0	0
พ.ศ. 2560	3	11.54
พ.ศ. 2561	3	7.69
พ.ศ. 2562	1	3.85
พ.ศ. 2563	5	19.23
พ.ศ. 2564	4	15.38
พ.ศ. 2565	1	3.85
พ.ศ. 2566	1	3.85
2. รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ		
แบบพรรณนา	19	73.08
แบบปรากฏการณ์วิทยา	6	23.08
แบบสร้างทฤษฎีจากข้อมูล	1	3.85
3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย (รายงานวิจัยบางเรื่องใช้มากกว่า 1 วิธี)		
การสัมภาษณ์เชิงลึก	23	88.46
การสนทนากลุ่ม	6	23.08
การสังเกตแบบมีส่วนร่วม	2	7.69
4. กลุ่มตัวอย่าง		
ผู้หญิงทั่วไป	6	23.08
ผู้หญิงที่มีบุตรอายุ 1 ปีขึ้นไป	4	15.38
ผู้หญิงตั้งครรภ์	4	15.38
ผู้หญิงหลังคลอด	4	15.38
ผู้หญิงวัยรุ่น	2	7.69
ผู้หญิงวัยกลางคน	2	7.69
ผู้หญิงสูงอายุ	2	7.69
ผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวี	1	3.85
ผู้หญิงอพยพ	1	3.85

ผลการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้หญิงจากการเป็นโรคซึมเศร้าทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าตามมุมมองของผู้หญิงมากขึ้นในประเด็นของการรับรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า อาการและผลกระทบของโรคซึมเศร้า และการจัดการกับอาการโรคซึมเศร้า สรุปได้ดังนี้ (ดังภาพที่ 3)

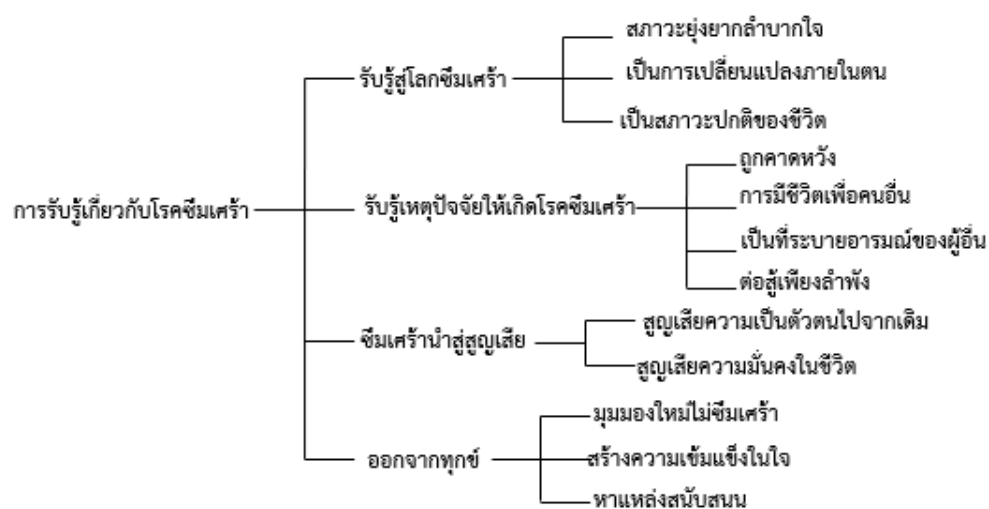
1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ประสบการณ์ของผู้หญิงจากการเป็นโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้หญิง “รับรู้สู่โลกซึมเศร้า” จากการได้เรียนรู้ลักษณะของโรค การดำเนินชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้า โดยให้นิยามโรคซึมเศร้า ดังนี้ 1) สภาวะยุ่งยากลำบากใจจากการที่ผู้หญิงต้องเผชิญสถานการณ์ที่ยุ่งยากลำบากใจในการตัดสินใจกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิต เป็นสภาวะที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ หรือไม่สามารถหาทางออกให้กับปัญหาต่างๆ ในชีวิตได้หรือแก้ไขได้ยาก เช่น บางรายงานวิจัยพบว่าการที่ผู้หญิงหลังคลอดบุตรคนแรกไม่สามารถปรับตัวรับบทบาทการเป็นมารดาได้เนื่องจากขาดประสบการณ์ร่วมกับต้องรับผิดชอบภาระหน้าที่หลากหลายมากขึ้นจนยากจะรับมือทำให้เกิดโรคซึมเศร้า 2) เป็นการเปลี่ยนแปลงภายในตน ในช่วงที่เกิดอาการของโรคซึมเศร้าผู้หญิงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งด้านความรู้สึกนึกคิด การตัดสินใจ พฤติกรรมที่ต่างจากช่วงก่อนที่จะป่วยอย่างชัดเจนและทำให้ผู้หญิงไม่พึงพอใจในตนเอง ผิดหวังกับตนเอง และ 3) เป็นสภาวะปกติของชีวิต ผู้หญิงบางส่วนรับรู้ว่าการเป็นโรคซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน และสามารถหายได้ขึ้นอยู่กับการดูแลตนเอง เช่น ในบางงานวิจัยพบว่าผู้หญิงรับรู้โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาปกติต่อสถานการณ์ในชีวิตที่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง ดังเช่นคำกล่าวของผู้หญิงในรายงานวิจัยที่ว่า “เป็นอารมณ์ที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลังคลอด ที่สามารถจะหายได้”

2. การรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า ผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้าได้มีการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นเหตุให้เกิดโรคซึมเศร้าของตนเองจนเกิดการ “รับรู้เหตุปัจจัยให้เกิดโรคซึมเศร้า” ว่าเกิดจากปัจจัยดังนี้ 1) การที่ผู้หญิงถูกคาดหวังว่า “ต้องเป็นผู้หญิงที่ดี” จากการที่ผู้หญิงต้องปฏิบัติหน้าที่ตามที่บุคคลในครอบครัวคาดหวังว่าต้องดูแลบุคคลในครอบครัว ดูแลบุตรให้อยู่รอดปลอดภัยและเติบโตอย่างมีคุณภาพ ต้องทำหน้าที่ในการเป็นมารดา เป็นภรรยาที่ต้องดูแลครอบครัวได้ตามที่ถูกคาดหวัง เมื่อไม่สามารถปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคมได้จากภาระหน้าที่ที่ท่วมท้นทำให้ถูกตำหนิ หรือการที่ผู้หญิงที่ติดเชื่อเอชไอวีจากสามีจะถูกสังคมตีตราว่าเป็นผู้หญิงไม่ดีจนไม่ได้รับการเชื่อถือ การยอมรับจากบุคคลรอบข้างทำให้ผู้หญิงเกิดอาการซึมเศร้า 2) มีชีวิตเพื่อคนอื่น ต้องอดทนเพื่อให้บุตรได้รับสิทธิบางอย่างจากสามี ต้องรักษาภาพลักษณ์ของครอบครัวที่สมบูรณ์ จำยอมต่อการถูกกดขี่และถูกรังแกรุนแรงเพื่อรักษาครอบครัวเอาไว้ ผู้หญิงจึงต้องอดทนกับภาวะความเครียดเรื้อรังจนเกิดโรคซึมเศร้า 3) เป็นที่ระบายอารมณ์ของผู้อื่น จากการที่ผู้หญิงถูกกดขี่ ถูกรังแกรุนแรงทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ และความรุนแรงทางเพศจากบุคคลในครอบครัว เช่น การถูกสามีทุบตี พูดตำหนิต่อหน้าผู้อื่น การขว้างปาสิ่งของใส่หน้า การบังคับมีเพศสัมพันธ์ จนส่งผลต่อสุขภาพและเกิดการบาดเจ็บ เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่เกิดหลังจากที่สามีดื่มสุรา หรืออารมณ์หงุดหงิดจากการพนัน จนทำให้ผู้หญิงเป็นโรคซึมเศร้า และ 4) การที่ผู้หญิงต้องสู้เพียงลำพัง จากภาวะที่ผู้หญิงต้องรับผิดชอบในการบริหารจัดการทั้งด้านการเงิน การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวโดยเฉพาะปัญหาภาระหนี้สินของครอบครัวเพียงลำพัง การรับผิดชอบดูแลบุตรและแก้ปัญหาสุขภาพของบุตรเพียงลำพัง รวมถึงการต่อสู้กับอาการของโรคซึมเศร้าเพียงลำพัง และพบว่าบางงานวิจัยผู้หญิงไม่ได้รับการดูแลโรคซึมเศร้าที่เหมาะสมจากผู้บำบัดไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอทำให้ผู้หญิงรู้สึกโดดเดี่ยวและสิ้นหวัง

3. การรับรู้อาการและผลกระทบของโรคซึมเศร้า อาการของโรคซึมเศร้าส่งผลให้ผู้หญิงรับรู้ “ซึมเศร้าเข้าสู่สูญเสีย” ซึ่งการสูญเสียด้านต่างๆ คือ 1) สูญเสียความเป็นตัวตนไปจากเดิม จากการที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมที่ต่างไปจากเดิมก่อนเกิดการเจ็บป่วย จนผู้หญิงรู้สึกผิดหวังต่อตนเองและมักตำหนิตนเองทำให้อาการซึมเศร้าแย่ลง และ 2) สูญเสียความมั่นคงในชีวิต ผู้หญิงรับรู้การสูญเสียที่ตามมาหลังจากเป็นโรคซึมเศร้าที่ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง จนทำให้สูญเสียงาน และขาดรายได้ตามมา

4. การจัดการกับอาการโรคซึมเศร้า ผู้หญิงรับรู้ถึงความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ต่างๆ จึงพยายามหาหนทาง “ออกจากทุกข์” ด้วยการปรับความคิด พฤติกรรมของตนเอง ด้วยวิธีการดังนี้ 1) มองมุมใหม่ไม่ซึมเศร้า คือการที่ผู้หญิง

พยายามดิ้นรนค้นหานิยามใหม่ของโรคซึมเศร้าเพื่อการอยู่รอด ด้วยการยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นรวมทั้งโรคซึมเศร้าที่เผชิญอยู่ว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และเชื่อว่าจะสามารถจัดการแก้ไข ควบคุมอาการซึมเศร้าได้ และเชื่อว่าหากควบคุมอาการซึมเศร้าของตนเองได้จะสามารถฟื้นหายได้ 2) สร้างความเข้มแข็งในใจ ผู้หญิงส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการรับผิดชอบตนเอง สร้างความตระหนักรู้ในตนเอง มองทุกอย่างในชีวิตในแง่ดี ไม่คิดลบทั้งต่อตัวเองและสิ่งแวดล้อม พยายามมุ่งมั่นตั้งใจที่จะดูแลจิตใจของตนเอง เช่น การปล่อยวาง การละทิ้งความคาดหวังต่อตนเองและผู้อื่น เป็นต้น เพราะเชื่อว่าผู้หญิงต้องดูแลสุขภาพตนเองก่อนดูแลผู้อื่น และ 3) หาแหล่งสนับสนุน โดยการหาที่ระบายความรู้สึกเศร้า และการขอรับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะคู่ครองในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และการได้รับการช่วยเหลือจากสถานบริการสุขภาพในการให้คำปรึกษาช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ



ภาพที่ 3 Typology การรับรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้หญิง

อภิปรายผลการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการรับรู้ต่อโรคซึมเศร้า สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า อาการและผลกระทบของโรคซึมเศร้า และการจัดการกับอาการโรคซึมเศร้า ของผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้า ทำให้ได้ข้อค้นพบตามมุมมองของผู้หญิงซึ่งเป็นเสียงสะท้อนจากประสบการณ์ตรงของผู้หญิงจากรายงานการวิจัยตามซึ่งสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า หลังจากผู้หญิงเป็นโรคซึมเศร้าทำให้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของตนเอง และมีการให้นิยามของการเป็นโรคซึมเศร้าว่าเป็นสภาวะยุ่งยากลำบากใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงภายในตน และเป็นสภาวะปกติของชีวิต การที่ผู้หญิงซึมเศร้ารับรู้จากประสบการณ์จริงจากการใช้ชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้หญิงมีการนิยามเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงภายในตน เนื่องจากการเป็นโรคซึมเศร้าทำให้ผู้หญิงมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม การตัดสินใจ การทำหน้าที่และประสิทธิภาพในการทำงานที่ลดลงจากเดิม ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงความเป็นตัวตนของบุคคล เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมจึงทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวตน (Loss of self) สูญเสียอัตมโนทัศน์แห่งตน (Self-concept)⁽⁶⁾ และการที่ผู้หญิงต้องดำเนินชีวิตอยู่ภายใต้ความสัมพันธ์ที่ขัดแย้ง รวมทั้งความขัดแย้งภายในตนเองที่ต้องทำตามความคาดหวังของผู้อื่น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่พอใจ ไม่มีความสุข กัดดันจนเกิดการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)⁽⁹⁾ และเกิดเป็นโรคซึมเศร้า รวมถึงการที่ผู้หญิงต้องเผชิญปัญหาที่รุนแรงในชีวิตที่ไม่สามารถแก้ปัญหา

หรือจัดการกับสถานการณ์ที่ย่างยากซับซ้อนได้ด้วยตนเอง และต้องดำเนินชีวิตอยู่กับสภาวะที่ย่างยากลำบากใจเหล่านี้ เป็นเวลานานทำให้เกิดความเครียดสะสมจนเกิดเป็นโรคซึมเศร้า ผู้หญิงจึงรู้ว่าโรคซึมเศร้า เป็นสภาวะที่ย่างยากลำบากใจ และการที่ผู้หญิงในบางรายงานวิจัยรู้ว่าโรคซึมเศร้า เป็นสภาวะปกติของชีวิต เนื่องจากผู้หญิงที่ศึกษาในบางรายงานการวิจัย มีมุมมองความคิดว่าการซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้หญิงที่ต้องเผชิญปัญหาการปรับตัวในแต่ละช่วงของชีวิต เช่น การปรับตัวรับบทบาทใหม่ในการตั้งครรภ์อันเป็นสภาวะหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการชีวิต ที่อาจก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ในผู้หญิงระยะเจริญพันธุ์ ซึ่งสามารถจัดการแก้ไขให้หายไปได้^(10,11) ผู้หญิงจึงรู้ว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในช่วงชีวิตปกติของผู้หญิง

2. การรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า ผู้หญิงรับรู้เหตุปัจจัยให้เกิดโรคซึมเศร้าว่าเกิดจากการถูกคาดหวังว่าต้องเป็นผู้หญิงที่ดี มีชีวิตเพื่อคนอื่น เป็นที่ระบายอารมณ์ของผู้อื่น และการที่ผู้หญิงต้องสู้เพียงลำพัง ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสาเหตุส่วนหนึ่งเป็นผลมาจาก การถูกคาดหวังว่าต้องเป็นผู้หญิงที่ดี เนื่องจากความแตกต่างในบทบาทหน้าที่ตามมิติเพศภาวะ (Gender) โดยผู้หญิงมักจะเผชิญกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตในบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตร การทำหน้าที่ และปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ การทำงานนอกบ้าน การที่ผู้หญิงต้องดำเนินชีวิตอยู่กับความคาดหวังของผู้อื่น ต้องทำหน้าที่ที่ไม่ใช่หน้าที่ของตนเอง ต้องละทิ้งหรือละเลยความสนใจ ความใส่ใจต่อตนเอง และดำเนินชีวิตอยู่กับความขัดแย้งภายในใจด้วยความรู้สึกกดดันไม่มีความสุข และผู้หญิงถูกคาดหวังว่าหน้าที่อบรมสั่งสอนบุตรเป็นหน้าที่ของเพศหญิง ทำให้ผู้หญิงและสังคมรับรู้และคาดหวังว่าเพศหญิงต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูบุตรให้เติบโต เป็นคนดี หากผู้หญิงทำหน้าที่นี้ได้สำเร็จ จะช่วยสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง ดังนั้นผู้หญิงมักยึดโยงความสำเร็จ ความภูมิใจของตนเองกับความสำเร็จตามความคาดหวังของผู้อื่น สร้างแรงกดดันในการสร้างความสำเร็จแก่ตนเอง เมื่อไม่สามารถทำตามสังคมคาดหวังได้จึงทำให้บุคคลสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)^(9,10,12,13) ขาดการนับถือตนเอง ไม่มีศักยภาพในการที่จะทำสิ่งต่างๆ รู้สึกไม่เป็นที่ต้องการของผู้อื่น และการที่ผู้หญิงมีบทบาททำงานนอกบ้าน แต่ในขณะเดียวกันยังต้องคงบทบาทเดิมในการดูแลงานบ้าน การอบรมเลี้ยงดูบุตร เป็นสิ่งที่ผู้หญิงทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศต้องประสบเช่นเดียวกันในการดำรงบทบาทต่างๆ ไปพร้อมๆ กัน เช่น การเป็นภรรยา เป็นแม่ เป็นผู้ดูแลบุตร พ่อแม่ ผู้สูงอายุหรือสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย เป็นผู้จัดการเรื่องอาหาร และความเรียบร้อยภายในบ้าน ทำให้ผู้หญิงเกิดความเครียดจากการที่ต้องสวมบทบาทหลากหลาย จนไม่มีเวลาพักผ่อน นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้า^(11,13,14) จึงเป็นที่น่าสังเกตว่าการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้หญิงมีความสอดคล้องกับบทบาททางเพศตามมิติเพศภาวะ^(6,9) ในทำนองเดียวกันผู้หญิงในบางรายงานวิจัยที่ต้องรักษาภาพลักษณ์การเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์เพราะนึกถึงคนอื่นมากกว่าตนเองด้วยเหตุผลเพื่อผู้อื่นมากกว่าเพื่อตัวผู้หญิงเอง การที่ผู้หญิงดูแลผู้อื่นก่อนดูแลตัวเอง ละทิ้งหรือละเลยความสนใจ ความใส่ใจต่อตนเอง ดำเนินชีวิตอยู่กับความขัดแย้งภายในใจด้วยความรู้สึกไม่มีความสุข ต้องอดทนเพื่อลูกและครอบครัวจากการที่ผู้หญิง จึงเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้จากการที่ผู้หญิง มีชีวิตเพื่อคนอื่น ผู้หญิงจึงต้องเผชิญความเครียดยาวนานจนเกิดเป็นโรคซึมเศร้าได้^(6,9,10) อีกทั้งการที่ผู้หญิงถูกระงับแรงโดยเฉพาะความรุนแรงจากคู่ครองหรือจากบุคคลในครอบครัว รวมถึงปัญหาสัมพันธ์ภายในครอบครัว กับสามี หรือบุตร หรือครอบครัวของสามี ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่พบในหลายงานวิจัย จนทำให้เกิดโรคซึมเศร้า^(9,10,11) ทำให้ผู้หญิงรับรู้การเกิดโรคซึมเศร้าจากการ เป็นที่ระบายอารมณ์ของผู้อื่น โดยไม่สามารถปฏิเสธหรือขัดขึ้นได้ รวมถึงภาวะที่ผู้หญิงต้องรับผิดชอบบริหารจัดการทั้งด้านการเงิน การจัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวโดยเฉพาะปัญหาภาระหนี้สินของครอบครัวเพียงลำพัง รวมถึงการต่อสู้กับอาการของโรคซึมเศร้าเพียงลำพัง รวมทั้งการให้กำเนิดบุตรเพียงลำพังทำให้เกิดความเครียดทางร่างกายและจิตใจ จึงเป็นภาวะที่ผู้หญิงต้องสู้เพียงลำพัง ร่วมกับขาดสิ่งสนับสนุนช่วยเหลือที่เหมาะสม จึงกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้^(6,9,11,13,14) จากสาเหตุดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของประเด็นเพศภาวะที่ส่งผลให้

ผู้หญิงทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศเกิดโรคซึมเศร้าได้ในช่วงสิบปีที่ผ่านมาแม้จะมีการพัฒนาให้เกิดความเท่าเทียมกันในสังคมมากขึ้น

3. การรับรู้อาการและผลกระทบของโรคซึมเศร้า อาการของโรคซึมเศร้าส่งผลให้ผู้หญิงสูญเสียความเป็นตัวตน และสูญเสียความมั่นคงในชีวิตจากการทบทวนรายงานวิจัยพบว่าผู้หญิงมีการ *สูญเสียตัวตน* เนื่องจากอาการของโรคซึมเศร้าจากอาการเบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง ส่งผลให้เกิด การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ความคิด พฤติกรรม ส่งผลต่อการเรียนแย่ลง การสื่อสารแย่ลง การเคลื่อนไหวช้า^(1,3) และมีผลต่อบุคลิกภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำหน้าที่ของบุคคล รวมถึงการรู้สึกรู้ว่าตนเองไม่มีคุณค่า รู้สึกว่าไม่เป็นที่ต้องการของผู้อื่นส่งผลต่อ ความมั่นใจของผู้หญิง⁽⁹⁾ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับผู้หญิงส่งผลต่อกายภาพในการที่จะทำสิ่งต่างๆ ได้ลดลง หรือไม่สามารทำได้ดังเดิมเหมือนช่วงก่อนป่วย โดยเฉพาะประสิทธิภาพในการทำงานที่ลดลงเมื่อเกิดอาการซึมเศร้าและตามมาด้วยผลกระทบต่อยาได้ที่ได้รับ จนเกิด การสูญเสียความมั่นคงในชีวิต จึงก่อให้เกิดภาระหนี้สิน จนส่งผลให้ผู้หญิงเกิดความเครียดสะสมและส่งผลต่ออาการของโรคซึมเศร้า^(12,13) จากอาการของโรคซึมเศร้าที่ส่งผลกระทบเป็นวงวนต่อการดำเนินชีวิตและส่งผลต่อความเครียดจนเกิดเป็นวงจรชีวิตที่สร้างความทุกข์ยาวนานจนอาการของโรคแย่ลงหรือเกิดอาการกำเริบได้ง่าย^(6,9)

