

วารสารกลุ่ม 2 ได้รับการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ISSN 2985-0150 (Online)

บทความวิจัย

- ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
- ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ในจังหวัดนครปฐม
- ผลของโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ ต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลบ้านเป่า อำเภอมืองจังหวัดลำปาง
- ความเหลื่อมล้ำและการถูกเอาเปรียบในการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุ: การวิจัยเชิงคุณภาพ
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนชายรักชายในสถาบันอุดมศึกษา
- การรับรู้การบริหารทางการแพทย์และการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม
- ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดของพยาบาลวิชาชีพ ประจำห้องคลอดที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง
- ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ความรู้ด้านสุขภาพ และภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงานโรงงานทำไม้ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลห้างฉัตร
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านเพศวิถีและแนวโน้มการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในนักเรียนหญิงวัยรุ่นตอนต้น

ศศิธร ตันติเอกรัตน์
นัชชา ยันติ

พิมสุภาว จันทะโสรัตน์
และคณะ

ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ
และคณะ

นงนุช ปัญจธรรมเจริญ
กฤตพัทธ์ ผักฝน
พงษ์ศักดิ์ ปานดี

และคณะ
นันทวรรณ แสงโสภิต
และคณะ
นงลักษณ์ เกิดทำไม้

เรียงสอน สุวรรณ
และคณะ

ณัฐฐนรี คำอุไร
และคณะ

บทความวิชาการ

- บทบาทพยาบาลในการพัฒนาความรู้สุขภาพทางเพศสำหรับมารดาวัยรุ่น
- การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโรคติดต่อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย

รพีพรรณ นาคบุบผา
และคณะ
ทัศนีย์ ตรีสายลักษณ์
และคณะ

คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รับผิดชอบตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการ ประเภทบทความวิชาการ (Academic articles) และบทความวิจัย (Research articles) ซึ่งต้องไม่เคยตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน หรืออยู่ระหว่างส่งตีพิมพ์ในวารสารอื่น ยกเว้นเป็นผลงานที่ได้นำเสนอในการประชุมทาง วิชาการที่ไม่มีรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการ (Proceedings) วารสารนี้ มีคณะกรรมการพิจารณา ที่มีผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่าง ๆ พิจารณาคุณภาพของบทความทุกเรื่องก่อนการตีพิมพ์ สำหรับบทความวิชาการ จำนวนบทความละ 2 ท่าน และบทความวิจัยจำนวนบทความละ 3 ท่าน แบบ Double blinded โดยไม่มีการ เปิดเผยชื่อ-นามสกุลและหน่วยงานของทั้งผู้เขียนและผู้ทรงคุณวุฒิ ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารเป็น ความคิดเห็นของผู้เขียน มีใช้ของกองบรรณาธิการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และ การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการในการแลกเปลี่ยนความรู้ทางด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และในการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง

สำนักงานวารสาร

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนคีรีรัฐยา ตำบลธงชัย

อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000

โทรศัพท์ 0-32427049 – 50 ต่อ 115

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ที่ journal@pckpb.ac.th

หมายเหตุ: บทความในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มีใช้ของกองบรรณาธิการ และมิใช่ความรับผิดชอบของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ที่ปรึกษา ศ.เกียรติคุณ นพ.กำแหง จาตุรจินดา ศ.พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร ศ.พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว บรรณาธิการ ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ ผู้ช่วยบรรณาธิการ ดร.จินตนา ทองเพชร กองจัดการ อาจารย์ทิพวัลย์ มีทรัพย์ นางโสภิษฐ์ มิตรดี เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข	กองบรรณาธิการ ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศ.เกียรติคุณ ดร.บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ศ.ดร.รัตน์ศิริ ทาโต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พล.ต.หญิง รศ.ดร.สายสมร เฉลยภิตติ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก รศ.ดร.สุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รศ.ดร.วัลย์พร นันทศุภวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศรีพันธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธวิทยาลัย รศ.ดร.วิลาวัณย์ ขมนิรัตน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รศ.ดร.อรัญญา เชาวลิตร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ผศ.ดร.อดิยาณ์ ศรเกษตริณ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ผศ.ดร.มนพร ขาดิขันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ดร.ศุภกิจ เจริญสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี Dr.Paul Alexander Turner โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสเซเวียร์ ผศ.ดร.เยาวลักษณ์ มีบุญมาก วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดร.รพีพรรณ นาคบุผา วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดร.กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
--	---

กำหนดเผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนเมษายน

ฉบับที่ 2 เดือนสิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือนธันวาคม

บทความในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของกองบรรณาธิการ และมิใช่ความรับผิดชอบของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับการรับรองคุณภาพวารสาร จากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thailand Citation Index: TCI) ในกลุ่ม 2 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2567 บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร ได้รับการพิจารณาถ่วงน้ำหนักจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านต่อ 1 บทความ ความวิจัย และจำนวน 2 ท่านต่อ 1 บทความวิชาการ แบบ Double blinded โดยจัดทำเป็นวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (online journal) ISSN 2985-0150 (Online) เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่หลากหลาย สำหรับปีที่ 6 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม 2566 นี้ มีบทความที่ลงตีพิมพ์เผยแพร่ จำนวน 11 เรื่อง เป็นบทความวิจัย จำนวน 9 เรื่อง และบทความวิชาการจำนวน 2 เรื่อง โดยบทความส่วนใหญ่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ทางด้านสุขภาพ (health literacy: HL) ได้แก่ การพัฒนาความรู้สุขภาพทางเพศสำหรับมารดาวัยรุ่น ความรอบรู้สุขภาพโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์/ ทำนายความรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ประชากรวัยทำงานในโรงงานทำไม้ และการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้สุขภาพสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และนักเรียนหญิงวัยรุ่น บทความวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชนชายรักชาย ความเหลื่อมล้ำและการถูกเอาเปรียบในการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุ รวมทั้งบทความวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความรู้ของพยาบาลประจำห้องคลอดในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการบริหารยาเสี่ยงสูง

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอขอบคุณผู้เขียนที่ร่วมเสนอบทความที่เป็นประโยชน์ และคณะกรรมการถ่วงน้ำหนักทุกท่านที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะ ทำให้บทความมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้ง กองจัดการวารสารทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทางวารสารขอแจ้งให้ทราบว่า ได้เปลี่ยนแปลงบรรณาธิการวารสารเป็น อ.ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ เนื่องจาก ผศ.ดร.อัครราชดี ศรียะศักดิ์ ได้ไปปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา และมี อ.ดร.จินตนา ทองเพชร เป็นบรรณาธิการผู้ช่วย หากผู้เขียนท่านใดมีความประสงค์จะส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ขณะนี้บทความที่อยู่ในกระบวนการสำหรับปีที่ 7 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน 2567 เต็มแล้ว บทความที่ส่งเข้ามาใหม่สามารถเข้าสู่กระบวนการของวารสารในฉบับถัดไป ทั้งนี้ วารสารกำหนดจำนวนเรื่องในการตีพิมพ์เผยแพร่ ฉบับละประมาณ 10-12 เรื่อง ประกอบด้วยบทความวิชาการ 1-2 เรื่อง และบทความวิจัยประมาณ 10-11 เรื่อง

ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์
บรรณาธิการ

สารบัญ

□ บทความวิจัย

- ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 1
- Effects of Health Literacy Development Program on Perception of Knowledge and Health Care Behaviors of National Health Recommendations among Primary School Students in Khlong Luang District, Pathumthani Province
- ศศิธร ตันติเอกรัตน์, นัชชา ยันติ
Sasithon Tantiekkarat, Nadchar Yanti
- ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดนครปฐม 18
- Predicting Factors of Health Literacy among Persons with Diabetes in Nakhon Pathom Province
- พิมสุภาว จันทนะโสทธิ์, วันเพ็ญ แววีรคุปต์, นงนุช เขาวนศิลป์, ดวงพร ผาสวรรณ, นภาพิณ จันทขัมมา, เรียม นมรักษ์, จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ, เกณิกา จงชัยภัค
Pimsupa Chandanasotthi, Wanpen Waelveerakup, Nongnutch Chowsilpa, Duangporn Pasuwan, Napaphen Jantacumma, Riam Namarak, Jutatip Tepsuwan, Kenika Jongchaipuk
- ผลของโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ ต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลบ้านเป้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 32
- Effects of Health Communication Program on Health Literacy, Health behavior, and Health Outcome of Hypertensive Patients in Ban Pao Subdistrict, Mueang District, Lampang Province
- ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, วาสนา มั่งคั่ง, มณีรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์, เขียวลักษณ์ คุมขวัญ, อัมฤทธิตรา มะสุไใส
Sriprapai Inchaitep, Wasana Mangkhang, Maneerat Punsawat, Yaowalak Kumkwan, Ammarittra Masusai
- ความเหลื่อมล้ำและการถูกเอาเปรียบในการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุ: การวิจัยเชิงคุณภาพ 46
- Inequality and Exploitation in the Accessibility of Social Welfare Services through Digital Technology among Older Adults: A Descriptive Qualitative Study
- นงนุช ปัญจธรรมเจริญ, กฤตพัทธ์ ฝักฝน
Nongnuch Punjathumjarern, Krittapat Fukfon

สารบัญ (ต่อ)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนชายรักชาย ในสถาบันอุดมศึกษา	59
The Factors Affecting Sexual Transmitted Diseases Preventive Behaviors among Youth MSM in Higher Education Institutions	
พงษ์ศักดิ์ ป้านดี, ปรียกมล รัชกุล, วณลดา ทองใบ Pongsak Pandee, Pregamol Rutchanagul, Wanalada Thongbai	
การรับรู้การบริหารทางการแพทย์และการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม	75
Perceptions on Nursing Management and Practices in Management for High-Alert Drugs of Professional Nurses at Nakhonpathom Hospital	
นันทวรรณ แสงโสภิต, พรทิพย์ กิระพงษ์, นิตยา เพ็ญศิริินภา Nanthawan Saengsophit, Porntip Geerapong, Nittaya Pensirinapa	
ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ได้รับยายับยั้งการคลอดของพยาบาลวิชาชีพ ประจำห้องคลอดที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง	93
Effect of the Knowledge Management Program on Professional Nursing Care for Preterm Labor Inhibit at a Tertiary Hospital	
นงลักษณ์ เกิดท่าไม้ Nongluk Girdthamai	
ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และภาวะสุขภาพ ของประชากรวัยทำงานโรงงานท่าไม้ ในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลห้างฉัตร	109
Factors Threatening Occupational Health, Health Literacy and Health Status of Working-Age Population in the Catchment Area of Hang Chat Hospital	
เรียงสอน สุวรรณ, สุชาติ เครือชัย, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, ภูมินทร์ ดวงสุริยะ Riengsorn Suwan, Suchart Kreuangchai, Sripraphai Inchaithep, Phoomin Dounsuriya	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านเพศวิถีและแนวโน้มการตัดสินใจทางเพศ ต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในนักเรียนหญิงวัยรุ่นตอนต้น	127
Effects of Program Promoting Sexual Literacy and Sexual Decision-Tendencies on Self-protection from Unwanted Pregnancies among Early Adolescent Female Students	
ณัฐนันท์ คำอุไร, ศิริวรรณ ทุมเชื้อ, มณฑนา มณีโชติ, พัทธินยา เชียงตา, พรนิภา วงษ์มาก, ชิดชนก พันธุ์ป้อม Natnari Khamaurai, Siriwan Tumchuea, Munthana Maneechote, Patchaneeya Chaingta, Pornipa Wongmuk, Chidchanok Phunpom	

สารบัญ (ต่อ)

☐ บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการพัฒนาความรู้สุขภาพทางเพศสำหรับมารดาวัยรุ่น 141

Nurses' Role in Sexual Health Literacy Development for Adolescent Mothers

ไพลิน ถิ่นถิ่น, รพีพรรณ นาคบุบผา, วาสนา ชูณรงค์, สิริกร ศุกรวรรณ

Pailin Thungtin, Rapeepan Narkbubpha, Watsna Choonarong, Sirinporn Sukarawan

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย 153

Developing Health Literacy for Respiratory Infections in Early Childhood

ทัศนีย์ ตรีสายลักษณ์, ณัฐยา เชิงฉลาด ชูพรหม, วาริณีย์ แสนยศ

Thasaneer Trisayaluk, Natthaya Cherngchalard Chooprom, Vatinnee Sanyod

☐ คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ 165

บทความวิจัย (Research article)

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้
และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ
ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
Effects of Health Literacy Development Program on Perception of Knowledge
and Health Care Behaviors of National Health Recommendations
among Primary School Students in Khlong Luang District, Pathumthani Province

ศศิธร ตันติเอกรัตน์^{1*}, นัชชา ยันติ¹

Sasithon Tantiekkarat^{1*}, Nadchar Yanti¹

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sasitorn.tun@vru.ac.th, โทรศัพท์ 084-3086203)

(Received: June 30, 2023; Revised: September 27, 2023; Accepted: October 29, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ 4-6 คัดเลือกโดยสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ อนามัยส่วนบุคคล การดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) การป้องกันอุบัติเหตุ สารเสพติดและสร้างจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม การใช้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมเรียนตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = -6.71, -19.82$ ตามลำดับ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 6.37, 19.97$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

Assistant Professor, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University Under the Royal Patronage

บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้ร่วมกับครูในการจัดกิจกรรม เพื่อพัฒนาความรู้และการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติให้นักเรียนได้ปฏิบัติอย่างถูกต้อง

คำสำคัญ: โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ, ความรู้, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ, หลักสุขบัญญัติแห่งชาติ, นักเรียนชั้นประถมศึกษา

Abstract

This two-group pre-test and post-test quasi-experimental study aims to examine the effects of health literacy development programs on the perception of knowledge and health care behaviours of national health recommendations among primary school students in Khlong Luang District, Pathumthani Province. The sample consisted of primary students in level 4 – level 6 who were randomly assigned into the experimental group ($n = 30$) and the control group ($n = 30$). The experimental group received a health literacy development program for 4 weeks including the principles of national health recommendations, personal hygiene care, healthcare according to 3 principles (food, exercise, emotions, accident prevention, creating good consciousness in society, and exchange of information. A set of questionnaires was used to collect data including knowledge and healthcare behaviours of national health recommendations. Data were analyzed by using descriptive statistics and comparing mean scores before and after having the health information among the experimental group itself, using dependent samples t-test and comparing mean scores between the experimental group and the control, and using independent samples t-test.

The results indicate that in the experimental group's post-test means scores of knowledge and healthcare behaviours of national health recommendations were significantly higher than the pre-test ($t = -6.71, -19.82$ respectively) and higher than the control group at p-value .01 ($t = 6.37, 19.97$ respectively).

Therefore, healthcare professionals can work together with teachers to apply for this program as a guideline to develop knowledge and skills of healthcare behaviours of national health recommendations for students.

Keywords: Health literacy development program, Knowledge, Health care behaviors, National health recommendation, Primary school students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันเด็กและเยาวชนไทยมีการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีและการแข่งขันทางการเรียน ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคภัยและเกิดโรคได้มากขึ้น (Thai Health Promotion Foundation, 2021) จากข้อมูลการสำรวจผลการประเมินศักยภาพในการจัดการสุขภาพของตนเองด้านความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มวัยเด็กโดยภาพรวมทั้งประเทศในปีพ.ศ.2565 พบว่า เด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 13.65 ระดับพอใช้ ร้อยละ 10.04 และมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 13.52 ระดับพอใช้ ร้อยละ 27.98 เช่นเดียวกันกับในจังหวัดปทุมธานี ยังพบว่า เด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 10.25 มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 19.75 (Health Education Division, Ministry of Public Health, 2022) นอกจากนี้จากรายงานการสำรวจสุขภาพคนไทย ในปีพ.ศ.2566 พบว่า เด็กและเยาวชนอายุ 6-14 ปี มีการกินผักและผลไม้ที่เพียงพอ ร้อยละ 28 มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ร้อยละ 16.1 เยาวชนอายุ 15 ปีขึ้นไปมีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 17.4 และเคยใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ ร้อยละ 14.4 (Thai Health Promotion Foundation, 2023) รวมทั้งจากรายงานการสำรวจทิศทางสุขภาพคนไทยและเด็กในปี พ.ศ. 2564 พบว่าเด็กและเยาวชน อายุ 5-17 ปี มีระยะเวลาการใช้หน้าจออิเล็กทรอนิกส์ เช่น โทรศัพท์สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต คอมพิวเตอร์ หรือโทรทัศน์ เฉลี่ยสูงถึง 4 ชั่วโมง 11 นาทีต่อวัน มีภาวะซีมีเตร่าเล็กน้อย ร้อยละ 49.8 และมีภาวะซีมีเตร่าปานกลาง ร้อยละ 13.2 (Thai Health Promotion Foundation, 2021) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัญหาของเด็กนักเรียนยังมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ในด้านอนามัยส่วนบุคคลและการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ตามมา และควรเริ่มแก้ไขพฤติกรรมอย่างเร่งด่วน

พฤติกรรมดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่เด็กและเยาวชนควรปฏิบัติเพื่อให้ห่างไกลจากโรคตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ซึ่งหมายถึงข้อกำหนดที่เด็กและเยาวชนพึงปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย เพื่อให้มีสุขภาพดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม มี 10 ประการ ดังนี้ 1) การดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด 2) รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง 3) ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย 4) กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตรายและหลีกเลี่ยงอาหารรสจัดสัณฐาน 5) งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ 6) สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น 7) ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท 8) ออกกำลังกายสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพประจำปี 9) ทำจิตใจให้ร่าเริงและแจ่มใสอยู่เสมอ และ 10) มีสำนึกต่อส่วนรวมร่วมสร้างสรรค์สังคม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ต้องมีการปลูกฝังให้เด็กและเยาวชนตระหนักและเห็นความสำคัญปฏิบัติจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีต่อไป (Department of Health Service Support, Ministry of public health, 2019)

ในปัจจุบันสังคมไทยมีการสื่อสารที่ไร้พรมแดน รวมทั้ง ข้อมูลทางด้านสุขภาพ ซึ่งเด็กและวัยรุ่นสามารถสื่อสารได้อย่างรวดเร็ว และหลากหลายช่องทาง เช่น โลกออนไลน์ เฟสบุ๊ก และอินสตาแกรม ในขณะที่ข้อมูลสุขภาพที่ได้รับอาจมีข้อมูลที่ผิดๆ และไม่ถูกต้อง และสร้างความสับสนให้กับเด็ก เมื่อปฏิบัติตามอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ อีกทั้ง วัยนี้มีการเลือกค่านิยมและลักษณะการดำเนินชีวิตในแบบของตนเองโดยได้รับ

อิทธิพลจากเพื่อน สังคม และครอบครัว มีเป็นตัวของตัวเองและเป็นอิสระจากครอบครัว (Areekul et al., 2012) ดังนั้น การเสริมสร้างให้เด็กเกิดความรู้ด้านสุขภาพและเกิดทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้อง รวมทั้ง การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพที่เชื่อถือได้และเกิดความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณด้านสุขภาพ ย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพที่ตามมา ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (health literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ได้อธิบายว่าเป็นความรู้ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคล ให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ 4) การจัดการสุขภาพของตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จึงเห็นได้ว่าการพัฒนาให้เด็กและวัยรุ่นได้มีการพัฒนาทักษะและความรู้ในการเข้าถึงข้อมูล บริการสุขภาพ โดยการคิดวิเคราะห์ ประเมิน และตัดสินใจด้วยตัวเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสามารถนำไปใช้ได้เหมาะสมตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ย่อมทำให้เด็กและวัยรุ่นสามารถดูแลและจัดการสุขภาพของตนเองได้เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี และพบว่าโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินสามารถเพิ่มระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Kanawapee & Saranrittichai, 2022)

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การจัดกิจกรรมมีการใช้หนังสือนิทาน และเกมประกอบการสอนสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ เน้นการบรรยายความรู้มากกว่าการฝึกปฏิบัติ และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรายด้านไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Songsaigath et al., 2021) และมีการศึกษาเพียงเฉพาะด้านของหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ เช่น ด้านการสูบบุหรี่และสารเสพติด (Ranee et al., 2022) พฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุของนักเรียน (Chuykeaw et al., 2020) ซึ่งแสดงให้เห็นว่างานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีค่อนข้างน้อยและศึกษาเพียงเฉพาะด้าน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โดยประยุกต์แนวคิดความรู้ทางด้านสุขภาพ (health literacy) ของ Nutbeam (2008) โดยเชื่อว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ จะสามารถช่วยพัฒนาให้เด็กมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนตามหลักสูตรปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติหลังสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ทางด้านสุขภาพ (health literacy) ของ Nutbeam (2008) ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ 4) การจัดการสุขภาพของตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ 6) ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อให้ให้นักเรียนมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติที่เหมาะสม โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ

- การบรรยาย ดูวีดิทัศน์ การสาธิต และการเข้าฐานการฝึกทักษะเรื่อง “อนามัยส่วนบุคคล” และลงบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพของตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 พัฒนาทักษะ เรื่อง การดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ.(อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์)

- สาธิตและฝึกปฏิบัติการเลือกอาหาร การอ่านฉลากหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกาย การดูแลจิตใจให้เบิกบาน และการลงบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพของตนเอง

สัปดาห์ที่ 3 พัฒนาทักษะ เรื่อง การป้องกันอุบัติเหตุ สารเสพติดและสร้างจิตสำนึกที่ต่อสังคม การฝึกการแยกทิ้งขยะ และร่วมอภิปรายข่าวเกี่ยวกับอุบัติเหตุและการใช้สารเสพติด

สัปดาห์ที่ 4 อภิปรายกลุ่มประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ

- ความรู้เกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ
- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ

ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (quasi- experimental research; two groups pretest - posttest design) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนรัฐบาล สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาปทุมธานี เขต 1 หรือสังกัดมหาวิทยาลัยของรัฐ ปีการศึกษา 2565 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 3,275 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนรัฐบาล สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาปทุมธานี เขต 1 หรือสังกัดมหาวิทยาลัยของรัฐ ปีการศึกษา 2565 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ที่ได้รับความยินยอมจากเด็กและบิดามารดาหรือญาติ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับสถิติการทดสอบที่แบบสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน กำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ .69 จากงานวิจัยของ Songsaigath et al. (2021) ค่าอำนาจทดสอบ (power of the test) เท่ากับ .80 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 เพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอในการวิเคราะห์ข้อมูล (Chirawatkul, 2008) จึงแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากนักเรียนที่กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนรัฐบาลขนาดใหญ่ที่มีนักเรียนมากกว่า 601 คนขึ้นไป ซึ่งมีจำนวน 18 โรงเรียน ทำการจับฉลากเป็นโรงเรียนสำหรับกลุ่มทดลอง 1 โรงเรียน และกลุ่มควบคุม 1 โรงเรียน ทำการสุ่มเลือกระดับชั้นและห้องเรียนตามลำดับ จากนั้นทำการจับฉลากจากรายชื่อนักเรียนในห้องโดยการจับฉลากอย่างง่ายจนครบ 30 คน จากทั้งโรงเรียนที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ได้รับความยินยอมจากเด็ก และบิดามารดาหรือผู้ดูแลหลักที่เป็นญาติสายตรง 2) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) ไม่มีโรคประจำตัวหรือบกพร่องทางสติปัญญาที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ลาออกหรือย้ายโรงเรียน และ 2) ขาดเรียนหรือป่วยเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลในช่วงเวลาเข้าร่วมกิจกรรม และเกณฑ์การยกเลิกจากการวิจัย (discontinuation criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การพักอาศัยอยู่กับครอบครัว อาชีพของบิดาและมารดา และการได้รับความรู้เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ เป็นแบบสอบถามความรู้เรื่องอนามัยส่วนบุคคล การดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) การป้องกันอุบัติเหตุ สารเสพติด และสร้างจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและตามหลักการ

จากคู่มือโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ (Department of Health Service Support, Ministry of public health, 2019) จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน คิดคะแนนรวมโดยมีคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน และมีเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Bloom, 1975)

มากกว่า 8 คะแนน (มากกว่า 80 %) หมายถึง ระดับดี

ระหว่าง 6 - 8 คะแนน (60-80%) หมายถึง ระดับปานกลาง

น้อยกว่า 6 คะแนน (น้อยกว่า 60%) หมายถึง ระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ เป็นแบบสอบถามความถี่ของการปฏิบัติเกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคล การดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) การป้องกันอุบัติเหตุ สารเสพติด และสร้างจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและตามหลักจากคู่มือโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ (Department of Health Service Support, Ministry of public health, 2019) จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยระบุความถี่พฤติกรรมใน 1 สัปดาห์ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง (7 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง (3-4 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 2 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน คิดคะแนนรวมโดยมีคะแนนระหว่าง 15-75 คะแนน โดยจะมีเกณฑ์การจำแนกคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best, 1977)

ระหว่าง 57-75 คะแนน หมายถึง ระดับดี

ระหว่าง 36-56 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 15-35 คะแนน หมายถึง ระดับไม่ดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ของ Nutbeam (2008) และคู่มือโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ (Department of Health Service Support, Ministry of public health, 2019) โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ในคาบชุมนุม ระหว่างเวลา 14.30-15.30 น.

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ทางด้านสาธารณสุข 2 คน และครูสุขศึกษา 1 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .91 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามความรู้ มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .82 และ

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .95

โปรแกรมการพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษา สมุดบันทึกสุขภาพ และคู่มือ “มาเป็นเด็กสุขภาพดีกันเถอะ” หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเข้าใจของภาษาในการสื่อให้เข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยคำนวณค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน พบว่า มีความเข้าใจเนื้อหาและภาษาที่ใช้ได้ถูกต้อง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตการเก็บข้อมูลจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบครูประจำชั้นเพื่อแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตของการศึกษา ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม คุณสมบัติและจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.3 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะดำเนินการกิจกรรม โดยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมได้ทันที และไม่มีผลกระทบต่อการเรียนแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะได้รับการปกปิดชื่อ-นามสกุล โดยอภิปรายผลของข้อมูลในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการจึงให้ลงลายมือชื่อและหลังจากนั้น สำหรับนักเรียนที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยได้ติดต่อบิดามารดาหรือผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อได้รับความยินยอมจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองจึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเพื่อดำเนินการวิจัย

1.4 ผู้ช่วยวิจัยได้รับการเตรียมความรู้และวิธีการสาธิตการปฏิบัติในเรื่องเกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ และการทำกิจกรรมกลุ่มตามฐาน เพื่อฝึกทักษะการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีจำนวน 3 ฐาน โดยใช้เวลาฐานละ 10 นาที ได้แก่ 1) การล้างมือ 7 ขั้นตอน 2) การแปรงฟันอย่างถูกวิธี และ 3) การทำความสะอาดร่างกาย

1.5 เตรียมสถานที่ โต๊ะ เก้าอี้และสื่อที่ใช้ในการจัดกิจกรรม โดยใช้ห้องประชุมของโรงเรียนที่มีพื้นที่กว้างขวางและมีอุปกรณ์เครื่องเสียงที่เหมาะสมในการทำกิจกรรม

2. ขั้นตอนทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง หลังได้รับการยินยอมจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองเด็กและตัวเด็กแล้ว นักวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติก่อนการทดลอง (pretest) โดยใช้เวลา

ประมาณ 15-25 นาที และเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ผู้วิจัยใช้คาบชุมนุม เวลา 14.30-15.30 น. ที่ไม่กระทบกับการจัดการเรียนการสอน ดังนี้

2.1.1 สัปดาห์ที่ 1 พัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ โดยวิธีการบรรยาย และการใช้สื่อวีซีดี การสาธิต และฝึกทักษะโดยแบ่งเป็นฐานต่าง ๆ ในหัวข้อ “อนามัยส่วนบุคคล” โดยใช้เวลา 60 นาที

- กล่าวแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และระยะเวลาในการจัดกิจกรรม พร้อมทั้งให้นักเรียนแบ่งกลุ่มทำกิจกรรม

- นำเข้าบทเรียน โดยให้นักเรียนดูวีซีดีอนามัยที่ดีในเด็ก ซึ่งเป็นการกระตุ้นของการมีพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลที่ถูกต้อง และมอบคู่มือ “มาเป็นเด็กสุขภาพดีกันเถอะ”

- แบ่งนักเรียนเป็นกลุ่มเพื่อเข้าเป็นฐาน จำนวน 3 ฐาน ๆ ละ 10 คน โดยใช้เวลาฐานละ 10-15 นาที โดยแต่ละกลุ่มต้องเวียนฐานให้ครบ 3 ฐาน ได้แก่ 1) การล้างมือ 7 ขั้นตอน 2) การแปรงฟันอย่างถูกวิธี และ 3) การทำความสะอาดร่างกาย โดยแต่ละฐานมีการสาธิตและฝึกทักษะการปฏิบัติ กล่าวชมเชยและให้กำลังใจจากผู้วิจัย ให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการปฏิบัติ และร่วมกันวางแผนการปฏิบัติในแต่ละวัน และบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพของตนเอง

- มอบหมายให้นักเรียนเตรียมเนื้อหาโฆษณาชวนเชื่อเกี่ยวกับอาหารเพื่อทำกิจกรรมครั้งถัดไป

2.1.2 สัปดาห์ที่ 2 การพัฒนาทักษะเรื่องการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) สาธิตและฝึกทักษะการเลือกบริโภคอาหาร การอ่านฉลากหวาน มัน เค็ม และการออกกำลังกาย บรรยายสรุปและการลงบันทึกในสมุด

- กิจกรรม “กินดี...สุขภาพดี” โดยให้นักเรียนแต่ละคนเลือกโมเดลอาหารและเครื่องดื่มและให้คิดว่าอาหารและเครื่องดื่มอยู่ในโซนสีใด มีลักษณะถูกต้องตามหลักอนามัยหรือไม่ ควรเลือกกินอย่างไร และผู้วิจัยบรรยายหลักการบริโภคอาหารตามโซนสี และอาหารที่ถูกต้องตามหลักอนามัยที่ดี การอ่านฉลากโภชนาการและสรุปสาระสำคัญพร้อมให้จดบันทึกพฤติกรรมในสมุดบันทึกสุขภาพของตนเอง

- กิจกรรม “กินอย่างฉลาด” ให้แต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายข้อมูลจากโฆษณาชวนเชื่อเกี่ยวกับอาหารที่ได้จากการสืบค้นข้อมูล โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ถูกต้องกันภายในกลุ่ม และผู้วิจัยแนะนำแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

- กิจกรรม “เบิกบานใจ ใส่ใจออกกำลังกาย” โดยให้ความรู้หลักการออกกำลังกายสำหรับเด็กและการดูแลจิตใจให้เบิกบาน แจ่มใส ไม่เครียด และสามารถทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว และให้แต่ละกลุ่มวางแผนการออกกำลังกายในแต่ละวันที่ตนเองชอบและนำเสนอหน้าชั้นเรียน พร้อมทั้งแนะนำเพื่อนในกลุ่ม

- มอบหมายให้นักเรียนเตรียมเนื้อหาข่าวเกี่ยวกับอุบัติเหตุและการใช้สารเสพติด เพื่อทำกิจกรรมครั้งถัดไป

2.1.3 สัปดาห์ที่ 3 พัฒนาทักษะเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ สารเสพติด และสร้างจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม โดยใช้เวลา 60 นาที

- นำเข้าบทเรียน โดยให้นักเรียนดูวิดีโอทัศน์การป้องกันภัยจากอุบัติเหตุและสารเสพติด และร่วมกันสรุปสาระสำคัญ

- กิจกรรม “ปลอดภัยไว้ก่อน” ให้นักเรียนแต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายข้อมูลจากข่าวเกี่ยวกับอุบัติเหตุและการใช้สารเสพติดที่ได้จากการสืบค้นข้อมูล โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและเสนอแนวทางในการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุ และผู้วิจัยแนะนำแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

- กิจกรรม “แยกนะ ก่อนทิ้ง” ให้นักเรียนในแต่ละกลุ่ม ฝึกการแยกทิ้งขยะตามชนิดของขยะในถังขยะให้ถูกต้อง และการรักษาความสะอาดของสิ่งแวดล้อม มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลในกลุ่มและสรุปสาระสำคัญโดยผู้วิจัย

2.1.4 สัปดาห์ที่ 4 นักเรียนในแต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายหัวข้อ “ประสบการณ์ดี ๆ ต้องบอกต่อ” โดยให้สมาชิกในแต่ละกลุ่มเล่าประสบการณ์ของตนเองที่ได้ปฏิบัติตามสุขบัญญัติทั้ง 10 ประการ ให้เพื่อนในกลุ่มฟัง ผู้วิจัยตอบข้อสงสัยและแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง พร้อมให้ตอบแบบสอบถาม (posttest) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

2.2 กลุ่มควบคุม ดำเนินการวิจัย ดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติก่อนการทดลอง (pretest) โดยใช้เวลาประมาณ 15-25 นาที

2.2.2 กลุ่มควบคุมได้รับการเรียนการสอนตามปกติจากที่โรงเรียน และผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อตอบแบบสอบถาม (posttest) ฉบับเดียวกับที่ใช้ก่อนการทดลองใช้เวลาประมาณ 15 นาที โดยกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลองตามความสนใจ พร้อมแจกคู่มือ “มาเป็นเด็กสุขภาพดีกันเถอะ” ให้กับกลุ่มควบคุมทุกคน

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป รายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนความรู้เกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ โดยการทดสอบทีแบบสองกลุ่ม

ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired samples t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ภายหลังผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติเกี่ยวกับตัวแปรตามมีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (independent samples t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ภายหลังผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติการกระจายเป็นปกติ การทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบ chi-square สำหรับข้อมูลที่มีการวัดแบบนามบัญญัติ และ independent samples t-test สำหรับข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็นค่าต่อเนื่อง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขที่ 0048/2565 วันที่ 27 มกราคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

นักเรียนกลุ่มทดลอง เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงจำนวนเล็กน้อย (ร้อยละ 60.00 และ ร้อยละ 40.00 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 10.07 ปี ($SD = .36$) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 80.00 บิดาประกอบอาชีพพนักงานโรงงาน ร้อยละ 46.70 มารดาประกอบอาชีพพนักงานโรงงาน ร้อยละ 36.70 ส่วนใหญ่ได้รับความรู้เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติจากครูผู้สอน ร้อยละ 83.30 สำหรับกลุ่มควบคุม เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 66.70 และ ร้อยละ 33.30 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 10 ปี ($SD = .37$) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 76.70 บิดาประกอบอาชีพพนักงานโรงงาน ร้อยละ 43.30 มารดาประกอบอาชีพพนักงานโรงงาน ร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่ได้รับความรู้เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติจากครูผู้สอน ร้อยละ 73.30 ผลการทดสอบความเท่าเทียมกันของข้อมูลทั่วไปพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

รายการ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	การทดสอบ	<i>p-value</i>
	(n=30)	(n=30)		
	จำนวน (ร้อยละ) / M (SD)	จำนวน (ร้อยละ) / M (SD)		
เพศ				
ชาย	18 (60.00)	20 (66.70)	.28 ^a	.59
หญิง	12 (40.00)	10 (33.30)		
อายุเฉลี่ย (ปี)	10.07 (.36)	10.00 (.37)	.70 ^b	.24
การพักอาศัย				
บิดาและมารดา	24 (80.00)	23 (76.70)	.88 ^a	.34
อื่น ๆ (ผู้ปกครอง ญาติ)	6 (20.00)	7 (23.30)		
อาชีพของบิดา				
พนักงานโรงงาน	14 (46.70)	13 (43.30)	.06 ^a	.80
อื่น ๆ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ ค้าขาย เกษตรกรรม รับจ้าง รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ)	16 (53.30)	17 (56.70)		
อาชีพของมารดา				
พนักงานโรงงาน	11 (36.70)	12 (40.00)	.07 ^a	.79
อื่น ๆ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ ค้าขาย เกษตรกรรม รับจ้าง รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ)	19 (63.30)	18 (60.00)		
การได้รับความรู้เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ				
ครูผู้สอน	25 (83.30)	22 (73.30)	.88 ^a	.34
อื่น ๆ (ครอบครัว ศึกษาด้วยตนเอง จนท.สาธารณสุข)	5 (16.70)	8 (26.70)		

a = chi-square test, b = independent t-test

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า หลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ นักเรียนชั้นประถมศึกษาอำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานีมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติหลังการทดลอง ($M = 8.03$, $SD = 1.09$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 6.47$, $SD = 1.04$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -6.71$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ($M = 63.20$, $SD = 3.01$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 40.73$, $SD = 6.37$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -19.82$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ระหว่างก่อน และหลังการทดลอง ($n = 30$)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p -value
	M (SD)	ระดับ	M (SD)	ระดับ		
ความรู้เกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ	6.47 (1.04)	ปานกลาง	8.03 (1.09)	สูง	-6.71**	< .01
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ	40.73 (6.37)	ปานกลาง	63.20 (3.01)	ดี	-19.82**	< .01

** $p < .01$

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนตามหลักสูตรปกติ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ($M = 8.03$, $SD = 1.09$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 6.07$, $SD = 1.29$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 6.37$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ($M = 63.20$, $SD = 3.01$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 38.57$, $SD = 6.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 19.97$) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	M (SD)	ระดับ	M (SD)	ระดับ		
ความรู้เกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ						
ก่อนการทดลอง	6.47 (1.04)	ปานกลาง	6.23 (1.14)	ปานกลาง	0.83	.21
หลังการทดลอง	8.03 (1.09)	สูง	6.07 (1.29)	ปานกลาง	6.37**	<.01
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ						
ก่อนการทดลอง	40.73 (6.37)	ปานกลาง	39.17 (5.48)	ปานกลาง	1.02	.16
หลังการทดลอง	63.20 (3.01)	ดี	38.57 (6.05)	ปานกลาง	19.97**	<.01

** $p < .01$

การอภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ สูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = -6.71$, $p < .01$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.37$, $p < .01$) และแปลผลอยู่ในระดับสูง

ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษา สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติให้กับกลุ่มตัวอย่างได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรมโดยใช้วิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การดูวีซีดีอนามัยที่ดีในเด็ก ซึ่งเป็นการต้นของการมีพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลที่ถูกต้อง การแบ่งกลุ่มเข้าฐานในหัวข้อ “อนามัยส่วนบุคคล” ทั้งการล้างมือ 7 ขั้นตอน การแปรงฟันอย่างถูกวิธี และการทำความสะอาดร่างกาย โดยมีการให้ความรู้ สาธิต และฝึกทักษะการปฏิบัติ การพัฒนาความรู้และทักษะเรื่องการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และกิจกรรมพัฒนาทักษะ เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ สารเสพติด สร้างจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม ทำให้เยาวชนเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ และได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Songsaigath et al. (2021) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพเรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนชุมชนวัดเขี้ยวโอสถ จังหวัดนครนายก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจสูงกว่าก่อนการทดลอง (Khamwichai et al. , 2021) และการศึกษาผลของการให้ความรู้เรื่องโภชนาการต่อความชอบผักและผลไม้ ภาวะโภชนาการและความรู้ด้านสุขภาพของเด็กนักเรียน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความชอบผักและผลไม้ ภาวะโภชนาการ และความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Schmitt et al., 2019)

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ สูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = -19.82, p < .01$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 19.97, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนประถมศึกษา สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติให้กับกลุ่มตัวอย่างได้ อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติในด้านต่าง ๆ ที่มีกิจกรรมหลากหลาย โดยเฉพาะการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโฆษณาชวนเชื่อเรื่องอาหารและเครื่องดื่ม และข่าวเกี่ยวกับอุบัติเหตุและสารเสพติด เพื่อให้มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลได้ถูกต้องและข้อมูลที่ได้รับความทันสมัยต่อเหตุการณ์ปัจจุบัน การร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ต้องภายในกลุ่มและผู้วิจัย แนะนำข้อมูลที่เชื่อถือได้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรู้เท่าทันสื่อ รวมทั้ง การฝึกทักษะการปฏิบัติเรื่องอนามัยส่วนบุคคล การเลือกโมเดลอาหารและเครื่องดื่มตามหลักโภชนาการ และสามารถวางแผนการออกกำลังกายในแต่ละวันที่ตนเองชอบ ฝึกทักษะการแยกทิ้งขยะตามชนิดของขยะต่าง ๆ รวมทั้ง การอภิปรายกลุ่มจากหัวข้อ “ประสบการณ์ดี ๆ ต้องบอกต่อ” ซึ่งเป็นการเล่าเทคนิค วิธีการ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม ทำให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองได้อย่างถูกต้องตามเป้าหมายที่วางไว้ เป็นไปตามทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008) ที่อธิบายว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นความรู้