4. การจัดการกับอาการโรคซึมเศร้า ผู้หญิงรับรู้ถึงความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ต่างๆ จึงพยายามค้นหาหนทางออกจากทุกข์ ด้วยการมองมุมใหม่ไม่ซึมเศร้า สร้างความเข้มแข็งในใจ และหาแหล่งสนับสนุน การที่ผู้หญิงมีมุมมองต่อโรคซึมเศร้าว่าสามารถจัดการแก้ไขได้และเป็นความรับผิดชอบของผู้หญิงแต่ละคนที่จะต้องวิเคราะห์หาสาเหตุ ค้นหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาและควบคุมอาการซึมเศร้าของตนเองหรือดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับโรคซึมเศร้าได้ก็สามารถพ้นทุกข์หรือพ้นหายจากซึมเศร้าได้ จึงเป็นวิธีการมองมุมใหม่ไม่ซึมเศร้า ด้วยการไตร่ตรองใคร่ครวญการทำความเข้าใจในตนเองเกี่ยวกับทักษะการคิด การปรับมุมมองความคิดต่อโรคซึมเศร้าว่าสามารถควบคุมจัดการได้ด้วยตนเองเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆ^(6,9,12) และให้นิยามประสบการณ์ใหม่ เพื่อให้สามารถยอมรับกับโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งการที่ผู้หญิงพยายามหาวิธีจัดการกับอาการซึมเศร้าของตนเองด้วยการนำความคิดออกจากสิ่งที่เคยยึดติดเพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้นและพ้นจากความทุกข์^(9,10) ใช้การปฏิเสธ การปล่อยวาง⁽¹⁴⁾ การจัดการกับความคิดตนเองเป็นการสร้างความเข้มแข็งในใจ โดยตระหนักเห็นความสำคัญของการดูแลเยียวยาจิตใจตัวเอง ด้วยการยอมรับ เรียนรู้ ควบคุมความคิด และการเฝ้าสังเกตจิตใจของตนเองอย่างต่อเนื่อง^(9,10,14) ซึ่งจะช่วยบรรเทาอาการของโรคซึมเศร้าให้ดีขึ้นได้ นอกจากนี้ผู้หญิงจะมีการกระทำเพื่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของตนเองแล้ว ผู้หญิงยังมีการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อออกจากทุกข์ด้วยการ หาแหล่งสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด ชุมชน สังคม องค์กร บุคลากรทางสุขภาพ รวมถึงสื่อโซเชียล ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้หญิงเกิดภาวะซึมเศร้า^(9,13) และเป็นการใช้ประโยชน์จากแหล่งต่างๆ เพื่อเป็นตัวช่วยในการดูแลตนเองและส่งเสริมการดูแลตนเองให้เกิดการพ้นหายของโรคได้⁽⁹⁾

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้หญิงที่เผชิญโรคซึมเศร้า ได้ข้อค้นพบที่สำคัญ ดังนี้ ผู้หญิงรับรู้โรคซึมเศร้าว่าเป็นสภาวะที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงภายในตน และในบางกรณีถูกมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตปกติ โดยอาการซึมเศร้าส่งผลให้ผู้หญิงเกิดการสูญเสียตัวตน ความมั่นใจ และคุณค่าในตนเอง สาเหตุของโรคถูกเชื่อมโยงกับปัจจัยด้านเพศภาวะและสังคมวัฒนธรรม เช่น บทบาทที่มากเกินไป ความคาดหวังจากครอบครัวและสังคม ความรุนแรงในครอบครัว และความสัมพันธ์ที่ตึงเครียด อาการของโรคก่อให้เกิดผลกระทบทั้งในมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานและคุณภาพชีวิตลดลง สำหรับการจัดการกับอาการ ผู้หญิงใช้วิธีการปรับมุมมอง การสร้างความเข้มแข็งภายในใจ การยอมรับตนเอง การปล่อยวาง และการแสวงหาการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ชุมชน

และบุคลากรสุขภาพ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการเข้าใจโรคซึมเศร้าผ่านมุมมองของผู้หญิงมีความสำคัญต่อการพัฒนาองค์ความรู้ การพยาบาล และการสร้างนวัตกรรมที่ตอบสนองต่อประสบการณ์จริงของผู้หญิงได้อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 นำองค์ความรู้ที่ได้รับไปพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาล และแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้ามากขึ้น และเน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งในจิตใจแก่ผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้าในการดูแลตนเอง

1.2 ผู้บำบัดควรพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้หญิงที่มีภาวะซึมเศร้าเชิงรุกตามประเด็นปัญหาในแต่ละช่วงวัยของผู้หญิงโดยเฉพาะช่วงวัยเจริญพันธุ์ และค้นหาความเสี่ยงที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรง เพื่อให้การช่วยเหลือและให้การป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า รวมถึงการปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการรับฟังเรื่องราวของผู้หญิงเพื่อให้การพยาบาลได้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของผู้หญิงแต่ละราย

2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล

จัดการเรียนการสอนโดยเน้นการศึกษาเชิงเพศภาวะที่ส่งผลกระทบต่ออาการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้หญิง และกลุ่มอื่นๆ และฝึกทักษะการฟังด้วยหัวใจ เพื่อเรียนรู้ เข้าใจในประเด็นปัญหาและนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยการจัดโปรแกรมส่งเสริมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้หญิงที่เป็นโรคซึมเศร้าให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษาวิจัยที่เน้นส่งเสริมศักยภาพของผู้หญิงในการดูแลโรคซึมเศร้าหรือจัดการกับอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง เพื่อป้องกันอาการของโรคกำเริบ

3. ควรมีการศึกษาวิจัยที่ส่งเสริมการดำเนินชีวิตของผู้หญิงในบริบทของมิติเพศภาวะเพื่อป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้หญิงกลุ่มเสี่ยง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression: Let's talk. 2018 [internet]. [cited 2025 Feb 10]. Available from: <http://www.searo.who.int/thailand/news/technical-factsheet-depressionthai.pdf?ua=1>
2. คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. อัตราป่วยรายใหม่และความชุกโรคซึมเศร้าในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2565-2567. Health Data Center (HDC) [internet]. [cited 2025 Aug 1]. Available from: <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/1807>
3. Lortrakul M, Sukanicha P, editors. Using DSM-5. In: Ramathibodhi Psychiatry. 4th ed. Bangkok: Mahidol University, Faculty of Medicine; 2018.
4. Borgsted C, Høgh S, Høghsted ES, et al. The role of central serotonergic markers and estradiol changes in perinatal mental health. Acta Psychiatr Scand [internet]. 2022 [cited 2024 Feb 15];146(4):357–369. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acps.13461>

5. Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med* [internet]. 2018 Jul [cited 2024 Jan 10];48(9):1560–1571. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29173244/>
6. Rungreangkulkij S, Kotnara I, Rujiraprasert N, Khuandee N. Gender inequality identified as an underlying cause of depression in Thai women. *J Int Women's Stud* [internet]. 2019 [cited 2025 Jan 20];20(7):395–408. Available from: <https://vc.bridgew.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2179&context=jiws>
7. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual [internet]. Adelaide: University of Adelaide; 2014 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2890342>
8. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evid Synth* [internet]. 2020 [cited 2025 Jan 20];18(10):2119–2126. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33038124/>
9. Dechduang P, Rungreangkulkij S, Jongudomkarn D. Self-love: A strategy to unlock self towards recovery from depression in middle-aged women. *J R Thai Army Nurses* [internet]. 2023 Jan 2 [cited 2025 Jan 20];23(3):418–427. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/251432>
10. Lin J, Zou L, Lin W, Becker B, Yeung A, Cuijpers P, et al. Does gender role explain a high risk of depression? A meta-analytic review of 40 years of evidence. *J Affect Disord* [internet]. 2021 Nov [cited 2025 Jan 20];294:261–278. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.018>
11. Niemi ME, Falkenberg T, Nguyen MT, Patel V, Faxelid E. The social contexts of depression during motherhood: a study of explanatory models in Vietnam. *J Affect Disord* [internet]. 2010 Jul [cited 2024 Jan 9];124(1–2):29–37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19854515/>
12. Murphy J, Goldner E, Corbett KK, Morrow M, Nguyen VC, Linh DT, et al. Conceptualizing depression in Vietnam: Primary health care providers' explanatory models of depression. *Transcult Psychiatry* [internet]. 2018 Feb [cited 2024 Jan 9];55(2):219–241. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1363461517748846>
13. Atuhaire C, Rukundo GZ, Nambozi G, Ngonzi J, Atwine D, Cumber SN, et al. Prevalence of postpartum depression and associated factors among women in Mbarara and Rwampara districts of south-western Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth* [internet]. 2021 Jul [cited 2024 Jan 9];21(1):1–11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03967-3>
14. Fullagar S, O'Brien W, Lloyd K. Feminist perspectives on third places. In: Dolley J, Bosnan C, editors. Cheltenham (UK): Edward Elgar; 2018.

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน: แนวทางและคำแนะนำ

ธนิดา สติตอตุสาทร¹ กุลินทร คำแน่น^{2*}

^{1,2*}อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา ศรีสะเกษ

บทคัดย่อ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว 6 เดือนแรกของชีวิต เป็นแนวทางที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการและภูมิคุ้มกันของทารก ในประเทศไทยพบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว 6 เดือนยังคงอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 28.6 โดยเฉพาะในกลุ่มมารดาที่ทำงานนอกบ้าน พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว 6 เดือนเพียงร้อยละ 13.80

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มมารดาที่ทำงานนอกบ้าน จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว 6 เดือน ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ความรู้ ทัศนคติ และประสบการณ์ของมารดา ปัจจัยด้านครอบครัวในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ การเตรียมความพร้อมของมารดาเพื่อกลับไปทำงาน และปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน และนโยบายของสถานที่ทำงาน จากปัจจัยดังกล่าวสามารถนำมาวางแผนเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามแนวทางการปฏิบัติบันได 10 ขั้น ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อเตรียมความพร้อมตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด โดยความสำเร็จขึ้นอยู่กับความสำเร็จของการสนับสนุนของภาคส่วนต่างๆ ร่วมกับการปฏิบัติตนของมารดา ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ ครอบครัว และองค์กรนายจ้าง เริ่มตั้งแต่ส่งเสริมการ “ดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี ดูดเกลี้ยงเต้า” การฝึกทักษะการปั๊มนม เต็มใจผู้เลี้ยงดูทารก การสร้างนโยบายสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อการให้นมแม่และสามารถวางแผนส่งนํ้านมแม่แช่แข็งไปยังลูกที่อยู่ต่างจังหวัดได้อย่างสะดวกและไม่มีค่าใช้จ่าย ผ่านภาคีเครือข่ายโดยการสนับสนุนจากกรมอนามัย การวางแผนอย่างเป็นระบบและความร่วมมือจากทุกภาคส่วน จะช่วยลดอุปสรรคและส่งเสริมให้มารดาที่ทำงานนอกบ้านสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนได้สำเร็จ ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของทารกและช่วยให้มารดาและทารกมีสุขภาพที่แข็งแรง

คำสำคัญ: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว/ มารดาทำงานนอกบ้าน/ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

*ผู้รับผิดชอบบทความ: กุลินทร คำแน่น, อีเมล: b.kulinthorn@gmail.com, โทร.: 06 2626 8996

Received: 28 เมษายน 2568/ Revised: 25 มิถุนายน 2568/ Accepted: 31 กรกฎาคม 2568

Promoting Exclusive Breastfeeding among Working Mothers: Guidelines and Recommendations

Thanida Stitutsahakorn¹ Kulinthorn Khamnan^{2*}

^{1,2*}Lecturer, Faculty of Nursing, Chulermkarnchana University, Sisaket

Abstract

Exclusive breastfeeding during the first six months of life is recommended by the World Health Organization (WHO) to promote optimal infant development and immune protection. In Thailand, however, the exclusive breastfeeding rate remains low at 28.6% and is even lower among working mothers, at only 13.8%.