ความเข้าใจ และทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสาร ในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Worayan et al. (2020) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนประถมศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่และสารเสพติดโดยใช้หลักการอิสลามต่อความรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันการสูบบุหรี่และสารเสพติดในเยาวชนมุสลิมโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันการสูบบุหรี่และสารเสพติดสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Ranee et al., 2022)

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ ทำการศึกษาในเฉพาะพื้นที่เขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีเท่านั้น และไม่มีการติดตามศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปอ้างอิงถึงกลุ่มเด็กวัยเรียนในช่วงอายุและพื้นที่การวิจัยอื่น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ร่วมกับครู ในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติให้แก่นักเรียน
2. ผู้บริหารโรงเรียน ควรมีนโยบายและส่งเสริมกิจกรรมที่พัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติอย่างชัดเจน และครอบคลุม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนาโปรแกรมโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในเรื่องของการสนับสนุนทางสังคม เช่น การให้กำลังใจ การให้คำชมเชย เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- Areekul, W., Hongsaguansri, S., Tripathi, S., Manaboriboon, B., Areemit, R., Prasertwit, J., & In-iw, S. (2012). *Practical points in adolescent health care*. A-plus print. (in Thai)
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. Prentice Hall.
- Bloom, S. J. (1975). *Taxonomy of education objective, hand book 1: Cognitive domain*. David McKay.
- Chirawatkul, A., (2008). *Statistics for health science research*. Khangnanawitaya. (in Thai)

- Chuykeaw, B., Leartwanawattana, J., & Tiprat, W. (2020). The effect of oral hygiene promotion program on dental caries prevention behaviors among sixth grade students, Trang province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(2), 64-73. (in Thai)
- Department of Health Service Support, Ministry of public health. (2019). *Handbook of health education program for enhancing health literacy according to national health recommendation*. Department of Health Service Support. (in Thai)
- Health Education Division, Ministry of Public Health. (2022). *Summary of potential assessment results in self-management of the target population*. Health Education Division. (in Thai)
- Kanawapee, S., & Saranrittichai, K. (2022). Effects of health literacy development program and health literate school on behavior modification for obesity prevention among overweight students. *Academic Journal of Community Public Health*, 8(2), 105-118. (in Thai)
- Khamwichai, K., Yurahan, N., Srisiri, S., & Moungsirithum, P. (2021). The effects of health promotion literacy program on knowledge and health behaviors of national health recommendations among middle school students. *ACPES Journal of Physical Education, Sport, and Health*, 1(2), 104-112. <https://doi.org/10.15294/ajpesh.v1i2.49950>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Ranee, S., Langputeh, P., & Nimu, N. (2022). Effect of a smoking and substance abuse prevention program by using Islamic principles on health literacy on smoking and substance abuse prevention among Muslim youth in private religious schools in three southern border provinces. *Journal of Behavioral Science for Development*, 14(1), 134-152. (in Thai)
- Schmitt, S. A., Bryant, L. M., Korucu, I., Kirkham, L., Katore, B., & Benjamin, T. (2019). The effects of a nutrition education curriculum on improving young children's fruit and vegetable preferences and nutrition and health knowledge. *Public Health Nutrition*, 22(1), 28-34. <https://doi.org/10.1017/S1368980018002586>
- Songsaigath, S., Kosuwin, R., Srimee, P., Chanthamud, S., Yungyun, K., & Twatchmetanant, K., (2021). The effect of health educational program on knowledge and health behaviors of ten national health recommendations among primary school students in Wat Chiao Osot Community School, Nakhon Nayok Province. *Journal of Health and Nursing Research*, 37(1), 206-217. (in Thai)

Thai Health Promotion Foundation. (2021). *Thai health watch 2021*. Thai Health Promotion Foundation. (in Thai)

Thai Health Promotion Foundation. (2023). *Thai health 2023*. Amarin. (in Thai)

Worayan, O., Krungkraipetch, N., & Junprasert, S. (2020). Effects of self-efficacy enhancement program on primary school students' health outcomes and behaviors in accordance with national health recommendation. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(1), 123-135. (in Thai)

บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดนครปฐม

Predicting Factors of Health Literacy

among Persons with Diabetes in Nakhon Pathom Province

พิมสุภาว์ จันทนะโสทธิ์¹, วันเพ็ญ แววีรคุปต์^{1*}, นงนุช เขาวนศิลป์¹, ดวงพร ผาสุวรรณ¹,

นภาพัณญ์ จันทขัมมา², เรียม นมรักษ์¹, จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ³, เกณิกา จงชัยภัก⁴

Pimsupa Chandanasotthi¹, Wanpen Waelveerakup^{1*}, Nongnutch Chowsilpa¹,

Duangporn Pasuwan¹, Napaphen Jantacumma², Riam Namarak¹,

Jutatip Tepsuwan³, Kenika Jongchaipuk⁴

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: wanpenw@webmail.npru.ac.th, โทรศัพท์ 081-6288879)

(Received: September 28, 2023; Revised: November 22, 2023; Accepted: November 23, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .64 และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .77 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 99.99$, $SD = 17.52$) โดยร้อยละ 30.50 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา สถานภาพสมรสคู่ และอายุ ($Beta = .25, .15, -.12$; $p < .05$) สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 14.41$, $p < .001$) โดยร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 10.0

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Assistant Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

Instructor, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

Registered Nurse (Professional Level), Thung Kwang Subdistrict Hospital, Kamphaeng Saen District,

Nakhon Pathom Province

($R^2 = .10$, Adjusted $R^2 = .09$ และ $SEE = 16.69$) ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจึงควรพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมผู้ป่วยเบาหวานให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคเบาหวาน

Abstract

This study is a predictive correlation descriptive research to study which factors predict health literacy among persons with diabetes in Nakhon Pathom Province. The samples were 400 diabetes patients aged 35 years and over by using multistage random sampling. Data were collected by interviewing persons with diabetes using the health literacy questionnaire of diabetes patients with KR-20 reliability at .64 and Cronbach's alpha reliability at .77. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results show that the overall health literacy of the sample was at a good level ($M = 99.99$, $SD = 17.52$), but 30.50 percent of the sample had health literacy at a low and medium level. The years of education completed, living with one's spouse, and age were statistically significant predictors of health literacy of persons with diabetes ($Beta = .25$, $.15$, $-.12$; $p < .05$, respectively). All three predicting factors can explain 10.00% of the variance in the health literacy of persons with diabetes ($F = 14.41$, $p < .001$, $R^2 = .10$, Adjusted $R^2 = .09$, $SEE = 16.69$). Therefore, nurses and related health team personnel should develop guidelines for promoting health literacy for diabetic patients.

Keywords: Predicting factors, Health literacy, Diabetes mellitus

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่บั่นทอนคุณภาพชีวิต เป็นปัญหาสุขภาพประชากรทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยเป็นเบาหวานประมาณ 285 ล้านคน คาดว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นถึง 578 ล้านคนในปี 2573 (Holt & Hanley, 2012) และสูงถึง 700 ล้านคนในปี 2588 (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2020) สำหรับประเทศไทยพบอัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมปี พ.ศ. 2561-2564 เท่ากับ 21.9, 25.3, 25.1 และ 24.5 ตามลำดับ (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2022) ซึ่งจัดเป็นอัตราตายที่สูง จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชากรไทยด้วยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 ปีพ.ศ. 2562 - 2563 เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563 (Aekplakorn et al., 2019) จากรายงานสาเหตุการเจ็บป่วยของจังหวัด

นครปฐม แสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และผู้ป่วยมากกว่าครึ่งไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายการรักษา ในปี พ.ศ. 2558–2562 มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ตามเป้าหมายการรักษา (A1C น้อยกว่าร้อยละ 7) เพียงร้อยละ 21.23, 26.56, 29.46, 30.13 และ 32.77 ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกสูงสุด สองอันดับแรก ในปี พ.ศ. 2563 คือ โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ นำ อัตราป่วย 447.87 ต่อประชากรพันคน และผู้ป่วยโรคเบาหวาน อัตราป่วย 313.91 ต่อประชากรพันคน (Medical and Health Data Warehouse System, 2021)

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายการรักษามีปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเองของผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy: HL) เป็นความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึงข้อมูล สื่อสารความต้องการ ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ และการบริการทางสุขภาพที่ได้รับ ทำให้บุคคลมีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลสุขภาพตนเอง จัดการสุขภาพและเงื่อนไขสุขภาพแวดล้อมตนเองเพื่อป้องกันโรคและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผลลัพธ์ทางสุขภาพ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จะมีทักษะความสามารถในการเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลความรู้โรคเบาหวานและข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นต่อการดูแลรักษาตนเอง ส่งผลให้สามารถนำข้อมูลและความเข้าใจเหล่านั้นมาช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ 2.03 เท่า และผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตเป็น 2.33 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2.71 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ (Schillinger et al., 2002) ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะมีความรู้เรื่องโรคและการดูแลสุขภาพตนเองต่ำ มีการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและเข้าถึงบริการสุขภาพต่ำ ส่งผลให้โรคมีความรุนแรง ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และตายก่อนวัยอันควร (Osborne et al., 2013) ทั้งนี้ การที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและบริการที่จำเป็นต่อการดูแลรักษาโรคเบาหวานของตนเอง จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพกับบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น (Sayah et al., 2013) ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลและความเข้าใจที่จำเป็นมาช่วยสนับสนุนในการตัดสินใจและมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมได้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะถ้าผู้ป่วยขาดทักษะด้านใดด้านหนึ่งไปจะส่งผลทำให้ไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมนำไปสู่การควบคุมโรคไม่ได้และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอีกหลายประการ จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า มีการศึกษาถึงปัจจัยระดับบุคคลที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน แต่

ผลการศึกษายังไม่ชัดเจน เช่น ผลการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า บุคคลที่มีอายุต่างกันจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพลดลง (Madican et al., 2020) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ คือ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะพบความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์มากขึ้น (Thummaphol et al., 2016) เป็นต้น

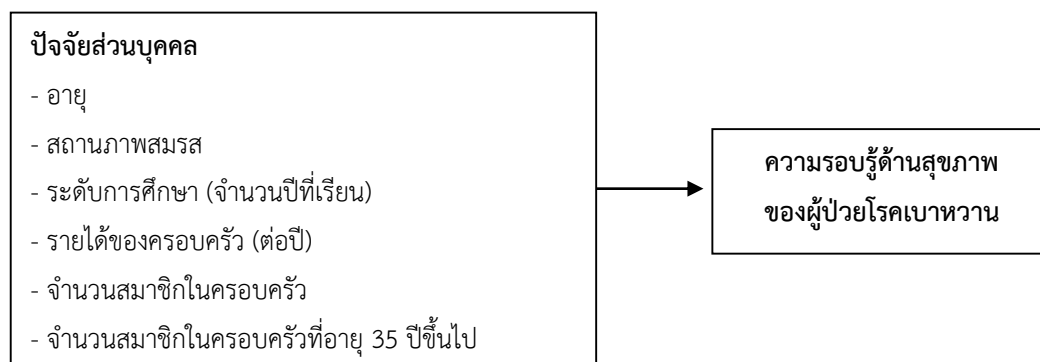
เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่ชัดเจนในพื้นที่จังหวัดนครปฐมที่มีบริบทเป็นชุมชนเมืองกึ่งชนบท ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้สามารถนำความรู้ดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการออกแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน อันจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยข้อมูลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องสามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการวางแผนพัฒนา ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญา และทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจในข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สามารถโต้ตอบ ชักถาม ประเมิน ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับบริการ จัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถรู้เท่าทันสื่อและบอกข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานต่อผู้อื่นได้ การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานนี้ประยุกต์ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของ Nutbeam (2000) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดนครปฐม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research design) ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนมารับบริการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ปีงบประมาณ 2565 จำนวนทั้งสิ้น 39,178 คน (Nakhon Pathom Provincial Public Health Office, 2022)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนมารับบริการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากสูตรของท่าโร ยามาเน่ (Yamane, 1967) เท่ากับ 396 คน เพื่อป้องกันการขาดหายกรณีข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มอีกร้อยละ 5.0 รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 416 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยใช้โปรแกรมสุ่ม โดยเริ่มจากการสุ่มอย่างง่ายโดยการสุ่มเลือก 3 อำเภอ จากจำนวนทั้งหมด 7 อำเภอ จากนั้นทำการสุ่มตำบลจากแต่ละอำเภอ ๆ ละ 2 ตำบล รวมเป็น 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลทุ่งขวาง วังน้ำเขียว สระเกษียม โพรงมะเตือ บางปลา และบางระกำ ในขั้นตอนสุดท้ายเป็นการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลละ 66-67 คน จนครบ 400 คน จากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของตำบลนั้น ๆ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือมีโรคร่วม มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 2) อายุ 35 ปี ขึ้นไป 3) ไม่มีประวัติโรคมาเรียม โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องมาแต่กำเนิด หรือการติดเชื้อเอชไอวี 4) ไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ เคยป่วยและรักษาหายแล้ว ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 5) ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาแล้ว อย่างน้อย 1 เข็ม และ 6) ยินยอมให้ข้อมูลการวิจัยโดยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) ไม่อยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) เจ็บป่วยรุนแรงต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยเพศ อาชีพ และสิทธิการรักษา และข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นตัวแปรทำนาย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา (จำนวนปีที่เรียน) รายได้ของครอบครัว (ต่อปี) จำนวนสมาชิกในครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อายุ 35 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นแบบประเมินที่คณะผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม และประยุกต์แนวความคิดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของ Nutbeam (2000) โดยมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 2) การสื่อสารด้านสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ 3) การประเมินและตัดสินใจเลือกปฏิบัติ จำนวน 4 ข้อ 4) การจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 4 ข้อ และ 6) ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 13 ข้อ รวมทั้งหมด 37 ข้อ โดยแบบสอบถามด้านที่ 1-5

เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนระหว่าง เป็นจริงมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ตามลำดับจนถึง เป็นจริงน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ส่วนด้านที่ 6 เป็นแบบเลือกตอบ ถ้าตอบใช่ ให้ 1 คะแนน และไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน

คิดคะแนนรายด้านและโดยรวม จำแนกคะแนนออกเป็น 4 ระดับ โดยแปลผลตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2022) ดังนี้
คะแนนรวม < 60% แปลผลว่า อยู่ในระดับต่ำ หมายถึง มีระดับความรู้ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค

คะแนนรวม $\geq 60-69\%$ แปลผลว่า อยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง มีระดับความรู้ที่เพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคได้ถูกต้องบ้าง

คะแนนรวม $\geq 70-79\%$ แปลผลว่า อยู่ในระดับดี หมายถึง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ

คะแนนรวม $\geq 80-100\%$ แปลผลว่า อยู่ในระดับดีมาก หมายถึง มีระดับความรู้ที่เพียงพอ และมีการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคได้ถูกต้องสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัยที่ดีและปฏิบัติได้อย่างยั่งยืน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญโรคเรื้อรัง จำนวน 3 คน และ อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 1 คน ผลการตรวจสอบความสอดคล้องเชิงโครงสร้าง มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 คะแนน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 28 คน และนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ในด้านความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ .65 มีค่าความยากง่าย (p) อยู่ระหว่าง 0.77-0.93 และ ค่าอำนาจจำแนก (r) อยู่ระหว่าง .20 – .47 และในด้านอื่น ๆ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวม เท่ากับ .77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2565 โดยคณะผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 6 คน ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การใช้แบบสอบถาม เทคนิคและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้ง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีเป็นผู้สูงอายุจะมีการคัดกรองความสามารถในการรับรู้เบื้องต้นด้วยการสอบถามชื่อ วัน เดือน ปี ที่อยู่และสภาพอากาศ หากมีความบกพร่องจะถูกคัดออกและเลือกรายชื่อลำดับต่อไปขึ้นमतทดแทน กรณีที่ไม่สะดวกอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถามแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบด้วยตนเอง ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามมาตรการ

การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัด โดยมีแบบสอบถามที่ครบถ้วน จำนวน 400 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.15

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นตัวแปรแจกแจง ได้แก่ ระดับการศึกษา (จำนวนปีที่เรียน) อายุ รายได้ของครอบครัว (ต่อปี) จำนวนสมาชิกในครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อายุ 35 ปีขึ้นไป และข้อมูลด้านสถานภาพสมรส (ตัวแปรหุ่น) โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation) โดยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผ่านการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

3. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกัน ได้ค่า Durbin Watson เท่ากับ 2.12 การตรวจสอบความสัมพันธ์กันเองภายในตัวแปรต้น พบค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.00 - 1.08 ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.93 - 0.99

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการภายใต้แผนงานวิจัย “การยกระดับบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิด้วยนวัตกรรมปัญญาประดิษฐ์: ชูคนวัตกรรมบริการโรคเรื้อรังด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ และหุ่นยนต์ต้นอ้อย” ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ปีงบประมาณ 2565 ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม หมายเลขรับรอง COA No. 014/2022 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2565 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทุกประการ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดนครปฐม จำนวน 400 คน มีช่วงอายุ ตั้งแต่ 35-93 ปี ($M = 65.69$, $SD = 10.61$) สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน จำนวน 245 คน (ร้อยละ 61.30) การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา โดยมีระยะเวลาที่เรียนหนังสือเฉลี่ย 6.45 ($SD = 2.67$) ปี มีรายได้เฉลี่ย 54,478.50 บาท บาทต่อปี ($SD = 1,057.42$) มีสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5.19 หรือ 6 คน ($SD = 1.33$) โดยมีสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปเฉลี่ย 3.66 คน หรือ 4 คน ($SD = 1.12$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

จำนวน 285 คน (ร้อยละ 71.30) มีอาชีพเป็นแม่บ้าน จำนวน 158 คน (ร้อยละ 39.50) รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกรกรรม จำนวน 95 คน (ร้อยละ 23.80) ใช้สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 338 คน (ร้อยละ 84.50) รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดนครปฐม (n = 400)

รายการ	M/ จำนวน	SD/ ร้อยละ	รายการ	M/ จำนวน	SD/ ร้อยละ
อายุ	65.69	10.61	อาชีพ		
เพศ			แม่บ้าน	158	39.50
ชาย	115	28.80	เกษตรกรกรรม	95	23.80
หญิง	285	71.20	รับราชการ/วิสาหกิจ	66	16.50
สถานภาพสมรส			รับจ้างทั่วไป	62	15.50
โสด	44	11.00	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	19	4.70
สมรส/อาศัยอยู่ด้วยกัน	245	61.20	รายได้ของครอบครัว (บาท)	54,478.50	1,057.42
หม้าย/หย่า/แยก	111	27.80	ไม่มีรายได้	63	15.80
ระดับการศึกษา (ปี)	6.45	2.67	ต่ำกว่า 10,000	38	9.50
ไม่ได้เรียนหนังสือ	25	6.30	10,000-29,999	97	24.30
ประถมศึกษา	314	78.50	30,000-99,999	138	34.60
มัธยมต้น	13	3.20	100,000-299,999	59	14.80
มัธยมปลาย/ปวช.	38	9.50	มากกว่า 300,000	5	1.30
อนุปริญญา/ปวส.	8	2.00	สิทธิการรักษา		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	0.50	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	338	84.50
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	5.19	1.33	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	48	12.00
จำนวนสมาชิกในครอบครัวอายุเกิน 35 ปี	3.66	1.12	ประกันสังคม	14	3.50
จำนวน 1-4 คน	307	76.80			
จำนวน 5 คนขึ้นไป	93	23.20			

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 30.50) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับต่ำและปานกลาง โดยกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีและดีมาก มีจำนวนร้อยละ 28.50 และ 41.00 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 99.99$, $SD = 17.52$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก ($M = 20.03$, $SD = 3.70$) และมีทักษะการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ ($M = 15.04$, $SD = 3.78$) การประเมินและตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ($M = 15.15$, $SD = 3.78$) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($M = 14.00$, $SD = 3.28$) และทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ ($M = 26.88$, $SD = 5.82$) อยู่ในระดับดี ขณะที่ความรอบรู้สุขภาพด้านด้านความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 8.89$, $SD = 2.64$) รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดนครปฐม ($n = 400$)

ด้าน	M	SD	ระดับ
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (20 คะแนน)	14.00	3.28	ดี
การสื่อสารด้านสุขภาพ (35 คะแนน)	26.88	5.82	ดี
การประเมินและตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (20 คะแนน)	15.15	3.78	ดี
ทักษะการจัดการตนเอง (25 คะแนน)	20.03	3.70	ดีมาก
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ (20 คะแนน)	15.04	3.78	ดี
ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน (13 คะแนน)	8.89	2.64	ปานกลาง
โดยรวม (133 คะแนน)	99.99	17.52	ดี

3. ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดนครปฐม ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษา (จำนวนปีที่เรียน) ($r = .27$) อายุ ($r = .15$) และสถานภาพสมรสคู่ ($r = .59$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในขณะที่รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. อายุ	1						
2. ระยะเวลาที่ศึกษา (ปี)	-.27**	1					
3. รายได้ของครอบครัว (ต่อปี)	-.30**	.13*	1				
4. จำนวนสมาชิกในครอบครัว	-.02	-.05	-.01	1			
5. จำนวนสมาชิกในครอบครัวอายุ 35 ปีขึ้นไป	-.03	-.09	-.02	.71**	1		
6. สถานภาพสมรส (ตัวแปรหุ่น)	.26**	-.11*	-.09	-.04	-.00	1	
7. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.15**	.27**	.05	.01	.02	.59**	1

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

เมื่อนำตัวแปรทำนายทั้ง 3 ตัวแปรวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษา (จำนวนปีที่เรียน) สถานภาพสมรส และอายุ ($Beta = .25, .15, .12, p < .05$) ร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ร้อยละ 10.00 ($R = .31, R^2 = .10, Adjusted R^2 = .09, SEE = 16.69$) รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยทำนายกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ตัวแปร	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ค่าคงที่ (Constant)	92.62	6.12		13.99	<.001
ระดับการศึกษา (จำนวนปีที่เรียน)	1.65	.32	.25	5.04	<.001
สถานภาพสมรส (ตัวแปรหุ่น)	4.48	1.45	.15	3.09	.002
อายุ	-.20	.08	-.12	-2.36	.019

R = .31, R² = .10, Adjusted R² = .09, SEE = 16.69 และ F = 14.41, *p* < .001

การอภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดนครปฐม จากผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่ยังมีประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำและปานกลาง เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่าด้านความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.50 และมีจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ย 6.45 ปี (*SD* = 2.67) จึงอาจมีข้อจำกัดด้านการรับรู้เกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน แต่มีคะแนนในด้านทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยและได้รับการรักษามาระยะหนึ่งแล้ว โดยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและรับยาต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้เรื่องโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง (Waelveerakup et al., 2021) เมื่อได้เรียนรู้ในการดูแลตนเองจนเห็นความสำคัญ จึงสามารถจัดการตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผลรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับดี (Norasing & Thanomphan, 2019) และการศึกษาความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ที่พบว่า มีความรอบรู้สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.60 (Jamhom et al., 2021)

ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ การประเมินและตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาศัยในชุมชนเมืองกึ่งชนบทที่มีวิถีชีวิตแบบเกษตรกรรม แต่สมาชิกในครอบครัวหรือตัวผู้ป่วยเองมีการเข้าถึงเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย เช่น สมาร์ทโฟน โทรแท็บเล็ต คอมพิวเตอร์ เป็นต้น จึงส่งผลให้องค์ประกอบด้านนี้มีคะแนนระดับดี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Norasing and Thanomphan (2019) ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 61.10 การที่กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก อาจมาจากการถูกติดตามให้มาตรวจตามนัดเป็นประจำ รวมถึงผู้สูงอายุมักมีประสบการณ์ในการจัดการเรื่องราวต่าง ๆ ใน

ชีวิต ทำให้มีทักษะการจัดการตนเองเรื่องการควบคุมโรคเบาหวานอยู่ในระดับดีมาก แต่เป็นการจัดการตนเองตามความคิด ความเชื่อของตนเองซึ่งอาจไม่ถูกต้องและไม่เพียงพอที่จะทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่กล่าวว่า หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ ที่ออกไปในลักษณะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

2. ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดนครปฐม ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษา (จำนวนปีที่เรียน) สถานภาพสมรส (ตัวแปรหุ่น) และ อายุ สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 10.0 โดยระดับการศึกษา (จำนวนปีที่เรียน) เป็นตัวแปรที่ทำนายได้มากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = .25, p < .001$) อธิบายได้ว่า ระยะเวลาที่เรียนหนังสือที่มากขึ้นทำให้บุคคลได้เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์และช่องทางในการสื่อสารกับบุคคล การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้มากขึ้น การอยู่ในระบบการศึกษานานขึ้นทำให้ความสามารถในการพูด อ่าน เขียนมีความแตกฉานมากขึ้น ทำให้มีความเข้าใจสิ่งที่ได้เรียนรู้ได้มาก มีการตัดสินใจที่ดีและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม (Nutbeam, 2008) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสำเร็จการศึกษาในระดับอุดมศึกษามีความสัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น (Jamhom et al., 2021) และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Kaewtong et al., 2014)

สถานภาพสมรส ($Beta = .15, p = .002$) สามารถร่วมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะในบริบทสังคมเมืองกึ่งชนบทกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานสมรสคู่ ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มากกว่ากลุ่มสถานภาพโสด ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวในลักษณะครอบครัวใหญ่ มีสมาชิกในครอบครัวถึง 6 คน โดยมีสมาชิกครอบครัวที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปอยู่ในครอบครัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่ดี (Thangkratok et al., 2022) ส่งผลให้สามารถทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพได้ โดยผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง (Madican et al., 2020) และผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีขึ้น (Liu et al., 2019) และการสนับสนุนจากคู่สมรส ทำให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง (Madican et al., 2020)

อายุสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนได้ ($Beta = -.12, p = .019$) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีอายุที่เพิ่มขึ้น หรือเป็นวัยสูงอายุแต่ยังมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองดี ยังสามารถทำกิจกรรมกับครอบครัว เพื่อนบ้านและคนในชุมชน ทำให้มีโอกาสในการพบปะ พูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพ (Waelveerakup et al., 2022) และผู้ที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสดำเนินการคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขมากกว่าจากการต้องมาตรวจตามนัดเป็นประจำ การได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และผู้สูงอายุในปัจจุบันยังมี

ความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย อาทิ สื่อสังคมออนไลน์ บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มีความน่าเชื่อถือ ถูกต้องและทันสมัย ช่วยพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลรามารัตน์ ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ คือ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะพบความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์มากขึ้น (Thummaphol et al., 2016) ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาความรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สุขภาพ (Jamhom et al., 2021)

ส่วนตัวแปรด้านรายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ไม่สามารถร่วมกันทำนายความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในสังคมเมืองซึ่งชนบทที่มารับบริการสุขภาพที่ รพ.สต.ใกล้เคียง และได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน ไม่มีการแบ่งแยกสถานะของครอบครัวและฐานะทางเศรษฐกิจ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า เพศ และรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ (Jamhom et al., 2021)

ข้อจำกัดของการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของบุคคล ซึ่งมีความคิด ความจำแตกต่างกัน การวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีข้อจำกัดในการเข้าถึงผู้สูงอายุที่มีความกังวล กลัวการติดเชื้อจากบุคคลภายนอก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการระดับปฐมภูมิ สามารถนำผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพสุขภาพและจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับผู้ป่วยเบาหวานที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรค หรือผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่เพียงลำพัง เพื่อเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชน
2. พยาบาลประจำคลินิกเบาหวานในสถานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ควรประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานทุกคน และควรมีกิจกรรมกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยเก่าที่มีการปฏิบัติที่ดี กับผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ระหว่างการรอแพทย์ตรวจ การออกแบบบริการสุขภาพเพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้ออกแบบให้เหมาะสมกับระดับการศึกษา อายุและผู้ที่ไม่มีคู่สมรสและครอบครัวผู้ที่อยู่เพียงลำพัง รวมทั้ง การส่งต่อข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยให้กับสถานบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. วิจัยและพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวหรือคู่สมรส รวมทั้ง เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง
2. การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมและความเชื่อ ที่อาจมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ ได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณด้านวิทยาศาสตร์และนวัตกรรม ผ่านกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม ปี 2565 และขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญญโณภาสกุล ที่ปรึกษาด้านวิชาการของแผนงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Aekplakorn, W., Puckcharern, H., & Satheannoppakao, W. (2019). *The 6th survey of Thai public health by physical examination 2019-2020*. Aksorn Graphic and Design. (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2020). *NCDs status report (diabetes, hypertension, and related factors) 2019*. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Holt, R. I. G., & Hanley, N. A. (2012). *Essential endocrinology and diabetes*. (6th ed.). Wiley-Blackwell.
- Jamhom, S., Silawan, T., Lakampan, S. & Sillabutra, J. (2021). Health literacy of diabetic patients with uncontrolled blood sugar levels in primary care units, Muang District, Singburi Province. *Thai Journal of Health Education*, 44(1), 75-86. (in Thai)
- Kaewtong, N., Termsirikulchai, L., Leelaphun, P., Kengganpanich, T., & Kaeodumkoeng, K. (2014). Health literacy of group at risk of hypertension at Ban Nonghoi Sub-District, Sa Kaeo Province. *The Journal of Health and Nursing Research*, 30(1), 45-56. (in Thai)
- Liu, Y. B., Hou, P., Xue, H. P., Mao, X. E., & Li, Y. N. (2019). Social support health literacy, and health care utilization among older adults. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 31(4), 359-366.
- Madican, K., Oba, N., & Supametaporn, P. (2020). Factors related to health literacy in patients with uncontrolled type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 14(1), 1-15. (in Thai)

- Medical and Health Data Warehouse System. (2021). *NCD clinic plus level indicator report 2021*. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- Norasing, M., & Thanomphan, S. (2019). Health literacy and health behavior in patients with uncontrolled blood sugar level or blood pressure: A case study of Nakornping Hospital, Chiang Mai. *Journal of Nakornping Hospital*, 10(1), 35-50. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13(1), 1-17.
- Sayah, A. F., Majumdar, S. R., Williams, B., Robertson, S., & Johnson, J. A. (2013). Health literacy and health outcomes in diabetes: A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 28(3), 444-452.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*, 288(4), 475-482.
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2022). *Public Health Statistics A.D. 2021*. <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistic64.pdf> (in Thai)
- Thangkratok, P., Boonpradit, P., & Palacheewa, N. (2022). Factors predicting health literacy among older adults with chronic diseases in community. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 33(1), 215-230. (in Thai)
- Thummaphol, P., Piaseu, N., & Jarupat Maruo, S. (2016). Health literacy and clinical outcomes in people with hypertension, dyslipidemia and type 2 diabetes mellitus. *Journal of Nursing and Health Care*, 34(3), 176-182. (in Thai)
- Waelveerakup, W., Aeamlaor, S., Manalo, R. J. C., Pheungsakul, J., Phonudom, P., Yodyai, S., & Chaiyo, S. (2022). Social support of the older persons during the second waves of COVID-19 pandemic in semi-rural Thailand. *Interdisciplinary Research Review*, 17(2), 8-13.
- Waelveerakup, W., Pasuwan, D., & Manalo, R. J. C. (2021). Community-based teaching and learning management as the foster family in Thailand: PLESS+OSCE model. *Interdisciplinary Research Review*, 16(6), 53-58.
- Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). Harper and Row.

บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ ต่อความรู้ด้านสุขภาพ
พฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ในตำบลบ้านเป้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

Effects of Health Communication Program on Health Literacy,
Health behavior, and Health Outcome of Hypertensive Patients in
Ban Pao Subdistrict, Mueang District, Lampang Province

ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ^{1*}, วาสนา มั่งคั่ง², มณีรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์³, เยาวลักษณ์ कुมขวัญ¹, อัมฤทธิ์ตรา มะสุไใส¹
Sriprapai Inchaitep^{1*}, Wasana Mangkhang², Maneerat Punsawat³,
Yaowalak Kumkwan¹, Ammarittra Masusai¹

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: inchaitep@gmail.com; โทรศัพท์ 086-6587778)

(Received: October 3, 2023; Revised: November 25, 2023; Accepted: December 3, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 59 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ จำนวน 29 คน และกลุ่มควบคุมได้รับสุขศึกษาตามแนวปฏิบัติเดิม จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ โปรแกรมสื่อสารสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 และ .77 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบวิลคอกซัน การทดสอบแมนท์-วิทนี ยู และการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภายหลังใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ พบว่า มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่าง แตกต่างกันจากก่อนการใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = 3.16, 2.69, -2.46$ และ -3.11 ตามลำดับ) ส่วนระดับดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน ($Z = -1.00, p = .27$) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับสุขศึกษาตามแนวปฏิบัติเดิม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดัน

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Boromrajonani College of Nursing Nakorn Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น
Assistant Professor, Faculty of Nursing, Nation University

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai Rajabhat University

โลหิตตัวล่างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = 3.25, 3.03$ และ -2.02 ตามลำดับ) ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและดัชนีมวลกาย ไม่แตกต่างกัน ($Z = -1.86, -1.56; p = .11, .12$ ตามลำดับ)

บุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรนำโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพไปใช้อย่างต่อเนื่อง และกำหนดนโยบายในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ปรับเปลี่ยนแนวทางการให้สุศึกษาให้เป็นการสื่อสารมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้สอดคล้องกับปัจเจกบุคคล

คำสำคัญ: โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ผลลัพธ์ทางสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

The quasi-experimental research aims to compare health literacy, health behaviour and health outcomes of persons with hypertension between the group receiving the health communication program and the control and to compare health literacy, health behaviour and health outcomes before and after receiving the health communication program. The participants included 59 patients with hypertension, divided into an experimental group of 29 people who received a health communication program and a control group of 30 people who received health education according to the standard guidelines. The instruments used in this study consisted of the health communication program, health literacy assessment, health behaviour assessment and health record form. The Cronbach's alpha reliability of the health literacy assessment and health behaviour assessment were examined with values of .82 and .77 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, Wilcoxon Signed Ranks, Mann-Whitney U, and Chi-square test.

The research results reveal that after using the health communication program, the experimental group and the control group had significantly different scores on health literacy, health behaviour, and diastolic blood pressure levels were significantly different at the .05 level ($Z = 3.25, 3.03$, and -2.02 , respectively) but the difference in systolic blood pressure and body mass index was not statistically significant ($Z = -1.86, -1.56; p = .11, .12$ respectively). The results of the comparison before and after using the health communication program revealed that the scores on health literacy, health behaviour, systolic blood pressure and diastolic blood pressure levels were significantly different at the .05 level ($Z = 3.16, 2.69, -2.46$, and -3.11 respectively), while the body mass index was not statistically significant ($Z = -1.00, p = .27$).

Health personnel in primary care units should continuously implement health communication programs in patients with hypertension and establish policies to promote

health literacy, change health education guidelines to be communication focused on changing behaviour to be consistent with the individual.