This article aims to present factors influencing the success of exclusive breastfeeding and practical strategies to promote breastfeeding among employed mothers. Based on a literature review, the determinants include individual factors such as maternal knowledge, attitudes, and experience; family support; health service systems; maternal preparation for returning to work; and organizational factors such as workplace policies and coworker support. These insights can inform the planning and implementation of supportive measures aligned with the “Ten Steps to Successful Breastfeeding,” beginning from pregnancy through the postpartum period. The success of breastfeeding also relies on multi-sectoral support involving health systems, families, and employers, in conjunction with maternal readiness. Key practices include early initiation, frequent and effective breastfeeding, proper milk expression techniques, caregiver training, and the establishment of breastfeeding-friendly workplace policies. Additionally, systems for transporting frozen breast milk to children in rural areas at no cost, supported by networks such as the Department of Health, are critical. Systematic planning and collaboration across sectors can reduce barriers and promote successful exclusive breastfeeding among working mothers for six months, ultimately contributing to improved maternal and child health and reduced infant morbidity and mortality.

Keywords: Exclusive breastfeeding/ Working mothers/ Breastfeeding promotion

*Corresponding author: Kulinthorn Khamnan, email: b.kulinthorn@gmail.com, Tel.: 06 2626 8996

Received: April 28, 2025/ Revised: June 25, 2025/ Accepted: July 31, 2025

บทนำ

นมแม่เป็นอาหารที่ปลอดภัยและดีที่สุดสำหรับทารก นมแม่จำเป็นต่อการอยู่รอดและสุขภาพของทารก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือนได้สูงถึงร้อยละ 87⁽¹⁾ นมแม่ให้สารอาหารที่สำคัญเพื่อการเจริญเติบโต พัฒนาการ และให้ผลทางภูมิคุ้มกันต่อโรค⁽²⁾ ในน้ำนมแม่มีองค์ประกอบของ น้ำร้อยละ 87 ไขมันร้อยละ 3.8 โปรตีนร้อยละ 1 และแลคโตสร้อยละ 7 ซึ่งให้สารอาหารหลักและสารภูมิคุ้มกันครบถ้วน เช่น แอนติบอดี โปรตีน bioactive DHA ARA oligosaccharides และจุลินทรีย์ที่ดี สามารถต้านจุลชีพ ด้านแบคทีเรียและด้านการติดเชื้อ ช่วยปกป้องระบบทางเดินอาหาร ลดอัตราการป่วย การตายจากอุจจาระร่วง⁽³⁾ ค.ศ. 2019 Walters DD, et al.⁽⁴⁾ ประเมินผลกระทบจากการไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามคำแนะนำของ WHO และ UNICEF พบว่าการไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเหมาะสมทำให้เกิดการเสียชีวิตของเด็กทั่วโลกกว่า 595,379 คน/ปี จากโรคท้องร่วงและปอดอักเสบ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยเสริมพัฒนาการทางสมอง สนับสนุนพัฒนาการของทารก การศึกษาอย่างเป็นระบบพบว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กับระดับสติปัญญา (IQ) โดยพบคะแนน IQ เฉลี่ยสูงขึ้น +3.44 คะแนนในเด็กที่เคยกินนมแม่ และการทดลองแบบสุ่มก็พบว่าเด็กที่ส่งเสริมให้ได้รับนมแม่มีไอคิวสูงกว่ากลุ่มควบคุมถึง 7.5 คะแนน เมื่ออายุ 6.5 ปี⁽⁵⁾ เนื่องจาก DHA และ ARA เป็นกรดไขมันที่จำเป็นต่อการพัฒนา สมอง สายตา และระบบประสาทของทารก โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรกที่สมองเจริญเติบโตเร็วที่สุด นอกจากนี้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ยังมีประโยชน์ต่อสุขภาพมารดา ช่วยลดความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านม และมะเร็งรังไข่ ในขณะที่ให้นมแม่จะทำให้ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งเป็นปัจจัยเร่งเซลล์เต้านม และช่วยผลิตเซลล์เต้านม ลดลง ลดโอกาสเกิดเซลล์ผิดปกติ นอกจากนี้การหยุดการตกไข่ชั่วคราวจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก็จะช่วยลดการกระตุ้นเซลล์รังไข่⁽⁶⁾ การที่แม่ได้โอบกอดลูกและให้ลูกดูดนมจากเต้าจะช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาทารกให้เกิดความรักความผูกพัน และช่วยให้น้ำหนักตัวของแม่กลับคืนสู่ปกติอย่างรวดเร็วเพราะร่างกายมารดาจะดึงพลังงานจากไขมันสะสมระหว่างตั้งครรภ์มาใช้ในการสร้างน้ำนม และฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการให้นมก็จะลดการสะสมไขมันในร่างกาย องค์การอนามัยโลก (WHO) และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ได้ให้คำแนะนำว่า “ทารกควรได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต เพื่อให้มีการเจริญเติบโต พัฒนาการและสุขภาพที่ดี”⁽⁷⁾ ในปี พ.ศ. 2561 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดตัวบ่งชี้ว่าทารกทุกคนควรได้รับนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงหลังเกิด ได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวนาน 6 เดือนแรกของชีวิต และได้รับนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น และตั้งเป้าหมายในปี 2570 ว่าอัตราการกินนมแม่อย่างเดียวของทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน ต้องเพิ่มขึ้นเป็นอย่างน้อยร้อยละ 70 แต่ผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย MICs (MICs: Multi Indicator Cluster Survey) พ.ศ. 2565 พบว่า แม่มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว 6 เดือนเพียงร้อยละ 28.6 หรือเพียง 1 ใน 3 คนเท่านั้น และมีเด็กที่กินนมแม่เป็นหลักควบคู่กับน้ำและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นส่วนผสมนั้นมีจำนวนมากถึงร้อยละ 45.3⁽⁸⁾ แม้นมแม่จะมีคุณประโยชน์และสำคัญสำหรับทารก แต่ก็มีทารกจำนวนมากไม่ได้เริ่มต้นกินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิด หรือไม่ได้กินนมแม่เพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก หรือหย่านมแม่เร็วเกินไป แม้นจำนวนมากมักจะเผชิญปัญหาและแรงกดดันในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จนบางครั้งก็ต้องหยุดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และเปลี่ยนไปใช้นมสูตรสำหรับทารกเพื่อเลี้ยงทารก ทำให้อัตราการความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม้อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวสำเร็จ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ตั้งแต่ปัจจัยส่วนบุคคล มารดาที่มีความรู้ มีทัศนคติที่ดี มีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และมีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาใช้เวลาอย่างเพียงพอที่จะให้นมแม่ทุก 2 - 3 ชั่วโมง มีครอบครัวที่ช่วยสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและแก้ปัญหาการให้นมอย่างรวดเร็วทันท่วงทีก็จะมีความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวจนครบ 6 เดือนตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดความไม่สมดุลระหว่างเวลาที่แม่มีกับเวลาที่ต้องให้นมลูก จึงเกิดอุปสรรคที่ขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มารดาเลือกที่จะหยุดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวนสตรีอายุ 15 ปีขึ้นไป

ในประเทศไทยมีประมาณ 29.5 ล้านคน เป็นสตรีที่อยู่ในกำลังแรงงาน ทั้งหมด 59.7% หรือคิดเป็นประมาณ 17.6 ล้านคน แสดงว่ามีผู้หญิงกว่า 1 ใน 2 ที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์และต้องออกไปทำงานนอกบ้าน⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่อาจประสบอุปสรรคในการให้นมลูกอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มารดาที่ทำงานควบคู่กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังประสบความสำเร็จเพียง 1 ใน 3 คน⁽¹⁰⁾ ซึ่งอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มคุณแม่ทำงานในช่วง 3 เดือนหลังคลอดอยู่ที่ร้อยละ 64.4 เมื่อ 6 เดือนหลังคลอดลดลงเป็นร้อยละ 31.4⁽¹¹⁾ โดยมีสาเหตุหลักที่ทำให้มารดาหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือการที่มารดาต้องกลับไปทำงาน แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาการลาคลอด มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁽¹²⁾ การกลับไปทำงานของมารดาหลังคลอดมีผลชัดเจนต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะการกลับไปทำงานเร็ว การทำงานเต็มเวลาและขาดการสนับสนุนจากที่ทำงานล้วนทำให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยลง⁽¹³⁾ จากปัญหาดังกล่าวทำให้หลายประเทศให้ความสำคัญกับประเด็นนี้ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization : ILO) ได้จัดทำอนุสัญญาว่าด้วยการคุ้มครองการเป็นมารดา พ.ศ. 2543 กำหนดไว้ว่า การลาคลอดบุตร สตรี มีสิทธิลาคลอดไม่น้อยกว่า 14 สัปดาห์และให้ประเทศสมาชิก นำหลักการไปปรับเป็นกฎหมายภายในประเทศ⁽¹⁴⁾ สำหรับประเทศไทยก็มีกฎหมายคุ้มครองสิทธิและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ ในช่วงระหว่างก่อนและหลังการคลอดบุตร ให้สามารถลาคลอดได้ แต่ก็ยังไม่สอดคล้องกับระยะเวลาการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวจนถึง 6 เดือน ทำให้เมื่อมารดาต้องกลับไปทำงาน มารดาไม่สามารถให้นมทารกได้ตามระยะเวลาที่แนะนำ และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนทารกอายุครบ 6 เดือน⁽¹²⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาที่กลับไปทำงาน ไม่มีเวลาพักหรือสถานที่เหมาะสมในการปั๊มน้ำนม เช่น หอปั๊มนมหรือมุมนมแม่ ก็มีแนวโน้มเล็กให้นมเร็วกว่ากลุ่มที่สถานประกอบการมีการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างไรก็ตามเพื่อให้เกิดความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ก็สามารถบริหารจัดการได้ ถ้าได้รับการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบและครอบคลุมปัญหาที่ขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผู้เขียนเป็นพยาบาลแม่และเด็ก ได้ติดตามเยี่ยมบ้านมารดาหลังคลอด พบว่ามารดาหลังคลอดเมื่อต้องกลับไปทำงานส่วนใหญ่จะหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และหันมาให้นมสูตรดัดแปลงสำหรับทารกทดแทน ทั้งที่ถ้ามีการเตรียมความพร้อมของมารดา ครอบครัว รวมถึงสถานที่ทำงานก่อนที่จะครบกำหนดวันลาคลอด ก็สามารถจะช่วยให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวจนครบ 6 เดือน ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกได้ และเพื่อให้เด็กได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียว 6 เดือนแรก เกิดประโยชน์กับแม่และเด็ก ผู้เขียนจึงได้นำเสนอปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยกของแม่ที่ทำงานนอกบ้าน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล, ปัจจัยด้านครอบครัว, ปัจจัยด้านบริการสาธารณสุข และ ปัจจัยด้านองค์กร/การทำงาน โดยนำมาแบ่งออกตามแบบจำลองที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมทั้งเสนอแนวทางปฏิบัติและคำแนะนำที่สำคัญในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และตัวอย่างกิจกรรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ทำงานนอกบ้าน

ปัญหาความล้มเหลวของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เกิดได้จากหลายปัจจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปวางแผนให้เกิดความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่ามีปัจจัยต่างๆดังนี้

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal factors) ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่เป็นแรงจูงใจให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่

1.1 ความรู้ (knowledge) เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่ และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาที่ได้รับความรู้จากสื่อโฆษณาที่พูดถึงประโยชน์ของนมสูตรดัดแปลงสำหรับทารก ซึ่งผู้ผลิตมักชวนเชื่อถึงประโยชน์และสารอาหารที่เทียบเคียงกับนมแม่ ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ มารดาเข้าใจว่า นมแม่และนมสูตรดัดแปลงสำหรับทารกไม่แตกต่างกัน ทำให้มารดาเลือกที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมสูตรดัดแปลงสำหรับทารกมากกว่านมแม่ เนื่องจากความสะดวกและประหยัดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มารดาที่