Keywords: Health communication program, Health literacy, Health behaviour, Health outcomes, Hypertensive patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพของโลกและมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ หากไม่ได้รับการรักษาหรือการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและนำไปสู่ความรุนแรงของโรคมามากจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บริโภคหวาน มัน เค็ม และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยทางสังคม เช่น การขยายตัวของสังคมเมือง กลยุทธ์ทางการตลาด ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และการสื่อสาร ที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและทำให้ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2018) จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ล้านคน และมีมากถึง 7 ล้านคน ที่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 22.6 (Ekapalakorn, 2021) ร่วมกับข้อมูลจาก Health Data Center: HDC (2023) แสดงให้เห็นว่าประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงมีเพียง 56.32% และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เพียง 54.22% จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพสามารถป้องกันได้ กระทรวงสาธารณสุข จึงมีการกำหนดแผนงานกลยุทธ์ในประเด็นของการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง ดังแผนงานโครงการและตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กำหนดเป้าหมายไว้ว่า ปรับเปลี่ยนการสื่อสารสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ถูกต้องปลอดภัย ทันสมัย ชุมชนเข้มแข็ง รวมพลังสร้างสุขภาพ สร้างแรงจูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวทั้งกายและใจ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถดูแลตัวเองได้ ส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน (Strategy and Planning Group, Bureau of Non Communicable Diseases, 2017) ซึ่งจะนำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ทำให้มีสถานะทางสุขภาพดีขึ้น และลดอัตราการเกิดโรค

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy: HL) หมายถึง ความสามารถและทักษะ ในการเข้าถึง ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมทั้ง สามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี ประกอบด้วยทักษะ 6 ประการ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง จำแนกออกเป็น 3 ชั้น ได้แก่ ชั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ชั้นการสื่อสาร (communication health literacy) และชั้นการมีวิจารณญาณ (critical health literacy) (Nutbeam, 2008) ความรอบรู้ด้าน

สุขภาพมีผลต่อมุมมองสุขภาพและการเข้าใช้บริการสุขภาพ หากบุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีจะนำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพและสถานะทางสุขภาพที่ดี ลดอัตราการเกิดโรค และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Cho et al., 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรวัยผู้ใหญ่สูงขึ้น (Burat et al., 2020) และโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดสภช. โมเดล และตามหลัก 3อ.3ลด พบว่า สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ (Ayoh et al., 2022) ข้อมูลนี้ สนับสนุนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิต น้ำหนักเกิน และโรคอ้วน ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยบ่งชี้ และปัจจัยเสี่ยงตั้งต้นของความดันโลหิตสูง ภาวะดื้ออินซูลิน โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (De Schuttera et al., 2014)

จังหวัดลำปางเป็นจังหวัดหนึ่ง ซึ่งพบอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2559-2562 เท่ากับ 19,044 , 21,150 , 22,130 , 24,107 ตามลำดับ ส่วนอัตราการตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 126, 116, 124, 184 ตามลำดับ จากอุบัติการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีอัตราการป่วยและอัตราการตายที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เป็นนโยบายของจังหวัดลำปาง มาตั้งแต่ปี 2561 คือ เน้นการให้ความรู้และส่งเสริมความตระหนักในการดูแลตนเองตามแนวทางของกรมอนามัย ครอบคลุม 3 อ 2 ส ได้แก่ การส่งเสริมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา จากข้อมูลชี้ให้เห็นว่า แม้มีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบว่าอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงยังเพิ่มขึ้น รวมถึงประชาชนยังขาดความเข้าใจและทักษะในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2018) การวิจัยนี้ ได้พัฒนาโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ มาใช้มาเป็นกิจกรรมในการดำเนินโปรแกรม เพื่อเสริมสร้างความตระหนักในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล น่าจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

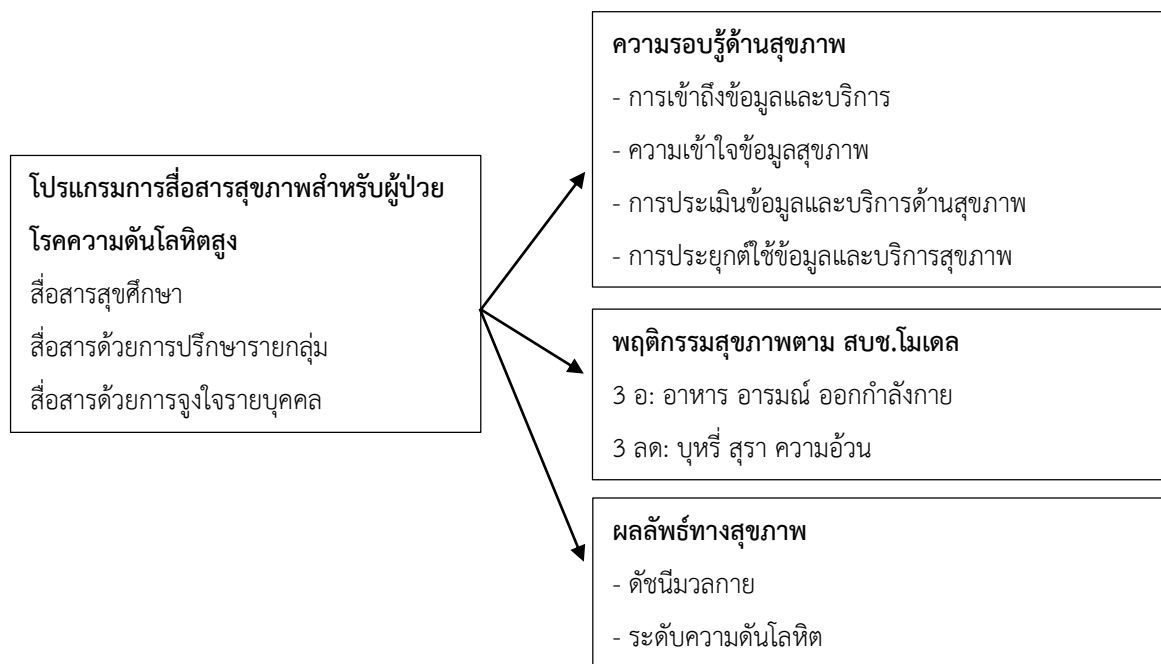
1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ กับกลุ่มที่ได้รับสุขศึกษาตามแนวปฏิบัติปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับสุขศึกษาตามแนวปฏิบัติปกติ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดในการเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI) (Miller et al., 2017) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ใช้การสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) ค้นหาสิ่งสำคัญและแรงจูงใจเพื่อเชื่อมโยงกับพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง 3) การผลักดันแรงจูงใจ 4) แนะนำแบบมีตัวเลือกให้ได้เลือกเอง และ 5) การวางแผนและสรุปการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008) มาใช้ใน 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) สื่อสารสุขศึกษาในการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัว 2) สื่อสารด้วยการให้คำปรึกษารายกลุ่ม 3) สื่อสารด้วยการจูงใจรายบุคคล และ 4) สื่อสารผ่านเวทีเสวนา เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยอื่นได้ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเกิดผลลัพธ์ของโปรแกรม ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตาม สบช.โมเดล และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลบ้านเป้า อำเภอมือง จังหวัดลำปาง

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (two groups pretest-posttest design) มีวิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และมีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลบ้านเป่า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 1,169 คน (Health Data Center: HDC, 2022)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งม่านเหนือ ตำบลบ้านเป่า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากโปรแกรม G*Power โดยใช้สถิติ Means Wilcoxon- Mann Whitney test กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .938 จากวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหิน อำเภอลำปาง จังหวัดกระบี่ (Chomai & Pranprawit, 2015) กำหนดระดับนัยสำคัญ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ .95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 54 คน เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการวิจัย จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) สามารถอ่าน ฟัง และเขียนภาษาไทยได้ 2) ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต สุขภาพกาย ที่มีผลต่อความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรม และ 2) มีการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นต้องเข้ารับการช่วยเหลือ จนส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มหลายขั้นตอน ดังนี้ 1) ในขั้นแรกเป็นการสุ่มแบบกลุ่ม (cluster random sampling) ตามหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งม่านเหนือ ได้ 2 หมู่บ้านโดยกลุ่มทดลองคือ หมู่บ้านแม่ก่ง และกลุ่มควบคุมคือ หมู่บ้านทุ่งม่านเหนือ 2) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้า และจับคู่ (match paired) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ช่วงอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย กลุ่มสีของการเจ็บป่วยตามเกณฑ์ป้องกัน 7 สี เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดในการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Miller et al, 2017) ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008) แบ่งกิจกรรมเป็น 4 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

- ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการสื่อสารสุขภาพ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ และการส่งเสริมความรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

- ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการสื่อสารด้วยการปรึกษารายกลุ่ม ประกอบด้วย การประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรม การค้นหาแรงจูงใจ การให้ทางเลือก และการวางแผนการปฏิบัติตัว

- ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการสื่อสารด้วยการจูงใจรายบุคคล ประกอบด้วย การติดตามแผนการปฏิบัติตัว การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจรายบุคคล และการปรับแผนการปฏิบัติตัว

- ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมการสื่อสารผ่านเวทีเสวนา มุ่งเน้นการหาตัวแบบผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อสร้างแรงจูงใจแก่กลุ่มบุคคล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสรุปแนวทางการปรับพฤติกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา และโรคประจำตัว

2) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health, Ministry of Public Health, 2018) ประกอบด้วย 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการ 2) ทักษะความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และ 4) ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยทำ ทำยากมาก ทำยาก ทำง่าย และทำง่ายมาก คัดคะแนนเฉลี่ย โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดของ สบช.โมเดล ประกอบด้วย 3อ.3ลด พัฒนาจากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health, Ministry of Public Health, 2018) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

3) เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ ประกอบด้วยเครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก และเครื่องวัดส่วนสูง และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ด้านการพยาบาล อายุรศาสตร์ สุขภาพจิต และการปรับพฤติกรรม โดยตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาของเครื่องมือ จากนั้นนำไปทดลองใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในบ้านแม่ก่ง อ.เมือง จ.ลำปาง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ .82 และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ .77

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

1. ก่อนการทดลอง

1.1 ประสานงานผู้รับผิดชอบในพื้นที่เขต รพ.สต. ท่งมานเหนือ ประชุมชี้แจง การดำเนินกิจกรรมการวิจัย และขอคำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ตามรายละเอียดในหัวข้อการพิทักษ์ สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1.2 เก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ และบันทึกค่าผลลัพธ์ทางสุขภาพ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

2. ระยะทดลอง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยดำเนินการ 4 ครั้ง ดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ ตามรายละเอียดที่กำหนดไว้

2.2 กลุ่มควบคุม ได้รับการให้ศึกษาตามมาตรฐานที่ รพ.สต. กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ ความดันโลหิต สัญญาณชีพ ดัชนีมวลกาย ตรวจร่างกายเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน สอนสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการรับประทานยา พร้อมแจกคู่มือการปฏิบัติตัว

3. ระยะหลังทดลอง เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 6 สัปดาห์ คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ และทดสอบความเท่าเทียมกันของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการทดสอบ Chi-square และ Fisher exact probability test

2. การวิเคราะห์คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test เนื่องจากตรวจสอบพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่ E2565-049 วันที่ 20 เมษายน 2565 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมจากกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ โดยไม่มีผลต่อการรับบริการรักษาพยาบาลใด ๆ ให้กลุ่ม

ตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ และเก็บข้อมูลการวิจัยไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยทำลายเอกสารทันทีหลังเสร็จสิ้นการวิจัย นำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวมไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงผู้ให้ข้อมูลได้ เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย กลุ่มควบคุมได้รับเอกสารคู่มือที่เป็นกิจกรรมสำคัญของโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองจำนวน 29 คนเนื่องจากระหว่างการศึกษาวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างขอยกจากการวิจัย 1 คน ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 40.68 และ 44.07 อายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 28.82 และ 27.12 มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 32.2 และ 35.59 ระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 25.42 และ 22.34 มีค่า BMI อยู่ในช่วง 23.0- 24.9 ร้อยละ 23.73 และ 20.34 ความดันโลหิตส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 120/80 - 139/89 mmHg คิดเป็นร้อยละ 23.73 และ 30.51 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว ร้อยละ 32.21 และ 35.59 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=29)	กลุ่มควบคุม (n=30)	รวม (n=59)	การทดสอบ	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
เพศ					
ชาย	5(8.47)	4(6.78)	9(15.25)	.17 ^a	.17
หญิง	24(40.68)	26(44.07)	50(84.75)		
อายุ (ปี)					
30-39	2 (3.39)	1 (1.69)	3(5.08)	.77 ^b	.43
40-49	5 (8.47)	7(11.86)	2(20.35)		
50-59	5 (8.47)	6(10.17)	11(18.64)		
≥60	17(28.81)	16(27.12)	33(55.93)		
สถานภาพ					
สมรส/ คู่	19(32.20)	21(35.59)	40(67.80)	.14 ^a	.23
หม้าย/ หย่า	10(16.95)	9 (15.25)	19(32.2)		
การศึกษา					
ประถมศึกษา	15(25.42)	13(22.34)	28(47.46)	.61 ^b	.44
มัธยมศึกษา	6(10.17)	8(13.56)	14(23.73)		
ปวช./ ปวส.	6(10.17)	6(10.17)	12(20.34)		
ปริญญาตรี	2 (3.39)	3(5.08)	5(8.47)		

ตาราง 1 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=29) จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=30) จำนวน(ร้อยละ)	รวม (n=59) จำนวน(ร้อยละ)	การ ทดสอบ	p- value
ดัชนีมวลกาย (kg/m²)					
<18.5	4(6.78)	6(10.17)	10(16.95)	.43 ^b	.65
18.50- 22.90	7(11.86)	8(13.56)	15(25.42)		
23.00- 24.90	14(23.73)	12(20.34)	26(44.07)		
25.00- 29.90	4(6.78)	4(6.78)	8(13.56)		
ความดันโลหิต (mmHg)					
<120/80	6(10.17)	6(10.17)	12(20.34)	1.08 ^b	.58
120/80 - 139/89	14(23.73)	18(30.51)	32(54.24)		
140/90 - 159/99	9(15.25)	6(10.17)	15(25.42)		
โรคประจำตัว					
HT	19(32.21)	21(35.59)	40(67.80)	.58 ^b	.09
HT+DM	4(6.78)	5(8.47)	9(15.25)		
HT+DLP	4(6.78)	3(5.08)	7(11.86)		
HT+ อื่น ๆ	2(3.39)	1(1.69)	3(5.08)		

a = Fisher's exact test, b = χ^2 test, HT = hypertension, DM = diabetes mellitus, DLP = dyslipidemia

2. การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ กับกลุ่มที่ได้รับสุขศึกษาตามแนวปฏิบัติเดิม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = 3.25, 3.04$ และ -2.02 ตามลำดับ) โดยค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 4.30, $SD = .34$ และ Mean = 3.85, $SD = .41$) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 4.22, $SD = .42$ และ Mean = 4.05, $SD = .32$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 96.46, $SD = 10.10$ และ Mean = 103.73, $SD = 12.08$) ส่วนระดับความดันโลหิตตัวบน และค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน ($Z = -1.86, p = .112$ และ $Z = -1.56, p = .129$ ตามลำดับ) ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความดันโลหิตและระดับดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 29)			กลุ่มควบคุม (n = 30)			Mann-Whitney U	
	Mean	SD	Median	Mean	SD	Median	Z	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	4.30	.34	4.20	3.85	.41	4.45	3.25**	.001
พฤติกรรมสุขภาพ	4.22	.42	4.10	4.05	.32	4.40	3.04**	.002
ความดันโลหิตตัวบน	122.48	17.81	124.00	131.76	14.42	133.00	-1.86	.112
ความดันโลหิตตัวล่าง	96.46	10.15	94.00	103.73	12.08	109.00	-2.02*	.043
ดัชนีมวลกาย	20.6	2.68	21.50	20.90	2.92	22.40	-1.56	.129

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

3. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิต ระหว่างก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = 3.16, 2.70, -2.46$ และ -3.11 ตามลำดับ) โดยค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 4.30, $SD = .34$ และ Mean = 3.88, $SD = .42$) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 4.22, $SD = .42$ และ Mean = 3.92, $SD = .36$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 122.48, $SD = 17.81$ และ Mean = 134.45, $SD = 14.46$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 96.46, $SD = 10.15$ และ Mean = 106.5, $SD = 14.55$) แต่ดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน ($Z = -1.00, p = .266$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความดันโลหิตและระดับดัชนีมวลกาย ระหว่างก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Wilcoxon Signed Ranks	
	Mean	SD	Median	Mean	SD	Median	Z	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.88	.42	4.01	4.30	.34	4.20	3.16**	.002
พฤติกรรมสุขภาพ	3.92	.36	3.95	4.22	.42	4.10	2.70**	.007
ความดันโลหิตตัวบน	134.45	14.46	132.00	122.48	17.81	124.00	-2.46*	.016
ความดันโลหิตตัวล่าง	106.5	14.55	105.00	96.46	10.15	94.00	-3.11**	.003
ดัชนีมวลกาย	20.22	2.26	20.95	20.60	2.68	21.50	-1.00	.266

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

การอภิปรายผล

ความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมและหลังการใช้โปรแกรมมีคะแนนสูงขึ้นแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสื่อสารสุขภาพสามารถส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจาก โปรแกรมถูกพัฒนาขึ้นภายใต้หลักการการสื่อสารเชิงบวก ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์สองทาง สร้างความตระหนักในตนเอง และเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ประเมินและจัดการตนเอง ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ (Nutbeam, 2008) สอดคล้องกับวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะประสบความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตและรักษาโรคของตน โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพคือ ความรู้ และที่มาของความรู้ด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพได้จากบุคลากรทางการแพทย์ และการส่งเสริมเข้าถึง แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ (Darvishpour et al., 2016) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต โดยผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ จะไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ (Thongma, 2020)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม เนื่องจากโปรแกรมนี้นประกอบด้วยกิจกรรมในการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแนวคิดของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นการสื่อสารสองทาง เพื่อให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตัดสินใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีได้ และกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (Prayai et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล ตามหลัก 3 อ. 3 ลด พบว่า สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ (Ayoh et al., 2022)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต และดัชนีมวลกายพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตลดลง และส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีความดันโลหิต <120/80 mmHg เนื่องจากโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพ สามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีส่งผลต่อระดับความดันโลหิตที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ferri et al. (2017) พบว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว ส่งผลต่อผลลัพธ์ให้ค่าความดันโลหิตลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีการลดการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง และให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะนำไปสู่การควบคุมความดันโลหิตที่เป็นเป้าหมายสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคนี้ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงนี้ อาจเป็นผลมาจากการสื่อสารสุขภาพส่งผลต่อความรู้สุขภาพที่สูงขึ้น โดยผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง จะสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย (Du et al., 2018)

การวิจัยนี้พบว่า แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไปในทางที่ดีขึ้น แต่ไม่มีผลต่อดัชนีมวลกาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของภาฤดี พันธุ์พรม และคณะ ที่พบว่าดัชนีมวลกายของประชาชนกลุ่มที่ใช้โปรแกรมควบคุมน้ำหนักที่ประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเอง ลดลงเหลือน้อยกว่าก่อนทดลองและลดลงเหลือน้อยกว่าประชาชนกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(Phanphrom et al., 2017) เนื่องจากมีระยะเวลาดำเนินการสั้นเพียง 6 สัปดาห์ และอาจต้องใช้เวลาให้กลุ่มตัวอย่างได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จึงจะส่งผลต่อดัชนีมวลกาย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรนำโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง จนเป็นพฤติกรรมสุขภาพประจำของตนเองเพื่อให้สามารถเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ หรือผลลัพธ์ทางคลินิก เช่นระดับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต

2. หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรนำแนวคิดการสื่อสารสุขภาพไปใช้กำหนดนโยบายในส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับปัจเจกบุคคล รวมถึงส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรสุขภาพให้สามารถเทคนิคในการสื่อสารสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสื่อสารสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มอื่น โดยมุ่งเน้นจัดกิจกรรมที่หลากหลายและเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

- Ayoh, N., Sittisart, V., & Na Wichia, S. (2022). The effectiveness of health promoting program on behavior modification based on PBRI's model for patients with hypertension in Samokhae Sub-district, Mueang District, Phitsanulok Province. *The Journal of Boromarjornani College of Nursing, Suphanburi*, 5(2), 129-139. (in Thai)
- Burat, C., Sutta, O., & Ngamthuan, S. (2020). *The results of the health literacy promotion program on the behavior of preventing high blood pressure among those at risk for high blood pressure, Ban Rai Khee, Rai Khee Subdistrict, Lue Amnat District, Amnat Charoen Province*. Amnat Charoen Provincial Public Health Office. http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/1p16.pdf (in Thai)
- Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. (2018). *Annual Report 2018*. Graphic and Design Publishing House. (in Thai)
- Cho, Y. I., Lee, S. Y. D., Arozullah, A. M., & Crittenden, K. S. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine*, 66(8), 1809-1816.

- Chomai, P., & Pranprawit, A. (2015). Study of the results of the health promotion program in changing health behavior of groups at risk for high blood pressure in Ban Khao Din Subdistrict Health Promoting Hospital, Khao Phanom District, Krabi Province. *Pitchayathas Graduate School Journal*, 10(1), 15-24. (in Thai)
- Darvishpour, J., Omid, S., & Farmanbar, R. (2016). The relationship between health literacy and hypertension treatment control and follow-up. *Caspian Journal of Health Research*, 2(1), 1-8.
- De Schutter, A., Lavie, C. J., & Milani, R. V. (2014). The impact of obesity on risk factors and prevalence and prognosis of coronary heart disease—the obesity paradox. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 56(4), 401-408.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2018). *Report on the results of the assessment of health literacy and health behavior 2018*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Du, S., Zhou, Y., Fu, C., Wang, Y., Du, X., & Xie, R. (2018). Health literacy and health outcomes in hypertension: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 301-309.
- Ekpalakorn, W. (2021). *Survey of Thai people's health by physical examination, 2019-2020*. Akson Graphic and Design. (in Thai)
- Ferri, C., Ferri, L., & Desideri, G. (2017). Management of hypertension in the elderly and frail elderly. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, 24, 1-11.
- Health Data Center: HDC. (2023). *Medical and health archives system*. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php> (in Thai)
- Miller, S. J., Foran-Tuller, K., Ledergerber, J., & Jandorf, L. (2017). Motivational interviewing to improve health screening uptake: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100(2), 190-198.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Phanphrom, P., Rodjakpai, Y., & Wirutsettasin, K. (2017). The results of the weight-control program on applying the concept of self-regulation towards body mass index of people who were overweight. *Journal of Public Health Nursing*, 31(1), 44-59. (in Thai)
- Prayai, N., Kramanon, S., & Koomsiri, P. (2021). Motivational interviewing (MI): Review article. *Thai Journal of Clinical Psychology*, 52(1), 61-74. (in Thai)
- Thongma, P. (2020). Health literacy and health outcomes in hypertensive patients. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13(1), 50-56 (in Thai)

บทความวิจัย (Research article)

ความเหลื่อมล้ำและการถูกเอาเปรียบในการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคม

ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุ: การวิจัยเชิงคุณภาพ

Inequality and Exploitation in the Accessibility of Social Welfare Services
through Digital Technology among Older Adults: A Descriptive Qualitative Study

นงนุช ปัญจธรรมเจริญ^{1*}, กฤตพัทธ์ ฝึกฝน¹

Nongnuch Punjathumjarern^{1*}, Krittapat Fukfon¹

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nongnuch.p@bcnpy.ac.th; โทรศัพท์ 081-7966363)

(Received: October 11, 2023; Revised: September 11, 2023; Accepted: September 19, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยคุณภาพเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาความเหลื่อมล้ำและการถูกเอาเปรียบของการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมด้วยเทคโนโลยีของผู้สูงอายุ ดำเนินการศึกษาในพื้นที่จังหวัดพะเยาระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 15 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า และยืนยันความเที่ยงตรงของข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และนักวิจัยเชิงคุณภาพที่มีประสบการณ์

ผลการศึกษา พบปัญหาความเหลื่อมล้ำและการถูกเอาเปรียบ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสวัสดิการทางสังคม 2) เข้าไม่ถึงสวัสดิการทางสังคมของผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล 3) ความเหลื่อมล้ำทางสถานะ สิทธิ และโอกาสในการได้รับสิทธิ และ 4) ไม่พบการถูกเอาเปรียบและการพยายามให้ได้ประโยชน์จากผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ควรส่งเสริมให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสวัสดิการทางสังคม และช่วยเหลือในการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมของผู้สูงอายุให้เข้าถึงได้ง่ายและสะดวก

คำสำคัญ: ความเหลื่อมล้ำ, การถูกเอาเปรียบ, สวัสดิการทางสังคม, เทคโนโลยีดิจิทัล

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

Abstract

The objective of this descriptive qualitative study is to explore inequality and exploitation in the accessibility of social welfare services through digital technology among older adults. The study was conducted in Phayao Province from March to May 2023. The study included a sample of 15 older people. The data collection process encompassed in-depth interviews, observations, and the documentation of field notes. The utilization of triangulation was employed in order to ensure the trustworthiness of the samples and the expertise of the qualitative researchers involved. The data underwent investigation through the method of content analysis.

The investigation produced four distinct themes pertaining to inequality and exploitation. These themes include - 1) lack of education and limited awareness of social welfare and its significance, 2) difficulties in accessing digital technology, 3) Inequality in status, rights, and opportunities regarding the employment of digital technology in accessing social welfare, and 4) Non-exploitation targeting the elderly.

The study suggests that stakeholders should actively promote education and raise knowledge about the significance of social welfare. Additionally, they should work towards facilitating accessibility to social welfare services for elderly individuals.

Keywords: Inequality, Exploitation, Social welfare, Digital technology

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปี พ.ศ.2565 ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 18.3 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) ในปี พ.ศ.2584 (Kasemsub, 2021) ผลที่ตามมาคือวัยแรงงานรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น การพึ่งพิงรายได้จากลูกหลานลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่เพียงลำพัง ส่งผลด้านความเหลื่อมล้ำตามมา ในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงตามวัยและมีความเสื่อมทางร่างกายตามธรรมชาติ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งอาจนำไปสู่โรคที่รุนแรง มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น มีค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเองมากขึ้น นอกจากนั้นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวและผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังกับคู่สมรส อาจทำให้ขาดความอบอุ่นหรืออาจถูกทอดทิ้ง การขาดคนดูแลเอาใจใส่ ความสัมพันธ์ทางสังคมลดลง (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2021)

ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทั้งในเรื่องร่างกาย จิตใจ ภาวะเศรษฐกิจ และสังคม รัฐบาลไทยมีโครงการช่วยเหลือประชาชนเพื่อช่วยลดปัญหาต่าง ๆ โดยในกลุ่มผู้สูงอายุจัดให้มีสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุที่หลากหลาย ได้แก่ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการศึกษา ด้านการประกอบอาชีพ

ด้านการพัฒนาตนเอง ด้านการลดหย่อนค่าโดยสาร ด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Social Development and Human Security Law, 2016) ในปี 2564 มาตรการความช่วยเหลือจากภาครัฐของผู้สูงอายุ มีโครงการสำคัญเพิ่มเติม จำนวน 5 โครงการ ได้แก่ โครงการเพิ่มกำลังซื้อให้แก่ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ โครงการเพิ่มกำลังซื้อให้แก่ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ โครงการคนละครึ่ง โครงการยิ่งใช้ยิ่งได้ และโครงการราชนະ จากผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 99.3 ของผู้สูงอายุรับรู้/ รับทราบ ร้อยละ 32.2 ประสบปัญหาในการลงทะเบียนผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 15.0 ไม่มีทักษะ/ลงทะเบียนเองไม่ได้ ร้อยละ 8.5 เห็นว่าการลงทะเบียนมีขั้นตอนยุ่งยาก/ซับซ้อน ร้อยละ 3.5 ไม่มีอุปกรณ์ ร้อยละ 2.5 อุปกรณ์ที่มีอยู่ไม่ทันสมัย/ ขาดประสิทธิภาพ และร้อยละ 2.1 อินเทอร์เน็ตสัญญาณไม่ดี/ ไม่ครอบคลุม (Tipmalai, 2019)

ปัจจุบันการได้รับสารสนเทศและการสื่อสารได้มีเปลี่ยนแปลงไปเป็นเทคโนโลยีดิจิทัลและการสื่อสารทางสังคมออนไลน์ผ่านสมาร์ทโฟน และอินเทอร์เน็ต ซึ่งกลายเป็นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพผ่านระบบออนไลน์ เป็นช่องทางและเครื่องมือที่สำคัญ ทำให้การเข้าถึงข้อมูลและบริการทางการแพทย์ได้อย่างง่ายดาย และสะดวก (Haluzá & Jungwirth, 2015) ในขณะเดียวกัน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2016) ให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีนโยบายการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยส่งเสริมพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม แม้ว่าในปัจจุบันรูปแบบการดำเนินชีวิตใหม่ที่แตกต่างกันจากอดีต มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ เช่น คอมพิวเตอร์ คอมพิวเตอร์พกพา โทรศัพท์แบบสมาร์ทโฟน โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และสื่อออนไลน์ต่าง ๆ ทำให้การเข้าถึงข้อมูลและบริการได้อย่างสะดวก แต่ก็ยังมีบุคคลอีกเป็นจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้ใช้ระบบเครือข่ายไร้สายได้อย่างเท่าเทียมกัน อันเนื่องมาจากความแตกต่าง เช่น อายุ พื้นที่อยู่อาศัย โอกาสเข้าถึงและใช้สารสนเทศ ซึ่งผู้สูงอายุยังใช้เทคโนโลยีดิจิทัลน้อยกว่าคนกลุ่มอื่น (Chaiua, 2020) เนื่องจากมีปัญหาในเกี่ยวกับสายตา ไม่คุ้นเคย ไม่เข้าใจการทำงานและรูปสัญลักษณ์ของไอคอนที่ใช้งานในโปรแกรมประยุกต์หรือแอปพลิเคชัน และอุปกรณ์ที่ผู้สูงอายุใช้ส่วนใหญ่ไม่รองรับการใช้งาน (Martins Van Jaarsveld, 2020) รวมทั้ง เครือข่ายสัญญาณโทรศัพท์ที่ยังไม่ครอบคลุมในพื้นที่ชนบทห่างไกล (Ponwasin, 2020)

ปัจจัยข้างต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุถูกเอาเปรียบจากบุคคลอื่นได้ง่าย เช่น ถูกขอรับเงินค่าจ้างในการช่วยเหลือลงทะเบียนสวัสดิการต่าง ๆ ตกเป็นเหยื่อของพ่อค้าแม่ค้า และบุคคลอื่นในระหว่างใช้งานโปรแกรมได้ (Kleechaya, 2020) จังหวัดพะเยา มีผู้สูงอายุ จำนวน 104,496 คน จากประชากรทั้งหมด 464,304 คน คิดเป็น ร้อยละ 22.50 โดยเป็นผู้สูงอายุในเขตชนบท ร้อยละ 73.43 จากข้อมูลการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 4.2 ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์จากอินเทอร์เน็ตหรือโซเชียลมีเดีย (National Statistical Office, 2012) และจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท พบว่า ส่วนใหญ่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้น้อย ผู้สูงอายุบางรายไม่มีเครื่องมือสื่อสารทางเทคโนโลยีดิจิทัล ผู้สูงอายุไทยในอนาคตต้องรู้เท่าทันและสามารถใช้ประโยชน์จากอินเทอร์เน็ต ในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ไม่ตกเป็นผู้เสียหาย การฉ้อโกงทรัพย์สิน ประกอบกับผู้สูงอายุอาจมีความเชื่อ และทัศนคติเดิม ที่

เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ ทำให้เรียนรู้ การเปิดรับสิ่งใหม่ เช่น การใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่แบบสมาร์ทโฟนได้ยากมากยิ่งขึ้น (Phanmool & Propunprom, 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมที่รัฐบาลจัดสรรด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลได้น้อย เนื่องจากเป็นชุมชนชนบท โอกาสในการรับข้อมูลข่าวสารสามารถใช้ประโยชน์จากอินเทอร์เน็ตมีน้อย และอาจถูกเอาเปรียบ จากช่องว่างดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเหลื่อมล้ำและการถูกเอาเปรียบจากการเข้าถึงเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุซึ่งหมายถึงทักษะในการนำเครื่องมือ อุปกรณ์ เช่น คอมพิวเตอร์ คอมพิวเตอร์พกพา โทรศัพท์แบบสมาร์ทโฟน โปรแกรมประยุกต์ และสื่อออนไลน์ มาใช้ในการสื่อสาร ติดตามข้อมูลต่าง ๆ และการลงทะเบียนรับสวัสดิการต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาระบบการจัดสวัสดิการทางสังคมในรูปแบบเทคโนโลยีดิจิทัลในอนาคต เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมผ่านทางเทคโนโลยีดิจิทัลได้ง่ายมากขึ้น และในฐานะบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ เหมาะกับบริบทของผู้สูงอายุในชุมชนให้มากที่สุด เพื่อลดภาระการพึ่งพิง ให้ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัญหาความเหลื่อมล้ำและการถูกเอาเปรียบของการเข้าถึงเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมด้วยเทคโนโลยีของผู้สูงอายุ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยคุณภาพเชิงพรรณนา (qualitative descriptive research) ซึ่งเป็นวิธีวิจัยที่อธิบายประสบการณ์ ไม่เน้นการตีความ การให้ความหมายของประสบการณ์ (Sandelowski, 2000) ดำเนินการศึกษาในพื้นที่จังหวัดพะเยา ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2566 รายละเอียด ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants)

เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ (criterion-based selection) ดังนี้ 1) อายุระหว่าง 60-69 ปี เนื่องจากยังคงสามารถในการเรียนรู้ และปรับตัวเข้ากับสื่อดิจิทัลได้ (Chaoayachai et al., 2021) 2) ไม่ได้รับสวัสดิการทางสังคม เช่น โครงการสวัสดิการแห่งรัฐ โครงการคนละครึ่ง โครงการเพิ่มกำลังซื้อให้แก่ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษหรือกลุ่มที่ได้รับสวัสดิการทางสังคมแต่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการขอรับบริการหรือไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น 3) สามารถอ่าน เขียน พูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมให้ข้อมูลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่ในการเป็นผู้สัมภาษณ์ ผ่านการอบรมการทำวิจัยเชิงคุณภาพ และมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2. แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่มาของรายได้ สวัสดิการทางสังคมที่ได้รับ จำนวนผู้ที่อยู่ในครอบครัว ลักษณะครอบครัว และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้แนวคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured) ประเด็นคำถามมีกรอบกว้างในประเด็นหลักๆ โดยเรียงลำดับเนื้อหาความต่อเนื่อง ดังนี้

1) สวัสดิการทางสังคมกับผู้สูงอายุ 2) การเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมของผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล 3) ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมของผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล 4) การถูกเอาเปรียบในการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมของผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ดังตัวอย่างคำถาม เช่น ท่านเคยได้ยินคำว่า สวัสดิการทางสังคมหรือไม่ ท่านเคยได้รับสวัสดิการทางสังคมหรือไม่ อะไรบ้าง ได้รับจากที่ไหน อย่างไร เป็นต้น

3. การสังเกตพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยท่าทางอากัปกริยาขณะให้ข้อมูล น้ำเสียง สายตา อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะให้สัมภาษณ์ โดยมีการจดบันทึกสิ่งที่พบเห็นในขณะสัมภาษณ์ และเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์

4. แบบบันทึกภาคสนามเป็นแบบบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลวันที่ เวลาเริ่ม และสิ้นสุดการสัมภาษณ์ สถานที่ให้สัมภาษณ์ สิ่งแวดล้อมทั่วไป เหตุการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในสนามวิจัย

5. อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สมุดบันทึก และปากกา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยจึงประสานกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดพะเยา ในการขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) โดยใช้แนวคำถามที่ได้เตรียมไว้ ใช้เวลาสัมภาษณ์คนละ 45-60 นาที โดยประมาณ

2. ระหว่างการสนทนาผู้วิจัยจับประเด็นของข้อมูล และจดบันทึกสรุปสั้น ๆ พร้อมกับการบันทึกเทปการสนทนา

3. ภายหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถอดเทป และพิมพ์เป็นลายลักษณ์อักษร แบบคำต่อคำ อ่านทำความเข้าใจกับความหมายต่าง ๆ การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ได้สัมภาษณ์จนกว่าไม่ได้ข้อมูลใหม่เกิดขึ้นหรือข้อมูลอิ่มตัว (saturation of data) จึงยุติการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) (Sandelowski, 2000) ดังนี้

- 1) ถอดข้อความจากการบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ อ่านข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์อย่างพิถีพิถัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และความรู้สึกตามข้อความในคำบรรยายนั้น ๆ
- 2) จัดระเบียบเนื้อหาข้อมูลและกำหนดรหัสข้อมูลโดยเลือกข้อความที่มีความหมายในประเด็นของการศึกษา และกำหนดรหัสแทนความหมายของข้อความนั้น
- 3) จัดกลุ่มข้อมูล โดยจัดรหัสทั้งหมดให้เป็นหมวดหมู่ จากนั้นคัดเอาข้อมูลที่ตรงกับรหัสแต่ละตัวมารวมไว้ที่เดียวกัน เพื่อความสะดวกในการหาความหมาย และหาข้อสรุป
- 4) หาข้อสรุปจากการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล โดยมองหาแบบแผนเรื่อง หรือประเด็นที่ปรากฏจากข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (trustworthiness)

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลตามหลักการของ Lincoln and Guba (1985) ด้วยวิธีการ ดังนี้ 1) การตรวจสอบความความเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์จริง ยืนยันความเที่ยงตรงของข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลและตรวจสอบกับผู้ร่วมวิจัยและนักวิจัยเชิงคุณภาพที่มีประสบการณ์ 2) ความสามารถพึ่งพาที่เกณฑ์อื่นได้ (dependability) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยและสรุปผลการวิจัยอย่างละเอียด สามารถตรวจสอบได้ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เหมาะสม 3) ความสามารถเชื่อมโยงได้ (transferability) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงกัน และ 4) ความสามารถในการยืนยัน (conformability) ผู้วิจัยมีการตรวจสอบแบบสามเส้ายืนยันความเที่ยงตรง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา (เลขที่โครงการ REC 006/63) วันที่รับรอง 15 กุมภาพันธ์ 2566 โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย หลักเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่ได้รับสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และการเก็บความลับของข้อมูล และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ ถ้าเกิดความไม่สบายใจ และขออนุญาตเพื่อการจดบันทึกและบันทึกเสียงระหว่างทำการสัมภาษณ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดพะเยา เป็นเพศหญิงร้อยละ 67 อายุระหว่าง 62-69 ปี ศาสนาพุทธร้อยละ 100 สถานภาพหม้ายร้อยละ 54 อาศัยอยู่ตามลำพังร้อยละ 46 การศึกษาระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 86 ไม่มีอาชีพร้อยละ 87 รายได้ประมาณ 2,000-2,200 บาทต่อเดือน สวัสดิการทางสังคมที่ได้รับ คนละครึ่ง 1 ราย ไทยชนะ 1 ราย สวัสดิการแห่งรัฐ 8 ราย มีโทรศัพท์แบบสมาร์ทโฟน จำนวน 13 ราย โทรศัพท์แบบไม่ใช่สมาร์ทโฟน จำนวน 1 ราย ไม่มีโทรศัพท์ใช้ จำนวน 1 ราย ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและใช้ประโยชน์จากอินเทอร์เน็ตได้ จำนวน 13 ราย โซเชียลมีเดียและสื่อสังคมที่ใช้ ได้แก่ ไลน์ ร้อยละ 100 เฟสบุ๊ก ร้อยละ 50 ยูทูบ ร้อยละ 70 และ ดิจิตอล ร้อยละ 6

2. ปัญหาความเหลื่อมล้ำและการถูกเอาเปรียบของการเข้าถึงเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมด้วยเทคโนโลยีของผู้สูงอายุ มี 4 ประเด็นหลัก รายละเอียด ดังนี้

2.1 ขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสวัสดิการทางสังคม ได้แก่

2.1.1 ไม่มีความรู้เรื่องสวัสดิการทางสังคม

“บู้จู้กับเกยไดยินเนาะ (ไม่รู้จัก ไม่เคยไดยิน)” (ID1,3-11,13-15)

“เกยไดยินแต่บู้เนาะว่านั่นคืออะหยัง (เคยไดยินแต่ไม่รู้วาคืออะไร)” (ID2,12)

“นั่นคืออะหยังมีตวยกะ (นั่นคืออะไรมีอยู่จริงหรือ)” (ID6,15)

2.1.2 ขาดความเข้าใจเรื่องสวัสดิการทางสังคม ได้แก่ ไม่ทราบว่าบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ไทยชนะ หรือคนละครึ่ง คือ สวัสดิการทางสังคมที่ทุกคนพึงได้รับ และเบี้ยผู้สูงอายุก็คือ สวัสดิการของผู้สูงอายุ

“บัตรคนจน กี่บาทบู้เลย เบี้ยผู้สูงอายุนั้น คิดว่าพอถึงอายุเป็นก็จ่าย (บัตรคนจน กี่บาทสวัสดิการทางสังคมหรือ ไม่รู้เลย เบี้ยผู้สูงอายุนั้น คิดว่าอายุถึง 60 ปีเขาก็จ่ายให้)” (ID1-15)

“ไทยชนะคราวแล้วไดย้อนโควิด ธกส. เป็นมายะหื้อเลยได้ ยะคนเดียวท่าจะมะได้ (ได้ไทยชนะช่วงระบาดของโควิด ธกส. ทำให้ ทำเองคงไม่ได้)” (ID5)

2.2 เข้าไม่ถึงสวัสดิการทางสังคมของผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล หากเข้าถึงได้ ก็จะต้องเป็นการช่วยเหลือของผู้ใหญ่บ้าน

“อะหยังก็อยู่ที่ผู้ใหญ่บ้านนะ เป็นจะเป็นคนแจ้ง ใช้เสียงตามสายผ่อง หื้อคนมาบอกผ่อง ถ้าเป็นนั้นนะ บางเต๋อก็ฮ้องประชุมที่วัด ประชุมมะแลงเนาะ คนเฒ่าก็ไปได้บางเรื่องก็บู้เรื่องกับเป็นนะ ถ้าบ่มีเฒ่ามาบอก ยิ่งบางคนอยู่คนเดียวลูกกบ่มีก็บู้เรื่อง (ทุกเรื่อง ทุกอย่างจะอยู่ที่ผู้ใหญ่บ้าน จะเป็นคนแจ้งทางเสียงตามสายหรือบอกต่อๆ กัน บางครั้งก็ประชุมชี้แจงเรื่องต่าง ๆ ที่วัด ส่วนใหญ่จะประชุมตอนเย็น ผู้สูงอายุเองไปไม่ได้ เลยไม่รู้เรื่องราวที่ผู้ใหญ่บ้านชี้แจง ต้องรับข่าวสารจากผู้อื่น ยิ่งผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ไม่มีลูกหลานก็ยิ่งมาได้รับข่าวสารใด ๆ เลย)” (ID14)

“ลงทะเบียนอะหยังเจ้าหน้าที่จะมายะหื้อนัดกันทำที่วัด หลังจากนั้น ก็ติดตามเอาที่ผู้ใหญ่บ้าน” (ID9)

2.3 ความเหลื่อมล้ำทางสถานะ สิทธิ และโอกาสในการได้รับสิทธิ และการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมของผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ได้แก่

2.3.1 พบความเหลื่อมล้ำทางสถานะและโอกาส ผู้สูงอายุในชนบทส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ต้องช่วยทางบ้านทำให้บางรายไม่ได้รับการศึกษา บางรายได้รับการศึกษาเพียงแค่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่มีที่ดินทำกิน ทำให้ขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ

“เรามันตึก หนังสือก็ไม่ได้เรียน ต้องช่วยบ้านทำมาหากินแต่น้อย ใหญ่มากก็เสาะว่ารับจ้างไป บ่มีความรู้จะไปทำมาหากินหยั่ง ที่ดินก็บ่มี ไปยะนาที่อื่นได้ข้าวมาหูกินไป เฒ่ามาเยนาก็ได้ละ รับจ้างเป็นก็บ่จ้าง แสงบ่มี ก็เสาะหาเยนเล็กน้อย ๆ ไปเอา (เรายากจน ไม่ได้เรียนหนังสือ ต้องช่วยทางบ้านทำงานตั้งแต่เล็ก โตมาก็เลยทำงานรับจ้างเพราะไม่มีความรู้ไปทำมาหากินอย่างอื่น ไม่มีที่ดินเป็นของตนเอง ต้องเช่าที่นา ได้ข้าวมาพอกิน เมื่อสูงอายุไม่ค่อยมีคนจ้าง ก็ทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ตามแรงที่ตัวเองมี” (ID8)

2.3.2 พบความเหลื่อมล้ำทางสิทธิ ผู้สูงอายุบางรายต้องเลี้ยงดูหลาน ยังต้องประกอบอาชีพ

“อยู่กัน 7 คน หากินคนเดียว ก็คนเฒ่านี้ละ ลูกเอาหลานมาหื้อเลี้ยง 2 คน มีหลาน 1 ลูกเขยแหม เมิน ๆ ลูกถึงเอาตังมาหื้อผ่อง จะไฉนมันตึงบ่พอ (อยู่กันในครอบครัว 7 คน มีผู้สูงอายุเท่านั้นที่หาเลี้ยงทั้งครอบครัว ลูกส่งเงินมาให้หนาน ๆ ครั้ง แต่ก็ไม่เคยพอใช้” (ID9)

2.3.3 พบความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมของผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ผู้สูงอายุไม่รู้จักเทคโนโลยีดิจิทัล ส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์มือถือเพื่อการสื่อสารกับครอบครัวและเพื่อคลายเหงา ไม่สามารถใช้ในการทำธุรกรรมต่าง ๆ ได้

“มันคืออะหยังบ่เคยได้ยิน ไม่เคยใช้ (มันคืออะไร ไม่เคยได้ยิน)” (ID1-15)