ต้องทำงานนอกบ้าน เมื่อมารดากลับไปทำงาน มารดาต้องแบ่งเวลาสำหรับการปั๊มน้ำนมทุก 3 ชั่วโมง และต้องมีอุปกรณ์สถานที่ที่เหมาะสม ตู้แช่น้ำนม อาจเกิดความยุ่งยากจนต้องทำให้มารดาตัดสินใจที่จะหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

1.2 ทักษะ (Attitude) มารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เห็นด้วยกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ว่ามีประโยชน์และเกิดผลดีกับแม่และลูก จะเป็นแรงจูงใจให้มารดามีความตั้งใจและวางแผนที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่ถ้ามารดามีทัศนคติที่ไม่ดี ก็มีโอกาสมันจะมีความล้มเหลวต่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ เพราะเมื่อพบอุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาก็จะท้อแท้และหมดกำลังใจ และหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่^(12,15,18)

1.3 สภาพทางสังคม-เศรษฐกิจ (Social economic Status) จากสภาพสังคมปัจจุบันจะเห็นได้ว่า บุรุษและสตรีทำงานนอกบ้านไม่แตกต่างกัน ถึงแม้จะมีกฎหมายคุ้มครองสตรีที่ตั้งครรภ์ให้สามารถลาเลี้ยงดูบุตรได้ แต่ระยะเวลาการลาไม่สอดคล้องกับระยะเวลาที่ต้องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อคลอดบุตรและต้องกลับไปทำงาน สตรีก็ต้องมีหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาควบคู่ไปกับการทำงาน เพื่อทำหน้าที่ทั้ง 2 อย่างพร้อมๆ กัน ทำให้เกิดความไม่สมดุลของเวลา ทำให้มารดาหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อต้องกลับไปทำงาน^(12,15,19)

1.4 ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านประสบการณ์การตั้งครรภ์และประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาที่ไม่มีประสบการณ์อาจมีปัญหาเรื่องของการให้นมบุตร การเอาบุตรเข้าเต้า รวมถึงปัญหาเกี่ยวกับน้ำนม รู้สึกว่าน้ำนมมีไม่เพียงพอ เต้านมคัดตึง หัวนมแตก ทำให้มารดาไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่^(13,15-17)

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากร หรือ สิ่งแวดล้อมที่จำเป็นที่เกื้อกูลให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2.1 เวลา การให้นมบุตรแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 15 - 30 นาที และให้ทุก 2 - 3 ชั่วโมง มารดาที่อยู่ด้วยกันกับบุตรสามารถให้นมแม่จากเต้าได้เต็มที่ ในขณะที่มารดาที่ต้องกลับไปทำงาน ในระหว่างทำงานมารดาจะต้องจัดสรรเวลาในการปั๊มน้ำนมเก็บไว้ทุก 3 ชั่วโมงเช่นกัน ถ้ามารดาไม่มีเวลาพักในช่วงทำงานก็ไม่สามารถปั๊มน้ำนมได้⁽¹²⁻¹³⁾

2.2 ทักษะ การปั๊มน้ำนม เพื่อให้มีน้ำนมมีปริมาณมากเพียงพอสำหรับบุตรตลอด 6 เดือน เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งเพราะการที่บุตรไม่ได้ดูดนมจากเต้า การกระตุ้นการสร้างน้ำนมอาจทำให้น้ำนมมีปริมาณน้อยลงและหยุดสร้างก่อนทารกจะอายุครบ 6 เดือน

2.3 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข มารดาที่กลับจากโรงพยาบาลหากไม่มีช่องทางการติดต่อเมื่อเกิดปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก็มีโอกาสมารดาจะไม่สามารถแก้ปัญหาเมื่อเกิดอุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่^(15-16,18)

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง เป็นปัจจัยภายนอกทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เกิดความยั่งยืน สำเร็จตามเป้าหมาย

3.1 การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ชุมชนและสังคม เมื่อมารดาต้องกลับไปทำงาน บุคคลซึ่งเป็นผู้เลี้ยงดูทารก หากไม่มีความรู้ ขาดความตระหนักและไม่สามารถป้อนนมแม่ ซึ่งปั๊มน้ำนมไว้ให้ทารกได้ ก็จะทำให้ทารกไม่ได้รับนมแม่จนครบ 6 เดือน^(15,17-18,20-21)

3.2 การสนับสนุนจากพยาบาล ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญและที่ไว้วางใจของมารดาหลังคลอดหากขาดการติดตามเยี่ยมหลังคลอด เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรค กระตุ้นเตือน รวมถึงการเข้าให้ความช่วยเหลือเมื่อจำเป็นแก่มารดา จะทำให้มารดาล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่^(15,17-18,20-21)

3.3 การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและสถานที่ทำงาน สถานที่ทำงานที่ไม่มีนโยบาย สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้แม่หลังคลอดไม่มีสถานที่สำหรับปั๊มนม รวมถึงไม่มีเวลาพักเพื่อปั๊มนมก็จะทำให้มารดาไม่สามารถจัดสรรเวลาเพื่อปั๊มนมเก็บไว้ให้ทารกได้ เพื่อนร่วมงานที่ขาดความเข้าใจและความจำเป็นของการพักเพื่อปั๊มน้ำนมทำให้เกิดความขัดแย้งในที่ทำงาน จนมารดาตัดสินใจหยุดปั๊มน้ำนม^(6,13,17-18,22)

แนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ทำงานนอกบ้านตามหลักบันได 10 ขั้น

องค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ⁽²³⁻²⁴⁾ ได้เริ่มต้นในการสร้างพลังอำนาจให้ผู้หญิงได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว นาน 6 เดือน และให้นมแม่ต่อเนื่อง 2 ปี หรือนานกว่า ด้วยการออกข้อกำหนดและคำแนะนำแสดงเจตนารมณ์ของความร่วมมือระหว่างประเทศ วางกรอบเบื้องต้นเกี่ยวกับนมแม่ เพื่อให้แต่ละประเทศทั่วโลกใช้ในการกำหนดนโยบาย กิจกรรม ให้บรรลุเป้าหมายของความสำเร็จของการให้นม โดยบูรณาการจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนความสำเร็จของผลลัพธ์ ในระบบการจัดบริการทางสุขภาพจากโรงพยาบาลสู่บ้านและเครือข่ายในชุมชน ด้วยบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเพื่อให้มารดาที่ทำงานนอกบ้าน ที่ต้องเผชิญกับข้อจำกัดในการไม่มีวันหยุดงานเพื่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้เขียนจึงเสนอแนวทางการเตรียมมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดตามหลักบันได 10 ขั้นดังนี้

ขั้นที่ 1 นโยบายองค์กร

มีนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นลายลักษณ์อักษรติดแสดงให้ผู้หญิงตั้งครรภ์ มารดา และครอบครัว เห็นอย่างชัดเจน และไม่มีภาระโฆษณาสำหรับทารกและเด็กเล็ก ไม่มีโลโก้ของบริษัทที่ผลิตสารทดแทนนมแม่ ขวดนม และอุปกรณ์ในเครื่องมือ เครื่องใช้ สิ่งของในสถานที่ให้การดูแล

กิจกรรม ชี้แจงให้บุคลากรทางสุขภาพทุกฝ่ายรับทราบและตระหนักในกฎระเบียบ และมีการทบทวนการดำเนินงานตามระบบอย่างน้อยทุก 6 เดือน

ขั้นที่ 2 พัฒนาศมรรถนะด้านนมแม่ของบุคลากร

บุคลากรที่ให้บริการฝากครรภ์ การคลอดและให้การดูแลทารกแรกเกิด มีความรู้ สมรรถนะ และทักษะในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเพียงพอ

กิจกรรม ส่งบุคลากรเข้าการอบรม เกี่ยวกับการให้คำปรึกษา การให้นมแม่ การเข้าเต้า การปั๊มนม การให้นมด้วยถ้วย การแก้ปัญหาหัวนม เต้านมคัด เต้านมอักเสบ น้ำนมน้อย ก่อนปฏิบัติงานและมีการอบรมฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 2 ปี

ขั้นที่ 3 การให้ข้อมูลในระยะฝากครรภ์

สูติแพทย์และพยาบาลหน่วยฝากครรภ์ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญ ประโยชน์และปัญหาที่อาจพบในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ผู้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เสริมสร้างสร้างแรงจูงใจและทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างน้อยในหัวข้อตามเกณฑ์มาตรฐานสากลดังนี้⁽²⁴⁻²⁵⁾

1. ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. คำแนะนำขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน และอาหารเสริมตามวัย ความเสี่ยงของการให้นมผสมหรือสารทดแทนนมแม่อื่นๆ
3. ความสำคัญของการปฏิบัติเนื้อแนบเนื้อทันทีหลังคลอด
4. ความสำคัญของการเริ่มต้นให้นมแม่เร็วหลังคลอด
5. ความสำคัญของการที่มารดาและทารกได้อยู่ด้วยกันหลังคลอด (rooming-in)
6. พื้นฐานของท่าอุ้มนมและลานหัวนมที่ดี
7. การรู้ว่าทารกต้องการดูดนม

กิจกรรม ให้สุศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์

ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สำหรับทารก

1. นมแม่มีสารอาหารที่สำคัญเหมาะสำหรับทารกอย่างครบถ้วน มีโปรตีนที่ย่อยง่าย ไม่เกิดการแพ้ มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวปริมาณมาก ป้องกันโรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด และมีสารต้านจุลชีพและต้านแบคทีเรียที่มีประโยชน์ซึ่งนมดัดแปลงสำหรับทารกไม่มี ทำให้สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ ช่วยให้ทารกเจริญเติบโตได้อย่างแข็งแรง⁽⁴⁾

2. นมแม่มี DHA และ ARA ซึ่งเป็นกรดไขมันจำเป็นต่อการพัฒนา สมอง สายตา และระบบประสาทของทารก โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรกที่สมองเจริญเติบโตเร็วที่สุด ที่มีผลต่อการพัฒนาการทางสมองของทารก ทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว จะมีการเจริญเติบโตของสมองและพัฒนาการในการเรียนรู้ที่ดีกว่าทารกที่กินนมดัดแปลงสำหรับทารก สามารถเพิ่มระดับสติปัญญา (ไอคิว) ของเด็กได้ 3-8 จุด⁽⁵⁾

3. เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทารกและมารดา ทารกมีอารมณ์ดี เลี้ยงง่าย

สำหรับมารดา

1. การดูดนมจะกระตุ้นการหลั่งของ oxytocin ทำให้มดลูกหดตัว ช่วยขับน้ำคาวปลาและช่วยลดการตกเลือดหลังคลอด

2. ช่วยให้มารดาลดน้ำหนักภายหลังคลอดได้อย่างรวดเร็วเพราะร่างกายมารดาจะดึงพลังงานจากไขมันสะสมระหว่างตั้งครรภ์มาใช้ในการสร้างนม และฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการให้นมก็จะลดการสะสมไขมันในร่างกาย

3. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยลดความเสี่ยงต่อ การเกิดมะเร็งเต้านม และมะเร็งรังไข่⁽⁶⁾

4. ช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย การเลี้ยงลูกด้วยนมผงดัดแปลงสำหรับทารกจะทำให้มารดามีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ตลาดนมผงของไทยมีมูลค่าสูงถึง 2.5 หมื่นล้านบาท การเลี้ยงลูกด้วยนมผงทำให้คุณแม่มีรายจ่ายเพิ่มขึ้น 2,500 บาท/เดือน สำหรับนมระดับไฮโคโนมี และ 6,210 บาท/เดือนสำหรับนมผงระดับพรีเมียม⁽²⁶⁾

วิธีที่ทำนมนมจะมาเร็ว และไหลได้ดี

1. ดูดเร็ว ภายในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด
2. ดูดบ่อย ประมาณ 8-12 ครั้ง/วัน หรือทุก 2-3 ชั่วโมง
3. ดูดถูกวิธี จัดท่าทารกให้มีประสิทธิภาพ ให้ลูกอมหัวนมถึงลานนม
4. ดูดเกลี้ยงเต้า ในน้ำนมแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 น้ำนมส่วนหน้ามีส่วนประกอบของน้ำและแลคโตสมากกว่า ส่วนที่ 2 น้ำนมส่วนหลังจะประกอบด้วยไขมันมากกว่า เพื่อให้ทารกได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วนเพียงพอ การดูดนมแต่ละข้างควรดูดนานประมาณ 10 นาทีและให้ดูดทั้ง 2 ข้าง

น้ำนมจะมาช้า และมีน้อย ถ้ามารดา

1. ให้ทารกดูดนมช้า ดูดไม่บ่อย ดูดไม่ถูกวิธี ดูดไม่เกลี้ยงเต้า
2. ผลกระทบด้านอารมณ์ ทำให้การหลั่ง oxytocin ลดลง เช่น เครียด วิตกกังวล พักผ่อนไม่เพียงพอ

ขั้นที่ 4 การส่งเสริมทันทีหลังคลอด

ให้ทารกได้เริ่มต้นดูดนมจากเต้าเร็วที่สุดหลังเกิดหรือภายใน 1 ชั่วโมงหลังเกิดและสร้างปฏิสัมพันธ์มารดาและทารกด้วยวิธีเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin contact)

กิจกรรม ในมารดาที่คลอดครบกำหนด ให้นำทารกมาวางสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดาทันทีหรือภายใน 5 นาที หลังคลอดเป็นเวลานาน 1 ชั่วโมง และให้ทารกดูดนมจากเต้าภายใน 1 ชั่วโมงแรกเกิด

ขั้นที่ 5 การสนับสนุนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ตรวจประเมินท่าอุ้ม การนำเข้าเต้าและการดูดเต้า พร้อมทั้งช่วยเหลือมารดาในการแก้ปัญหาการให้นมแม่ที่พบบ่อย

กิจกรรม ในทารกคลอดครบกำหนด ช่วยเหลือให้ทารกได้ดูดนมภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด สอนมารดาให้อุ้มทารก ดูดนมแม่และทารกสามารถดูดได้ ในทารกคลอดก่อนกำหนด ให้การช่วยเหลือป้อนน้ำนมภายใน 1 - 2 ชั่วโมงเพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนม

ขั้นที่ 6 อาหารเสริม

อธิบายไม่ให้นมดื่มน้ำเลี้ยงทารกด้วยสารอาหารอื่นหรือน้ำ นอกจากนมแม่ในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต เว้นแต่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

กิจกรรม สอนสุศึกษาความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ขั้นที่ 7 การให้มารดาทารกอยู่ด้วยกัน (rooming-in)

ส่งเสริมและสนับสนุนให้มารดาและทารกได้อยู่ด้วยกันหลังคลอด 24 ชั่วโมงต่อวัน หรือทันทีที่มารดาและทารกสามารถพักอยู่ร่วมกันได้จนถึงวันจำหน่ายออกจากสถานบริการสุขภาพ โดยมีการเฝ้าระวังเนื่องจากการส่งเสริมให้มารดาทารกนอนร่วมเตียงเดียวกันหลังคลอด มีรายงานวิจัยประเด็นความไม่ปลอดภัย เพราะการเพิ่มอุบัติการณ์ทารกเกือบเสียชีวิตจากการขาดอากาศหายใจและพลัดตกเตียงขณะมารดานอนหลับ⁽²⁴⁾

กิจกรรม จัดให้มารดาและทารกอยู่ร่วมกันตั้งแต่เกิดโดยไม่แยกจากกันนานกว่า 1 ชั่วโมง

ขั้นที่ 8 การให้นมที่ตอบสนองความต้องการ

ช่วยให้มารดาเรียนรู้และตอบสนองต่อการแสดงออกของทารก เมื่อหิว ต้องการความรัก ความอบอุ่นและความสุขสบายในช่วงที่อยู่ในสถานบริการ โดยไม่จำกัดการให้นมแม่แก่ทารกตามกำหนดเวลา

กิจกรรม ฝึกให้มารดาเรียนรู้และตอบสนองต่อการแสดงออกของทารก และให้ทารกดูดนมแม่ได้บ่อยและนานเท่าที่ต้องการ

ขั้นที่ 9 การใช้ขวดนม จุกนมและจุกนมทำให้สงบ

แนะนำมารดาเกี่ยวกับการใช้และความเสี่ยงของขวดนม จุกนมและจุกนมทำให้สงบ ซึ่งเป็นปัจจัยยับยั้งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กิจกรรม สอนเรื่องความเสี่ยงของการใช้ขวดนม จุกนม และจุกนมหลอก

ขั้นที่ 10 การดูแลเมื่อจำหน่าย

ส่งต่อและแนะนำสถานบริการใกล้บ้านให้แก่มารดา เพื่อให้มารดาเข้าถึงแหล่งบริการในการขอความช่วยเหลือได้ง่าย เมื่อมีปัญหาการให้นมแม่และการดูแลสุขภาพเบื้องต้น พัฒนาการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการให้นมแม่ได้แก่ ชุมชน อสม.นมแม่ คลินิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และสายด่วนกรมอนามัย 1478

เมื่อมารดาต้องกลับไปทำงาน ต้องมีความการเตรียมความพร้อมจากหลายภาคส่วนตั้งแต่ระดับบุคคล ตัวมารดาเอง ครอบครัวและสถานที่ทำงานต้องมีความพร้อมที่จะส่งเสริมให้มารดาประสบความสำเร็จในการให้นมทารกได้แม้ว่ามารดาจะไม่ได้อยู่ร่วมกันกับทารกก็ตาม⁽²⁷⁻²⁸⁾

กิจกรรม

1. ระดับบุคคล: การให้สุศึกษา และเสริมสร้างทักษะ ทบทวนและประเมินวิธีปฏิบัติการให้นมบุตร ฝึกการบีบเก็บน้ำนม การเก็บรักษาน้ำนมและการป้อนนมด้วยถ้วยแก่ทารกจนมารดาเกิดความมั่นใจ

การปฏิบัติตนในระยะคลอด

1) ให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวตลอดระยะเวลาที่หยุดงาน เพื่อคงสภาพการสร้างน้ำนมให้เพียงพอกับความต้องการของบุตร ให้ลูกดูดนมบ่อยๆ โดยเฉพาะช่วง 2 เดือนแรกหลังคลอด

2) เมื่อน้ำนมเพียงพอ มารดาควรฝึกบีบน้ำนม ให้ถูกวิธี เมื่อน้ำนมไหลดีให้บีบน้ำนมทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 หลังคลอด หลังจากทารกดูดนมแต่ละครั้งให้เริ่มบีบน้ำนมเก็บใส่ตู้เย็นช่องแช่แข็ง

3) เมื่อต้องกลับไปทำงาน ให้ลูกดูดนมทันทีที่ตื่นนอน และก่อนไปทำงานให้ลูกดูดอีกครั้งหรือบีบเก็บน้ำนมไว้ เมื่ออยู่ที่ทำงานให้บีบเก็บน้ำนมอย่างน้อยทุก 3 ชั่วโมง และเมื่อใกล้เวลากลับบ้านไม่ควรป้อนนมทารก เมื่อกลับถึงบ้านมารดาให้ลูกดูดนมจากเต้าทันที และให้นมจากเต้าตลอดในเวลากลางคืนหรือขณะแม่อยู่บ้าน

การบีบน้ำนมจากเต้าด้วยมือ⁽²⁴⁻²⁵⁾ (ภาพที่ 1)

เป็นวิธีการที่ดี สะดวก และปลอดภัย เป็นการเลียนแบบการดูดนมของลูก

1. เตรียมภาชนะใส่น้ำนม ควรเป็นขวดปากกว้างหรือถ้วยที่ทำจากแก้วหรือพลาสติกแข็งซึ่งผ่านการล้างและต้มในน้ำเดือด นานประมาณ 10 นาทีเพื่อฆ่าเชื้อโรค ไม่ควรใช้ภาชนะโลหะ เนื่องจากเม็ดเลือดขาวจะเกาะภาชนะ ทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานในน้ำนมลดลง

2. ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่

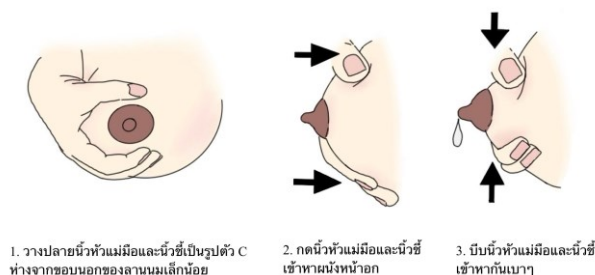
3. ใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นจัดๆ ประคบเต้านมก่อนประมาณ 1 - 3 นาที

4. นวดเต้านมและคลึงเต้านมเบาๆ ในลักษณะเป็นวงกลมจากฐานเต้านม เข้าหาหัวนม และดึงหัวนมและคลึงเบาๆ เพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำนม

5. วางปลายนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เป็นรูปตัว c ห่างจากขอบนอกของลานนมเล็กน้อย ในตำแหน่งที่ตรงกันข้ามกัน โดยวางนิ้วห่างจากหัวนมประมาณ 3 - 4 ซม. กดนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เข้าหาผนังหน้าอก

6. แล้วบีบน้ำนมหัวแม่มือและนิ้วชี้เข้าหากันเบาๆ กด-บีบ-ปล่อย เป็นจังหวะ จนกระทั่งน้ำมน้อยลง ให้เปลี่ยนตำแหน่งใหม่โดยค่อยๆ เลื่อนนิ้วทั้งสองไปรอบๆ ขอบลานนม เพื่อบีบน้ำนมออกจากท่อน้ำนมจนเกลี้ยงเต้าซึ่งใช้เวลาข้างละประมาณ 10 - 15 นาที เพื่อให้ได้น้ำนมทั้ง 2 ส่วน (ส่วนหน้าและส่วนหลัง)

7. บีบน้ำนมจะทำสลับกันไปมาทั้ง 2 ข้าง จนกว่าจะรู้สึกว่าย่เต้านมนิ่มลง ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที



ภาพที่ 1 แสดงการบีบน้ำนมจากเต้าด้วยมือ

วิธีการเก็บรักษาน้ำนม

เพื่อรักษาให้น้ำนมแม่ให้มีคุณภาพ เมื่อบีบน้ำนมเสร็จ เก็บน้ำนมแบ่งภาชนะบรรจุในภาชนะในปริมาณที่ให้ทารกกินหมดพอดีสำหรับ 1 มื้อ ใช้ภาชนะที่ใช้ในการเก็บน้ำนมได้แก่ ขวดนมสะอาดที่ผ่านการต้มหรือนึ่งในน้ำเดือด 10 - 15 นาที หรือถุงสำหรับเก็บน้ำนมที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ น้ำนมที่ใส่ในถุงให้วางราบแนวนอน ริดอากาศออกก่อนแล้วจึงปิดปากถุงให้สนิท แล้วเขียนวันเดือนปีและเวลาที่เก็บ ข้างขวดหรือถุงให้เรียบร้อย

ตารางที่ 1 การเก็บรักษานมแม่

วิธีการเก็บ	อุณหภูมิ	ระยะเวลาที่เก็บ
เก็บที่อุณหภูมิห้อง	>25 °C	1 ชั่วโมง
เก็บที่อุณหภูมิห้อง	<25 °C	4 ชั่วโมง
เก็บในกระติกน้ำแข็ง	มีน้ำแข็งตลอดเวลา	24 ชั่วโมง
เก็บในตู้เย็นช่องธรรมดาชั้นบนสุด	0-4 °C	1-3 วัน
เก็บในตู้เย็นช่องแช่แข็ง (ตู้เย็น 1 ประตู)	ไม่คงที่	2 สัปดาห์
เก็บในตู้เย็นช่องแช่แข็ง (ตู้เย็น 2 ประตู)	-14 °C	3 เดือน
ตู้เย็นชนิดเย็นจัด	-19 °C	6-12 เดือน

หมายเหตุ: นำนมที่ปั๊มเก็บมาจากที่ทำงานควรแช่ช่องแช่แข็งและใส่กระติกน้ำแข็งนำกลับบ้าน

วิธีการนำนมจากคลังมาใช้

1. นมที่เก็บในช่องแช่แข็ง

1.1 ใช้นมเก่าก่อนโดยเรียงตามวันเวลาที่เก็บ

1.2 ย้ายลงมาเก็บในช่องธรรมดาล่วงหน้า 1 คืนเพื่อให้ละลาย ถ้าต้องการให้หายเย็นอาจแช่ในน้ำธรรมดาหรือน้ำอุ่นเล็กน้อยไม่ควรใช้น้ำร้อนจัด

1.3 แบ่งนมในปริมาณที่พอกินในแต่ละมื้อ ถ้านมเหลือไม่นำกลับไปแช่แข็งใหม่

2. นมที่เก็บในช่องเย็นธรรมดา

2.1 นำมาวางนอกตู้เย็นทิ้งไว้ให้หายเย็น ถ้ารีบอาจนำไปแช่ในน้ำธรรมดาหรือน้ำอุ่น ห้ามนำไปต้มหรืออุ่นด้วยไมโครเวฟเพราะจะทำลายสารอาหารที่เป็นประโยชน์ในนม

2.2 เขย่านำนมเบาๆ ให้เป็นเนื้อเดียวกันแล้วป้อนให้ทารก นมที่ใช้ไม่หมดภายใน 1 ชั่วโมง และนมกินไม่หมดให้ทิ้งไป

กรณีมารดาต้องทำงานต่างจังหวัด สามารถแพ็คนมแช่แข็งส่งให้ลูกได้ ผ่านโครงการ “ภาควิธีร่วมใจส่งรัก ส่งนมจากอกแม่สู่ลูก” ของกรมอนามัยที่สนับสนุนมารดาที่ทำงานนอกบ้านให้สามารถส่งนมนมแม่แช่แข็งไปยังลูกที่อยู่ต่างจังหวัดได้อย่างสะดวกและไม่มีค่าใช้จ่าย

วิธีการแพ็คนมแบบแห้ง

1. เตรียมนมสำหรับส่งหลังจากที่เรานำนมนมไปแช่แข็งมาแล้วให้นำถุงที่แช่แข็งมาแพ็คใส่ถุงใหญ่อีกชั้น

2. ห่อด้วยหนังสือพิมพ์นำนมนมที่แพ็คใส่ถุงใหญ่มาห่อด้วยกระดาษหนังสือพิมพ์ 4 - 5 ชั้นแล้วนำไปแช่แข็งต่ออีก 1 คืน

3. เตรียมกล่องลังโฟมนำหนังสือพิมพ์มารองด้านในกล่องให้ครบรอบด้าน จากนั้นให้นำนมนมที่เราเตรียมไว้จากข้อ 2 มาจัดเรียงใส่กล่อง

4. บรรจุนมนมลงกล่อง เมื่อจัดเรียงนมนมลงกล่องแล้วมีช่องว่าง ให้นำหนังสือพิมพ์ยัดลงให้แน่น และนำน้ำแข็งยูนิต (ที่ใส่ถุงซิปล็อคไว้แล้ว) มาวางข้างบนแล้วปิดด้วยหนังสือพิมพ์

น้ำหนักนมไม่เกิน 10 กิโลกรัมต่อกล่อง ไม่จำกัดจำนวนกล่อง ให้นำนมที่แพ็คแล้วไปให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องก่อนปิดผนึก ก่อนส่งไปให้ทารก

การป้อนนมด้วยถ้วย (Cup feeding)

WHO และ UNICEF สนับสนุนการใช้ถ้วยในการป้อนนมทารก แทนการใช้ขวดนม โดยเฉพาะในสถานพยาบาลที่ต้องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเต็มที่ (Baby-Friendly Hospitals) การใช้ถ้วยมีบทบาทสำคัญในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ขัดขวางความสำเร็จในการให้นมแม่ เช่น การสับสนหัวนมและการเลิกดูดเต้า⁽²⁹⁾ และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ⁽³⁰⁾ ค้นพบว่าทารกที่ได้รับนมด้วยถ้วยมีระดับออกซิเจนสูงกว่าหรือเท่าเทียมกับการใช้ขวด และไม่มีอาการข้างเคียงทางสรีรวิทยาร้ายแรง เด็กที่ได้รับนมด้วยถ้วยมีโอกาส ได้รับนมแม่อย่างเดียว (exclusive breastfeeding) สูงกว่าขวด โดยเฉพาะในกลุ่มแม่ที่ตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือผ่าคลอด

เทคนิคการป้อนด้วยถ้วย (ภาพที่ 2)

1. ทารกต้องตื่นตัว (alert) ขณะป้อน
2. ถ้วยต้องสัมผัสริมฝีปากล่างของทารกและปล่อยให้ทารกเลียหรือดูดเอง
3. หลีกเลี่ยงการรินนมเข้าไปในปากทารกเพื่อป้องกันการสำลัก

ประคองทารกให้อยู่ในท่านั่ง หรือครึ่งนั่งครึ่งนอนบนตักของผู้ป้อน อาจห่อตัวทารกให้แน่นหนาป้องกันทารกปิดแก้วจนหมด (ภาพที่ 3) ใส่ให้นมแม่ในถ้วยที่จะป้อนประมาณครึ่งถ้วย วางปากถ้วยบนริมฝีปากล่างของทารก เอียงแก้วให้นมสัมผัสริมฝีปากทารก ทารกจะจิบนมเข้าปากเอง อย่าเทนมเข้าปากทารก



ภาพที่ 2 แสดงการป้อนนมด้วยถ้วย



ภาพที่ 3 แสดงการอุ้มทารกเพื่อป้อนนมจากถ้วย

2. ระดับระหว่างบุคคล: การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ครอบครัว⁽²⁷⁻²⁸⁾

2.1 เตรียมคนเลี้ยงให้คุ้นเคยกับทารก และให้สุขศึกษา เกี่ยวกับประโยชน์และความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอนวิธีให้น้ำนมที่แช่ตู้ไว้มาใช้ และฝึกให้ป้อนนมทารกจากถ้วย ก่อนไปทำงาน 1 - 2 สัปดาห์ แต่หากต้องการเลี้ยงลูกด้วยขวดนมอาจฝึกหลังจาก 1 - 2 เดือนไปแล้ว เพื่อลดปัญหาการติดจุกนม

2.2 พุดคุยทำความเข้าใจกับหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงาน เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความจำเป็นในการบริหารจัดการเวลาเพื่อแบ่งเวลาปั๊มนมทุก 3 ชั่วโมง

2.3 เมื่อมารดากลับบ้าน ควรมีการติดตามเยี่ยม จากพยาบาล อสม.หรือบุคลากรทางสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญที่รับผิดชอบ เพื่อคอยช่วยเหลือและให้การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งด้านการให้สุขศึกษา การฝึกทักษะในการปั๊มน้ำนม เตรียมป้อนนมทารกด้วยถ้วย ตลอดจนให้กำลังใจและเป็นที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาการให้นมทารก

3. ระดับองค์กร: จัดสถานที่ เวลา และนโยบายสนับสนุนอย่างชัดเจน⁽²⁷⁻²⁸⁾

3.1 เชื้อชาติกลางงาน รวมถึงศึกษาของหน่วยงานในเรื่องการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ในส่วนของประเทศไทยปัจจุบันให้การรับรอง คุ้มครองสิทธิและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ ในช่วงระหว่างก่อนและหลังการคลอดบุตรไว้อย่างชัดเจน ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย⁽³¹⁾ มาตรา 48 วรรคหนึ่ง ซึ่งที่ผ่านมา

การลาคลอดของมารดาที่ประกอบอาชีพข้าราชการ โดยเป็นข้าราชการพลเรือนประเภทต่างๆ ข้าราชการการเมือง และ ข้าราชการตำรวจ มีหลักเกณฑ์และสิทธิการลาคลอดบุตรตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการลาของข้าราชการ พ.ศ. 2555 หมวด 2 ประเภทการลา ส่วนที่ 2 การลาคลอดบุตร ข้อ 19 วรรคสอง กำหนดไว้ว่า การลาคลอดบุตรจะลาในวันที่คลอดก่อน หรือหลังวันที่คลอดบุตรก็ได้ แต่เมื่อรวมวันลาแล้ว ต้องไม่เกิน 90 วัน สำหรับลูกจ้างหญิงมีครรภ์ที่อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541⁽³²⁾ หมวด 3 การใช้แรงงานหญิง มาตรา 41 กำหนดไว้ว่า ให้ลูกจ้างซึ่งเป็นหญิงมีครรภ์มีสิทธิลาเพื่อคลอดบุตรครรภ์หนึ่งไม่เกิน 98 วัน วันลาเพื่อคลอดบุตรตามมาตรา 41 ให้นับรวมวันลาเพื่อตรวจครรภ์ก่อนคลอดบุตรด้วย วันลาตามวรรคหนึ่ง ให้นับรวมวันหยุดที่มีในระหว่างวันลาด้วย

3.2 ทำความเข้าใจกับหน่วยงาน ในการจัดสรรเวลาพักและสถานที่สำหรับปั๊มนม เพื่อทำการปั๊มนม ทุก 3 ชั่วโมง การมีนโยบายที่อนุญาตให้มารดาพักเพื่อปั๊มนม และมีสถานที่ที่เหมาะสม เช่น มุมนมแม่ที่มีความเป็นส่วนตัวและอุปกรณ์ครบครัน ช่วยสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในที่ทำงาน