“ใช้คนเดวบ่จ้าง ต้องมีคนสอน ก่เกรงใจเป็น หูกบ่ดี ตากบ่หัน สมองก็บ่จำ สอนอยู่หั้นเนาะ กว่าจะจำ จำได้บางทีก็ลืม (หัวเราะ) บางอันใช้เวลาเป็นปี กว่าจะยะได้ (ใช้เองไม่เป็น ต้องให้ผู้อื่นสอน หูไม่ค่อยได้ยิน ตาก็มองไม่ค่อยเห็น ความจำก็ไม่ดี ต้องให้สอนแล้วสอนอีก บางอย่างกว่าจะเป็นใช้เวลาเป็นปีก็มี บางอย่างเรียนแล้วก็ลืมเลยรู้สึกเกรงใจผู้สอน)” (ID7)

“ใช้จ้างเท่าที่เป็นสอน (เปิดโทรศัพท์ให้ดู) ไว้ฟังข่าว ฟังเพลง (ยูทูบ) อันนี้ไว้ติดต่อกัน (ไลน์) จัมนี่เป็นลูก นี่เป็นหลาน อ่านได้ตัวหนังสือมันน้อย จำเอามันอยู่บน ๆ ถ้ากำลังติดต่อกันนี้หนา (ไลน์ รายชื่อเป็นภาษาไทย ใช้วิธีการจำรูป และถ้าเป็นลูก หลานรายชื่อจะอยู่บนสุดเพราะติดต่อกันบ่อย ๆ)” (ID3) “ใช้ได้เท่าที่เป็นสอน (ใช้เป็นเท่าที่เขาสอนให้ เปิดโทรศัพท์ให้ดู) มีอันนี้ไว้ผ่องแก่งอ่ม (ตึกตอก ไว้ดูแก่งหา) อันนี้ไว้ผ่องไปบ่ตาย บ่จ้างเขียนอะหยัง หลานเยนหื้อ (เฟสบุ๊ค เอาไว้ดูเฉย ๆ ตอบโต้ไม่ได้ หลานเป็นคนสมัครให้)” (ID12)

2.4 การถูกเอาเปรียบในการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมของผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล

2.4.1 ไม่พบการถูกเอาเปรียบ แต่ได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่าย เพื่อนบ้าน ร้านค้า

“ได้คนละครึ่งมา เขาไซได้ข้าวสารราคา 1,200 บาทตังบ่มีเดิมตังวัน ก็ค่อยๆเติมตอนที่เรามี วันละ 300 บาท ฮอมไว้หื้อร้านค้าค่อย ๆ หักไป จนครบ 1,200 บาท ก็ค่อยเอาข้าวมา (ได้คนละครึ่งมาอยากได้ข้าวสารราคา 1,200 บาท แต่ไม่มีเงินเติมทุกวัน ค่อย ๆ จ่ายวันที่มีเงินไปวันละ 300 บาท จนครบ 1,200 บาท ทางร้านก็ทำให้จนได้ข้าวสารมา)” (ID6)

“เป็นป็นที่ดั่งที่เหลือนในบัตรคนจน ปาไปซื้อของ ป็นที่หลายคน เปาะกับเบี่ย ผู้สูงอายุเดือนๆก็ได้มันก้อย ป่ออยู่ได้ (เพื่อนบ้านให้เงินที่เหลือนในบัตรสวัสดิการคนจน โดยพาผู้สูงอายุไปเลือกซื้อของด้วยรวมกันหลาย ๆ บัตร รวมกับเบี่ยผู้สูงอายุก็เลยทำให้อยู่ได้)” (ID13)

“เป็นซื้อมาหื้อ ผงซักฟอก ยาสีฟัน สบู่ ข้าวสารผ่องในนั้นนะ แล้วแต่เป็นจะหื้อ เก็บไว้ใช้ได้
เมินอยู่ (เพื่อนบ้านแบ่งปัน แล้วแต่เขาจะให้อะไรมา เก็บไว้ใช้ได้หลายเดือน)” (ID1)

การอภิปรายผล

ปัญหาความเหลื่อมล้ำและการถูกเอาเปรียบของการเข้าถึงเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมด้วยเทคโนโลยีของผู้สูงอายุ มี 4 ประเด็นหลัก อภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุ ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยได้ยินคำว่าสวัสดิการทางสังคม ส่วนน้อยเคยได้ยินผ่านจากสื่อทางโทรทัศน์แต่ไม่ได้ให้ความสนใจ ผู้สูงอายุไม่ได้รับการชี้แจงว่าเบี้ยผู้สูงอายุ สวัสดิการแห่งรัฐคือส่วนหนึ่งของสวัสดิการทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Saewun (2023) ที่พบว่า นโยบายของภาครัฐไม่ชัดเจน ทำให้หน่วยงานที่มีหน้าที่ไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขาดการบูรณาการและขาดบุคลากรในการปฏิบัติงาน นโยบายไม่มีความต่อเนื่อง งบประมาณกระจายไม่ทั่วถึง ไม่สามารถสร้างความเข้มแข็งให้แก่ผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตนเอง ประกอบกับลักษณะและขนาดของครอบครัวเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังมากขึ้นพบมากในชนบท เนื่องจากวัยทำงานต้องหางานทำในเมือง ผู้สูงอายุต้องรับภาระหาเลี้ยงครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลาในการแสวงหาข้อมูลและไม่มีผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์

การเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมของผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายไม่มีโทรศัพท์ใช้ และกลุ่มที่มีโทรศัพท์แบบสมาร์ตโฟนใช้ ก็มีทักษะความเข้าใจและความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอยู่ในระดับน้อย สื่อออนไลน์ที่ใช้ส่วนใหญ่ใช้ในการสื่อสารภายในครอบครัวและการทำงานร่วมกันของกลุ่มเล็ก ๆ เท่านั้น ความสามารถในการใช้โปรแกรมต่าง ๆ มีจำกัด ต้องให้บุตรหลาน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่มสมาชิกช่วยเหลือ เรียนรู้ได้ช้า ความสามารถในการจดจำลดลง ใช้ระยะเวลานานในการทำความเข้าใจ เมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับโปรแกรม ก็ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความกลัวในการใช้โปรแกรมต่าง ๆ เบื้องหน้าตัวเองที่เรียนรู้ได้ช้า ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดทักษะในการอ่าน ภาษาที่ใช้ในโปรแกรมต่าง ๆ เป็นภาษาต่างประเทศ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถอ่านเองได้ ในขณะเดียวกันความสามารถในการมองเห็นลดลงมีความยากลำบากในการอ่านมากขึ้น ผู้สูงอายุในชนบทจะมีความเกรงใจ ไม่อยากรบกวนคนอื่น สอดคล้องการศึกษาของ Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (2021) ที่พบว่า ในช่วงการระบาดของโควิด ผู้สูงอายุได้รับข่าวสารจากคนใกล้ชิดและผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัคร ร้อยละ 44.8 และร้อยละ 38.5 ตามลำดับ พบเพียงร้อยละ 12.9 ที่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลในการรับข้อมูลข่าวสาร และพบเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังทำงานอยู่ มีบุตรหลานอยู่ในครอบครัว ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังจึงขาดโอกาสในการสื่อสารมากขึ้น ในหมู่บ้านจะมีชมรมผู้สูงอายุจัดกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้ง ส่วนใหญ่จะมีเรื่องนันทนาการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมเนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทาง บางรายมีภาระต้องหารายได้เลี้ยงดูครอบครัว มีการรวมกลุ่มของแม่บ้านในการหารายได้ แต่ก็พบปัญหาและอุปสรรค เช่น ปัญหาจากสายตาที่พร่ามัวลงทำให้ทำงานได้ช้า การเรียนรู้ที่ช้าลง วัตถุดิบในการทำต้องซื้อและการที่ไม่สามารถหาตลาดเองได้ ทำให้รายได้มีไม่มาก

ประเด็นความเหลื่อมล้ำทางสถานะ สิทธิ และโอกาสในการได้รับสิทธิ พบความเหลื่อมล้ำผู้สูงอายุในชนบทส่วนใหญ่มีฐานะยากจน การขาดแคลนทรัพยากร ไม่มีที่ดินทำกินเป็นของตนเอง ขาดโอกาสในการเข้าถึงการศึกษา ส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 ทำให้การขาดโอกาสในการประกอบอาชีพที่มั่นคงและการดำรงชีวิต มีรายได้ที่จำกัด นำไปสู่ความยากจนและมีหนี้สิน ส่งผลให้ขาดความมั่นคงในชีวิต ขาดโอกาสทางสังคม ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการของรัฐและถูกกีดกันทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Bisonyabut (2016) ที่กล่าวว่า ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางการศึกษามีสาเหตุหลักมาจากความยากจนของประชาชนที่อยู่ในชนบท ต้องหลุดออกจากระบบการศึกษากลางคัน และจากการศึกษาของ Equitable Education Fund Changing (2021) ก็พบว่าปัญหาการเข้าถึงการศึกษา ปัญหาการออกจากวัยเรียนก่อนเวลาอันควร เกิดจากครอบครัวไม่สามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายทางการศึกษาได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Thinsandee & Khunaprom (2021) ที่พบว่าครอบครัวที่ยากจน จะมีโอกาสน้อยที่จะได้รับการศึกษาในระดับเดียวกัน รวมทั้ง ยังมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยกว่าด้วย สิ่งเหล่านี้ ทำให้ปัญหาความเหลื่อมล้ำรุนแรงมาก จากการศึกษาของ Simawara (2014) พบว่า สาเหตุหลักของการปัญหาความเหลื่อมล้ำ ได้แก่ การกระจายรายได้ที่ไม่ทั่วถึง สาเหตุมาจากโอกาสในการศึกษาที่แตกต่างกัน ความแตกต่างของทรัพย์สินที่ครอบครองอยู่ ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงแหล่งทุน ขาดข้อมูลข่าวสารและความรู้ในการประกอบอาชีพ จากการที่ไม่ทราบช่องทางในการติดต่อสื่อสาร ทำให้ขาดโอกาสในการได้รับรู้สวัสดิการทางสังคมที่รัฐบาลจัดสรรให้กับผู้สูงอายุ เกิดความไม่เสมอภาคและไม่เป็นธรรมในสังคม เมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคที่ไม่ทราบว่าต้องไปร้องขอการแก้ปัญหาจากใครหรือหน่วยงานใด ความยากจนทำให้ชุมชนเกิดความอ่อนแอ ไม่สามารถที่จะรวมตัวกันเพื่อการแก้ไขปัญหาของชุมชนได้ ในขณะเดียวกันก็พบว่ามีความเหลื่อมล้ำในการได้รับสิทธิ ผู้ที่ควรได้รับสิทธิ กลับไม่ได้รับสิทธิที่พึงได้

ประเด็นการถูกเอาเปรียบและการพยายามให้ได้ประโยชน์จากผู้สูงอายุ ไม่พบการถูกเอาเปรียบ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากในชุมชนชนบทจะมีความคุ้นเคย ได้รับความช่วยเหลือของเพื่อนบ้าน คนรอบข้าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Pukhamchanod (2017) ที่พบว่าในชุมชนที่คุ้นเคยกันมายาวนาน มีวิถีชีวิต มีกิจกรรมทางสังคมมีปฏิสัมพันธ์ จะพึ่งพาช่วยเหลือกัน บอกกล่าวกันได้

ปัญหาความเหลื่อมล้ำและการถูกเอาเปรียบของการเข้าถึงเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมด้วยเทคโนโลยีของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุการขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุ เข้าไม่ถึงสวัสดิการทางสังคมด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล มีเพียงการประกาศเสียงตามสายโดยผู้ใหญ่บ้าน ทักหาความเข้าใจและความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอยู่ในระดับน้อย มีการใช้เฉพาะสื่อสังคมเพื่อคลายเหงา และเพื่อติดต่อกับสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น พบความเหลื่อมล้ำทางสถานะ สิทธิ และโอกาสในการได้รับสิทธิ เนื่องจากส่วนใหญ่ มีฐานะยากจน ขาดโอกาสในการศึกษา ไม่ทราบช่องทางในการติดต่อสื่อสาร ทำให้ขาดโอกาสในการได้รับรู้สวัสดิการทางสังคมที่รัฐบาลจัดสรร แต่จากความสัมพันธ์อันดีและลักษณะชุมชนชนบท ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือ ไม่ถูกเอาเปรียบ จากข้อค้นพบทำให้ทราบว่ามีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมของผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีในชนบทเป็นจำนวนมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือในการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ระดับชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้จักและสามารถได้รับประโยชน์จากสวัสดิการทางสังคมที่ควรได้รับ
2. สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชนสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมได้ง่ายและสะดวก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าใจ เข้าถึงและพัฒนาระบบสวัสดิการทางสังคมที่รัฐจัดให้

ข้อจำกัดการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ อยู่ในพื้นที่ชุมชนชนบท ซึ่งเป็นท้องถิ่นที่มีความคุ้นเคย มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีความผูกพันยอมรับ โดยทางเครือญาติ เชื้อชาติ ประเพณี ภูมิหลังทางวัฒนธรรม ในชนบทชนนิยม ประเพณีเดียวกัน การนำผลการวิจัยไปใช้ควรเป็นกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา ที่สนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอขอบพระคุณผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- Bisonyabut, N. (2016). *Education inequality in Thailand: Conclusions from the results of the PISA Test*. <https://Thaipublica.org/2016/05/pier-4/> (in Thai)
- Chaiua, P. (2020). Developmental approach welfare for the elderly in Noen Sala Sub-District Krok Phra District, Nakhon Sawan Province. *Journal of Graduate Review Nakhon Sawan Buddhist College*, 8(3), 39-54. (in Thai)
- Chaoayachai, W., Prompahakul, R., & Prasertsang, A. (2021). Health literacy and new normal in older adults. *The Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 22(2), 41-48. (in Thai)

- Equitable Education Fund Changing. (2021). *'inequality' to 'equality': Looking at the problem of Thai education with Dr. Kraiyas Phatrawat*. <https://www.eef.or.th/equitable-education-fund-interview> (in Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. (2021). *Situation of the Thai older person*. Institute for population and social research, Mahidol University. <https://thaitgri.org/?p=40108> (in Thai)
- Haluza, D., & Jungwirth, D. (2015). ICT and the future of health care: Aspects of health promotion. *International Journal of Medical Informatics*, 84(1), 48–57. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.09.005>
- Kasemsub, W. (2021). *Thailand ready? with stepping into a completely aging society*. General Administration Division, Mahidol University. <https://op.mahidol.ac.th/ga/posttoday-22-2/> (in Thai)
- Kleechaya, P. (2021). Digital technology utilization of elderly and framework for promoting Thai active and productive aging. *Journal of Communication Arts*, 39(2), 6-78. (in Thai)
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Martins Van Jaarsveld, G. (2020). The effects of COVID-19 among the elderly population: A case for closing the digital divide. *Frontiers in Psychiatry*, 11(12), Article 577427. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.577427>
- National Statistical Office. (2012). *The 2012 information and communication technology survey in household*. Bureau of Economic and Social Statistics. http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_5-1-3.html (in Thai)
- Phanmool, J., & Propunprom, P. (2021). Situation of media access, fake news recognition and the impacts of media use of the elderly in urban communities in a new normal. *Journal of Legal Entity Management and Local Innovation*, 7(8), 172-180.. (in Thai)
- Ponwasin, A. (2020). *The development of the Thai Internet in the perspective of "Prof. Dr. Kanchana Kanjanasu"*. Thai network information center foundation. <https://www.thnic.or.th/internet-thailand-thestory/> (in Thai)
- Pukhamchanod, P. (2017). *The concept of community and urban lifestyle*. https://elfhs.ssru.ac.th/phusit_ph/pluginfile.php/37/block_html/content/001%.pdf (in Thai)
- Saewun, T. (2023). *Problems and Obstacles in the Implementation of Social Welfare Provision for the Elderly in Khuan Lang Municipality, Hat Yai District, Songkhla Province* [Unpublished Master Thesis]. Songkhla University. (in Thai)

- Sandelowski, M. (2000). Focus on research methods whatever happened to qualitative description?. *Research in Nursing & Health*, 23(4), 257-341.
- Simawara, K. (2014). Opportunity in education and social equity. *Journal of Information*, 13(2), 54-61. (in Thai)
- Social Development and Human Security Law. (2016). *Social welfare promotion ACT, B.E.2546* Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security. <http://law.m-society.go.th/law2016/law/view/652> (in Thai)
- Tipmalai, W. (2019). *Behavior and perception of the elderly rights through social networks*. [Unpublished Master Thesis]. Silpakorn University. (in Thai)
- Thinsandee, T. & Khunaprom, T. (2021). Educational disparities in epidemic situations of infectious diseases, COVID-19. *Ratanabuth Journal*, 3(2), 63-68. (in Thai)
- World Health Organization. (2016). Policy brief 4: Health literacy. In World Health Organization, *The 9th Global Conference on Health Promotion*. <https://www.dors.it/documentazione/testo/201609/policy-brief4-health-literacy.pdf>

บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ในกลุ่มเยาวชนชายรักชายในสถาบันอุดมศึกษา

The Factors Affecting Sexual Transmitted Diseases Preventive Behaviors
among Youth MSM in Higher Education Institutions

พงษ์ศักดิ์ ป่านดี¹, ปริยกุล รัชกุล^{2*}, วณิดา ทองใบ³

Pongsak Pandee¹, Pregamol Rutchanagul^{2*}, Wanalada Thongbai³

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pregamol@yahoo.com, โทรศัพท์ 081-1724087)

(Received: August 8, 2023; Revised: December 4, 2023; Accepted: December 12, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนชายรักชายในสถาบันอุดมศึกษา โดยใช้แนวคิดข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรมของพิชเชอร์ และพิชเชอร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ เยาวชนชายรักชาย อายุ 18 – 25 ปีที่กำลังศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 100 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อิทธิพลจากคู่นอน เจตคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน ความสะดวกในการเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางอารมณ์ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .75 และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .78, .80, .97, .75, .86, .93, .94 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า อิทธิพลจากคู่นอน ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ($Beta = .71, .27, -.16$) สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนชายรักชาย ในสถาบันอุดมศึกษาได้ร้อยละ 61.90 ($R^2 = .619$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
Master Student of Nursing Science (Community Nurse Practitioner), Faculty of Nursing, Thammasat University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
Instructor, Faculty of Nursing, Thammasat University

ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ในการจัดทำแผนและจัดกิจกรรมการต่อต้านกับคู่นอน การจัดบริการ
ถุงยางอนามัยให้ทั่วถึงทั้งในสถาบันการศึกษา หอพัก ตลอดจนในพื้นที่อยู่อาศัย และส่งเสริมการรับรู้
ความสามารถของตนเอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คำสำคัญ: กลุ่มเยาวชนชายรักชาย, พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, แนวคิดข้อมูล
แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม

Abstract

This descriptive research investigates the factors that predict preventive behaviours among young “Men who have Sex with Men: MSM” in higher education institutions. The information-motivation-behavioral (IMB) model was used as the conceptual framework in this study. The sample consisted of 100 young MSM aged 18-25 who were enrolled in higher education institutions in Phetchaburi Province. Data were collected through questionnaires administered via Google Forms, which covered demographic information, personal details, knowledge of diseases and sexually transmitted infections (STIs) prevention, influence from partners, attitudes towards STIs prevention, and ease of access to condoms, peer influence, ease of accessing emotionally stimulating media, and STIs preventive behaviours. Descriptive statistics and Stepwise multiple regression analysis were used to analyze the data. The content validity of the questionnaires was tested by experts. The KR-20 coefficient is .75. Cronbach's alpha coefficients are .78, .80, .97, .75, .86, .93, .94, and .89, respectively.

The findings reveal that education, the influence of partners, accessibility to condoms, and self-efficacy against STIs prevention ($Beta = .71, .27, -.16, p < .05$) are significant factors that could predict the preventive behaviour of STIs among young MSM in higher education institutions ($R^2 = .619$).

The results of this study can be employed in the process of planning and coordinating projects that aim to enhance bargaining skills with sexual partners, provide condom services throughout educational institutions, dormitories, as well as in residential communities and promote self-efficacy against STIs prevention to promote behaviours that prevent STIs.

Keywords: Young MSM, STIs prevention behaviors, IMB model

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยเปิดกว้างมากขึ้นในเรื่องเพศ เริ่มให้การยอมรับความหลากหลายทางเพศ อย่างกว้างขวาง แต่ในบางกลุ่มก็ยังคงปิดกั้นกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ ในประเทศไทยมีกลุ่มคน ที่มีเพศสภาพต่างไปจากเพศกำเนิดที่ค่อนข้างหลากหลาย เช่น กลุ่มชายรักชาย กลุ่มสาวข้ามเพศ ติ๊ด กะเทย ทอม ดี เกย์ เป็นต้น ซึ่งเรียกโดยรวมว่า กลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ (lesbian, gay, bisexual transgender: LGBT) (Suriyasarn, 2019) จากรายงานการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบว่า กลุ่มที่มีความเสี่ยงและมีการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูง คือ กลุ่มชายรักชาย (ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย) หรือ “Men who have Sex with Men: MSM” ในช่วงเกือบทศวรรษที่ผ่านมา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ใช้ความพยายามในการค้นหาจำนวนที่แท้จริงของกลุ่มประชากรชายรักชายในประเทศไทย โดยใช้วิธีการคาดประมาณจนได้ตัวเลขเชื่อว่า มีร้อยละ 3 ของประชากรชายที่มีอายุระหว่าง 15–59 ปี กล่าวคือ หากมีประชากรชายในช่วงอายุนี้นี้จำนวน 20 ล้านคน ก็จะมีกลุ่มชายรักชายประมาณ 6 แสนคน (Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2016) ซึ่งในปีพ.ศ. 2563 มีจำนวนประชากรชาย อายุ 18 - 25 ปี เท่ากับ 3,594,666 คน สามารถคิดเป็นจำนวนชายรักชาย ร้อยละ 3 เท่ากับ 107,840 คน (National Statistical Office of Thailand, 2020)

ปัจจุบันสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นปัญหาหลักของทั่วโลก องค์การอนามัยโลกพบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ทั่วโลกอยู่ประมาณ 499 ล้านคน ต่อปี โดยภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ ประมาณ 79 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2004) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบกลุ่มชายรักชาย (MSM) คิดเป็นร้อยละ 64.3 ป่วยเป็นโรคซิฟิลิสและเอชไอวี ร้อยละ 35.5 ในปี 2561 ผู้ป่วยซิฟิลิส ร้อยละ 70 เป็นกลุ่มชายรักชาย ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) มีความเสี่ยงมากขึ้น ผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่มากกว่าครึ่งเกิดขึ้นในกลุ่มเยาวชนชายรักชาย (Centers for disease control and prevention: CDC, 2019) สำหรับในประเทศไทย ปี 2563 พบผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ ประมาณ 6,000 คน พบมากที่สุดในช่วงอายุ 15-24 ปี และมากกว่าร้อยละ 30 อยู่ในกลุ่มวัยรุ่น วัยเรียน และวัยเจริญพันธุ์ และเป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 63 (Department of Disease Control, Ministry of Public health, 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted infections: STIs) ในกลุ่มชายรักชาย อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูล ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Buapan et al., 2016; Charoensiri et al., 2019; Chondaeng et al., 2018) ปัจจัยด้านแรงจูงใจที่จะแสดงพฤติกรรมป้องกัน แรงจูงใจภายใน ได้แก่ เจตคติและทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Charoensiri et al., 2019) แรงจูงใจภายนอก ได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัยและเจลหล่อลื่น (Buapan et al., 2016) อิทธิพลจากคู่นอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย และพบว่ากลุ่มเยาวชนชายรักชายมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนประจำต่ำกว่าการใช้กับคู่นอนชั่วคราว (Buapan et al., 2016; Sookrak et al., 2018) อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน การได้รับคำแนะนำหรือชักจูงในการกระทำพฤติกรรมที่ไม่

เหมาะสมจากกลุ่มเพื่อน ก็เป็นอีกหนึ่งสาเหตุในการแสดงพฤติกรรมป้องกันที่ไม่เหมาะสม (Ochonye, 2019) การเข้าถึงสื่อลามกอนาจาร ทำให้เกิดพฤติกรรมการเลียนแบบในเรื่องเพศและการมีเพศสัมพันธ์ (Suwannaphant et al., 2019) ปัจจัยด้านทักษะในการกระทำพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (Chondaeng et al., 2018)

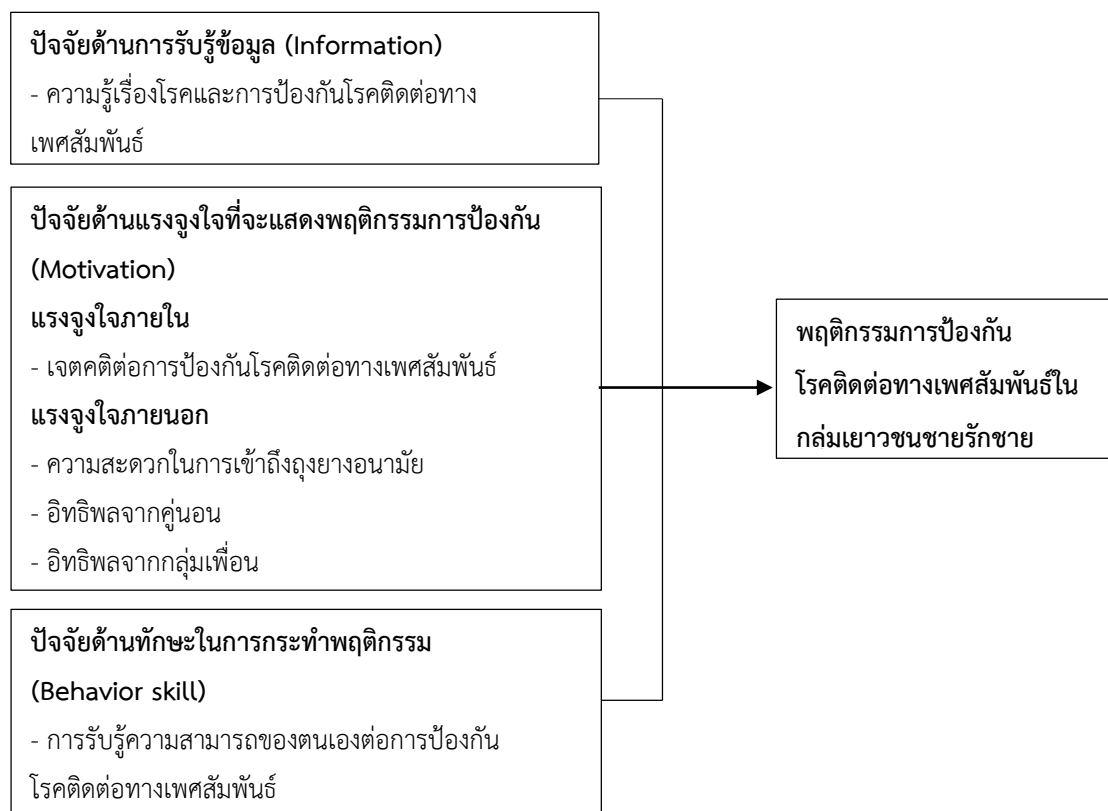
โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นโรคที่ก่อให้เกิดผลกระทบ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และประเทศชาติ ซึ่งได้แบ่งผลกระทบของในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ผลกระทบด้านครอบครัว ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ภรรยาสามี บุตร บิดามารดาและญาติ ต้องเผชิญความเครียดหลายอย่างโดยเฉพาะการยอมรับจากครอบครัว 2) ผลกระทบด้านสังคม การให้ข้อมูลข่าวสารที่ไม่ชัดเจน ถูกต้อง ทำให้คนในสังคมรังเกียจ ต่อต้าน และปฏิเสธการทำงานร่วมกัน 3) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อที่มีอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และผู้ป่วยเอดส์เป็นปัญหาที่มีความสำคัญ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก และ 4) ผลกระทบด้านสาธารณสุข การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีจำนวนมากขึ้นส่งผลให้สาธารณสุขต้องมีการเปลี่ยนแปลงและปรับให้เหมาะสม (CDC, 2019; Jansen et al., 2020)

จากข้อมูลข้างต้น กลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศก็เป็นอีกหนึ่งกลุ่มที่มีความสำคัญเนื่องจากการยอมรับและการเข้าถึงกลุ่มดังกล่าวยังทำได้น้อยและเป็นกลุ่มเปราะบาง ในปัจจุบันพบว่า กลุ่มเยาวชนชายรักชายมีอุปสรรคการติดต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้นและการศึกษาวิจัยยังมีน้อยพยาบาลเวชปฏิบัติจึงมีหน้าที่สร้างเสริมและป้องกันการติดต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนชายรักชาย การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เน้นพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผลการวิจัยสามารถนำไปสู่การส่งเสริมและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนชายรักชายในระดับอุดมศึกษา ผลศึกษานี้จะมีประโยชน์ต่อการสาธารณสุข และสามารถนำไปศึกษาต่อในการให้โปรแกรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันการติดต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ แนวคิดแนวคิดข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรม (The Information Motivation Behavioral Model: IBM) (Fisher & Fisher, 1992) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของ 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านการรับข้อมูลการป้องกันการติดเชื้อ (information) ซึ่งเป็นปัจจัยนำ (prerequisite) ที่สำคัญของการกระทำ ถ้าบุคคลมีความรู้ที่สัมพันธ์หรือจำเป็นเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นมาก่อน บุคคลนั้นจึงจะทำพฤติกรรมนั้นได้และเขาก็จะทำพฤติกรรมนั้น 2) ปัจจัยด้านแรงจูงใจที่จะแสดงการกระทำพฤติกรรมป้องกัน (prevention motivation) แรงจูงใจเป็นตัวผลักดันให้บุคคลกระทำพฤติกรรมซึ่งประกอบด้วย แรงจูงใจระดับบุคคล คือ ทศนคติของบุคคลที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และแรงจูงใจระดับสังคม คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และ 3) ปัจจัยด้านทักษะในการกระทำพฤติกรรม (behavioral skills) ซึ่งการที่บุคคล

จะกระทำพฤติกรรมใด ๆ จำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์ที่จำเป็นในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลความรู้และเกิดแรงจูงใจ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมป้องกันให้สำเร็จของตนเอง โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนชายรักชาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เจตคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อิทธิพลจากคู่นอน ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน ความสะดวกในการเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางอารมณ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนชายรักชาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบพรรณนาเชิงทำนาย (descriptive predictive design) มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นเยาวชนชายรักชายที่มีอายุ 18 – 25 ปี ที่กำลังศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเขตสุขภาพที่ 5 ปีการศึกษา 2566 ในเดือนกรกฎาคม ประกอบด้วย จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดนครปฐม

จังหวัดราชบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดสมุทรสงคราม และ จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 31 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเยาวชนชายรักชายที่มีอายุ 18 – 25 ปี ที่กำลังศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา ในเขตสุขภาพที่ 5 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากโปรแกรม G* Power version 3.0.1 (Faul et al., 2009) กำลังการทดสอบ (power of analysis เท่ากับ .80 อิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .15 ค่าความคลาดเคลื่อน (error) เท่ากับ .05 จำนวน 103 คน และเพื่อป้องกันการได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 รวมเป็น 106 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มเลือกจังหวัด ซึ่งเป็นที่ตั้งของสถาบันอุดมศึกษาในเขตสุขภาพที่ 5 โดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ได้จังหวัดเพชรบุรี จากนั้นเลือกสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดเพชรบุรีแบบเจาะจง คือ วิทยาลัยพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยให้เป็นกลุ่มตัวอย่างตั้งต้นแนะนำเยาวชนชายรักชาย หรือกลุ่มเยาวชน ชายรักชายที่กลุ่มตั้งต้นรู้จักที่กำลังศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดเพชรบุรี และบอกต่อกลุ่มตัวอย่าง ลำดับถัดไป (snowball sampling) จนครบ 100 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ ยินดี ให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม และมีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น โทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ เป็นต้น และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ให้ข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ 9 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา คุณลักษณะทางเพศ การพักอาศัยกับครอบครัว การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว สัมพันธภาพภายในครอบครัว รายได้รวมของครอบครัว รายได้ที่ได้รับจากครอบครัว ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การมีคู่อุปถัมภ์เพศเดียวกัน และประสบการณ์เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ ป้องกันปัญหาทางเพศ ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งดัดแปลง จากเครื่องมือการวิจัยของชัยชาญ บัวผัน และคณะ (Buapan et al., 2016) จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบ เลือกตอบถูกผิด ตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนน และตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน คิดคะแนนรวม โดยมีคะแนน ระหว่าง 0-25 คะแนน จำแนกคะแนนรวม ออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ (Bloom, 1971) ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ระดับสูง

ร้อยละ 60 .00 – 79.99 หมายถึง ระดับปานกลาง

น้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามอิทธิพลจากคู่นอน ซึ่งดัดแปลงจากเครื่องมือการวิจัยของชัยชาญ บัวผัน และคณะ (Buapan et al., 2016) จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่าง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไล่ตามลำดับไปจนถึง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งดัดแปลงจาก เครื่องมือการวิจัยของทงศักดิ์ มนสิมา (Monsima, 2011) จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่าง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไล่ตามลำดับไปจนถึง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย ดัดแปลงจากเครื่องมือการวิจัยของชัยชาญ บัวผัน และคณะ (Buapan et al., 2016) จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ระหว่าง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไล่ตามลำดับไปจนถึง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 3 ระดับ โดย 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความสะดวกการเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางอารมณ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ระหว่าง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไล่ตามลำดับไปจนถึง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดัดแปลงจากเครื่องมือการวิจัยของก้องกฤษฎากรณ์ ชนแดง และคณะ (Chondaeng et al., 2018) จำนวน 14 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ระหว่าง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไล่ตามลำดับไปจนถึง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีดัดแปลงจากเครื่องมือการวิจัยของจิระประภา สุวรรณ และคณะ (Suwan et al., 2017) จำนวน 16 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 3 ระดับ โดย 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

แบบสอบถามส่วนที่ 3, 4, 5, 7 และ 8 คิดคะแนนเฉลี่ย โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 3 ระดับ ตามความกว้างของอันตรภาคชั้น ดังนี้ (Ketsing, 1995)

ระหว่าง 3.67 - 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ระหว่าง 2.34 - 3.66 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

แบบสอบถามส่วนที่ 6 และ 9 คิดคะแนนเฉลี่ย โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ย จำแนกออกเป็น 3 ระดับ ตามความกว้างของอันตรภาคชั้น ดังนี้ (Ketsing, 1995)

ระหว่าง 2.34 - 3.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ระหว่าง 1.67 - 2.33 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 1.00 - 1.66 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และความเชี่ยวชาญเรื่องความหลากหลายทางเพศ โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของ (content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อิทธิพลจากเพื่อน เจตคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน การเข้าถึง

สื่อกระตุ้นทางอารมณ์ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เท่ากับ .96, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, .86 และ .93 ตามลำดับ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มเยาวชนชายรักชายที่กำลังศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง ในภาคเหนือ จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยมีค่า KR-20 เท่ากับ .75 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามมีค่า .80, .97, .75, .86, .93, .94 และ .89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเข้าพบเลือกกลุ่มเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น ด้วยวิธีการแบบบอกต่อ (Snowball Sampling) โดยเริ่มจากเยาวชนชายรักชายที่วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 10 คนเป็นกลุ่มตัวอย่างตั้งต้น โดยจะไม่มี การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในอาสาสมัครตั้งต้น ให้อาสาสมัครตั้งต้น แนะนำกลุ่มเยาวชนชายรักชายที่กำลังศึกษาอยู่ในสถาบันอุดมศึกษา ในจังหวัดเพชรบุรี
2. เมื่ออาสาสมัครตั้งต้นแนะนำอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณสมบัติเมื่อเข้าเกณฑ์การศึกษาและเมื่ออาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยทำการนัดหมาย ในสถานที่มืดชิดและอาสาสมัครสะดวก เมื่อมาพบอาสาสมัครตามที่นัดหมาย ผู้วิจัยแนะนำตัวและนำเอกสารสำหรับอาสาสมัครวิจัยให้อาสาสมัครอ่าน เมื่ออาสาสมัครเข้าใจและรับทราบ ผู้วิจัยทำการพิมพ์ภาพ QR Code ให้อาสาสมัครสแกนเพื่อเข้าถึงแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ (Google form) ซึ่งในหน้าแรกของแบบสอบถามเป็นหนังสือแสดงความยินยอม โดยให้กดเลือก “ยินยอม” ถ้าหากอาสาสมัครเปลี่ยนใจสามารถกดเลือก “ไม่ยินยอม” ระบบจะนำไปสู่หน้าสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม
3. อาสาสมัครตอบแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ (Google form) โดยผู้วิจัยให้ความเป็นอิสระและให้ความเป็นส่วนตัวกับอาสาสมัครเมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วให้อาสาสมัครกดเลือก “ส่ง” และผู้วิจัยนำเอกสารเฉลยคำตอบแบบสอบถามส่วนความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้อาสาสมัครทราบถึงข้อมูลที่ถูกต้อง อาสาสมัครใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 – 45 นาที
4. เมื่ออาสาสมัครทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้อาสาสมัครแนะนำเยาวชนชายรักชายในสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดเพชรบุรีคนต่อไป โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ไปพบอาสาสมัครที่ได้รับการบอกต่อด้วยตนเอง จนกระทั่งสามารถรวบรวมข้อมูลได้ครบจำนวน 100 คนจึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองในเดือนกรกฎาคม และใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 2 สัปดาห์
5. ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยตั้งค่าจำกัดการตอบแบบสอบถามบัญชีจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (อีเมล) ในการลงชื่อเข้าใช้ โดยหนึ่งบัญชีอีเมลสามารถทำแบบสอบถามได้ครั้งเดียวเท่านั้น การนำเสนอผลวิจัยจะเป็นภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยตัวตนและจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถามทั้งการเรียน และการรับบริการทางสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ ได้รับการตอบกลับของแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ที่มีข้อมูลครบถ้วน จำนวน 100 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.30 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์อำนาจการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) โดยกำหนดที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดลองที่ระดับ .05 โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ตัวแปรต้นบางตัวเมื่อทำการทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติ (normality distribution) จากค่า Kolmogorov-Smirnov test พบว่ามีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ จึงจัดการข้อมูลด้วยการแปลงข้อมูลโดยใช้เลขฐานสิบ (log) และทำการตรวจสอบซ้ำพบว่า มีการกระจายแบบโค้งปกติ ทดสอบความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า มีค่าน้อยกว่า .80 (Srisathitnarakun, 2010) แสดงว่าตัวแปรต้นทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ค่า Tolerance ไม่เข้าใกล้ศูนย์ และค่า VIP ไม่เกิน 4 ทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ มีค่าคงที่ (homoscedasticity) พบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์กระจายบริเวณค่าศูนย์ ความเป็นอิสระของค่าความคลาดเคลื่อน (autocorrelation) พบว่าค่า Durbin-Watson มีค่าเข้าใกล้ 1.906

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ผลการรับรองเลขที่ อว 67.04.2/(ECSC)681 ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 อาสาสมัครการวิจัยได้รับการพิทักษ์สิทธิตามมาตรฐานการวิจัย นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและทำลายข้อมูลการวิจัยภายใน 1 ปีหลังจากที่เผยแพร่บทความการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน มีอายุเฉลี่ย 20.72 ปี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในชั้นปีที่ 4 หรือ เทียบเท่าร้อยละ 37 รองลงมาคือชั้นปีที่ 3 หรือเทียบเท่าร้อยละ 25 พักอาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 67 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ เท่ากับ 10,001 – 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 33 และกลุ่มตัวอย่างได้รับรายได้จากครอบครัวเฉลี่ย 5,632.50 บาท ($SD = 4,203.76$) มีสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวในระดับดี ร้อยละ 83 มีการสื่อสารเรื่องเพศภายในครอบครัว ร้อยละ 79 และบุคคลภายในครอบครัวที่กลุ่มตัวอย่างสนิทคือ มารดา ร้อยละ 50 มีคู่รักที่เป็นเพศเดียวกัน ร้อยละ 61 เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน (การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก, ทางปาก) ร้อยละ 73 ไม่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 100 และเคยมีประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันปัญหาทางเพศ/การเข้าค่ายเยาวชนป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ร้อยละ 50 รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) ($M = 20.72, SD = 1.81$)		
ชั้นปีที่กำลังศึกษา		
1	22	22.00
2	16	16.00
3	25	25.00
4	37	37.00
การพักอาศัย		
อยู่กับครอบครัว	67	67.00
ไม่ได้อยู่กับครอบครัว	33	33.00
รายได้รวมของครอบครัว (บาท)		
ต่ำกว่า 10,000	7	7.00
10,000 – 20,000	33	33.00
20,001 – 30,000	31	31.00
มากกว่า 30,000	29	29.00
รายได้ที่ได้รับจากครอบครัว (บาท) ($M = 5,632.50, SD = 4,203.76$)		
สัมพันธภาพภายในครอบครัว		
ดี	83	83.0
ปานกลาง	17	17.0
บุคคลในครอบครัวที่สนิทสนมมากที่สุด		
มารดา	50	50.00
พี่น้อง	38	38.00
บิดา	12	12.00
การมีคู่รักเพศเดียวกัน		
มี	61	61.00
ไม่มี	39	39.00
ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน (ทวารหนัก, ทางปาก)		
เคย	73	73.00
ไม่เคย	27	27.00
การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
เคย	0	0.00
ไม่เคย	100	100.00
ประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันปัญหาทางเพศ/ค่ายเยาวชนป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ		
เคย	50	50.00
ไม่เคย	50	50.00

2. ระดับของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของเยาวชนชายรักชายในสถาบันอุดมศึกษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเยาวชนชายรักชายในสถาบันอุดมศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระดับสูง ($M = 22.59, SD = 2.60$) ค่าเฉลี่ยคะแนนอิทธิพลจากเพื่อน อยู่ในระดับมาก ($M = 4.48, SD = .47$) ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับดี ($M = 4.50, SD = .70$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย อยู่ในระดับง่าย ($M = 4.31, SD = .46$) ค่าเฉลี่ยคะแนนการได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน คือ ได้รับการสนับสนุนและชักจูงจากกลุ่มเพื่อนเป็นประจำ ($M = 2.70, SD = .40$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสะดวกในการเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางอารมณ์ อยู่ในระดับง่าย ($M = 3.94, SD = .92$) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับดี ($M = 4.64, SD = .51$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับดี ($M = 2.68, SD = .32$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของเยาวชนชายรักชายในสถาบันอุดมศึกษาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ($n = 100$)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	22.59	2.60	สูง
อิทธิพลจากเพื่อน	4.48	.47	มาก
เจตคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	4.50	.70	มาก
ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย	4.31	.46	มาก
อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน	2.70	.40	มาก
ความสะดวกในการเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางอารมณ์	3.94	.92	มาก
การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	4.64	.51	มาก
พฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	2.68	.32	มาก

3. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของเยาวชนชายรักชายในสถาบันอุดมศึกษาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ($r = .49$) ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย ($r = .31$) เจตคติต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ($r = .71$) อิทธิพลจากเพื่อน ($r = .44$) อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน ($r = .45$) ความสะดวกในการเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางอารมณ์ ($r = .18$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ($r = .44$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของเยาวชนชายรักชายในสถาบันอุดมศึกษา ดังตาราง 3

ปัจจัยด้านอิทธิพลจากเพื่อน ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของเยาวชนชายรักชายในสถาบันอุดมศึกษาได้ร้อยละ 61.90 ($R^2 = .619$) และสามารถเขียนสมการการถดถอยพหุเชิงเส้นโดยใช้คะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้

$$Y = .71X_2 + .27X_4 - .16X_7$$

การอภิปรายผล

ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนชายรักชายในสถาบันอุดมศึกษา ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีทั้งหมด 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านอิทธิพลจากเพื่อน ($Beta = .71$) ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย ($Beta = .27$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ($Beta = -.16$) โดยปัจจัยทั้งสามปัจจัย สามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนชายรักชายในสถาบันอุดมศึกษาได้ร้อยละ 61.90 สามารถอธิบายได้ ดังนี้

อิทธิพลจากเพื่อน เช่น ถ้าท่านได้รับคำร้องขอจากเพื่อนให้ท่านใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ท่านจะปฏิบัติตาม ท่านจะไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ หากเพื่อน ไม่อยากให้ท่านใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น ทั้งนี้ จากแนวคิด IMB ซึ่งอิทธิพลจากเพื่อนเป็นแรงจูงใจทางสังคมหรือแรงจูงใจภายนอก กล่าวคือ การที่บุคคลมีการรับรู้ว่าคุณค่าหรือกลุ่มคนที่มีความสำคัญกับตนเองต้องการให้ตนเองทำหรือไม่ทำพฤติกรรม นั้นมากน้อยเพียงใดความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมนั้น ก็จะเป็นตามอิทธิพลของบุคคลหรือกลุ่มคนนั้น (Fisher & Fisher, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสื่อสารกับเพื่อนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ทั้งเพื่อนประจำและเพื่อนชั่วคราว ซึ่งเป็นพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Srisuriyawate & Homsin, 2018) ดังนั้น ถ้ากลุ่มเยาวชนชายรักชายได้รับอิทธิพลจากเพื่อน ก็จะเป็นแรงจูงใจภายนอกที่มีอิทธิพลและส่งผลให้เกิดพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย เช่น ท่านรู้จักแหล่งซื้อถุงยางอนามัย รู้จักแหล่งที่จะรับถุงยางอนามัยฟรี เป็นต้น สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนชายรักชายในสถาบันอุดมศึกษาได้ หมายความว่า ถ้ากลุ่มเยาวชนชายรักชายมีความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัยในระดับมาก ก็จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากขึ้น เช่นกัน การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์หรือสื่อที่เป็นประโยชน์ที่ทำให้เกิดการ ทำพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ทำให้บุคคลนั้นทำพฤติกรรมนั้นได้ (Fisher & Fisher, 1992) การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายรักชาย ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย ($Beta = .18$) สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายรักชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Buapan et al, 2016)

การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ท่านมั่นใจว่าสามารถใช้ถุงยางอนามัยได้ทุกครั้ง เมื่อท่านมีเพศสัมพันธ์ ถ้าไม่มีถุงยางอนามัย ท่านมั่นใจว่าสามารถหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ได้ เป็นต้น สามารถร่วมทำนายนพฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนชายรักชายในสถาบันอุดมศึกษาได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคู่วัยเดียวกัน ร้อยละ 61 และเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 73 และอิทธิพลจากคู่นอนมีค่าความสัมพันธ์ระดับสูง ($r = .71$) ซึ่งคู่นอนมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายความว่าถ้ากลุ่มเยาวชนชายรักชายมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากเพียงใด แต่กลุ่มตัวอย่างได้รับอิทธิพลจากคู่นอนมาก ก็อาจจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลงได้ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎี IMB (Fisher & Fisher, 1992) และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชายรักชายในสถาบันอุดมศึกษา ในจังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการใช้ถุงยางอนามัย สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชายรักชายได้ (Sookrak, 2018)

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มเยาวชนชายรักชายในสถาบันอุดมศึกษาที่เท่านั้น ไม่รวมกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มเยาวชนชายรักสองเพศ กลุ่มเยาวชนสาวประเภทสอง และกลุ่มเยาวชนชายรักชายส่วนใหญ่ไม่มีการเปิดเผยตัวตนยากต่อการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ ผลการศึกษายังไม่นับรวม กลุ่มเยาวชนชายรักชายที่ยังปิดบังสถานะและไม่สะดวกใจในการเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

องค์กรที่มีส่วนในการบริหารจัดการเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สามารถนำข้อมูลเพื่อจัดทำแผนสนับสนุนการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการต่อรองกับคู่นอน การจัดบริการถุงยางอนามัยให้ทั่วถึง ทั้งในสถาบันการศึกษา หอพัก และชุมชน และการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับอิทธิพลจากคู่นอนในกลุ่มเยาวชนชายรักชาย ต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มเยาวชนชายรักชาย โดยเน้นปัจจัยอิทธิพลจากคู่นอน ความสะดวกในการเข้าถึงถุงยางอนามัย และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

รายการอ้างอิง

- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Buapan, C., Rutchagul, P., & Buaboon, N. (2016). Factors predicting condom use behavior among men who have sex with men in Bangkok. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 34(2), 62-73. (in Thai)
- Centers for disease control and prevention: CDC. (2019, 11 April). *STD facts – What gay, bisexual and other men who have sex with men need to know about sexually transmitted diseases*. <https://www.cdc.gov/std/life-stages-populations/stdfact-msm.htm>
- Charoensiri, S., Toonsiri, C., & Leelukkanaveera, Y. (2019). Factors affecting sexually transmitted infection preventive behaviors among male students in non-formal education. *Journal of Phrapokklao College of Nursing*, 30(2), 14-25. (in Thai)
- Chondaeng, K., Rutchagul, P., & Buaboon, N. (2018). Factors influencing HIV preventive behaviors among male adolescents in a correctional institution. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(1), 43-51 (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public health. (2021). *Sexually transmitted disease*. <https://catalog.nso.go.th/group/os-01> (in Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111(3), 455-474. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.3.455>
- Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2016). MSM in Thailand, Who is this?, How many are there?, Who knows?. *Population and Development Newsletter*, 36(6), 1-3.
- Jansen, K., Steffen, G., Potthoff, A., Schuppe, A. K., Beer, D., Jessen, H., Scholten, S., Spornraft-Ragaller, P., Bremer, V., Tiemann, C., & MSM Screening Study group. (2020). STI in times of PrEP: High prevalence of chlamydia, gonorrhea, and mycoplasma at different anatomic sites in men who have sex with men in Germany. *BMC Infectious Diseases*, 20, Article 110. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-4831-4>
- Ketsing, W. (1995). *Statistics used in research*. Research Division, Office of the Commission National Education.

- Monsima, T. (2011). *Health behaviors regarding prevention of sexually transmitted diseases of College of Physical Education Students Northeast*. Srinakharinwirot University. (in Thai)
- National Statistical Office of Thailand. (2020). *Demography/ population*. <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx> (in Thai)
- Ochonye, B., Folayan, M. O., Fatusi, A. O., Bello, B. M., Ajidagba, B., Emmanuel, G., Paul Umoh, P., Yusuf, A., & Jaiyebo, T. (2019). Sexual practices, sexual behavior and HIV risk profile of key populations in Nigeria. *BMC Public Health*, 19(1), Article 1210. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7553-z>
- Sookrak, N., Srisuriyawate, R., & Homsin, P. (2018). Predicted factors of consistent condom use among men who have sex with men (MSM) undergraduate students in higher education institutions, Chonburi Province. *Journal of Public Health Nursing*, 32(3), 83-99. (in Thai)
- Srisathitnarakun, B. (2010). *The methodology in nursing research*. U & I Intermedia. (in Thai)
- Suriyasarn, B. (2015). *Gender identity and sexual orientation in Thailand*, 2019. International Labour Organization. (in Thai)
- Suwan, G., Janprasert, S., & Homsin, P. (2017). Results of development Health beliefs in military personnel's intentions and behaviors to prevent sexually transmitted diseases. Stationed in Nakhon Ratchasima Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(1), 237-244. (in Thai)
- Suwannaphant, K., Khottarin, S., Kansin, S., & Vonok L. (2019). Health literacy factors associated with risk behaviours in HIV infection among high school male students, Bueng Kan Province. *Journal of The Office of ODPC 7 Khon Kaen*, 26(2), 71-82. (in Thai)
- World Health Organization. (2004). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf

บทความวิจัย (Research article)

การรับรู้การบริหารทางการแพทย์และการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูง

ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม

Perceptions of Nursing Management and Practices in Management for
High-Alert Drugs among Registered Nurses at Nakhon Pathom Hospital

นันทวรรณ แสงโสภิต^{1*}, พรทิพย์ กิระพงษ์², นิตยา เพ็ญศิริินภา²

Nanthawan Saengsophit^{1*}, Phonthip Geerapong², Nittaya Pensirinapa²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nanthawan2509@gmail.com, เบอร์โทรศัพท์ 081-8191900)

(Received: September 16, 2023; Revised: November 11, 2023; Accepted: December 20, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) การปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม ปัจจัยส่วนบุคคล และระดับการรับรู้การบริหารทางการแพทย์ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้การบริหารทางการแพทย์กับการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูง และ 3) อิทธิพลของปัจจัยทำนายการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูง กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลนครปฐมที่ทำงานอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 259 คน โดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การบริหารทางการแพทย์และการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพที่มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .93 และ .97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลวิจัยพบว่า

พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.49$, $SD = .71$) มีการรับรู้การบริหารทางการแพทย์ตามแนวคิด 7-S ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.13$, $SD = .81$) ปัจจัยการรับรู้การบริหารทางการแพทย์ตามแนวคิด 7-S มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .50, .49, .48, .45, .45$ และ $.42$ ตามลำดับ) ปัจจัยด้านค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร ด้านความพร้อมของระบบงาน และด้านภาวะผู้นำของผู้บริหาร ($Beta = .28, .21$ และ $.19$ ตามลำดับ) ร่วมกันทำนายความแปรปรวนของการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาเสี่ยงสูงทางการแพทย์ ได้ร้อยละ 33.10

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Master Student of Public Health, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Associated Professor, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ผู้บริหารควรทำแผนพัฒนาด้านค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร ด้านระบบงาน ด้านภาวะผู้นำของผู้บริหารที่สนับสนุนให้กับพยาบาลวิชาชีพบริหารยาเสี่ยงสูงที่ปลอดภัยต่อการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: การรับรู้การบริหารทางการแพทย์, การบริหารทางการแพทย์, การบริหารยาเสี่ยงสูง

Abstract

This cross-sectional descriptive study aims to examine 1) practices in management for High-Alert Drugs of registered nurses, personal factors and perceptions on nursing management of registered nurses, 2) the relationship between personal factors and perceptions of nursing management and the practices in management for High-Alert drugs of Registered nurses, and 3) influence of those factors on the practices in management for High-Alert drugs of registered nurses, all among registered nurses (RNs) at Nakhon Phathom Hospital. The study involved a sample of 259 RNs at the hospital who had worked there for at least one year with randomly selected using stratified sampling. The research tool was a questionnaire about perceptions of nursing management and practices in management for high-alert drugs of registered nurses with a reliability coefficient of .93 and .97. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and multiple regression. The results showed that,

Registered nurses' level of practice in administering High-Alert Drugs, the overall level is high ($M = 4.49$, $SD = .71$); their overall factors related to nursing management based on the 7-S framework are at a middle level ($M = 4.13$, $SD = .81$), the factors related to nursing management based on the 7-S framework is a moderate positive correlation with practice in administering High-Alert Drugs ($r = .50, .49, .48, .45, .45$, and $.42$) are significantly ($p < .001$) correlated with share values and culture, the work system and leadership ($Beta = .28, .21$, and $.19$) show a positive influence on their practice in administering High-Alert Drugs with 33.10 % predictive efficiency.

This research indicates that the hospital's administrators should create a development plan for organizational values and culture. The readiness of the work system is efficient. Executive leadership that supports registered nurses in the safe administration of high-risk medicines for patients.

Keywords: Perception of nursing management, Nursing management, Management for high-alert drug

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2017) ให้ความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) จากการรายงานสถานการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการให้บริการทางการแพทย์ พบว่า 4 ใน 10 ของจำนวนผู้ป่วยขณะได้รับการดูแลรักษาเกิดจากสาเหตุที่น่าจะป้องกันได้ ซึ่งสาเหตุที่สำคัญ คือ การให้ยาที่คลาดเคลื่อน องค์การอนามัยโลกจึงส่งเสริมให้ทุกประเทศร่วมกันพัฒนามาตรฐานและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ (World Health Organization, 2015) รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจทำให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้รับอันตราย บาดเจ็บ และสูญเสียรายได้ ลดการค่าใช้จ่ายค่าเสียหายของหน่วยบริการต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น (Institute for Hospital Development and Accreditation, 2017) นอกจากนี้สภาการพยาบาลได้กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการและคุณภาพทางการพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้คุณภาพการพยาบาลมีความปลอดภัย เกิดความเสี่ยงหรือมีข้อผิดพลาดน้อยที่สุด (Nursing Division, Ministry of Public Health, 2008; Wanthanatas et al., 2018) และพยาบาลถือว่าเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐานสอดคล้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ภายใต้กรอบพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญและเป็นตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการบริการ

กระบวนการบริหารยาทางการพยาบาล ประกอบด้วย การเก็บรักษา การจัดเตรียมและผสมยา การนำไปให้แก่ผู้ป่วย การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการบันทึกการให้ยา (Ningsanon et al., 2011) ดังนั้นความคลาดเคลื่อนทางยามีโอกาสเกิดได้ทุกขั้นตอนของการใช้ยา ทั้งจากบุคคลและระบบ ไม่ว่าจะเป็น การสั่งจ่ายยา การคัดลอกคำสั่งจ่ายยา การจ่ายยา และการให้ยา (Khruaeawang, 2018) สาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบมีสาเหตุจากหลายประเด็น ได้แก่ การมีข้อมูลของผู้ป่วยและอาการของผู้ป่วยไม่เพียงพอ การขาดความรู้เรื่องยา การคำนวณยาผิด ลายมือเขียนคำสั่งยาอ่านยาก ความสับสนเรื่องชื่อยา และ การซักประวัติผู้ป่วยไม่ละเอียดพอ (The Association of Hospital Pharmacist, Thailand, 2022) โดยเฉพาะการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง (High- Alert Drugs) ซึ่งเป็นยาที่มีแนวโน้มทำให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ หากมีความผิดพลาดในการบริหารยาสามารถเกิดอันตรายที่รุนแรงกับผู้ป่วยได้ (Institute for Safe Medication Practices: ISMP, 2018) บทบาทของพยาบาลระหว่างการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงเน้นการให้ข้อมูลความจำเป็นของการใช้ยา การตรวจสอบคำสั่งการใช้ยาพร้อมทั้งจัดเตรียมยาให้ถูกต้องตามหลักการเตรียมยาแต่ละชนิด (Doommai et al., 2021) ดังนั้น อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาความเสี่ยงสูงจะลดลง เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมยาอย่างถูกต้อง เหมาะสม ประกอบกับคำสั่งการรักษาที่ชัดเจน การใช้ตัวย่อที่เป็นสากล มีการประเมิน สังเกตอาการข้างเคียงของยาอย่างต่อเนื่องทั้งขณะและหลังการบริหารยา การสื่อสารที่มีคุณภาพระหว่างพยาบาลผู้ให้ยาและพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยต่อโดยเฉพาะช่วงส่งต่อเวร (Plengarom, 2021) นอกจากนี้ การพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเด็นการบริหารยาเสี่ยงสูงถูกกำหนดเป็น

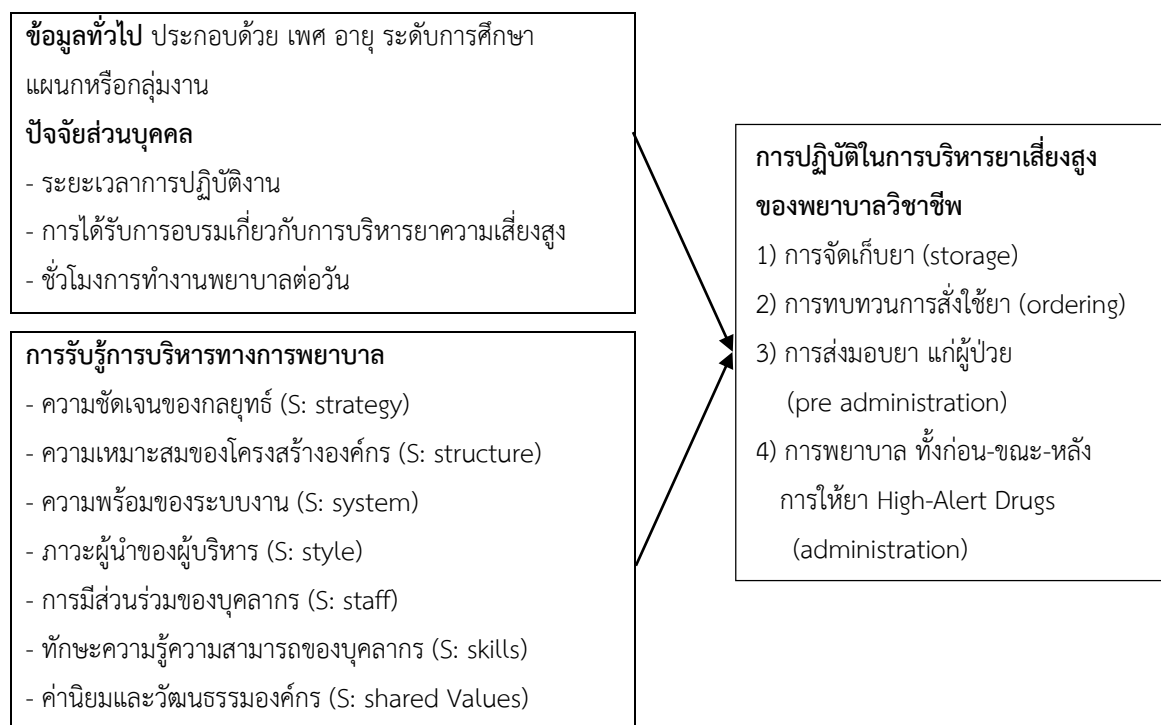
ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการการพยาบาลที่สำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางและนโยบายโรงพยาบาลนครปฐม ที่ได้กำหนดประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety goal) ไว้เป็นหลักการทำงานพื้นฐานที่สำคัญของโรงพยาบาล จนนำไปสู่การกำหนดกลยุทธ์แผนงานและโครงการการจัดการด้านยาเสี่ยงสูงมาอย่างต่อเนื่อง (Nakhon Pathom Hospital Quality Center, 2022)

การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพนั้นย่อมได้รับอิทธิพลจากการบริหารขององค์กร ดังนั้น การบริหารจัดการองค์กรที่เอื้อให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับมาตรฐานและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยด้านการบริหารยาเสี่ยงสูง จึงเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่ง การประเมินประสิทธิภาพการบริหารงานภายในขององค์กรพยาบาลโดยใช้แนวคิด 7 องค์ประกอบ ทางการบริหารของแมคคินซี (McKinsey 7-S) ที่ประกอบด้วย กลยุทธ์ (S: strategy) โครงสร้างองค์กร (S: structure) ระบบงาน (S: system) ภาวะผู้นำของผู้บริหาร (S: style) บุคลากร (S: staff) ความสามารถของบุคลากร (S: skills) และค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร (S: shared values) (Waterman., et al., 1980) มาใช้เป็นแนวทางในการประเมิน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยการบริหารด้านกลยุทธ์ ด้านบุคลากร และด้านระบบ สามารถพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ของบุคลากรฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ได้ร้อยละ 77.2 (Oradee et al., 2020) ค่านิยมร่วมและรูปแบบการบริหารสามารถพยากรณ์ความสำเร็จในการบริหารงานตามแผนยุทธศาสตร์ได้ร้อยละ 70.7 (Phativikrai Wong et al., 2018) และพบว่าค่านิยมร่วม กลยุทธ์ ระบบงาน ทักษะบุคลากร และโครงสร้างองค์กร มีอิทธิพลต่อความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของหน่วยงานระดับเขตกระทรวงสาธารณสุข (Jumpang et al., 2012)

จากรายงานผลการปฏิบัติการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม พบรายงานอุบัติการณ์ในหมวด safe from adverse drug event ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 มีจำนวนครั้งของการไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ (guideline) ของการใช้ยาเสี่ยงสูง 7, 33 และ 24 ครั้ง และพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยทำให้ต้องได้รับการรักษาเพิ่มจำนวน 5, 9 และ 3 ราย ตามลำดับ (Nakhon Pathom Hospital Quality Center, 2022) จากอุบัติการณ์ดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ และผลการวิจัยสามารถนำมาวางแผนพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารยาเสี่ยงสูง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการรับรู้การบริหารทางการพยาบาลตามแนวคิด 7-S ว่ามีอิทธิพลทางบวกต่อการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพอย่างไร และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ การได้รับการอบรม และชั่วโมงการทำงานต่อวัน จะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาเสี่ยงสูงทางการพยาบาลหรือไม่ จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่าจะสามารถนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย คาดการณ์และวางแผนการแก้ไขปัญหาได้ดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า (Benner, 1984) โดยมุ่งหวังว่าผลการศึกษานี้จะนำไปสู่การกำหนดนโยบายที่เหมาะสมในการพัฒนาและปรับปรุงองค์กรพยาบาล ตลอดจนนำไปสู่ความร่วมมือในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยทั้งของผู้รับและผู้ให้บริการต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษา การรับรู้การบริหารทางการแพทย์และการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม ตามแนวคิดปัจจัยส่วนบุคคล การบริหารทางการแพทย์ตามแนวคิด McKinsey's 7-S framework (Waterman et al., 1980) และการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาเสี่ยงสูงทางการแพทย์ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัยการรับรู้การบริหารทางการแพทย์และการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการรับรู้การบริหารทางการแพทย์ ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการรับรู้การบริหารทางการแพทย์ กับ การปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการรับรู้การบริหารทางการแพทย์ ในการทำนายการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารยาเสี่ยงสูง และชั่วโมงการทำงานพยาบาลต่อวัน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม

2. การรับรู้การบริหารทางการแพทย์พยาบาลตามแนวคิด 7S ในภาพรวม และรายด้าน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม

3. ปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้เกี่ยวกับการบริหารทางการแพทย์พยาบาล สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research) มีวิธีดำเนินการวิจัยรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพประจำการที่ปฏิบัติงานใน 13 กลุ่มงาน 39 หน่วยงานของโรงพยาบาลนครปฐม ณ เดือนกันยายน 2565 จำนวน 689 คน (Nursing Department, Nakhon Pathom Hospital, 2023)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพประจำการที่ปฏิบัติงานปฏิบัติงานใน 13 กลุ่มงาน 39 หน่วยงาน ของโรงพยาบาลนครปฐม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 2) ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโดยตรงตามเวร 8 ชั่วโมง 3) ไม่อยู่ระหว่างการอบรมระยะสั้นหรือลาศึกษาต่อ และ 4) ยินดีให้ข้อมูลการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคำนวณสำเร็จรูป จากงานวิจัยของ Saneha et al. (2018) มีค่า $r = .153$ กำหนด $\alpha = .05$ เมื่อแทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 233 คน เพื่อป้องกันการสูญเสีย จึงเก็บตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 259 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิตามกลุ่มงานบริการพยาบาลจากบัญชีรายชื่อพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งหน้าที่ในองค์กรพยาบาล ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อวัน การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงสูง เป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมคำ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐมเกี่ยวกับการบริหารทางการแพทย์พยาบาลตามแนวคิด McKinsey's 7-S framework ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 7 ด้าน คือ ความชัดเจนของกลยุทธ์ ความเหมาะสมของโครงสร้างองค์กร ความพร้อมของระบบงาน ภาวะผู้นำของผู้บริหาร การมีส่วนร่วมของบุคลากร ทักษะความรู้ความสามารถของบุคลากร และค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร จำนวน 14 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ไปถึงน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม สร้างตามหลักและกระบวนการบริหารยาทางการแพทย์พยาบาล 4 ด้าน คือ 1) การจัดเก็บยา 2) การ

พบพบการสั่งใช้ยา 3) การส่งมอบยาแก่ผู้ป่วย และ 4) การพยาบาล ทั้งก่อน-ขณะ-หลังการให้ยา จำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติมากที่สุด หรือปฏิบัติทุกครั้ง
- 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติมาก หรือทำการปฏิบัติ 7-9 ครั้งใน 10 ครั้ง
- 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติ ปานกลาง หรือทำการปฏิบัติ 4-6 ครั้งใน 10 ครั้ง
- 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติน้อย หรือทำการปฏิบัติ 1-3 ครั้งใน 10 ครั้ง
- 1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติน้อยที่สุด หรือไม่ได้ปฏิบัติเลย

แบบสอบถามตอนที่ 2 และ 3 คัดคะแนนเฉลี่ย มีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวม ดังนี้ (Karnasutha, 1999)

- ระหว่าง 4.50 – 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับสูงมาก
- ระหว่าง 3.50 – 4.49 คะแนน หมายถึง ระดับสูง
- ระหว่าง 2.50 – 3.49 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง
- ระหว่าง 1.50 – 2.49 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ
- ระหว่าง 1.00 – 1.49 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ด้านการบริหารยุทธศาสตร์ ด้านบริหารการพยาบาล และด้านการจัดการด้านยาผู้ป่วย โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของ (index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ .75 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามแบบสอบถามปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการบริหารทางการพยาบาล และแบบสอบถามการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูง มีค่า .93 และ .97 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนครปฐม ได้ดำเนินการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม ในการขอดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการตอบแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ (Google form)

2. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณสมบัติและคัดเลือกผู้ที่เข้าเกณฑ์การศึกษา และผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มอาสาสมัคร เมื่ออาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยทำการนัดหมายในสถานที่นัดชิดและอาสาสมัครสะดวก เมื่อมาพบอาสาสมัครตามทีนัดหมาย ผู้วิจัยแนะนำตัวและนำเอกสารสำหรับอาสาสมัครวิจัยให้อาสาสมัครอ่าน เมื่ออาสาสมัครเข้าใจและรับทราบ ผู้วิจัยทำการพิมพ์ภาพ QR Code ให้อาสาสมัครสแกนเพื่อเข้าถึงแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ (Google form) ซึ่งในหน้าแรกของแบบสอบถามเป็นหนังสือแสดงความยินยอม โดยให้กดเลือก “ยินยอม” ถ้าหากอาสาสมัครเปลี่ยนใจสามารถกดเลือก “ไม่ยินยอม” ระบบจะนำไปสู่หน้าสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม

3. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ (Google form) โดยผู้วิจัยให้ความเป็นอิสระและให้ความเป็นส่วนตัวกับอาสาสมัครเมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วให้อาสาสมัครกดเลือก “ส่ง” อาสาสมัครใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 – 45 นาที ใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 10 กรกฎาคม 2566 -วันที่ 5 สิงหาคม 2566

4. ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยตั้งค่าจำกัดการตอบแบบสอบถามบัญชีจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (อีเมล) ในการลงชื่อเข้าใช้ โดยหนึ่งบัญชีอีเมลสามารถทำแบบสอบถามได้ครั้งเดียวเท่านั้น การนำเสนอผลวิจัยจะเป็นภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยตัวตนและจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ ได้รับการตอบกลับของแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ที่มีข้อมูลครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 100 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้การบริหารทางการแพทย์ และการปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการรับรู้การบริหารทางการแพทย์กับการปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน การอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงสูง และจำนวนชั่วโมงการทำงานพยาบาลต่อวัน และปัจจัยการรับรู้การบริหารทางการแพทย์ตามแนวคิด 7S ของแมคคินซี กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) (Lamsawadikul & Asawachaiwikrom, 2006) ดังนี้

ความสัมพันธ์ทางตรง	ความสัมพันธ์ผกผัน	ความหมาย
1.00	-1.00	สมบูรณ์
0.80-0.99	-0.80-0.99	สูงมาก
0.60-0.79	-0.60-0.79	สูง
0.40-0.59	-0.40-0.59	ปานกลาง
0.20-0.39	-0.20-0.39	ต่ำ
0.10-0.19	-0.10-0.19	ต่ำมาก
0.00-0.09	-0.00-0.09	ต่ำมากที่สุด

3. วิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการรับรู้การบริหารทางการแพทย์กับการปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณนำเข้าตัวแปรแบบขั้นตอน (stepwise) โดยผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Hair et al., 2010) ได้แก่ 1) ข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิง

เส้น (linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ normal probability plot พบว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ 2) ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ต้องมีความเป็นเอกภาพ (homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี outliers โดยพิจารณาจากกราฟ scatter Plot พบว่ามีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง ± 3 3) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (multicollinearity) โดยพบว่าค่า Tolerance ไม่น้อยกว่า 0.2 และ VIF ไม่เกิน 5 โดยค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.476 - 0.653 และค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.532-2.102 และ 4) ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.85 ซึ่งอยู่ในช่วง 1.50 – 2.50

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนครปฐม เลขที่ NPH-REC No. 024/2023 ลงวันที่ 30 เดือน มิถุนายน 2566 อาสาสมัครการวิจัยได้รับการพิทักษ์สิทธิตามมาตรฐานการวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมโครงการให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมในการวิจัย การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล นำเสนอผลการวิจัยเชิงวิชาการในภาพรวมและทำลายข้อมูลการวิจัยภายใน 1 ปีหลังจากที่เผยแพร่บทความการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 259 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 96.14 อายุน้อยกว่า 30 ปีมากที่สุดร้อยละ 40.54 อายุเฉลี่ย 35.10 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.59 ระยะเวลาการปฏิบัติงาน 5-10 ปีร้อยละ 33.59 รองลงมา มีระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปีร้อยละ 29.34 โดยปฏิบัติงานวันละมากกว่าหรือเท่ากับ 16 ชั่วโมงที่ร้อยละ 58.69 รองลงมาปฏิบัติงานวันละน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงที่ร้อยละ 27.41

2. ระดับการปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการรับรู้การบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม

2.1 ระดับการปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า การปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐมในภาพรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 92.13 ($M = 4.49$, $SD = .71$) จำแนกรายด้านพบว่า ด้านการพยาบาลผู้ป่วยทั้งก่อน-ขณะ-หลังการให้เสี่ยงสูง อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 94.11 ($M = 4.57$, $SD = .66$) รองลงมา ด้านการส่งมอบยาแก่ผู้ป่วยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 93.54 ($M = 4.50$, $SD = .69$) ด้านการทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 92.86 ($M = 4.47$, $SD = .67$) และด้านการจัดเก็บยาอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 88.03 ($M = 4.41$, $SD = .82$) ตามลำดับ ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของระดับการปฏิบัติในการบริหารยา
เสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม จำแนกรายด้านและโดยรวม ($n = 259$)

ด้าน	ระดับการปฏิบัติ					รวมรายด้าน
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	สูง	สูงมาก	
การพยาบาลก่อน-ขณะ- หลังการให้ยาเสี่ยงสูง	1.83(.71)	1.33(.51)	12.08(4.66)	77.08(29.76)	166.67(64.35)	4.57(.66)
การส่งมอบยาแก่ผู้ป่วย	2.25(.87)	1.5(.58)	13(5.02)	90.25(34.85)	152(58.69)	4.50(.69)
การทบทวนคำสั่งใช้ยา ของแพทย์	1(.39)	1(.39)	16.5(6.37)	96.5(37.26)	144(55.60)	4.47(.67)
การจัดเก็บยา	3.5(1.35)	4(1.54)	23.5(9.07)	79(30.50)	149(57.53)	4.41(.82)
โดยรวม	2.15(.83)	1.96(.76)	16.27(6.28)	85.71(33.09)	152.92(59.04)	4.49(.71)

2.2 ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการรับรู้การบริหารทางการแพทย์ของพยาบาล
วิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล
นครปฐม มีระยะเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติงาน 11.41 ปี ($SD = 9.31$) ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน 13.12
ชม. ($SD = 3.61$) ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารยาเสี่ยงสูงมากที่สุดร้อยละ 55.60 และไม่เคยได้รับ
การอบรมเกี่ยวกับการบริหารยาเสี่ยงสูงร้อยละ 44.40 ปัจจัยการรับรู้การบริหารทางการแพทย์ของ
พยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับระดับสูง ($M = 4.13$, $SD = .81$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ด้าน
ความชัดเจนของกลยุทธ์ (S1) อยู่ในระดับสูง ($M = 4.36$, $SD = .71$) รองลงมาด้านความเหมาะสมของ
โครงสร้างองค์กร (S2) อยู่ในระดับสูง ($M = 4.30$, $SD = .77$) และด้านความพร้อมของระบบงาน (S3)
อยู่ในระดับสูง ($M = 4.30$, $SD = .73$) ตามลำดับ รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการรับรู้การบริหาร
ทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม ($n = 259$)

ปัจจัย	M	SD	ระดับ
ปัจจัยส่วนบุคคล			
ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน (Max = 16, Min = 8)	13.12	3.61	-
ระยะเวลาปฏิบัติงาน (ปี) (Max = 39, Min = 3)	11.41	9.31	-
การอบรมเกี่ยวกับการบริหารยาเสี่ยงสูง อบรมร้อยละ 55.60 ไม่อบรมร้อยละ 44.40			-
ปัจจัยการรับรู้การบริหารทางการแพทย์	4.13	.81	สูง
ความชัดเจนของกลยุทธ์ (S1)	4.36	.71	สูง
ความเหมาะสมของโครงสร้างองค์กร (S2)	4.30	.77	สูง
ความพร้อมของระบบงาน (S3)	4.22	.74	สูง
ภาวะผู้นำของผู้บริหาร (S4)	4.21	.76	สูง
ค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร (S7)	4.19	.74	สูง
การมีส่วนร่วมของบุคลากร (S5)	4.08	.81	สูง
ทักษะความรู้ความสามารถของบุคลากร (S6)	3.58	1.16	ปานกลาง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการรับรู้การบริหารทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ กับการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระยะเวลาการปฏิบัติงาน และชั่วโมงปฏิบัติงาน/วัน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.03$ และ $-.06$) ตามลำดับ และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารยาเสี่ยงสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .15$) ปัจจัยการรับรู้การบริหารทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกทุกด้านกับการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม โดยด้านค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร (S7) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากที่สุด ($r = .50$) รองลงมา ได้แก่ ด้านความพร้อมของระบบงาน (S3) ($r = .49$) และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์น้อยที่สุดด้านทักษะความรู้ความสามารถของบุคลากร (S6) ($r = .30$) รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการรับรู้การบริหารทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ กับการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม

ปัจจัย	r	ระดับ	p -value
ปัจจัยส่วนบุคคล			
การอบรมเกี่ยวกับการบริหารยาเสี่ยงสูง	.15*	ต่ำมาก	.014
ระยะเวลาปฏิบัติงาน	-.03	ต่ำมากที่สุด	.59
ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน	-.06	ต่ำมากที่สุด	.30
ปัจจัยการรับรู้การบริหารทางการแพทย์			
ด้านค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร (S7)	.50***	ปานกลาง	.001
ด้านความพร้อมของระบบงาน (S3)	.49***	ปานกลาง	.001
ด้านภาวะผู้นำของผู้บริหาร (S4)	.48***	ปานกลาง	.001
ด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากร (S5)	.45***	ปานกลาง	.001
ด้านความชัดเจนของกลยุทธ์ (S1)	.45***	ปานกลาง	.001
ด้านความเหมาะสมของโครงสร้างองค์กร (S2)	.42***	ปานกลาง	.001
ด้านทักษะความรู้ความสามารถของบุคลากร (S6)	.30***	ต่ำ	.001

* $p < .05$, *** $p < .001$

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า มีตัวแปรด้านค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร ($Beta = .283$) ความพร้อมของระบบงาน ($Beta = .21$) และภาวะผู้นำของผู้บริหาร ($Beta$

= .19) ร่วมกันทำนายความแปรปรวนการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาเสี่ยงสูงทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม ได้ร้อยละ 33.10 รายละเอียด ดังตาราง 4

ตาราง 4 การวิเคราะห์หัตถถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ปัจจัยทำนายการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาเสี่ยงสูงทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม

ตัวแปร	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ค่าคงที่	47.92	3.83		12.50***	< .001
ค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร	2.15	.48	.28	4.46***	< .001
ความพร้อมของระบบงาน	1.55	.56	.21	2.77**	.006
ภาวะผู้นำของผู้บริหาร	1.37	.53	.19	2.59**	.010

Durbin-Watson = 1.984, $R^2 = 0.331$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

การอภิปรายผล

1. การปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐมอยู่ พบว่า อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 92.13 โดยมีการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยทั้งก่อน-ขณะ-หลังการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 94.11 โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) ก่อนการให้ยา ได้แก่ การระบุและตรวจสอบประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยถือว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญเพื่อควบคุมความเสี่ยงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ 2) ขณะให้ยา ได้แก่ การตรวจสอบตัวตนของผู้ป่วย และตรวจสอบว่าเป็นผู้ป่วยที่ถูกต้องที่ควรได้รับยา การตรวจสอบยาที่จะให้ว่าเป็นยาที่ถูกต้องและสามารถใช้งานได้ ตรวจสอบก่อนการเปิดบรรจุภัณฑ์และการเปิดยา รวมถึงการตรวจสอบว่ายาที่ให้เป็นปริมาณที่เหมาะสมตามคำสั่งการใช้ยา การให้คำแนะนำและแจ้งเตือนให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่กำลังจะให้ ซึ่งอาจรวมถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากยา และการแจ้งเตือนให้หลีกเลี่ยงสิ่งที่มีโอกาสกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติในกระบวนการให้ยา และ 3) หลังการให้ยา ได้แก่ การติดตามผลของการให้ยาและบันทึกข้อมูลในเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการตรวจสอบความถูกต้องและประสิทธิภาพของกระบวนการให้ยา สอดคล้องกับการศึกษาบทบาทพยาบาลระหว่างการบริหารยาเสี่ยงสูง เน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นของการใช้ยาเสี่ยงสูง ตรวจสอบคำสั่งการใช้ยาพร้อมทั้งจัดเตรียมยาให้ถูกต้องตามหลักการเตรียมยาแต่ละชนิด หากพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคำสั่งการใช้ยาหรือคำสั่งการใช้ยาไม่ชัดเจนเพียงพอควรติดต่อประสานงานแพทย์ผู้สั่งใช้ยาทันทีก่อนบริหารยาแก่ผู้ป่วย (Doommai et al., 2021) และผลการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาความเสี่ยงสูงจะลดลง ดังนั้น เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมยาอย่างถูกต้อง เหมาะสม ประกอบกับคำสั่งแผนการรักษาที่ชัดเจน การใช้ตัวย่อที่เป็นสากล การประเมิน การสังเกตอาการและอาการข้างเคียงของยาทั้งขณะและหลังการบริหารยา