3.3 กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข⁽³³⁾ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ทำงานนอกบ้าน ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ของกรมอนามัย @anamaimilk เป็นช่องทางสำคัญที่สนับสนุนมารดาที่ทำงานนอกบ้านให้สามารถส่งน้ำนมแม่แช่แข็งไปยังลูกที่อยู่ต่างจังหวัดได้อย่างสะดวกและไม่มีค่าใช้จ่าย ผ่านโครงการ “ภาคีร่วมใจส่งรัก ส่งนมจากอกแม่สู่ลูก” ซึ่งดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่าย เช่น บริษัท นครชัยแอร์ จำกัด, สายการบินแอร์เอเชีย, สายการบินบางกอกแอร์เวย์ส, บริษัท ขนส่ง จำกัด และ บริษัท เอเวอร์เรสต์ ดอเกอร์ จำกัด ในการให้บริการขนส่งนมแม่ฟรี และเพื่อเป็นการสนับสนุนให้แม่ที่ต้องทำงาน ยังคงสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ จึงได้จัดโครงการซึ่งจะสิ้นสุดในปี 2571 การขนส่งน้ำนมฟรี มารดาสามารถติดต่อสายด่วนกรมอนามัย 1478 หรือที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และภาคีเครือข่ายทั่วประเทศ มารดาสามารถเพิ่มเพื่อน @anamaimilk



วิธีการใช้งาน LINE @anamaimilk มีขั้นตอนดังนี้:

1. ลงทะเบียน

เพิ่มเพื่อนในไลน์โดยค้นหา ID: @anamaimilk หรือสแกน QR Code ที่กรมอนามัยจัดไว้ จากนั้นลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการผ่านแชทบอทในไลน์

2. กรอกใบปะหน้า ชื่อที่อยู่ผู้ส่ง ผู้ให้บริการขนส่ง สถานที่นำส่ง ชื่อที่อยู่ผู้รับ เมื่อสร้างใบปะหน้าเสร็จแล้วระบบจะเก็บข้อมูลและส่งลิงค์ไว้ในแอปพลิเคชัน สามารถโหลดมาใช้ได้ในครั้งต่อไปโดยไม่ต้องมากรอกข้อมูลใหม่

3. ตรวจสอบเส้นทางและเวลาเที่ยวบิน

3.1 บริษัท นครชัยแอร์ จำกัด

3.2 สายการบินแอร์เอเชีย

3.3 บริษัท ขนส่ง จำกัด (บขส.)

3.4 บริษัทบางกอกแอร์เวย์ส

4. เตรียมบรรจุน้ำนมใช้วิธีการแพ็คเกจแบบแห้ง

5. รับน้ำนมปลายทาง ผู้รับสามารถติดต่อน้ำนมได้ที่เคาน์เตอร์จำหน่ายบัตรโดยสารปลายทาง

จะเห็นว่าแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจึงจะสามารถทำได้สำเร็จ เริ่มตั้งแต่สถานบริการสุขภาพมีนโยบายชัดเจน มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและความพร้อมที่จะให้คำปรึกษา แก่มารดา มารดามีความรู้ความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อมารดาให้ลูกดูดนมแม่อย่างต่อเนื่อง และมีการบีบเก็บน้ำนม เมื่อกลับไปทำงานอย่างสม่ำเสมอ สถานที่ทำงานมีนโยบายและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อนร่วมงานสนับสนุนให้ กำลังใจ มารดามีช่องทางการจัดส่งน้ำนมแช่แข็งถึงทารกที่อยู่ห่างไกล ระบบบริการสุขภาพมีช่องทางการติดต่อที่รวดเร็วทันใจ แก้ปัญหาได้ทันทั่วทั้งที่ ครอบครัวมีส่วนร่วมสนับสนุนในการป้อนนมทารกอย่างถูกต้องเหมาะสม มารดาก็จะสามารถลงเฝ้าซึ่งการ สร้างน้ำนมและผลิตน้ำนมให้ทารกอย่างเพียงพอ สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนจนครบ 6 เดือน และได้รับนมแม่ควบคู่ กับอาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น

บทสรุป

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน 6 เดือน ในกลุ่มมารดาที่ทำงานนอกบ้าน จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน ทั้งระบบสุขภาพ ครอบครัว และสถานประกอบการ มีแนวทางที่เป็นระบบในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่ในระยะ ตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดโดยให้สุศึกษา ฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สนับสนุนให้ “ดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี ดูดเกลี้ยงเต้า” ส่งเสริม Rooming-in และ Early Skin-to-Skin Contact วางแผนการให้นมเมื่อมารดาต้องกลับไป ทำงาน สอนการบีบเก็บน้ำนมและการป้อนนมทารกด้วยถ้วย ให้แก่มารดาและผู้เลี้ยงดูทารก เพื่อเตรียมความพร้อมก่อน มารดากลับไปทำงาน ในระยะกลับไปทำงานการสร้างนโยบายในสถานที่ทำงาน มีเวลาพักและสถานที่สำหรับบีบเก็บน้ำนม ในที่ทำงานอย่างทั่วถึง ที่สำคัญกรมอนามัยได้พัฒนาช่องทางในการช่วยเหลือมารดาที่ทำงานต่างจังหวัด โดยได้รับความร่วมมือ จากภาคีเครือข่ายเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยการขนส่งน้ำนมแช่แข็งโดยไม่ค่าใช้จ่าย มีการสนับสนุนให้ติดตาม และให้กำลังใจอย่างใกล้ชิดจาก อสม.และศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถช่วยให้มารดา ยังคงสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ต่อเนื่อง ส่งผลดีต่อสุขภาพเด็กไทยในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Rollins NC, Bhandari N, Hajeerbhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet. 2016;387(10017):491–504. doi:10.1016/S0140-6736(15)01044-2
2. Finn S, Culligan EP, Snelling WJ, Sleator RD. Early life nutrition. Sci Prog. 2018;101(4):332–359. doi:10.3184/003685018X15360040523721
3. Lamberti LM, Fischer Walker CL, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. BMC Public Health. 2011;11(Suppl 3):S15. doi:10.1186/1471-2458-11-S3-S15
4. Walters DD, Phan LTH, Mathisen R. The cost of not breastfeeding: global results from a new tool. Health Policy Plan. 2019;34(6):407–417. doi:10.1093/heapol/czz050
5. Horta BL, de Mola CL, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104(S467):14–19. doi:10.1111/apa.13139
6. Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos TA, Lau J. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. Breastfeed Med. 2009;4(Suppl 1):S17–S30. doi:10.1089/bfm.2009.0050
7. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: Report of an expert consultation. Geneva: WHO Press; 2001

8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย. โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565: รายงานผลฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566. p.165–168
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญ การทำงานของสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2565
10. Castetbon K, Boudet-Berquier J, Salanave B. Combining breastfeeding and work: findings from the Epifane population-based birth cohort. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):110. doi:10.1186/s12884-020-2801-x
11. Fernández-Cañadas Morillo A, Durán Duque M, Hernández López AB, Muriel Miguel C, Martínez Rodríguez B, Oscoz Prim A, et al. A comparison of factors associated with cessation of exclusive breastfeeding at 3 and 6 months. *Breastfeed Med*. 2017;12(7):430–435. doi:10.1089/bfm.2017.0045
12. ชิตชนก พันธุ์ป้อม, วรรณภา พาวุฒินกร, ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 2563;38(1):47–59
13. Nurjanah S, Wirjatmadi B, Devy SR, Suminar DR, Pratiwi EN. Predictors of breastfeeding duration on mothers who return to work: a systematic review. *J Public Health Afr*. 2023;14(S2):2569. doi:10.4081/jphia.2023.2569
14. International Labour Organization. C183 - Maternity Protection Convention, 2000 (No. 183) [internet]. [cited 2025 Apr 5]. Available from: https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183
15. กุสุมาลี โพธิ์ปัสสา, วิยะดา ทิพน้อม, กิตติยาพร สังข์ศรีสมบัติ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือนในทารกแรกเกิด: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*. 2565;25(3):154–167
16. สุตาภรณ์ พัยคณเรือง, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ชญาดา สามารถ. ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะแรกหลังคลอด: ประสบการณ์ของมารดา. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 2559;34(3):30–40
17. Mahmudah, Indriasari R, Panghiyangani R, Husaini, Noor MS. A qualitative study of successful exclusive breastfeeding. *Indian J Public Health Res Dev*. 2018;9(9):248–252. doi:10.5958/0976-5506.2018.01004.5
18. ฝนทอง จิตจำนง, สมจิตร เมืองพิล, นิลุบล รุจิระประเสริฐ. คุณลักษณะของมารดาที่ทำงานนอกบ้านเต็มเวลาและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจนถึง 6 เดือนหลังคลอดได้สำเร็จ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*. 2564;5(1):1–10
19. Wu Q, Tang N, Wacharasin C. Factors influencing exclusive breastfeeding for 6 months postpartum: A systematic review. *Int J Nurs Knowl*. 2022;1–14. doi:10.1111/2047-3095.12360
20. ชญาภา ชัยสุวรรณ, ทศนี ประสภกิตติคุณ, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, สุตาภรณ์ พัยคณเรือง. อำนวยการทำนายของการสนับสนุนจากสามี ย่า ยาย และพยาบาลต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 2555;30(1):70–80
21. อิงหทัย คำจุติ, ศศิกันต์ ทาละ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาทำงานนอกบ้าน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 2564;9(1):107–120
22. Burns E, Elcombe E, Pierce H, Hugman S, Gannon S. Breastfeeding after return to work: An Australian national workplace survey. *Matern Child Nutr*. 2023;19(3):e13516. doi:10.1111/mcn.13516
23. World Health Organization. Ten steps to successful breastfeeding [internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2025 Jun 12]. Available from: <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/ten-steps-to-successful-breastfeeding>
24. วิมาดา จีระแพทย์, เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. กลวิธีสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: ธรรมดาเพรส; 2563
25. มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. ภาพพลิกชุด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ [internet]. นนทบุรี: กรมอนามัย; [cited 2025 Apr 1]. Available from: <https://library.thaibf.com/handle/023548404.11/396>

26. ฉัตรสุนัน พฤทธิบุญ. การค้าและสุขภาพ: การควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 2560;3(1):88-102
27. Vilar-Compte M, Hernández-Cordero S, Ancira-Moreno M, Burrola-Méndez S, Ferre-Eguiluz I, Omaña I, et al. Breastfeeding at the workplace: a systematic review of interventions to improve workplace environments to facilitate breastfeeding among working women. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):110. doi:10.1186/s12939-021-01432-3
28. Prameswari GN, Kurnia AR. Qualitative study of exclusive breastfeeding success among working mothers. In: The 4th International Seminar on Public Health Education (ISPHE). *Advances in Health Science Research*. 2018;12:185-190. doi:10.2991/isphe-18.2018.43
29. World Health Organization, UNICEF. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 3: Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital. Geneva: WHO; 2009. p.3.2-3.3
30. McKinney CM, Glass RP, Coffey P, Rue T, Vaughn MG, Cunningham M. Feeding neonates by cup: A systematic review of the literature. *Matern Child Health J*. 2016;20(8):1620-1633. doi:10.1007/s10995-016-1961-9
31. สำนักนายกรัฐมนตรี. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการลาของข้าราชการ พ.ศ. 2555. ราชกิจจานุเบกษา. 2555 ม.ค.24;129 (พิเศษ 22 ง):5-6
32. กองคุ้มครองแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน. พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: เรียงสาม กราฟฟิค ดีไซน์; 2567. p.14
33. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข [internet]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [cited 2025 Apr 15]. Available from: <https://hp.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/221947>



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
340 ถนนสุรนารายณ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา
จังหวัดนครราชสีมา 30000
หมายเลขโทรศัพท์ : 0 4400 9009 ต่อ 3831
อีเมล : phjournal@nrru.ac.th