การสื่อสารกันระหว่างพยาบาลผู้ให้ยาและพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยต่อโดยเฉพาะช่วงส่งต่อเวร จะช่วยลดความเสี่ยงของการใช้ยาเสี่ยงสูงได้อย่างดี (Plengarom, 2021)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการรับรู้การบริหารจัดการทางพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ กับการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม

ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ผลการวิจัย พบว่า ด้านระยะเวลาการปฏิบัติงาน และชั่วโมงปฏิบัติงานต่อวัน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากที่สุดกับการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารยาเสี่ยงสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก หมายความว่า การปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาเสี่ยงสูงทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ปลอดภัยเป็นไปตามเป้าหมายคุณภาพนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ชั่วโมงการทำงานต่อวันและการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารยาเสี่ยงสูงของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น สะท้อนว่าการบริหารยาเสี่ยงสูงทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ปลอดภัยนั้นจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการบริหารจัดการทางพยาบาลในด้านอื่นๆ มากกว่าโดยเฉพาะการประยุกต์ใช้การบริหารจัดการทางพยาบาลตามแนวคิด 7-S ของแมคเคนซี (McKinsey's 7-S framework) สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยด้านการฝึกอบรมเรื่องการบริหารยาและความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพหรือผู้ป่วยในกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (Phritphongphan, 2011)

ปัจจัยการรับรู้การบริหารจัดการทางพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกทุกด้านกับการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม โดยด้านค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร (S7) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ด้านความพร้อมของระบบงาน (S3) และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์น้อยที่สุดด้านทักษะความรู้ความสามารถของบุคลากร (S6) โดยอธิบายได้ว่า

ด้านค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการสร้างบรรยากาศที่ส่งผลต่อการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูง องค์กรที่มีค่านิยมและวัฒนธรรมที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความตั้งใจความมุ่งมั่นในการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการใช้ยาและเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย ส่งเสริมให้เกิดความรับผิดชอบในการรายงานและแก้ไขความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้ยาผิดพลาดจะส่งผลให้มีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างทันท่วงทีส่งผลให้ลดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาผิดพลาด ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความตั้งใจในการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูง ส่งผลให้ลดความเสี่ยงในการใช้ยาและเพิ่มความปลอดภัย สอดคล้องกับผลการศึกษาวรรณกรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ (Kaewsomsee et al., 2017)

ด้านความพร้อมของระบบงาน มีความสำคัญเนื่องจากองค์กรควรมีการพัฒนาและเตรียมความพร้อมของระบบงาน พร้อมส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติในการลดความเสี่ยงในการใช้ยาและ

เพิ่มความปลอดภัยในการบริหารยาเสี่ยงสูง ความพร้อมของระบบงาน เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ระบบงานที่เป็นมาตรฐานและนโยบายในการบริหารยาเสี่ยงสูงช่วยให้พยาบาลวิชาชีพสามารถทำตามแนวทางและมีความเข้าใจในการปฏิบัติตามนโยบายได้ง่ายขึ้น การตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของการให้ยา และกระบวนการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยาเสี่ยงสูงได้สะดวก สามารถติดตามและตรวจสอบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้ยา การรายงานความผิดปกติ การตรวจสอบความเหมาะสมและความถูกต้องในการบริหารยาเสี่ยงสูง ทำให้มั่นใจว่ายาที่ให้ถูกต้องและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ระบบฝึกอบรมและพัฒนาทักษะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยาเสี่ยงสูงช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และความเข้าใจในการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับยาที่ถูกต้องและปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยการจัดการแบบ 7S ของแมคคินซี ที่มีผลกระทบ ต่อกระบวนการบริหารขององค์การบริหารส่วนตำบลนาทอง อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคามซึ่งพบว่าปัจจัยด้านระบบงาน มีผลกระทบ ต่อกระบวนการบริหารขององค์การบริหารส่วนตำบลนาทอง อยู่ในระดับมาก (Sujcharit, 2010)

ด้านภาวะผู้นำถือว่ามีความสำคัญต่อความสำเร็จในการบริหารองค์กร ผู้บริหารมีภาวะผู้นำมีวิสัยทัศน์และมีการตัดสินใจที่เหมาะสม ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน กระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพมีความกระตือรือร้นในการที่พัฒนาองค์ความรู้ใหม่ เสริมสร้างความรู้เดิมที่มีอยู่ มีการตัดสินใจในงานอย่างเป็นระบบและเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพสามารถตัดสินใจร่วมกัน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาเสี่ยงสูงได้ สอดคล้องกับการศึกษาการบริหารจัดการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดภาคกลาง ด้านการบริหารจัดการสู่ความเป็นเลิศด้วยเทคนิค 7-S พบว่าผู้บริหารควรมีการสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรในทุก ๆ หน่วยงาน และมีภาวะผู้นำเป็นผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ (Leklersindhu, 2019)

3. อิทธิพลในการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า มีตัวแปรด้านค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร ($Beta = .28$) ความพร้อมของระบบงาน ($Beta = .21$) และภาวะผู้นำของผู้บริหาร ($Beta = .19$) ร่วมกันทำนายความแปรปรวนการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาเสี่ยงสูงทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม ได้ร้อยละ 33.10 ซึ่งเห็นว่าองค์กร ควรให้ความสำคัญกับการบริหารค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐตามการรับรู้ของบุคลากรในหน่วยงานระดับเขต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอยู่ในระดับปานกลางที่ร้อยละ 65.64 (Jumpaeng et al., 2012) และผลการศึกษาการบริหารจัดการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดภาคกลาง ด้านการบริหารจัดการสู่ความเป็นเลิศด้วยเทคนิค 7-S ระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ในเทศบาลโดยด้านค่านิยมร่วม อยู่ในระดับมาก (Leklersindhu, 2019) และผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารงานตามแผนยุทธศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ได้แก่ ค่านิยมร่วมและรูปแบบการบริหารสามารถพยากรณ์ความสำเร็จในการบริหารงานตามแผนยุทธศาสตร์ได้ร้อยละ 70.7 สะท้อนว่าองค์กรควร

มีกลไกสร้างความร่วมมือโดยมุ่งเน้นให้บุคลากรแต่ละระดับอุทิศตนให้แก่งานและองค์กรเพื่อให้งานในความรับผิดชอบและองค์กรบรรลุเป้าหมาย (Phativikrai Wong et al., 2018)

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านความพร้อมของระบบงาน มีความสำคัญต่อการบริหารจัดการองค์กรเพื่อป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นในองค์กร องค์กรควรให้ความสำคัญกับการออกแบบระบบและกระบวนการการบริหารความเสี่ยงสูงตามลำดับขั้นของการปฏิบัติงานทุกอย่างที่เป็นระบบต่อเนื่องสอดคล้องประสานกันทุกระดับ สอดคล้องกับผลการศึกษาวัฒนธรรมเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของหน่วยงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าปัจจัยองค์กรด้านระบบสามารถพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยได้ร้อยละ 77.2 ประกอบกับปัจจัยด้านภาวะผู้นำของผู้บริหาร ถือว่าการบริหารการพยาบาลเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือกลุ่มบุคคลอื่นที่จะก่อให้เกิดการกระทำกิจกรรม เพื่อให้ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย โดยการโน้มน้าวใจและการตัดสินใจอย่างมีศิลปะ รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของกลุ่มในการเปลี่ยนแปลงและสร้างทัศนคติ ความเชื่อมั่นให้เกิดการกระทำด้วยความยินดี เต็มใจ ความศรัทธาและนำไปสู่การดำเนินตามวัตถุประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานหรือองค์กร จึงควรให้ความสำคัญกับการที่ผู้บริหารทางการพยาบาลจะต้องปรับเปลี่ยนตนเองเป็นแบบอย่างที่ดีในการบริหารความเสี่ยงสูงทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย เป็นตัวอย่างที่ดีในการทำงานต่อไป (Oradee et al., 2020) และผลการศึกษาภาวะผู้นำของผู้บริหารการพยาบาลจะต้องมีการเตรียมการเข้าสู่ตำแหน่งโดยการพัฒนาศักยภาพผู้นำและต้องมีการจัดทำระบบการคัดสรรพยาบาลวิชาชีพเพื่อเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลส่งผลต่อการบริการสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพหรือได้มาตรฐานตามวิชาชีพต่อไป (Mongkolvisut et al., 2018)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาคูณภาพและความปลอดภัยของการบริหารความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ ควรให้ความสำคัญและจัดทำเป็นนโยบายคุณภาพและความปลอดภัย โดยจัดทำแผนพัฒนาด้านค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้บริหารทางการพยาบาลให้ความสนใจและหาแนวทางพัฒนาด้านความพร้อมของระบบงานที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมความร่วมมือ ตรวจสอบการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และปรับปรุงตามความเหมาะสม เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงสูงมีประสิทธิภาพและมีผลการดำเนินงานที่ดีกับผู้ป่วยและองค์กร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. วิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยการบริหารทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพตามแนวคิด 7S ของแมคคินซี เพิ่มเติมเนื่องจากมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพในระดับต่ำ จำเป็นต้องศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติม เพื่อนำไปสู่การวางแผนปรับปรุงที่ชัดเจน

2. วิจัยและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการบริหารทางการพยาบาลตามแนวคิด 7S ของแมคคินซี เพื่อการปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพที่ปลอดภัยของผู้ป่วย

รายการอ้างอิง

- Benner, P. (1984). *From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Doommai, N., Chiaranai, C., & Hamilton, S. (2021). Nurse's role in high alert drug administration. *Journal of Health and Nursing Education*, 27(2), 227-240. (in Thai)
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2010). *Multivariate data analysis*. (7th ed). Pearson Education.
- Institute for Hospital Development and Accreditation. (2017). *Patient safety concept and practice*. Hospital Quality Accreditation Institute. (in Thai)
- Institute for Safe Medication Practices: ISMP. (2018). *High-alert medications in acute care settings*. <https://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-acute-list>
- Jumpang, T., Rudtanasudjatun, K., & Jaidee, W. (2012). Factors Influencing the Success of Public Sector Management Quality Award Based on Perception of the Personnel at the Regional Level, Ministry of Public Health. *The Public Health Journal of Burapha University*, 7(2), 38-52. (in Thai)
- Kaewsomsee, S., Wattayu, N., & Suwonnaroop, N. (2017). Factors related to nursing practice for patient safety of registered nurses in community hospitals, Phetchabun Province. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 29(3), 101-112. (in Thai)
- Karnasutha, P. (1999). *Statistics for behavioral science research*. (3rd ed.). Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Khrueawang, K. (2018). Medication errors. *Public Health & Health Laws Journal*, 4(2), 251-265. (in Thai)
- Lamsawadikul, W., & Asawachaiwikrom, W. (2006). *Tools for writing a nursing thesis in the Thesis Course 1*. Department of Nursing Science, Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)
- Leklersindhu, S. (2019). *Management of local government organizations in the central provinces*. *Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University*, 13(3), 41-51. (in Thai)
- Mongkolvisut, V., Wingwon, B., Intayos, H., & Meksuwan, A. (2018). The policy perception, executive's leadership and participation toward the effectiveness of nursing organizations. *Journal of Modern Management Science*, 11(1), 1-16. (in Thai)
- Nakhon Pathom Hospital Quality Center. (2022). *Self-assessment report of Nakhon Pathom Hospital nursing group*. Nakhon Pathom Hospital. (in Thai)

- Ningsanon, T., Chulawathanathon, S., & Monthakantikul, P. (2011). *Drug management for patient safety* (3rd ed.). Hospital Pharmacy Association (Thailand). (in Thai)
- Nursing Department, Nakhon Pathom Hospital. (2023). *Self-assessment form for supervision of the nursing profession*. Nursing Department, Nakhon Pathom Hospital. (in Thai)
- Nursing Division, Ministry of Public Health. (2008). *Nursing standards in hospitals* (2nd ed.). The War Veterans Organization of Thailand. (in Thai)
- Oradee, A., Geeraphong, P., & Pensirinpa, N. (2020). Patient safety culture for pharmacy departments at community hospitals in Kalasin Province. *Research and Development Health System Journal*, 13(1), 25-33. (in Thai)
- Phativikrai Wong, P., Chankong, W., & Ratiolan, S. (2018). Factors affecting success of strategic planning in administration at Sirindhorn College of Public Health in Yala. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(3), 110-120. (in Thai)
- Phritphongphan, P. (2011). *Factors related to behavior in preventing errors in medication administration of professional nurses in inpatient wards, internal medicine department, Phramongkutklao Hospital* [Unpublished Master Thesis]. Kasetsart University. (in Thai)
- Plengarom, P. (2021). The development of nursing management model for safety of high alert drug administration Chaophrayayommarat Hospital, Suphan Buri. *Region 4-5 Medical Journal*, 40(1), 137-150. (in Thai)
- Saneha, C., Musikthong, J., Sripasong, S., & Samai, T. (2018). Relationships among personal factors, perception about safety methods in medication administration and safe medication practices of nursing students at a faculty of nursing in Bangkok Metropolis. *Journal of Nursing Science*, 36(1), 17-30. (in Thai)
- Sujcharit, C. (2010). *The 7's McKinsey management factors affect the administration procedures of NaThong Sub-district Administrates Organization, Chiang Yuen District, Mahasarakham Province* [Unpublished Master Thesis]. Maha Sarakham Rajabhat University. (in Thai)
- The Association of Hospital Pharmacist (Thailand). (2022). *Professional standards. Hospital Pharmacy 2018 – 2022*. http://www.thaihp.org/index.php?option=other_detail&lang=th&id=307&sub=-1

- Wanthanatas, R., Srirakul, R., Dapha S., Changming, A., Learahabumrung, P., & Naklamai, A. (2018). Development of a nursing clinical supervision model for high alert drugs (HADs) administration with nurse supervisors' participation in Nakhon Pathom Hospital. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(1), 234-243. (in Thai)
- Waterman, J. R. H., Peters, T. J., & Phillips, J. R. (1980). Structure is not organization. *Business Horizons*, 23(3), 14-26.
- World Health Organization. (2015). *The Kingdom of Thailand health system review*. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific.
- World Health Organization. (2017). *Medication without harm*. <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>

บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดของพยาบาลวิชาชีพ ประจำห้องคลอด
ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

Effects of the Knowledge Management Program on Professional Nursing
Care for Preterm Labour Inhibition at a Tertiary Hospital

นงลักษณ์ เกิดท่าไม้^{1*}

Nongluk Girdthamai^{1*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nong.gird@gmail.com, เบอร์โทรศัพท์ 096-0706991)

(Received: September 20, 2023; Revised: November 17, 2023; Accepted: December 20, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สถานการณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) ผลการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 3) เปรียบเทียบผลลัพธ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยด้านการคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 15 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดฯ แบบบันทึกข้อมูล และแบบวัดความรู้และการปฏิบัติการพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน และการทดสอบไคสแควร์

ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างก่อนและหลังหลังใช้โปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด พบว่า 1) อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลงจากร้อยละ 21.62 ลงมาที่ร้อยละ 8.11 2) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารยายับยั้งการคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.97 เป็นร้อยละ 91.89 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยดีขึ้นตามเป้าหมายสอดคล้องกับผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$, $p < .001$)

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

¹ พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลนครปฐม

Registered Nurse (Professional Level), Department of Labour, Nakonpathom Hospital

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการความรู้, ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, ยายับยั้งการคลอด, พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

This research is a quasi-experimental study which aims to examine 1) the situation of preterm labour inhibition, 2) the result from professional nursing care for preterm labour inhibition, and 3) compare patient safety outcomes regarding the effects of a knowledge management program on professional nursing care for preterm labour inhibition, before and after joining the program. The study involved a sample of 15 RNs, randomly selected at the hospital who had worked there for at least one year. The research tool was the knowledge management program on professional nursing care for preterm labour inhibition at a tertiary hospital, the data recording form and a nursing knowledge and practice test for preterm labour inhibition with the reliability Cronbach's alpha coefficient at .95. Data were collected and analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and Chi-square test.

The results show the comparison of the results before and after the experiment that 1) The rate of preterm labour decreased from 21.62 percent to 8.11 percent, 2) Non-complication situation from the administration of preterm labour-inhibiting control drugs increased from 72.97% to 91.89%. Patient outcomes improved on target, as well. It is related to the results of nursing efficiency of preterm labour administration of inhibiting drugs which increased with statistical significance ($p < .01$, $p < .001$) after using the knowledge management.

This research indicates that the developed knowledge management program on professional nursing care for preterm labour inhibition can be positively used to improve the nursing efficiency of preterm labour administration of the inhibiting drugs to support the safety of preterm labour inhibition.

Keywords: Knowledge management program, Preterm labour, Preterm labour inhibiting drugs, Professional nurses

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันพบว่าการคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขอันดับต้น ๆ ของทุกประเทศ เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกแรกเกิดเสียชีวิต (neonatal mortality) และยังเป็นสาเหตุของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของสตรีตั้งครรภ์ในช่วงตั้งครรภ์ (antenatal hospitalization) (Alijahan et al., 2014) การคลอดก่อนกำหนดทำให้เกิดผลกระทบ 2 ส่วน คือ ผลกระทบต่อทารกที่คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การหายใจล้มเหลว (respiratory

distress syndrome: RDS) เลือดออกในสมอง (intraventricular hemorrhage: IVH) การติดเชื้อในทางเดินอาหาร (necrotizing enterocolitis: NEC) ภาวะชัก (convulsion) ระบบประสาทที่ผิดปกติ (cerebral palsy) หรือพัฒนาการช้า โดยอายุครรภ์ที่ทารกคลอดยิ่งน้อย ยิ่งทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น (Beck et al., 2010) และผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องเลี้ยงดูทารกที่คลอดก่อนกำหนด ก็จะมีประสบการณ์หลายอย่างเนื่องจากทารกกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ จะต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้ง ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ก็จะมีมากขึ้นตามภาวะแทรกซ้อนที่มากขึ้น มากกว่า 3 ใน 4 ของทารกที่คลอดก่อนกำหนดนั้นสามารถป้องกันได้ (Cunningham et al., 2018) นอกจากนี้ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลักของการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานของสตรีมีครรภ์ (World Health Organization, 2016) และจำเป็นต้องเข้ารับการรักษานอภิมบาลทารกแรกเกิดอยู่ในตู้อบเป็นระยะเวลานาน ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา เป็นต้น (Blencowe et al., 2012)

เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำเป็นต้องนอนพักในโรงพยาบาลนานหลายวันเพื่อยับยั้งการคลอดและมีการจำกัดกิจกรรม จนอาจนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดในที่สุดหรือเกิดการตายปริกำเนิด โดยพบอัตราการตายสูงกว่าทารกที่คลอดครบกำหนดถึง 8 เท่า (Chang et al., 2009) และภาวะทุพพลภาพ และจากสถิติของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดประเทศไทย พบร้อยละ 10-12 ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัยกำหนดไม่เกินร้อยละ 10 (Office of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 2020) จากสถิติของโรงพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม สถิติในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 งานห้องคลอดให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป ให้บริการคลอดปกติและผิดปกติและให้บริการรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีภาวะวิกฤติที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดนครปฐมและภายในเขตสุขภาพที่ 5 มีแนวโน้มอัตราการคลอดก่อนกำหนดที่มารดาคลอดอายุครรภ์ < 37 สัปดาห์สูงขึ้นที่ร้อยละ 14.35, 14.56, 15.67, 13.58 และ 12.45 และที่มารดาคลอดคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ < 35 สัปดาห์สูงขึ้นที่ร้อยละ 4.32, 6.27, 4.65, 5.33 และ 5.34 ตามลำดับ (Nakhopathom Hospital Quality Center, 2021) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานห้องคลอด จึงเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่สำคัญในการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด เพราะการให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการหดตัวของกล้ามเนื้อดลูกต่อไปจนกระทั่งถึงกำหนดคลอด มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา และหากยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดไม่สำเร็จ เนื่องจากมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงหรือให้ยาในขนาดสูงแล้ว แต่มดลูกยังมีการหดตัวถี่ขึ้นเรื่อย ๆ ก็ต้องหยุดให้ยาเพื่อรักษาชีวิตหญิงตั้งครรภ์ไว้ และต้องยอมปล่อยให้มีการคลอดก่อนกำหนดและดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนดต่อไป

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสร้างโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดของพยาบาลวิชาชีพ ประจำห้องคลอดที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เพื่อส่งเสริมการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดที่ปลอดภัยตามแนวทางปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor) ตามแนวคิดการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอนซึ่งประกอบด้วย 1) กำหนดความรู้ 2) การ

แสวงหาความรู้ 3) การสร้างความรู้ 4) การจัดเก็บความรู้ให้เป็นระบบ 5) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 6) การนำความรู้ไปใช้ และ 7) การติดตามและประเมินผล (Rubenstein-Montano et al., 2001) โดยแนวคิดการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน จะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะการปฏิบัติต่อการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ ช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด อัตราการเสียชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนด เพราะการจัดการความรู้เป็นการเรียนรู้ที่เรียนจากการปฏิบัติ และการปฏิบัติทำให้เกิดประสบการณ์และเกิดวิธีการที่เป็นตัวอย่างดี (best practice) ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยพยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติและให้ความสำคัญ (Royal College of Obstetricians and Gynecologists of Thailand, 2015) ประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยงและระบุปัญหา 2) การเฝ้าระวังการคลอด/ความเสี่ยง 3) การใช้เครื่องมือ EFM (elective fetal monitor) 4) ให้อายูกระตุ้นปอด dexamethasone 5) การบริหารยา terbutaline 6) การรายงานแพทย์ 7) การพยาบาลด้านจิตใจแบบสนับสนุนกลุ่ม 8) การพยาบาลด้านสังคมจัดให้อยู่ใน Zone Risk Preterm ร่วมกับพยาบาลให้ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) การสังเกตอาการแข็งตัวของมดลูกและสังเกตลูกดิ้น และ 2) ขณะหญิงตั้งครรภ์ได้รับสารน้ำที่ผสมยา ยับยั้งการคลอดตามแพทย์สั่ง หากจำเป็นต้องการเข้าห้องน้ำหรือทำกิจวัตรส่วนตัวต้องแจ้งพยาบาลวิชาชีพทุกครั้งเพื่อประเมินและดูแลการให้สารน้ำและยาอย่างต่อเนื่องตามคำสั่งแพทย์ (Nakhopathom Hospital Quality Center, 2021) โดยคาดว่าโปรแกรมการจัดการความรู้สำหรับพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานห้องคลอดที่พัฒนาขึ้น จะส่งผลต่อประสิทธิภาพการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และทารกมีความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยา ยับยั้งการคลอด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ของพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ด้านความรู้และการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการ พยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด ของพยาบาลวิชาชีพ ประจำห้องคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

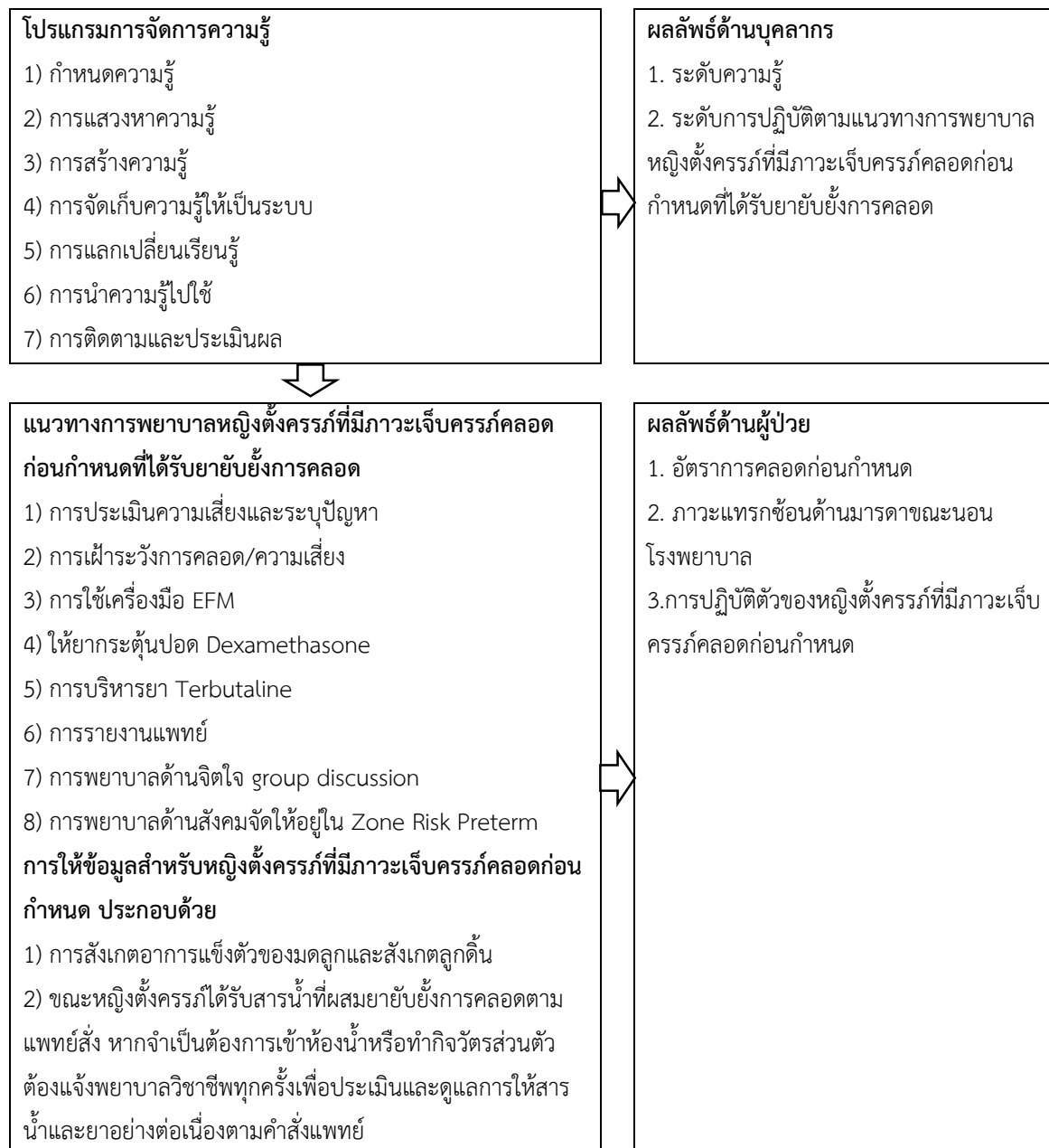
สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้และระดับการปฏิบัติพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด ของพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด ได้แก่ อัตราการคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนด้านมารดาขณะนอนโรงพยาบาล และการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการประยุกต์หลักการและแนวคิดกระบวนการจัดการความรู้เพื่อใช้จัดทำโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดของพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการจัดการความรู้ของ Rubenstein-Montano et al. (2001) ที่เป็นการใช้หลักการคิดเชิงระบบ (system thinking) วิเคราะห์กรอบความคิดการจัดการความรู้ 26 แบบ โดยเสนอแนวคิดการใช้วิธีผสมผสานระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูลแบบวิจัญัย (descriptive) และการวิเคราะห์แบบแนะนำ (prescriptive) มาใช้จัดทำโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดของพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด ที่ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนซึ่งประกอบด้วย 1) กำหนดความรู้ 2) การแสวงหาความรู้ 3) การสร้างความรู้ 4) การจัดเก็บความรู้ให้เป็นระบบ 5) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 6) การนำความรู้ไปใช้ และ 7) การติดตามและประเมินผล และแนวทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดของโรงพยาบาลนครปฐม (Nakhopathom Hospital Quality Center, 2021) ส่งผลต่อ 1) คะแนนความรู้และระดับการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด และ 2) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัยโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดของพยาบาลวิชาชีพ ประจำห้องคลอดที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest– posttest design) มีวิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพประจำการที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดโรงพยาบาลนครปฐม ที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 15 คน (Nakhopathom Hospital Quality Center, 2021)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพประจำการที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดโรงพยาบาลนครปฐมที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 15 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 2) ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโดยตรงตามเวร 8 ชั่วโมง 3) ไม่อยู่ในระหว่างการอบรมระยะสั้นหรือลาศึกษาต่อ และ 4) ยินดีให้ข้อมูลการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดของพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จากการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

1.1 การวิเคราะห์ความรู้ที่จำเป็น สำหรับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด พร้อมรวบรวมเพื่อจัดทำคู่มือ ประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยงและระบุปัญหา 2) การเฝ้าระวังการคลอด/ความเสี่ยง 3) การใช้เครื่องมือ EFM 4) ให้ยากระตุ้นปอด Dexamethasone 5) การบริหารยา Terbutaline 6) การรายงานแพทย์ 7) การพยาบาลด้านจิตใจแบบ group discussion 8) การพยาบาลด้านสังคมจัดให้อยู่ใน Zone Risk Preterm และ 9) การให้ข้อมูลสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ การสังเกตอาการแข็งตัวของมดลูกและสังเกตลูกดิ้น และการปฏิบัติตัวขณะหญิงตั้งครรภ์ได้รับสารน้ำที่ผสมยายับยั้งการคลอดตามแพทย์สั่ง

1.2 จัดทำคู่มือ จัดระบบการเรียนรู้สำหรับพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด ผ่านการสแกน QR code และเอกสารที่จัดทำไว้ที่หน่วยงานห้องคลอด

1.3 จัดกิจกรรมส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด โดยการอบรมและพูดคุยแบบไม่เป็นทางการในการทำงาน ทุกวันต่อเนื่อง 12 สัปดาห์

1.4 ประเมินความรู้ผ่านแบบทดสอบความรู้

1.5 รวบรวมจัดเก็บความรู้สำหรับพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด

1.6 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้/เรียนรู้ระหว่างพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด โดยการสนทนากลุ่ม (focus group) โดยการพูดคุยแบบไม่เป็นทางการในการทำงาน ทุกวันต่อเนื่อง 12 สัปดาห์

1.7 ถอดบทเรียนจากกลุ่มเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบวัดเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติด้านการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด ที่ห้องคลอดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

- แบบเก็บข้อมูลทั่วไปและประวัติการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ แบบเก็บข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และการรักษาที่ได้รับ ดังนี้ การฝากครรภ์ครั้งแรก การฝากครรภ์คุณภาพ ประวัติการแท้ง ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม โรคประจำตัวทางอายุรกรรม ความผิดปกติ/การผ่าตัดมดลูก ประวัติการเสพยาเสพติด การรักษาที่ได้รับ อายุครรภ์เมื่อแรกรับนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ อายุครรภ์เมื่อจำหน่าย/เมื่อคลอด และแบบเก็บข้อมูลการคลอด ประกอบด้วย เพศทารก วิธีการคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม) การรักษาที่ได้รับ การย้ายทารก

- แบบบันทึกผลการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด ที่ห้องคลอดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ที่ได้จากเวชระเบียน ประกอบด้วย การเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องนอนโรงพยาบาล การ re-admitted ภายใน 7 วัน การคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารยายับยั้งการคลอด

2.2 แบบวัดความรู้และการปฏิบัติพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด ของพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การพยาบาลงานห้องคลอด ประสบการณ์ด้านการอบรมในงานห้องคลอด

- แบบวัดระดับความรู้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงและระบุปัญหา (9 ข้อ) การพยาบาลและการเฝ้าระวัง (8 ข้อ) และการพยาบาลด้านการใช้ยา (9 ข้อ) เป็นแบบเลือกตอบ ถูกผิด ตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนน และตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

< 13 คะแนน หรือ < 60% หมายถึง ระดับไม่ดีพอ

13 - 17 คะแนน หรือ 60 - 80% หมายถึง ระดับพอใช้

≥ 17 คะแนน หรือ ≥ 80% หมายถึง ระดับดี

- แบบวัดระดับปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด ของพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำแนกเป็นการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ 1) การประเมินความเสี่ยงและระบุปัญหา 2) การเฝ้าระวังการคลอด/ความเสี่ยง 3) การใช้เครื่องมือ EFM 4) ให้ยากระตุ้นปอด Dexamethasone 5) การบริหารยา Terbutaline 6) การรายงานแพทย์ 7) การพยาบาลด้านจิตใจ 8)

การพยาบาลให้อยู่ใน Zone Risk Preterm และการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ 1) สังเกตอาการแข็งตัวของมดลูกและสังเกตลูกดิ้น และ 2) แจ้งพยาบาลวิชาชีพทุกครั้งเพื่อประเมินและดูแลการให้สารน้ำและยาตามคำสั่งแพทย์ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ไปจนถึงมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยนี้ ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item – objective congruence: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สูติแพทย์ พยาบาลเชี่ยวชาญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และอาจารย์พยาบาล โดยมีค่าระหว่าง 0.87 – 1.00 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีบริบทใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบวัดเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติด้านการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดทั้งฉบับ เท่ากับ .95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม ได้ดำเนินการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม ในการขอดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการนำแบบสอบถามและคำชี้แจงไปแจกแก่กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการตอบแบบสอบถามกับพยาบาลวิชาชีพประจำการที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดโรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 15 คน และแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 37 ฉบับ พร้อมจัดเก็บด้วยตนเองและนำกลับทันที ระหว่างวันที่ 21 กรกฎาคม 2565 -วันที่ 15 มิถุนายน 2566 โดยมีผู้ส่งคืนครบถ้วนและแบบเก็บข้อมูลมีความสมบูรณ์ร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ระดับความรู้ ระดับปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด และผลการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบระดับความรู้ ระดับปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด และผลการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด ระหว่างก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมโดยการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) และ Chi-square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนครปฐม รับรองเมื่อวันที่ 20 เดือน กรกฎาคม 2565 หมายเลข NPH-REC No. 019/2022 ผู้วิจัยชี้แจงผู้เข้าร่วม

โครงการให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมในการวิจัย การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และการทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวมและการนำเสนอในเชิงวิชาการ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด เป็นเพศหญิงและจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย 34.20 ปี อายุมากที่สุด 48 ปี อายุน้อยที่สุด 25 ปี ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 25-35 ปี ร้อยละ 60.00 ประสบการณ์การทำงานในห้องคลอดเฉลี่ยที่ 11.53 ปี ประสบการณ์การทำงานมากที่สุด 25 ปี และน้อยที่สุดที่ 2 ปี

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดรายด้าน ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ พยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการเปรียบเทียบคะแนนความรู้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (*n* = 15)

ด้าน	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	t	p-value
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>		
การประเมินความเสี่ยงและระบุปัญหา	10.22 (68.13)	14.78 (98.53)	6.20*	.013
การพยาบาลและการเฝ้าระวัง	10.38 (69.20)	14.00 (93.33)	7.64**	.006
การพยาบาลด้านการใช้ยา	9.22 (61.47)	14.11 (94.07)	11.05***	.001

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ จากเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ จากเวชระเบียนผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดจำนวน 37 ฉบับ พบว่ามีการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบไคสแควร์ (χ^2) เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพจากเวชระเบียนผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ด้าน	ก่อนทดลอง (n=37)	หลังทดลอง (n=37)	χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การประเมินความเสี่ยงและระบุปัญหา	21 (56.80)	31 (83.78)	2.705**	.010
การเฝ้าระวังการคลอด/ความเสี่ยง	21 (56.80)	32 (86.49)	2.928**	.006
การใช้เครื่องมือ EFM	10 (27.00)	31 (83.78)	5.334***	.001
ให้ยากระตุ้นปอด Dexamethasone	10 (27.00)	27 (72.97)	5.532***	.001
การบริหารยา Terbutaline	8 (21.60)	34 (91.89)	8.222***	.001
การรายงานแพทย์	8 (21.60)	35 (94.59)	7.924***	.001
การพยาบาลด้านจิตใจ	10 (27.00)	26 (70.27)	3.819***	.001
การพยาบาลให้อยู่ใน Zone Risk Preterm	12 (32.40)	24 (64.86)	3.402**	.002

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

4. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย จากเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยภายหลังการใช้โปรแกรมการจัดการความรู้ต่อการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดของพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด 1) มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบลดลงจากร้อยละ 21.62 ลงมาที่ร้อยละ 8.11 2) ภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารยายับยั้งการคลอด ลดลงจากร้อยละ 91.89 เป็นร้อยละ 72.97 เป็น ดังตาราง 3 และการเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่า เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบไคสแควร์ (χ^2) เปรียบเทียบการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n = 37)

ด้าน	ก่อนทดลอง (n=37)	หลังทดลอง (n=37)	χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
สังเกตอาการแข็งตัวของมดลูกและสังเกตลูกดิ้น	7 (18.90)	25 (67.57)	4.879***	.001
แจ้งพยาบาลวิชาชีพทุกครั้งเพื่อประเมินและดูแลการให้สารน้ำและยาตามคำสั่งแพทย์	1 (2.70)	27 (72.97)	9.859***	.001

*** $p < .001$

ตาราง 4 จำนวน และร้อยละ ผลการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดจากเวชระเบียนผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ด้าน	ก่อนทดลอง (n = 37)	หลังทดลอง (n = 37)	รวม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อายุครรภ์เมื่อจำหน่าย/เมื่อคลอด (สัปดาห์)			
28- 30	4 (10.81)	2 (5.41)	6 (8.10)
31-33	3 (8.11)	3 (8.11)	6 (8.10)
34-37	30 (81.08)	32 (86.49)	62 (83.78)
ภาวะแทรกซ้อนด้านมารดา			
ไม่พบ	34 (91.89)	27 (72.97)	61 (82.43)
phlebitis	3 (8.11)	6 (16.22)	9 (12.16)
คลื่นไส้ อาเจียน	0 (0.00)	1 (2.70)	1 (1.35)
ใจสั่นหลังได้รับยายับยั้งการคลอด	0 (0.00)	1 (2.70)	1 (1.35)
ภาวะมดลูกหดรั้งตัวมากขึ้น	0 (0.00)	2 (5.41)	2 (2.70)
การคลอด			
ไม่คลอด	34 (91.89)	29 (78.38)	63 (85.13)
คลอด	3 (8.11)	8 (21.62)	11 (14.86)

การอภิปรายผล

1. ประสิทธิภาพการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด ของพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เพิ่มสูงขึ้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการความรู้ที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดได้เพิ่มมากขึ้น รายละเอียด ดังนี้

ความรู้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้เพิ่มสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทุกด้าน ดังนี้ ด้านการประเมินความเสี่ยงและระบุปัญหา ($t = 6.203, p < .05$) ด้านการพยาบาลและการเฝ้าระวัง ($t = 7.639, p < .01$) และด้านการพยาบาลด้านการใช้ยา ($t = 11.049, p < 0.001$) อธิบายได้ว่า เมื่อพยาบาลได้รับโปรแกรมการจัดการความรู้แล้ว สามารถมีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะหลังหญิงตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่แรกและได้รับการรักษาพยาบาลยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พยาบาลวิชาชีพ

ต้องมีความรู้ในการประเมิน การพยาบาล การเฝ้าระวัง และการบริหารยา Terbutaline คือยา Bricanyl และได้รับยา Dexamethasone เพื่อกระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารกในครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษา การประยุกต์ความรู้ในการใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process) เป็นกรอบในการพยาบาลให้มีคุณภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การใช้แผนการพยาบาล 5) การประเมินผลการพยาบาลโดยมีการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ให้การดูแลเพื่อลดและแก้ไขความเสี่ยงตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกันระหว่างพยาบาลกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจนเกิดแนวทางในการลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (Khongkha, 2022)

พยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง มีการปฏิบัติการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$, $p < .001$) ทุกด้าน อธิบายได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญมากสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด หลังแพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การรักษาโดยใช้ Terbutaline จำเป็นต้องมีการบริหารยาให้ได้ตามแผนการรักษาจากผลการวิจัยที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติการบริหารยา Terbutaline ได้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นหลังได้โปรแกรมการจัดการความรู้ประกอบกับระดับการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เพิ่มมากขึ้น คือมีการแจ้งพยาบาลวิชาชีพทุกครั้งเพื่อประเมินและดูแลการให้สารน้ำและยาตามคำสั่งแพทย์ ($t = 9.859$, $p < .001$) นอกจากนี้ การให้ยากระตุ้นปอดด้วย Dexamethasone ตามแผนการรักษา ต้องมีการใช้เครื่องมือ EFM เพื่อประเมินการหดตัวของมดลูก พร้อมประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ประเมินสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และอาการข้างเคียงจากยา พร้อมจัดให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่ใน Zone Risk Preterm ที่จัดไว้ เพื่อให้การพยาบาลที่ทันเวลาและมีประสิทธิภาพการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประยุกต์ทฤษฎีการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาลมาใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับการรักษาของแพทย์ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถกำหนดแนวทางในการแก้ไขและลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตั้งครรถ์จนครบกำหนดคลอด (Khongkha, 2022)

2. ผลลัพธ์ความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด ของพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เพิ่มสูงขึ้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการความรู้ที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดได้เพิ่มมากขึ้น รายละเอียด ดังนี้

อัตราการคลอดก่อนกำหนดเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบลดลงจากร้อยละ 21.62 ลงมาที่ร้อยละ 8.11 และภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารยายับยั้งการคลอด เปรียบเทียบ

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่พบภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.97 เป็นร้อยละ 91.89 สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนด พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ การติดตามการหดตัวของมดลูกร่วมกับการติดตามดูแลของพยาบาล ส่งผลต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 7.1 ขณะที่พบในกลุ่มควบคุมร้อยละ 20.0 (Pinkaew et al., 2011)

ระดับการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งในด้านการสังเกตอาการแข็งตัวของมดลูกและสังเกตลูกดิ้น และแจ้งพยาบาลวิชาชีพทุกครั้งเพื่อประเมินและดูแลการให้สารน้ำและยาตามคำสั่งแพทย์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดเมื่อได้รับทราบข้อมูลคำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะรับไว้ในห้องคลอดทั้งจากพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดโดยตรงหรือผ่านคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ติดไว้ข้างเตียงทุกเตียงแบบ 2 ภาษา ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ให้ความสนใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง สามารถแจ้งพยาบาลได้ทันเวลาส่งผลให้มีผลลัพธ์ความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด สอดคล้องกับการศึกษาการส่งเสริมศักยภาพแก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่าการส่งเสริมศักยภาพแก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถนำไปพัฒนาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Kaewsiri et al., 2020)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการพยาบาลควรบรรจุโปรแกรมการจัดการความรู้ไว้ในแผนและกำหนดเป็นนโยบายการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดทั้งในรูปแบบการอบรม คู่มือ เวที แลกเปลี่ยนความรู้ที่หลากหลายช่องทางให้ได้ต่อเนื่องต่อไป เนื่องจากการส่งเสริมการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดนั้นเป็นความรู้เฉพาะและเน้นทักษะความสามารถเชิงลึก

2. ด้านวิชาการหน่วยงานจำเป็นต้องให้ทุนสนับสนุนด้านการจัดการความรู้ให้มากขึ้น เนื่องจากผลการวิจัยนี้ มีความชัดเจนว่าโปรแกรมการจัดการความรู้มีผลต่อคะแนนความรู้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอดของพยาบาลวิชาชีพ เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาเครื่องมือที่ศึกษาองค์ประกอบของกระบวนการจัดการความรู้ตามบริบทองค์กร เพื่อการวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) ที่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ทุกราย นอกเหนือจากการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. ควรพัฒนาโปรแกรมการจัดการความรู้ที่มุ่งส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice) ของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

รายการอ้างอิง

- Alijahan, R., Hazrati, S., Mirzarahimi, M., Pourfarzi, F., & Hadi, P. A. (2014). Prevalence and risk factors associated with preterm birth in Ardabil, Iran. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 12(1), 47-56.
- Beck, S., Wojdyla, D., Say, L., Betran, A. P., Merialdi, M., Requejo, J. H., Rubens, C., Menon, R., & Van Look, P. F. (2010). The worldwide incidence of preterm birth: A systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 31-38. <https://doi.org/10.2471/BLT.08.062554>
- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., Moller, A. B., Narwal, R., Adler, A., Garcia, C. V., Rohde, S., Say, L., & Lawn, J. E. (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: A systematic analysis and implications. *The Lancet*, 379(9832), 2162-2172.
- Rubenstein-Montano, B., Liebowitz, J., Buchwalter, J., McCaw, D., Newman, B., Rebeck, K., & Team, T. K. M. M. (2001). A systems thinking framework for knowledge management. *Decision Support Systems*, 31(1), 5-16.
- Chang, Y. K., Tseng, Y. T., & Chen, K. T. (2020). The epidemiologic characteristics and associated risk factors of preterm birth from 2004 to 2013 in Taiwan. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 1-7.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2018). *Williams Obstetrics* (25th ed.). McGraw-Hill.
- Kaewsiri, P., Hemadhulin, S., Ansook, P., & Naorisorn, P. (2020). The empowerment of pregnant women to prevent the risk of preterm labor: Nurse's roles. *Srinagarind Medical Journal*, 35(2), 238-245. (in Thai)

- Khongkha, U. (2022). *The nursing care to pregnant women in preterm labor by using collaborative partnership: The multiple case study. The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj*, 2(1), 50-65. (in Thai)
- Nakhopathom Hospital Quality Center. (2021). *Annual report of Nakhonpathom Hospital*. Nakhopathom Hospital Quality Center. (in Thai)
- Office of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. (2020). *Inspection report form Ministry of Public Health Fiscal year 2020, Topic 3.1 Mother and child health Zone 5, Round 2/2020*. <https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2020/07-4052-20200707114121/15d3d74cafe01e4427001553cad2bfff.pdf> (in Thai)
- Pinkaew, S., Ratinthorn, A., & Serisathien, Y. (2014). The effect of program of care for pregnant women at risk for preterm labor on the rate of preterm labor and preterm birth. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 22(4), 58-71.
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists of Thailand. (2015). *Medical practice guidelines for the Royal College of Obstetricians and Gynecologists of Thailand*. P.A. Living. (in Thai)
- World Health Organization. (2016). *WHO recommendation on antenatal care for a positive pregnancy experience*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250796/97892415?sequence=1>



บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และภาวะสุขภาพ ของประชากรวัยทำงานโรงงานทำไม้ ในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลห้างฉัตร Factors Threatening Occupational Health, Health Literacy, and Health Status of Working-Age Population in the Catchment Area of Hang Chat Hospital

เรียงสอน สุวรรณ¹, สุชาติ เครืองชัย^{2*}, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ³, ภูมินทร์ ดวงสุริยะ³
Riengsorn Suwan¹, Suchart Kreuangchai^{2*}, Sripraphai Inchaihthep³,
Phoomin Dongsuriya³

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: suc2513@gmail.com, โทรศัพท์ 089-8537054)

(Received: September 16, 2023; Revised: November 11, 2023; Accepted: December 15, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานและภาวะสุขภาพ 2) เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพแตกต่างกันในประชากรทำงานโรงงานทำไม้ และ 3) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการป้องกันปัญหาสุขภาพและการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรวัยทำงาน โรงงานทำไม้ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ในประชากรอายุ 15-59 ปี จำนวน 130 คน ด้วยแบบสอบถามปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์อย่างง่าย จำนวน 30 คน ด้วยแบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ และการสนทนากลุ่มย่อย และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานด้านกายภาพ มีฝุ่นละออง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 3.60$, $SD = 1.44$) ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ ได้แก่ ปวดศีรษะ อ่อนเพลียจากการทำงานในที่อากาศร้อนอบอ้าว (ร้อยละ 80) ความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้านระดับดี ค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ ($M = 3.72$, $SD = .89$) ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลห้างฉัตร

Registered Nurse (Professional Level), Department of Primary Health Care, Hangchat Hospital

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing,

Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing,

Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health

สุขภาพของประชากรทำงานโรงงานทำไม้ ($r = .534$) สะท้อนให้เห็นว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพของประชากรทำงาน ป้องกันตนเองด้านสุขภาพจากการทำงาน นำไปสู่สุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: สุขภาพจากการทำงาน, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ประชากรวัยทำงานโรงงานทำไม้

Abstract

This mixed-method study aims to 1) examine factors and the association between occupational health threats and health status, 2) compare health literacy among wood processing factory workers with different health status, and 3) formulate policy recommendations for the prevention of health problems and non-communicable chronic diseases in wood processing factory workers. Quantitative data was collected from 130 individuals who were part of the working-age population, aged 15-59, and employed in the catchment area of Hang Chat. Additionally, qualitative data was obtained through simple random sampling, which involved a sample of 30 individuals. The research tools include factors threatening occupational health and health literacy questionnaires, health reports, and interview guidelines for in-depth discussions. Quantitative data analysis was conducted using descriptive statistics, while qualitative data underwent thematic analysis to identify common themes.

The research findings reveal that physical factors threatening occupational health, particularly dust exposure, have the highest mean score ($M = 3.60$, $SD = 1.44$). The most prevalent health issues reported are headaches (80%), followed by fatigue (69.2%). Moreover, all health literacy domains are at a good level, with the highest mean score in the understanding and knowledge domain ($M = 3.72$, $SD = 0.89$). Furthermore, there is a positive correlation between factors threatening occupational health scores and the health status of the working-age population in the catchment ($r = .534$). Overall, the population's health literacy at work leads to self-protection and better future health.

Keywords: Occupational health, Health literacy, Working-age population in the catchment

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรวัยทำงานแต่ละบุคคลมีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ มากน้อยขึ้นอยู่กับความแตกต่างของแต่ละคน เช่น เพศ อายุ พฤติกรรมทางสุขภาพของคนทำงาน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า คนทำงานหรือผู้ประกอบการอาชีพ สภาพในการทำงาน สิ่งแวดล้อม ล้วนเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการดูแลสุขภาพที่ทำให้เกิดโรคจากการทำงาน สิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงาน แบ่งออกเป็นด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านเคมี ด้านชีวภาพ ด้านการยศาสตร์ และด้านจิตวิทยาสังคม (Levy et al., 2011) จากการศึกษาพบว่า พนักงานใน

โรงงานทำไม้ มีการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านกายภาพที่สำคัญ ได้แก่ ด้านเสียงดัง จากการตรวจวัดเสียงดังของเครื่องจักรที่ใช้ในการผลิตเครื่องเรือนไม้อยู่ที่ระดับ 85.4-101.2 เดซิเบลเอ ซึ่งเป็นระดับเสียงดังที่เกินค่ามาตรฐาน คือ 85 เดซิเบลเอ ตลอดระยะเวลาทำงาน 8 ชั่วโมง ส่งผลต่อสมรรถภาพการได้ยิน และการทำงานในที่แสงสว่างไม่เพียงพอส่งผลต่อสมรรถภาพการมองเห็นลดลง ปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านเคมีที่สำคัญ ได้แก่ การสัมผัสฝุ่นไม้ทำให้เกิดอาการผื่นคันบริเวณผิวหนัง โรคหอบหืด ส่วนปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์เกิดจากท่าทางการทำงานและสถานที่ทำงานที่ไม่เหมาะสมกับคนทำงาน ส่งผลต่อการบาดเจ็บของระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ (National Institute for Occupational Safety and Health, 2023) ปัจจัยคุกคามสุขภาพในการทำงานนอกจากก่อให้เกิดโรคหรืออุบัติเหตุจากการทำงานแล้ว อาจนำไปสู่กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทยราว 320,000 คนต่อปี (Division of Non Communicable Disease, 2018)

นอกจากนี้ประเทศไทย ได้มีการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ โดยเฉพาะการอ่าน การเขียน และการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ (Roma et al., 2020) จากการสำรวจประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ กลุ่มที่ไม่มีโรคเรื้อรังมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรัง (Thongma, 2020) นอกจากนี้ พบว่าการรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ในระดับสูง (Division of Health Education, Department of Health Service Support, 2017) ดังนั้นหากต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้นอย่างเป็นระบบ จึงต้องเริ่มต้นด้วยการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนและกลุ่มเสี่ยง จากสถิติการรายงานข้อมูลปี พ.ศ. 2560 จำนวนลูกจ้างในความคุ้มครองของกองทุนเงินทดแทนทั้งหมด 9,777,751 ราย พบประสบอันตรายจากการทำงาน เสียชีวิต จำนวน 570 ราย, ทุพพลภาพ จำนวน 17 ราย และสูญเสียอวัยวะ จำนวน 1,787 ราย (Office of Occupational and Environmental Diseases, Department of Disease control, Ministry of Public Health, 2017) และพบว่าการเกิดโรคไม่ติดต่อในประชากรวัยทำงาน เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงในอัตราสูงสุด โดยในปีพ.ศ. 2558 มีอัตราป่วย 1,894.46 รายต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ โรคเบาหวาน มีอัตราป่วย 1,233.35 รายต่อประชากรแสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Division of Non Communicable Disease, 2018) ปัจจัยที่สำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนวัยทำงานให้เหมาะสม ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ การวิเคราะห์กระบวนการนำไปสู่การตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม (Nutbeam, 2008) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมี 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน เป็นความสามารถในการอ่านและเขียน 2) ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน การใช้ความรู้และสื่อสาร เพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และ 3) ขั้นวิจารณ์ญาณ คือ ความสามารถประเมินข้อมูลสำหรับกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยแบบจำลอง V-shape มี 6 องค์ประกอบ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (access skill) สามารถเลือกแหล่งข้อมูล ค้นหาและตรวจสอบข้อมูลที่น่าเชื่อถือ 2) ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ (cognitive skill) 3) ทักษะ

การสื่อสาร (communication skill) โดยการพูด การอ่าน การเขียน การโน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าใจและยอมรับข้อมูลการปฏิบัติตน 4) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) กำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผน 5) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) ในการกำหนดทางเลือกที่ถูกต้อง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) ตรวจสอบความถูกต้อง น่าเชื่อถือของข้อมูลและของสื่อ เพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม (Grizzle et al., 2014)

ผลการตรวจสอบสุขภาพประจำปีและสุขภาพตามความเสี่ยงประจำปี 2563 ของพนักงานโรงงานทำไม้ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลห้างฉัตร จำนวน 306 คน พบว่าผลการตรวจสมรรถภาพการได้ยิน จำนวน 124 คน ผิดปกติ 28 คน คิดเป็นร้อยละ 22.58 ตรวจสมรรถภาพปอด จำนวน 215 คน ผิดปกติ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 2.79 ตรวจระดับไขมันในเลือด จำนวน 54 คน พบความผิดปกติ 31 คน คิดเป็นร้อยละ 57.41 ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 64 คน ผิดปกติ 13 คน คิดเป็นร้อยละ 20.31 (Hangchat Hospital, 2020; 2021) และจากการคัดกรองสุขภาพพนักงาน จำนวน 135 คน พบว่า มีภาวะป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.48 และมีภาวะเสี่ยงสูงเป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ราย คิดเป็น ร้อยละ 6.67 และผลการคัดกรองโรคเบาหวานพบว่ามีภาวะเสี่ยงสูงและต้องมีการ เฝ้าระวัง จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.89 (Hangchat Hospital, 2021)

ผู้วิจัยและคณะ เห็นความสำคัญและสนใจศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยคุกคามสุขภาพ ความรอบรู้ ทางด้านสุขภาพ และภาวะสุขภาพ ในประชาชนวัยทำงานในโรงงานทำไม้ เพื่อป้องกันตนเองด้านสุขภาพ จากการทำงาน และป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพที่ดี ต่อไป รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพและการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ ประชากรวัยทำงาน โรงงานทำไม้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานและภาวะ สุขภาพ เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพแตกต่างกันในประชากรทำงาน โรงงานทำไม้ และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการป้องกันปัญหาสุขภาพและการเกิดโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังของประชากรวัยทำงาน โรงงานทำไม้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และภาวะสุขภาพของ ประชากรวัยทำงานโรงงานทำไม้ ในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลห้างฉัตร กรอบแนวคิดการวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คือ เมื่อบุคคลได้รับ ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพ เคมี ชีวภาพ การยศาสตร์ และจิตวิทยาสังคม ประกอบกับมีความ แตกต่างในความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008) ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูล

และบริการสุขภาพ การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการบอกต่อข้อมูล อาจจะส่งผลทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research design) โดยใช้รูปแบบการวิจัย แบบเชิงอธิบายในรูปแบบติดตาม (follow up explanation model: QUAN emphasized) (Creswell et al., 2004) โดยระยะแรกทำการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณของปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อภาวะสุขภาพ ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพแตกต่างกันในประชากรทำงานโรงงานทำไม้ และศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพโดยศึกษาปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นคนวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี ในโรงงานทำไม้เขตพื้นที่โรงพยาบาลห้างฉัตร ตำบลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นประชากรวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี ที่ทำงานอยู่ในโรงงานทำไม้ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลห้างฉัตร จำนวน 130 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นคนงานในโรงงานหรือสถานประกอบการที่มีจำนวนคนงานอย่างน้อย 200 คน ขึ้นไป 2) ทำงานประจำที่โรงงานโดยมีเวลาในการทำงานไม่น้อยกว่า 24 วัน ต่อเดือน 3) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนหลังจากยินยอมเข้าร่วมวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power โดยกำหนด effect size เท่ากับ .6 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 กำลังการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 128 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 130 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และข้อมูลอิ่มตัว จำนวน 30 คน กำหนดเกณฑ์คัดเลือกจากคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีคะแนนในระดับดี ระดับปานกลาง และระดับต่ำ (Bloom, 1971)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 2 ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ผู้วิจัยปรับจากเครื่องมือที่ใช้แนวคิด Bleck and Wettberg (2012) เป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านชีวภาพ ได้แก่ แหล่งก่อเชื้อโรค

สัตว์ พืช ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ 2) ด้านกายภาพ ได้แก่ ฝุ่น สารเคมี มลพิษ แสง เสียง 3) ด้านเคมี ได้แก่ สารเคมีที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน 4) ด้านการยศาสตร์ ได้แก่ ท่าทางในการทำงาน และ 5) ด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ความเครียด ความขัดแย้ง ระยะเวลาในการทำงานที่ส่งผลต่อจิตใจและสังคมลักษณะมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระหว่าง 0.00 - 1.50 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำมาก

ระหว่าง 1.51 - 2.50 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

ระหว่าง 2.51 - 3.50 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 3.51 - 4.50 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ระหว่าง 4.51 - 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับสูงมาก

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาสุขภาพจากการทำงานและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยปรับจากเครื่องมือที่ใช้แนวคิดการสร้างแบบสอบถามจากแนวคิดของ Nutbeam (2000) และ National Department of Health (2018) และปรับเปลี่ยนข้อความให้สอดคล้องกับบริบทของประชากรในพื้นที่ เป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาสุขภาพจากการทำงานและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2) ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจากการทำงานและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3) การโต้ตอบคำถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสารในการป้องกันปัญหาสุขภาพจากการทำงานและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาสุขภาพจากการทำงานและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองในการป้องกันปัญหาสุขภาพจากการทำงานและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และ 6) การบอกต่อข้อมูลด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจากการทำงานและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนการตอบข้อคำถามเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Daniel, 1995)

ระหว่าง 3.01 - 4.00 คะแนน หมายถึง ระดับดี

ระหว่าง 2.01 - 3.00 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 1.00 - 2.00 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

2. แบบบันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพ เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยหรือเจ้าหน้าที่เป็นผู้บันทึก ประกอบด้วย ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด

3. ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม เป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured Interview) เกี่ยวกับปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และภาวะ

สุขภาพของประชากรวัยทำงานโรงงานทำไม้ ในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลห้างฉัตร ตำบลห้างฉัตร อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้างปลายเปิดเกี่ยวกับ ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน และความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิต และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เลือกข้อที่มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา (index of item-objective congruence: IOC) มากกว่า .50 ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามเชิงปริมาณไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงในพื้นที่ที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามปัจจัยคุกคามสุขภาพ เท่ากับ .72 และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ .75 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโรงงานทำไม้ ตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก และให้ข้อมูลการเป็นอาสาสมัครวิจัยและเมื่ออาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.2 นัดหมายในสถานที่นัดชิดและอาสาสมัครสะดวก เมื่อมาพบอาสาสมัครตามที่นัดหมาย ผู้วิจัยแนะนำตัวและนำเอกสารสำหรับอาสาสมัครวิจัยให้อาสาสมัครอ่าน เมื่ออาสาสมัครเข้าใจและรับทราบ ผู้วิจัยทำการพิมพ์ภาพ QR code ให้อาสาสมัครสแกนเพื่อเข้าถึงแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ (Google form) ซึ่งในหน้าแรกของแบบสอบถามเป็นหนังสือแสดงความยินยอม โดยให้กดเลือก “ยินยอม” ถ้าหากอาสาสมัครเปลี่ยนใจสามารถกดเลือก “ไม่ยินยอม” ระบบจะนำไปสู่หน้าสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม อาสาสมัครตอบแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ (Google form) โดยผู้วิจัยให้ความเป็นอิสระและให้ความเป็นส่วนตัวกับอาสาสมัครเมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วให้อาสาสมัครกดเลือก “ส่ง”

1.3 ผู้วิจัยนำเอกสารเฉลยคำตอบแบบสอบถามส่วนความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้อาสาสมัครทราบถึงข้อมูลที่ถูกต้อง อาสาสมัครใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 – 45 นาที ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยตั้งคำถามจำกัดการตอบแบบสอบถามบัญชีจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (อีเมล) ในการลงชื่อเข้าใช้ โดยหนึ่งบัญชีอีเมลสามารถทำแบบสอบถามได้ครั้งเดียวเท่านั้น การนำเสนอผลวิจัยจะเป็นภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยตัวตน และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถามทั้งการเรียน และการรับบริการทางสุขภาพ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยแบ่งผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ดำเนินการสนทนาในแต่ละกลุ่มใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยคณะผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

ย่อย และผู้ร่วมวิจัยทำหน้าที่เป็น ผู้สังเกตการณ์และจดบันทึก จากนั้นรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 กลุ่มนำมาวิเคราะห์จัดกลุ่มเพื่อสนับสนุนผลการศึกษาระดับปริมาณ โดยทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นพยาบาลวิชาชีพ ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยแบบผสมผสาน และมีประสบการณ์ทำงานด้านการพยาบาล อาชีวอนามัย

2.2 สร้างความน่าเชื่อถือโดยทีมวิจัยจะประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและมุมมองเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล เก็บข้อมูลหลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม

2.3 เมื่อข้อมูลอิ่มตัว ผู้วิจัยทุกคนอ่านบทสัมภาษณ์และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมกัน ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (methodology triangulation) โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลกับบันทึกสะท้อนคิดของผู้วิจัย และเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสังเกตขณะสัมภาษณ์เชิงลึก หลังจากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบเชื่อมโยงข้อมูลเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในข้อมูล นำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ไปอภิปรายกับทีมวิจัยเพื่อลดอคติในการตีความข้อมูล และการวิจัยนี้เลือก และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติสอดคล้องครอบคลุมสิ่งที่ต้องการศึกษาเพื่อสามารถนำผลที่ได้ไปอ้างอิงในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ระดับของปัจจัยคุณภาพจากการทำงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และภาวะสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณภาพจากการทำงาน และภาวะสุขภาพ ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

3. เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพระหว่างผู้ที่มีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน ด้วยสถิติการทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และจัดกลุ่มสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการป้องกันปัญหาจากการทำงานและการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่ E 2565-043 ลงวันที่ 9 มีนาคม 2565 อาสาสมัครการวิจัยได้รับการพิทักษ์สิทธิตามมาตรฐานการวิจัย นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและทำลายข้อมูลการวิจัยภายใน 1 ปีหลังจากที่เผยแพร่บทความการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

1.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.70 มีช่วงอายุ 48-59 ปี ร้อยละ 40.80 ($M = 43.16$, $SD = 9.75$) มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 67.70 ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 41.50 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีความดันโลหิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ (blood pressure: $BP \leq 120/80$ mmHg) ร้อยละ 69.20 และระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ (fasting blood sugar: $FBS \leq 100$ mg/dl) ร้อยละ 86.90 รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประชากรวัยทำงาน ในโรงงานทำไม้เขตพื้นที่ โรงพยาบาลห้างฉัตร ($n = 130$ คน)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	42	32.30
หญิง	88	67.70
อายุ ($M = 43.16$, $SD = 9.75$)		
15 – 25 ปี	5	3.80
26 – 36 ปี	27	20.80
37 – 47 ปี	45	34.60
48 – 59 ปี	53	40.80
สถานภาพสมรส		
โสด	33	25.40
สมรส/คู่	88	67.70
หม้าย/หย่า/แยก	9	6.90
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	2.30
ประถมศึกษา	54	41.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	28	21.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	25	19.20
อนุปริญญา/ปวส.	8	6.20
ปริญญาตรีขึ้นไป	12	9.20
ศาสนาพุทธ	130	100.00
ระดับความดันโลหิต		
กลุ่มปกติ ($BP \leq 120/80$ mmHg)	90	69.20
กลุ่มเสี่ยง ($BP = 121-139/80-89$ mmHg)	35	26.90
กลุ่มเสี่ยงสูง ($BP > 140/90$ mmHg)	5	3.80

ตาราง 1 (ต่อ)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้ำตาลในเลือด		
กลุ่มปกติ (FBS $\leq$ 100 mg/dl)	113	86.90
กลุ่มเสี่ยง (FBS 101-125 mg/dl)	6	4.60
กลุ่มเสี่ยงสูง (FBS $\geq$ 126 mg/dl)	11	8.50

1.2 ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และภาวะสุขภาพ ของประชากรวัยทำงาน โรงงานทำไม้ ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

1.2.1 ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานด้านกายภาพ ผลการวิจัยพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยระดับสูง ได้แก่ การมีฝุ่นละออง และมีเสียงดัง ($M = 3.60$, $SD = 1.44$ และ $M = 3.56$, $SD = 1.44$ ตามลำดับ) ด้านเคมี ทั้ง 2 ข้อ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ทำงานสัมผัสน้ำยา/ สารเคมี ที่เกิดจากกระบวนการผลิตจากไม้ และทำงานสัมผัสหรือได้กลิ่นน้ำยาสารเคมีที่ใช้ในกระบวนการผลิต ($M = 2.00$, $SD = 1.15$ และ $M = 1.93$, $SD = 1.17$ ตามลำดับ) ด้านชีวภาพอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ทำงานสัมผัสเชื้อราหรือเชื้อโรคอื่น ๆ ที่ปนเปื้อนมากับไม้ที่นำมาใช้เป็นวัตถุดิบในกระบวนการผลิตภัณฑ์แปรรูปจากไม้ ($M = 1.80$, $SD = 1.09$) ด้านการยศาสตร์ข้อที่มีค่าเฉลี่ยระดับสูงได้แก่ ยืนหรือนั่งทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานมากกว่า 4 ชั่วโมง ($M = 3.53$, $SD = 1.58$) ด้านจิตสังคมทุกข้ออยู่ในระดับต่ำถึงต่ำมาก ยกเว้นไม่มีอำนาจในการตัดสินใจในการทำงาน เช่น ไม่สามารถทำงานที่นอกเหนือจากคำสั่งหัวหน้าได้ ต้องถามก่อนทุกครั้ง ที่อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.90$, $SD = 1.62$ ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานของประชากรวัยทำงาน โรงงานทำไม้ ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลห้างฉัตร ($n = 130$)

ด้าน	M	SD	ระดับ
กายภาพ			
มีฝุ่นละออง เช่น การไสไม้ การตัด การซอยและการขึ้นรูป การขัดกระดาษทราย เป็นต้น	3.60	1.44	สูง
มีเสียงดัง	3.56	1.44	สูง
เคมี			
ทำงานสัมผัสน้ำยา/ สารเคมี ที่เกิดจากกระบวนการผลิตจากไม้ เช่น การเตรียม การขัดผิวแต่งไม้ การขึ้นรูปตกแต่ง	2.00	1.15	ต่ำ
ทำงานสัมผัสหรือได้กลิ่นน้ำยาสารเคมีที่ใช้ในกระบวนการผลิตเช่น สีเคลือบ น้ำยาประสานเนื้อไม้ - อบเนื้อไม้ อัดน้ำยา	1.93	1.17	ต่ำ
ชีวภาพ			
ทำงานสัมผัสเชื้อรา หรือเชื้อโรคอื่น ๆ ที่ปนเปื้อนมากับไม้ที่นำมาใช้เป็นวัตถุดิบในกระบวนการผลิตภัณฑ์แปรรูปจากไม้	1.80	1.09	ต่ำ

ตาราง 2 (ต่อ)

ด้าน	M	SD	ระดับ
การยศาสตร์			
ยืนหรือนั่งทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานมากกว่า 4 ชั่วโมง	3.53	1.58	สูง
จิตสังคม			
ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจในการทำงาน เช่น ไม่สามารถทำงานที่นอกเหนือจากคำสั่งหัวหน้าได้ ต้องถามก่อนทุกครั้ง	2.90	1.62	ปานกลาง
ทำงานยาวนานมากกว่า 8 ชั่วโมง/วัน	1.65	1.08	ต่ำ
มีปัญหาขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน	1.37	.58	ต่ำมาก
มีปัญหาขัดแย้งกับหัวหน้างาน	1.26	.64	ต่ำมาก
ไม่ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างาน	1.42	.80	ต่ำมาก
มีภาระงานที่หนัก คือ ปริมาณงานที่มากไม่สามารถทำให้เสร็จตามเวลา	1.82	.86	ต่ำ
ต้องทำงานอย่างเร่งรีบจากความต้องการชิ้นงานของตลาด	2.28	.97	ต่ำ

1.2.2 ปัญหาสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยคุณภาพจากการทำงาน ผลการวิจัย พบว่า ด้านกายภาพส่วนใหญ่พบปัญหาปวดศีรษะ อ่อนเพลียจากการทำงานในที่อากาศร้อนอบอ้าว ร้อยละ 80 ด้านเคมีส่วนใหญ่พบปัญหา ผื่นคันตามผิวหนังจากการสัมผัสสีและน้ำยาสารเคมีที่ใช้ในกระบวนการผลิตแปรรูปจากไม้ ร้อยละ 30 ด้านชีวภาพพบปัญหาอาการผิดปกติจากการติดเชื้อที่ปนเปื้อนมาจากไม้ที่นำมาใช้เป็นวัตถุดิบในกระบวนการผลิตแปรรูปจากไม้ ร้อยละ 11.50 ด้านการยศาสตร์พบปัญหาอาการปวดหรือเมื่อยล้า แขน ร้อยละ 69.20 ด้านจิตสังคมปัญหาส่วนใหญ่ได้แก่ รู้สึกเครียด / กังวลจากการทำงานเร่งรีบจากความต้องการงาน ร้อยละ 22.30 รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของปัญหาสุขภาพที่จำแนกตามปัจจัยคุณภาพจากการทำงานของประชากรวัยทำงาน โรงงานทำไม้เขตพื้นที่โรงพยาบาลห้วยฉัตร (n = 130)

ด้าน	จำนวน	ร้อยละ
ดังกายภาพ		
ปวดศีรษะ อ่อนเพลียจากการทำงานในที่อากาศร้อนอบอ้าว	104	80.00
ระคายเคืองตา แสบตา ตาพร่ามัว	75	57.50
ได้ยินเสียงเบาไม่ชัดเจน จากการงานในที่ที่มีเสียงดัง	72	55.40
เคมี		
ผื่นคันตามผิวหนังจากการสัมผัสสีและน้ำยาสารเคมีที่ใช้ในกระบวนการผลิตแปรรูปจากไม้	39	30.00
ชีวภาพ		
อาการผิดปกติจากการติดเชื้อที่ปนเปื้อนมาจากไม้ที่นำมาใช้เป็นวัตถุดิบในกระบวนการผลิตแปรรูปจากไม้	15	11.50

ตาราง 3 (ต่อ)

การยศาสตร์		
อาการปวดหรือเมื่อยล้าบริเวณต้นคอ	74	56.90
อาการปวดหรือเมื่อยล้าบริเวณแขน	90	69.20
อาการปวดหรือเมื่อยล้าบริเวณมือ/ข้อมือ	87	66.90
จิตสังคม		
รู้สึกเครียด/ กังวลจากการทำงานที่ยาวนานมากกว่า 8 ชั่วโมง/วัน	20	15.40
รู้สึกเครียด/ กังวลจากภาระงานที่หนัก คือ ปริมาณงานที่มากไม่สามารถทำให้เสร็จตามเวลา	20	15.40
รู้สึกเครียด/ กังวลจากการทำงานเร่งรีบจากความต้องการงานของตลาด	29	22.30

1.2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความรู้ความเข้าใจ รองลงมาคือ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และการเข้าถึงข้อมูล ($M = 3.72, SD = .89$) การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง ($M = 3.39, SD = .49$) และรู้เท่าทันสื่อ ($M = 3.36, SD = .59$) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของประชากรวัยทำงาน โรงงานทำไม้ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลห้างฉัตร ($n = 130$)

ด้าน	M	SD	ระดับ
ความรู้ความเข้าใจ	3.72	.89	ดี
การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ	3.36	.59	ดี
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	3.39	.49	ดี

1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณภาพจากการทำงาน และภาวะสุขภาพ ของประชากรวัยทำงาน โรงงานทำไม้ ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยคุณภาพจากการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของประชากรวัยทำงาน โรงงานทำไม้ ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลห้างฉัตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .534$)

1.4 การเปรียบเทียบความรอบรู้สุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติและกลุ่มเสี่ยงพบว่า ความรอบรู้สุขภาพทุกด้านการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.091, p = .043$) โดยความรอบรู้สุขภาพทุกด้านการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ กลุ่มปกติมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเสี่ยง ($M = 3.15, SD = .62$ และ $M = 3.41, SD = .572$ ตามลำดับ) ดังตาราง 5

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการทดสอบที่เปรียบเทียบความรอบรู้สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติและกลุ่มเสี่ยงและมีความดันโลหิตสูง ($n = 130$)

ด้าน	กลุ่มปกติ		กลุ่มเสี่ยง		t	p -value
	M	SD	M	SD		
ความรู้ความเข้าใจ	3.77	.87	3.70	.89	.36	.718
การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ	3.15	.62	3.41	.57	2.09*	.043
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	3.26	.62	3.42	.43	1.266	.214

* $p < .05$

1.5 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างระหว่างกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลปกติและกลุ่มเสี่ยง พบว่า ความรอบรู้สุขภาพทุกด้านการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.129$, $p = .046$) โดยความรอบรู้สุขภาพทุกด้านการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ กลุ่มปกติมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเสี่ยง ($M = 3.23$, $SD = .609$ และ $M = 3.49$, $SD = .455$ ตามลำดับ) รายละเอียด ดังตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการทดสอบที่เปรียบเทียบความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลปกติและระดับน้ำตาลสูงกว่าปกติ ($n = 130$)

ด้าน	กลุ่มปกติ		กลุ่มเสี่ยง		t	p -value
	M	SD	M	SD		
ความรู้ความเข้าใจ	3.74	.85	3.58	1.03	0.78	.443
การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ	3.23	.609	3.49	.45	2.13*	.046
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	3.39	.494	3.40	.40	0.12	.905

* $p < .05$

2. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ จากผลการสนทนากลุ่ม สรุปประเด็นได้ ดังนี้

2.1 ปัจจัยและผลกระทบจากการปฏิบัติงานที่มีผลต่อสุขภาพ พบว่า สภาวะแวดล้อมจากการทำงาน เช่น ฝุ่นการมีละออง เสียงจากทำงาน การระบายอากาศที่ไม่ถ่ายเท รวมถึงแสงสว่างจากการทำงานไม่เพียงพอ ดังข้อมูล

“ระหว่างทำงานมีการคันตาบางเพราะเศษฝุ่นเข้าตา”

“รู้สึกหิวเวลาทำงานเพราะเครื่องจักรดังตลอดเวลา”

“ทำงานบางครั้งรู้สึกที่ไม่สว่าง ยิ่งต้องเจอฝุ่น บางครั้งก็กลัวอันตราย”

และรูปแบบการปฏิบัติงาน เช่น การนั่ง การทำยืนที่ไม่เหมาะสม ดังข้อมูล

“ปวดหลังเพราะต้องก้ม และยืนเป็นเวลานาน”

“บางครั้งไม่ได้นั่งพักสักเท่าไรเพราะกลัวงานเสร็จไม่ทัน”

2.2 การป้องกันและจัดการปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพ สำหรับการปฏิบัติงาน อุปกรณ์บางอย่างอาจไม่เพียงพอต่อการใช้งาน และความตระหนักต่อการปฏิบัติงานซึ่งมีนโยบายในการกำหนด แต่ในทางปฏิบัติอาจไม่ได้มีการตรวจ หรือติดตามการปฏิบัติงานของพนักงาน ดังข้อมูล

“โรงงานควรมีการตรวจสอบและกำกับการใช้เครื่องมือป้องกัน เพราะบางครั้งมีการทำบ้าง ไม่ทำบ้าง”

“เน้นให้มีการซ่อมแซมอุปกรณ์ในด้านความปลอดภัย เช่น พัดลมระบายอากาศ หรือเพิ่มความสว่าง”

2.3 นโยบายทางด้านสุขภาพ พบว่า สถานปฏิบัติงานควรมีนโยบายทางด้านสุขภาพ กำหนดให้ชัดเจน เช่น นโยบายการตรวจสุขภาพจากการปฏิบัติงาน การส่งเสริมการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน ดังข้อมูล

“บางครั้งก็อยากรู้วิธีการป้องกันสุขภาพจากการปฏิบัติงาน”

“อยากให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี”

“มีการให้ความรู้การทำงานที่ปลอดภัยสม่ำเสมอ”

การอภิปรายผล

ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และภาวะสุขภาพ ของประชากรวัยทำงานโรงงานทำไม้ ในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลห้วยฉัตร อภิปรายผลได้ดังนี้

ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานของประชากรวัยทำงาน โรงงานทำไม้ ที่สำคัญ คือ ปัจจัยคุกคามด้านกายภาพ ที่มีปัญหาฝุ่นละอองมีค่าระดับสูง ($M = 3.60$, $SD = 1.44$) ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ ระคายเคืองตา แสบตา ตาพร่ามัว ร้อยละ 75.00 สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ในด้านปัจจัยและผลกระทบจากการปฏิบัติที่มีผลมาจาก ฝุ่น เสียง และแสงสว่างที่ไม่เพียงพอ ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปตามบริบทของการทำงาน เนื่องจากจำเป็นที่จะต้องมีการแปรรูปผลผลิตจากการใช้เครื่องจักรที่ก่อให้เกิดฝุ่นละอองไปตามสถานที่ทำงาน หากไม่ตระหนักถึงการป้องกัน อาจส่งผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งในการมองเห็น หรือ ปัญหาสุขภาพในระบบทางเดินหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงสำรวจภาวะอันตรายจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะ 107 ราย พบว่าร้อยละ 72 มีอาการปวดและการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูก (59.7%) และอาการทางระบบทางเดินหายใจ (23.4%) อาการศีรษะ ตา และหู (7.8%) อาการผิวหนัง (5.2%) และอาการทางเดินอาหาร (3.9%) และผลการวิเคราะห์การได้รับอันตรายต่อสุขภาพในระดับสูง ($OR_{adj} = 5.87$, $95\%CI = 1.80 - 19.03$) และชั่วโมงการทำงานมีความสัมพันธ์กับปัญหาอาชีวอนามัยอย่างมีนัยสำคัญ (Lerdpornawan et al., 2017) จะเห็นได้ว่าสภาพแวดล้อมจากการทำงานที่ไม่ดี อาจก่อให้เกิดโรคจากการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ดังนั้น การกำหนดมาตรการหรือหาแนวทางการจัดการที่ชัดเจน รวมถึง การสร้างความตระหนักปัญหาสุขภาพจากการทำงาน จะสามารถช่วยลดอัตราการได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานได้

ความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ในข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงประถมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 97.6 สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน และแปลความหมายต่างๆ ได้อย่างเข้าใจ ซึ่งถือเป็นทักษะพื้นฐานของการเรียนรู้ นอกจากนั้นในด้านความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจ และด้านการเข้าถึงข้อมูลการสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับดี ($M = 3.72, 3.39, 3.36; SD = .89, .49, .59$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Roma et al. (2018) พบว่า การมีความรู้ทางด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ประกอบด้วย การฟัง พูด อ่าน และเขียน จะสามารถทำให้บุคคลเลือกใช้เหตุผลและการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพได้ (Tantranont et al., 2020)

ภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในกระแสเลือด อยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากนั้นยังมีข้อมูลที่แสดงถึงกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติอยู่ ร้อยละ 33.70 และ 13.10 ตามลำดับ ซึ่งเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องมีการติดตามในระยะต่อไป อย่างไรก็ตามการประเมินภาวะสุขภาพดังกล่าวเป็นเพียงการวัดระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเพียงครั้งเดียว อาจยังไม่สามารถสนับสนุนได้เพียงพอต่อโอกาสของการไม่เกิดโรคได้ในอนาคต เนื่องจากยังมีข้อมูลและปัจจัยในด้านอื่นๆที่ไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้ อาทิเช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย หรือพันธุกรรม เป็นต้น (Khongtong, 2021)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน และภาวะสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก กล่าวคือ เมื่อมีปัจจัยคุกคามจากการทำงานเพิ่มมากขึ้น ก็จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่แสดงให้เห็นว่า ส่วนใหญ่การทำงานมีความเครียดความกดดัน ซึ่งการได้รับปัจจัยคุกคามดังกล่าว อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย เช่น การนอนหลับที่ไม่เพียงพอ ปวดศีรษะ เกิดแผลในกระเพาะอาหาร จนนำไปสู่การก่อเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง (Boontein et al., 2017)

เมื่อเปรียบเทียบความรู้ ระหว่างกลุ่มปกติ และกลุ่มเสี่ยงทั้งความดันโลหิตสูง และระดับน้ำตาลในเลือดสูง พบว่า ในกลุ่มปกติมีความรู้มากกว่ากลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า การเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพ อาทิเช่น การได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต โลกโซเชียล ซึ่งเป็นข้อมูลที่ สามารถเข้าถึงได้ง่ายและรวดเร็ว มีอิทธิพลต่อระดับของความรู้ทางด้านสุขภาพ (Sasang et al., 2022) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Roma et al. (2018) พบว่า คนที่มีความสามารถอ่านออก และเขียนคล่องมีโอกาที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารได้ดีกว่า และการเข้าถึงข้อมูลได้รวดเร็วกว่า เช่นเดียวกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีความรู้ทางสุขภาพจำเป็นต้องมีพื้นฐานและทักษะเบื้องต้นในการอ่าน เขียน รวมถึงการสื่อสาร ซึ่งเป็นทักษะจำเป็นต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 97.70 นอกจากนั้นการมีความรู้รอบที่ดี ยังสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ดีขึ้น ดังนั้นการกำหนดนโยบายทางสุขภาพของประชากรในวัยทำงาน ควรเน้นไปที่การสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์ เพื่อที่จะสามารถให้ประชากรวัยทำงานเข้าถึงข้อมูลที่เหมาะสมและนำไปใช้ได้อย่างถูกต้อง

สำหรับการกำหนดนโยบายมาตรการทางด้านความปลอดภัย จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การควบคุมปัจจัยที่ส่งผลกระทบ ต้องเกิดจากการปัจจัยทางด้านบุคลากรในองค์กร และการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนขององค์กรทางด้านสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า ถึงจะมีนโยบายกำหนด แต่บุคลากรยังขาดความตระหนักถึงผลที่เกิดขึ้น ทั้งผลกระทบระยะสั้น เช่น การก่อให้เกิดความรำคาญ หรือการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง และผลกระทบระยะยาว เช่น การเกิดโรคที่มาจากการทำงาน และการเกิดโรคเรื้อรังจากการทำงาน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะต้องสร้างความเข้าใจ และร่วมกันวางแผนนโยบายด้านความปลอดภัยที่ชัดเจน อาทิเช่น การใส่อุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัย การส่งเสริมการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ รวมถึงการคัดกรองความเสี่ยงที่อาจจะก่อให้เกิดโรคเรื้อรังจากการทำงาน (Rungruang et al., 2021) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวอาจยังไม่สามารถสรุปถึงปัญหาจากการทำงานที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างชัดเจน เนื่องจากมีข้อจำกัดจากการศึกษา และจำเป็นต้องศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายประกอบกับจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในศึกษาเชิงลึกเพิ่มขึ้น ดังนั้นการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนสำหรับการศึกษาเรื่องนี้ ควรที่จะเน้นเรื่องการให้ความรู้ การป้องกันตนเอง ทั้งผ่านการจัดกิจกรรม หรือช่องทางสื่อสารออนไลน์ นอกจากนั้นควรมีมาตรการในการกำชับการปฏิบัติงาน รวมถึงการส่งเสริมสิทธิสวัสดิการทางด้านสุขภาพให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้เกี่ยวข้องและผู้บริหารควรมีข้อกำหนดนโยบายและแนวทางขณะปฏิบัติงานในโรงงานทำไม้อย่างชัดเจน โรงงานทำไม้ทุกแห่งภายในจังหวัด ควรได้รับการตรวจสอบคุณภาพให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดทิศทางนโยบายในการดำเนินงาน โรงงานทำไม้ทุกแห่งทั่วประเทศให้ได้ตรงตามมาตรฐาน และความปลอดภัย รวมถึงสวัสดิการทางด้านสุขภาพของแรงงานในโรงงานทำไม้อย่างเสมอภาค เท่าเทียมกัน

2. พยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับอาชีวอนามัย ควรส่งเสริม/สนับสนุนให้ คนงานในโรงงานทำไม้ ตระหนักถึงการป้องกันดูแลสุขภาพตนเองจากการทำงานอย่างเคร่งครัด เช่น การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะทำงานทุกครั้ง และมีการตรวจสอบพร้อมใช้ของอุปกรณ์ก่อนและหลังการปฏิบัติงาน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงทดลอง หรือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เช่น การพัฒนาโปรแกรมหรือแนวปฏิบัติในการส่งเสริมความตระหนักถึงการป้องกันดูแลสุขภาพตนเองจากการทำงาน และพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันอันตรายจากการทำงาน โดยพิจารณาจากความรอบรู้รายด้าน

เอกสารอ้างอิง

- Bleck, D., & Wettberg, W. (2012). Waste collection in developing countries–Tackling occupational safety and health hazards at their source. *Waste Management*, 32(11), 2009-2017.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Boontein, P., Anuritprasert, B., & Saneha, C. (2017). Factors related to metabolic syndrome among patients at out-patient department. *Nursing Science Journal of Thailand*, 35(4), 74-86. (in Thai)
- Creswell, J. W., Fetters, M. D., & Ivankova, N. V. (2004). Designing a mixed methods study in primary care. *The Annals of Family Medicine*, 2(1), 7-12.
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.) John Wiley & Sons.
- Division of Health Education, Department of Health Service Support. (2017). Assessment of health literacy and health behaviors according to principle 3E2S, working age group, aged 15 - 59 years. Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Division of Non Communicable Disease. (2018). *Report on the situation of NCD disease 2018, diabetes, high blood pressure and related factors*. Nonthaburi: Aksorn graphic and design publishing limited partnership. (in Thai) *exposure revised criteria 1998*. <http://www.cdc.gov/niosh/docs/98->
- Grizzle, A., Moore, P., Dezuanni, M., Asthana, S., Wilson, C., Banda, F., & Onumah, C. (2014). *Media and information literacy: Policy and strategy guidelines*. Unesco.
- Hangchat Hospital. (2020). *Annual health check-up report 2020*. Hangchat Hospital. (in Thai)
- Hangchat Hospital. (2021). *Annual health check-up report 2021*. Hangchat Hospital. (in Thai)
- Khongtong, P. (2018). Factors related to chronic illness. *Srinakharinwirot Research and Development Journal of Humanities and Social Sciences*, 10(19), 116-126. (in Thai)
- Lerdpornasawan, N., Chanprasit, C., & Kaewthummanukul, T. (2017). Occupational health hazards and health status related to risk among waste collectors. *Nursing Journal*, 44(2), 139-150. (in Thai)
- Levy, B. S., Wegman, D. H., Baron, S. L., & Sokas, R. K. (2011). *Occupational and environmental health: Recognizing and preventing disease and injury* (6th ed.). Oxford University Press.
- National Department of Health. (2018). *Concepts and principles of a health literacy organization*. Department of Health Project Office. (in Thai)

- National Institute for Occupational Safety and Health. (2023). *Occupational noise exposure*. <https://www.cdc.gov/niosh/docs/98-126/default.html>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 72-78.
- Office of Occupational and Environmental Diseases, Department of Disease control, Ministry of Public Health. (2017). *Report on the situation of diseases and health hazards from occupations and the environment in 2017*. https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/01_envocc_situation_60.pdf. (in Thai)
- Roma, W., Tanasugarn, C., Tipayamongkhogul, M., Aimyong, N., Neelapaichi, N., Kloyiam, S., & Samnuanklang, M. (2018). *National health literacy survey project for Thai people aged 15 years and above (phase 1)*. Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Rungruang, J., Jivacate, N., & Leelukkanaveera, Y. (2021). Factors for prediction of occupational lung disease prevention behaviors among employees in wood industries in Samut Prakran Province. *Journal of Health and Nursing Research*, 37(2), 157-169. (in Thai)
- Sasang, U., Krongyuth, K., & Chananin, Y. (2022). Factors associated with self-care behaviors of patients with Non-Communicable Diseases. *Journal of Nursing and Education*, 14(4), 45-58. (in Thai)
- Tantranont, K., Wisutthananon, A., Suthakorn, W., Supavitpatana, B., Lirtmunlikaporn, S., & Kampoun, S. (2020). Factors associated with health literacy among working population, Nong Pa Krang subdistrict, Mueang district, Chiang Mai province. *Lanna Public Health Journal*, 16(2), 61-71. (in Thai)
- Thongma, P. (2020). Health literacy and health outcomes in hypertensive patients. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13(1), 50-62. (in Thai)
- Thongtip, S., & Pitakpong, A. (2019). Relationship between perception of noise protection and the use of hearing protection devices among stone-mortar workers in Phayao province. *Srinagarind Medical Journal*, 34(2), 155-160. (in Thai)



บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านเพศวิถีและแนวโน้มนำการตัดสินใจทางเพศ ต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในนักเรียนหญิงวัยรุ่นตอนต้น Effects of Program Promoting Sexual Literacy and Sexual Decision-Tendencies on Self-protection from Unwanted Pregnancies among Early Adolescent Female Students

ณัฐณิรี คำอูไร¹, ศิริวรรณ ทุมเชื้อ^{1*}, มณฑนา มณีโชติ¹,
พัชนียา เชียงตา¹, พรนิภา วงษ์มาก¹, ชิดชนก พันธุ์ป้อม¹

Natnari Khamaurai¹, Siriwan Tumchuea^{1*}, Munthana Maneechote¹,
Patchaneeya Chaingta¹, Pornnipa Wongmuk¹, Chidchanok Phunpom¹

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding e-mail: siriwan@bcns.ac.th; โทรศัพท์ 081-9461542)

(Received: October 25, 2023; Revised: December 25, 2023; Accepted: December 25, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและแนวโน้มนำการตัดสินใจทางเพศ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาปีที่ 2-3 อายุ 12-14 ปี โรงเรียนเทศบาล อ.เมือง จ.สระบุรี จำนวน 124 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 62 คน และกลุ่มควบคุม 62 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการเรียนการสอนเพศศึกษาตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านเพศวิถีและแนวโน้มนำการตัดสินใจทางเพศ เป็นระยะเวลา 2 วัน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและแนวโน้มนำการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ สัปดาห์ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ค่าความเชื่อมั่น .75 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและแนวโน้มนำการตัดสินใจทางเพศ คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านเพศวิถีและแนวโน้มนำการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p < .01$, $p < .05$) และภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($p < .01$, $p < .05$)

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute,
Ministry of Public Health

ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางส่งเสริมความรู้ด้านเพศวิถี เพื่อการตัดสินใจทางเพศและป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านเพศวิถี, การตัดสินใจ, ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์, วัยรุ่นหญิงตอนต้น

Abstract

The quasi-experimental research with two groups pretest-posttest design aims to examine the effects of a Program Promoting Sexual Literacy and Sexual Decision-Tendencies on Self-protection from Unwanted Pregnancies. The sample group consists of female students in grades 2-3, aged 12-14, from a municipal school in the city of Saraburi province, Thailand. There are a total of 124 participants, divided into an experimental group of 62 and a control group of 62. The control group receives regular sexual education instruction, while the experimental group undergoes a program to enhance knowledge in sexual and reproductive health and trends in sexual decision-making over a period of 2 days. The research instruments consisted of a knowledge in sexual and reproductive health education and trends in sexual decision-making regarding unwanted pregnancies questionnaires and reviewed by 3 experts. The reliabilities of the questionnaires were .85. Data were analyzed by using descriptive statistic, independent t-test, and paired t-test.

The results revealed that The findings showed that the experimental group had significantly statistically different average scores in knowledge of sexual and reproductive health education and trends in sexual decision-making related to protection against unwanted pregnancies between the experimental and control groups after enrolling in the Program Promoting Sexual Literacy and Sexual Decision-Tendencies on Self-protection from Unwanted Pregnancies ($p < .01$, $p < .05$). Furthermore, there are statistically significant variations between the pre- and post-program scores for the experimental group ($p < .01$, $p < .05$). The results of the study can serve as a basis for promoting sexual and reproductive health education so that people can make educated sexual decisions and protect themselves from unintended pregnancies.

Keywords: Sexual literacy, Decision-making, Unwanted pregnancy,
Early teenage female students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นตั้งครรภ์ หมายถึง การตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ซึ่งมีความเสี่ยงต่อสุขภาพของมารดาและทารกทั้งในขณะตั้งครรภ์และขณะคลอดอุบัติการณ์ของวัยรุ่นตั้งครรภ์มีแนวโน้มลดลงค่อนข้างช้าแม้ว่าประเทศไทยจะได้ดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายูวรีตั้งครรภ์ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายูวรีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 (Prevention and Solution of the Adolescent Pregnancy Problem Act B.E 2549, 2016) แต่ยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งที่ประสบผลสำเร็จ แม้จะมีการดำเนินการให้บริการยาฝังคุมกำเนิดฟรีในหญิงกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่ต้องการคุมกำเนิด หรืออยู่ในภาวะหลังคลอด หลังแท้งที่สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการระบบบัตรทองหรือระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมบริการนั้น รวมถึงมีการจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ใช้ติดตามสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Department of Health, 2022) โดยพบว่าในปี พ.ศ.2565 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ในเขตภาคกลาง (เขต 4 และเขต 5 เท่ากับ 0.90 และ 1.28) โดยในเขตอำเภอเมืองสระบุรี พบอัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ 10-14 ปี ในปี 2563 เท่ากับ 1.07 ต่อ 1,000 คน ในปี 2564 เท่ากับ 1.22 ต่อ 1,000 คน และในปี 2565 เท่ากับ 1.53 ต่อ 1,000 คน ซึ่งยังคงเป็นตัวเลขที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือ 0.90 คน (Bureau of Reproductive Health, 2022).

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นทักษะทางความรู้และทักษะทางสังคมที่สนับสนุนแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และการใช้ข้อมูลในรูปแบบเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและรักษาสุขภาพที่ดี (World Health Organization: WHO, 2016) ความรู้ด้านสุขภาพยังช่วยให้ผู้คนที่สามารถที่จะรับมือและพัฒนาทักษะในการจัดการตนเอง เพื่อช่วยเตรียมความพร้อม ช่วยการปรับเปลี่ยนตนเองเพื่อความเป็นอยู่ที่ดี เป็นการมองการณ์ไกลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต (Edwards et al., 2012) ความรู้ด้านเพศ (Sexual literacy) มีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการเข้าถึงความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิทธิและความรับผิดชอบในเรื่องเพศและส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลรวมถึงผลลัพธ์ที่ตามมา (Kilfoyle et al., 2016) ซึ่ง “เพศวิถีศึกษา” หมายความว่า กระบวนการเรียนรู้ในเรื่องเพศ ที่ครอบคลุมถึงพัฒนาการในแต่ละช่วงวัย การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล พฤติกรรมทางเพศ สุขภาวะทางเพศ และมีมิติทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลกระทบต่อเรื่องเพศ รวมทั้งสิทธิการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ให้ความสำคัญกับความหลากหลายและความเสมอภาคทางเพศ (Sombut, n.d.)

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีความสัมพันธ์กับการขาดความรู้ในเรื่องเพศวิถีศึกษาที่ครบถ้วนเพียงพอ การนัดอยู่ด้วยกันตามลำพังกับเพศตรงข้าม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการมีสิ่งกระตุ้นทางเพศ (Sombut, n.d.) การให้ความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาในโรงเรียนยังเน้นการสอนผลกระทบด้านลบของการมีเพศสัมพันธ์และขาดการสอนในเชิงจิตวิเคราะห์เกี่ยวกับเพศวิถี (Srijaiwong et al., 2019) การจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานสามารถสอนความรู้เรื่องเพศศึกษาได้เป็นอย่างดี ซึ่งเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรม

เสี่ยงทางเพศควรใช้โจทย์ปัญหาที่อยู่ในความสนใจของผู้เรียนเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความคิดวิเคราะห์ในการแก้ไขปัญหา (Adultrakul et al., 2015) การจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้รูปแบบข้อมูลแรงจูงใจ มีผลต่อการเสริมสร้างทักษะชีวิตด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหาเรื่องเพศ (Banluesak, 2016) รวมถึงการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองบนพื้นฐานการมีทักษะชีวิตที่ดีที่สามารถคาดหวังผลลัพธ์ในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศซึ่งนำไปสู่การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้ (Paknoi et al., 2017) โดยแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเชื่อว่าการที่บุคคลจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมใดๆ ขึ้นอยู่กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำที่จะเกิดขึ้น ผู้ที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีความมั่นใจในตนเองมาก ส่งผลต่อความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลนั้นโดยผ่านกระบวนการคิดด้วยตนเอง มีการรับรู้อารมณ์ความรู้สึกจนเกิดแรงจูงใจและมีความเชื่อหรือมีเจตคติเกิดขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ (Bandura, 1997)

ดังนั้น การเรียนการสอนในโรงเรียนเพื่อเตรียมความพร้อมให้วัยรุ่นมีความรอบรู้ มีความสามารถในการเข้าถึงความรู้ มีทักษะ มีทัศนคติที่ช่วยเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศและป้องกันปัญหาสุขภาพรวมถึงการมีสัมพันธภาพทางสังคมกับเพศตรงข้ามในเรื่องเพศที่ถูกต้องโดยคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพที่ตามมาและสามารถปกป้องสิทธิของตนเองได้จึงมีความสำคัญ (Thaphaeng et al., 2021) การส่งเสริมความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาจะช่วยพัฒนาความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและความสามารถในการตัดสินใจไปพร้อมๆ กัน การพัฒนาดังกล่าวจะเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้วัยรุ่นได้นำความรู้เรื่องเพศไปใช้ในการดำเนินชีวิตเพื่อช่วยให้สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน โดยผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านเพศวิถีและแนวโน้มการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นมาเพื่อช่วยให้วัยรุ่นหญิงตอนต้นมีความรอบรู้เรื่องเพศวิถีศึกษาและมีแนวโน้มในการตัดสินใจทางเพศในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศเพื่อป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา และแนวโน้มการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านเพศวิถี
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านเพศวิถีและแนวโน้มการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านเพศวิถี

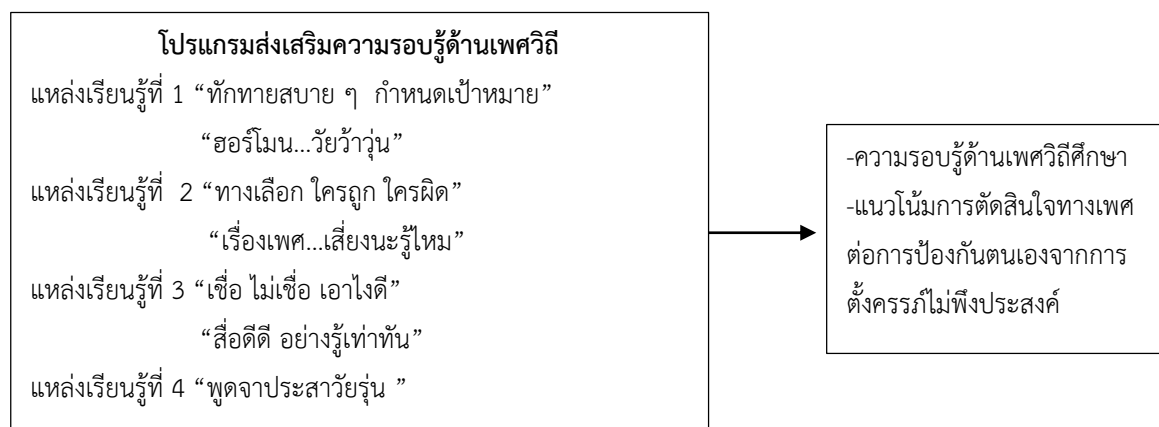
สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและแนวโน้มการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านเพศวิถีและแนวโน้มการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ Bandura (1997) มาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านเพศวิถีและแนวโน้มการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นหญิงตอนต้นซึ่งเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กไปสู่วัยรุ่นผู้ใหญ่และเริ่มสนใจเพื่อนต่างเพศเกิดความเชื่อมั่นโดยผ่านการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้วยการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลสำคัญ 4 แหล่ง คือ 1) การเรียนรู้ประสบการณ์ในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวแบบของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ 3) การได้รับคำพูดชักจูงในขอบเขตของความเป็นจริงเพื่อให้เกิดความเชื่อในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง 4) การส่งเสริมสถานะทางสรีระและอารมณ์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านเพศวิถี ซึ่งวัยรุ่นหญิงตอนต้นจะใช้กระบวนการทางปัญญาเพื่อเลือกข้อมูลจากแหล่งที่ตนเองสนใจและชั่งน้ำหนักเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือรวมถึงผสมผสานข้อมูลจากการเรียนรู้จาก 4 แหล่งดังกล่าวเพื่อใช้ตัดสินใจด้วยความสามารถของตนเอง ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านเพศวิถีและแนวโน้มการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในนักเรียนหญิงวัยรุ่นตอนต้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ทำการวัดความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและแนวโน้มการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ระหว่างเดือนกรกฎาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2566 ในโรงเรียนเทศบาล เขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนหญิงวัยรุ่นตอนต้น อายุ 10-14 ปี ในโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองสระบุรี อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี จำนวน 300 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนหญิงวัยรุ่นตอนต้น อายุ 10-14 ปี ที่ถูกสุ่มเลือกอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองสระบุรี อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การประมาณค่าอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาที่คล้ายคลึง (Paknoi et al., 2017) อำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 102 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมทั้งสิ้น 124 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (match pair) จากเกรดเฉลี่ย การได้รับการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนที่คล้ายคลึงกัน แบ่งเข้ากลุ่มทดลอง 62 คน และกลุ่มควบคุม 62 คน และ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม 2) อ่านเขียนภาษาไทยได้ 3) สามารถใช้โทรศัพท์มือถือติดต่อสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนได้ และมีเกณฑ์คัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างมีการย้ายโรงเรียนหรือลาออกจากโรงเรียนออกจากโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง เป็นโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและแนวโน้มนการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในนักเรียนหญิงวัยรุ่นตอนต้นที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเนื้อหาประกอบด้วยแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา ประกอบด้วย 1) คู่มือการจัดกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาเพื่อป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 2) แผนการสอนเรื่องการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของวัยรุ่น การควบคุมอารมณ์ในวัยรุ่น การตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทักษะชีวิตวัยรุ่นและการรู้เท่าทันสื่อในยุคดิจิทัล มีรายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรม และรายละเอียดของกิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและ
แนวโน้มนำการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

แหล่งเรียนรู้	ชื่อกิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม
1	ทักทายสบาย ๆ กำหนดเป้าหมาย ฮอโมน...วัยวัยรุ่น	แนะนำตนเองด้วยกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ผ่านการเล่นเกมส์ เพื่อให้ได้รู้จัก ตัวเองและคนอื่นผ่านทักษะการสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและ การคิดสร้างสรรค์ มีเพื่อนคอยช่วยเหลือ คอยชักจูงโน้มน้าวในการ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ รวมถึงกำหนดเป้าหมายเพื่อ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงและการตัดสินใจทางเพศเพื่อป้องกันการ ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (pretest) เรียนรู้ด้วยตนเองจากหุ่นจำลองอวัยวะเพศ คลิปการเปลี่ยนแปลงเมื่อ ร่างกายเข้าสู่วัยรุ่น เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและ พัฒนาการทางเพศ อภิปรายและซักถามการเปลี่ยนแปลงร่างกายของ ตนเองเหมือนหรือแตกต่างจากคนอื่นอย่างไร
2	ทางเลือก ใครถูก ใครผิด	วิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทางเพศ และการควบคุมตนเอง
3	เรื่องเพศเสี่ยงอะไร เชื่อ ไม่เชื่อ เอาใจดี สื่อที่ดี อย่างรู้เท่าทัน	เพื่อฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และทักษะการปฏิเสธ สร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับตนเองเพื่อให้เกิดความเชื่อในความสามารถ เพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และส่งเสริมทักษะชีวิตให้มี ความคิดสร้างสรรค์ การมองตนเองเชิงบวก การมีความสัมพันธ์ที่ดี และทักษะด้านดิจิทัล ในรูปแบบการสะท้อนคิดและสนทนากลุ่มย่อย
4	พุดจาประสาวัยรุ่น	พุดคุย ซักถาม ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ face book, line ตามความสมัคร ใจเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ต่อเนื่อง เมื่อครบ 1 สัปดาห์ ทำแบบประเมิน (posttest)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์
ไม่พึงประสงค์สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษา ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง
สาธารณสุข (Health Education Division, 2019) โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน จำนวน 37 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ 1)
ระดับการศึกษาในปัจจุบัน 2) ผลการเรียน 3) อายุ 4) ศาสนา 5) พักอาศัยกับใคร 6) สถานภาพของ
ครอบครัว 7) ความพึงพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ 8) สุขภาพด้านร่างกาย 9) สุขภาพด้านจิตใจ และ 10)
บุคคลใกล้ชิดที่มีประวัติตั้งครรภ์ก่อนอายุ 21 ปี

ตอนที่ 2 แบบตรวจสอบรายการกับพฤติกรรมของนักเรียนเพื่อประเมินความรู้ด้าน
เพศวิถีศึกษา และแนวโน้มนำการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์แบบ
4 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ (ข้อ 1, 5) ความรู้เพศศึกษา (ข้อ 2,
3, 8, 9, 14) ทักษะการสื่อสาร (ข้อ 6, 7) การจัดการตนเอง (ข้อ 4, 10) และความรู้ด้านสื่อ (ข้อ 11,

12, 13, 15) โดยมีตัวเลือกที่ถูกข้อละ 1 ตัวเลือก และมีเกณฑ์จำแนกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้ (Health Education Division, 2019)

0-8 หรือ < ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

9-11 หรือ ≤ 60 - < ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้บ้าง

12-15 หรือ $\geq$ ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้เป็นอย่างดี

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแนวโน้มการตัดสินใจต่อการใช้ชีวิตในอนาคต จำนวน 10 ข้อ แบบ 4 ตัวเลือก ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถประเมินทางเลือกและไม่ใช้เหตุผลประกอบการตัดสินใจ 2 คะแนน หมายถึง สามารถประเมินทางเลือก แต่ใช้เหตุผลประกอบการตัดสินใจอย่างไม่ถูกต้องเหมาะสม 3 คะแนน หมายถึง สามารถประเมินทางเลือกและใช้เหตุผลประกอบการตัดสินใจเป็นประโยชน์ต่อตนเอง 4 คะแนน หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและ ป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้เป็นอย่างดี และมีเกณฑ์จำแนกระดับคะแนน ดังนี้ (Health Education Division, 2019)

≤ 36 คะแนน $\leq$ ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม หมายถึง สามารถประเมินทางเลือก แต่ใช้เหตุผลประกอบการตัดสินใจไม่ถูกต้องเหมาะสม

36-47 หรือ ≤ 60 - < ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม หมายถึง สามารถประเมินทางเลือกและใช้เหตุผลประกอบการตัดสินใจเป็นประโยชน์ต่อตนเองได้บ้าง

48-60 คะแนนหรือ $\geq$ ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม หมายถึง สามารถประเมินทางเลือกและใช้เหตุผลประกอบการตัดสินใจเป็นประโยชน์ต่อตนเองได้เป็นอย่างดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการทดลองนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงของโปรแกรมและเนื้อหาเพื่อดูความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (IOC: Index of item objective congruence) ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านเพศวิถีศึกษาและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สำหรับวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลมารดาทารก 1 ท่าน โดยมีค่าระหว่าง 0.66-1.00 นำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษา ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ไปทดลองใช้กับนักเรียนหญิงวัยรุ่นตอนต้น อายุ 10-14 ปี ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย จำนวน 20 คน และปรับปรุงกิจกรรมในโปรแกรมให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริงแล้วคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .75

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนทดลอง ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เสนอต่อนายกเทศมนตรีเมือง

สระบุรี เพื่อประสานงานไปยังโรงเรียนในสังกัดเทศบาลเมืองสระบุรี จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนเทศบาล 1 (วัดทองพุ่มพวง) โรงเรียนเทศบาล 2 (วัดศรีบุรีรัตนาราม) โรงเรียนเทศบาล 3 (วัดบ้านอ้อย) โรงเรียนเทศบาล 6 (วัดเชิงเขา) โรงเรียนเทศบาล 7 (วัดแก่งขนุน) และโรงเรียนเทศบาล 9 (วัดเขาคุบ) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การขอความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำแบบประเมิน (pretest)

2. ระยะทดลอง กลุ่มควบคุมจะได้รับการเรียนการสอนเพศศึกษาตามโปรแกรมการเรียนการสอนตามปกติในโรงเรียนทั้ง 6 แห่ง กลุ่มทดลองจะถูกดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและแนวโน้มนำการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเอง จำนวน 2 วัน โดยใช้สถานที่คือ ห้องประชุมอาคาร 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี

3. ระยะติดตามหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และทำแบบประเมิน (posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเพศวิถีและแนวโน้มนำการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเพศวิถีและแนวโน้มนำการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติการทดสอบที่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี เลขที่ EC1-003/2566 ลงวันที่ 14 กันยายน 2566 โดยผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลา การนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และผลที่เกิดขึ้นทางตรงและทางอ้อมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ข้อมูลจะเก็บไว้เป็นความลับและถูกทำลายภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความใกล้เคียงกัน คือ ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธพักอาศัยอยู่กับบิดามารดา มีอายุใกล้เคียงกัน คือ 12-14 ปี เกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.00-3.50 ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีบ้างไม่ดีบ้าง มีความพึงพอใจ-พอใจมากกับชีวิตความเป็นอยู่ สุขภาพทางร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง-ดี กลุ่มทดลอง พบว่า มีบุคคลใกล้ชิดคือแม่ที่มีประวัติตั้งครรภ์ก่อนอายุ 21 ปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 30.65 รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 124)

รายการ	กลุ่มควบคุม (n = 62)		กลุ่มทดลอง (n = 62)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
10-11	0	0.00	1	1.61
12-13	23	37.10	48	77.42
14	39	62.90	13	20.97
ผลการเรียน (เกรดเฉลี่ย)				
< 2.00	1	1.61	0	0.00
2.00-2.50	22	35.48	7	11.29
2.51-3.00	24	38.71	15	24.19
3.01-3.50	11	17.74	25	40.33
3.51 ขึ้นไป	4	6.46	15	24.19
ความสัมพันธ์ในครอบครัว				
แย่มากๆ	2	3.23	0	0.00
ส่วนใหญ่ไม่ดี	1	1.61	1	1.61
ดีบ้างไม่ดีบ้าง	38	61.29	37	59.68
รักใคร่กันดี	13	20.97	20	32.26
รักใคร่กันดีมาก	8	12.90	4	6.45
ความพึงพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่				
ไม่พอใจมากที่สุด				
ค่อนข้างไม่พอใจมาก	7	11.29	7	11.29
พอใจ	36	58.06	39	62.90
พอใจมาก	12	19.36	13	20.97
พอใจมากที่สุด	7	11.29	3	4.84
บุคคลใกล้ชิดมีประวัติติ่งครรภ์ก่อนอายุ 21 ปี				
ยาย/ย่า	3	4.84	1	1.61
แม่	7	11.29	19	30.65
น้า/อา	1	1.61	3	4.84
เพื่อนสนิท	0	0.00	0	0.00
พี่น้อง	1	1.61	9	14.52
ญาติ	3	4.83	8	12.90
ไม่มี	49	79.03	26	41.94

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเพศวิถีและแนวโน้มการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและแนวโน้มการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$, $p < .05$) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเพศวิถีและแนวโน้มการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 124$)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม ($n = 62$)		กลุ่มทดลอง ($n = 62$)		t	p -value
	M	SD	M	SD		
ความรู้ด้านเพศวิถี	7.85	2.75	8.79	3.94	1.54**	.002
แนวโน้มการตัดสินใจทางเพศ	33.11	3.70	35.26	3.07	3.51*	.020

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

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเพศวิถีและแนวโน้มการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและแนวโน้มการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์สูงกว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$, $p < .05$) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านเพศวิถีและแนวโน้มการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ($n = 62$)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		95% CI	t	p -value
	M	SD	M	SD			
ความรู้ด้านเพศวิถี	6.44	3.18	8.79	3.94	.76 - 3.95	2.95**	.005
แนวโน้มการตัดสินใจทางเพศ	33.16	5.19	35.26	3.07	.49 - 3.71	2.61*	.012

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

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและแนวโน้มการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$, $p < .05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านเพศวิถีและแนวโน้มการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของกลุ่มทดลองสูงกว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$, $p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านเพศวิถีและแนวโน้มการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มีกระบวนการเรียนรู้จากที่มาของแหล่งเรียนรู้ที่สามารถโน้มน้าวการ

ตัดสินใจทางเพศเพื่อป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้ จากแหล่งที่มา 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การเรียนรู้ประสบการณ์ในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศด้วยตนเอง ทำให้ได้วิเคราะห์สถานการณ์ มองเห็นความเหมือนและความแตกต่างของตนเองกับคนอื่น ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง กล้าแสดงความคิดเห็นเมื่อมีความคิดเห็นที่แตกต่าง สอดคล้องกับผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสามารถนำไปใช้ในการเพิ่มระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหญิงได้ (Pusuwan et al., 2014) 2) การเรียนรู้จากการได้เห็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จากการชม หนังสือ “ทางเลือก” ซึ่งมีทั้งตัวแบบที่สามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงและตัวแบบที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจนทำให้เกิดการตั้งครรภ์ ทำให้กลุ่มทดลองได้เห็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ และไม่ประสบความสำเร็จในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และเมื่อกลุ่มทดลองได้ฝึกทักษะใน การใส่ถุงยางอนามัยกับหุ่นจำลองยังดึงดูดความสนใจของกลุ่มทดลองและสามารถย้อนกลับมาทบทวน ใหม่ได้ ทำให้เกิดการสะท้อนคิด เกิดการเปรียบเทียบความสามารถของตนเองในการเลือกที่จะหลีกเลี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ กล้ายอมรับและปฏิเสธ หรือถ้าไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้จะมีแนวโน้มในการ ตัดสินใจในทางที่เลือกด้วยตนเองอย่างไรให้เหมาะสม ส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจทางเพศ สอดคล้องกับการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้รูปแบบข้อมูล แรงจูงใจ มีผลต่อการเสริมสร้างทักษะชีวิต ด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหาเรื่องเพศ (Banluesak, 2016) การเสริมแรงทางบวกด้วยการพูดชักจูง โน้มน้าวจิตใจ ใช้คำถามกระตุ้นความคิดเห็น เพื่อให้กลุ่มทดลองได้มีความเชื่อมั่นในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล ที่น่าเชื่อถือทั้งตัวบุคคลและสื่อโซเชียลมีเดีย ในขณะที่มีเพื่อนคอยช่วยเหลือ ทำให้เกิดความรู้สึกล้อยตาม หรือโน้มน้าวการตัดสินใจเพื่อป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ สอดคล้องกับ Promma (2021) ที่พบว่า เพื่อนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มากกว่า ญาติ พี่น้อง และ 4) การ ส่งเสริมความรู้ด้านเพศวิถีให้กับกลุ่มทดลองด้วยการพูดคุยในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ผ่านสื่อสังคม ออนไลน์ที่วัยรุ่นคุ้นเคย ทำให้เกิดความพึงพอใจให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรม สอดคล้องกับ Prommin et al. (2022) ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา ในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยนี้ สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาช่วยเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านเพศวิถีศึกษาทำให้วัยรุ่นหญิงที่เข้าร่วมโปรแกรมมีแนวโน้มในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และมีแนวโน้มการตัดสินใจทางเพศเพื่อป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้จำกัดอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงเรียนในเขตเทศบาลเพียงเขตเดียว ควรมีการกระจาย การศึกษาในโรงเรียนในส่วนที่รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเขตการศึกษาอื่น ๆ เพื่อเป็น

ตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ดี และตัวแปรแทรกซ้อนอื่นที่เกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในสภาพแวดล้อมโรงเรียนเดียวกันรวมถึงหลักสูตรเพศศึกษาในโรงเรียนอาจมีความแตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 10-14 ปี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยมาใช้แนะนำวัยรุ่นในชุมชนเพื่อให้วัยรุ่นได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของความรู้เรื่องเพศวิถีเป็นการสร้างเสริมการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
2. นำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและแนวโน้มการตัดสินใจทางเพศต่อการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในนักเรียนหญิงวัยรุ่นตอนต้นมาปรับใช้ในการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาในโรงเรียนเพื่อให้วัยรุ่นจะสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาความคงระดับคะแนนความรอบรู้และแนวโน้มในการตัดสินใจเรื่องเพศในระยะยาว และเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม

รายการอ้างอิง

- Adultrakul, A., Potjanamart, C., & SawangJaiThum, K. (2015). Effects of problem based learning towards knowledge on sex education and opinions on sex risk behaviors among mutthayomsuksa students. *Nursing Journal*, 42(Special), 46-56. (in Thai)
- Bandura, A. (1997) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://org/doi/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Banluesak, J. (2016). Sex education learning management using information motivation and behavioral skill model to enhance life skills in decision making and problem solving of grade 6 students in Chulalongkorn University Demonstration Elementary School. *Journal of Education Studies*, 44(2), 33-56. (in Thai)
- Bureau of Reproductive Health. (2022). *Reproductive health situation in adolescents and youth 2022*. <https://rh.anamai.moph.go.th/th> (in Thai)
- Department of Health, (2022). *Live birth rate for women aged 10-14 years. DOH dashboard*. <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/labor1014n?year=2022> (in Thai)
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model. *BMC Public Health*, 12(1), Article 130. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/130>

- Health Education Division. (2019). *Health education program to enhance health literacy for preventing unplanned pregnancy for middle school students*.
<http://hed.go.th/linkHed/395> (in Thai)
- Kilfoyle, K. A., Vitko, M., O'Connor, R., & Bailey, S. C. (2016). Health literacy and women's reproductive health: A systematic review. *Journal of Women's Health, 25*(12), 1237-1255. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5810>
- Paknoi, J., Krungkrietch, N., & Homsin, P. (2017). Effects of life skills enhancement program on perceived self-efficacy and outcome expectancy to avoid sexual risk behaviors among female lower secondary school student. *Journal of Nursing and Health Care, 35*(3), 58-68. (in Thai)
- Phommin, P., Wattanaburanon, A., & Isarankura Na Ayudaya, W. (2022). Effects of learning activities on sexuality education using life skills for preventing premature pregnancy of junior high school students. *Dhammathas Academic Journal, 22*(4), 49-62. (in Thai)
- Promma, N. (2021). Perceived self-efficacy of unwanted pregnancy prevention among students in a university. *Journal of Health Science, 30*(1), 5-13. (in Thai)
- Pusuwan, S., Wongyai, K., Leekuan. (2013). Effects of skill development for prevention of sexual risk behavior on perceived self-efficacy and sexual risk behavior among female adolescent. *Nursing Journal, 40*(4), 68-79. (in Thai)
- Sombud, S. (n.d.). *Sexuality education literacy and life skills among teenagers aged 10-19 years*.
<https://rh.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/download/?did=211675&id=98256&reload=>
 (in Thai)
- Srijaiwong, S., Sindthu, S., Ratinthorn, A., & Viwatwonghasem, C. (2019). Sexuality education and teachers' attitudes towards sexual double standard influencing on sexual risk behaviors among adolescents. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 11*(2), 91-102. (in Thai)
- Prevention and Solution of the Adolescent Pregnancy Problem Act B.E 2549. (2016, 31 March). *Thai Government Gazette*. Vol 133 Part 30 A. Page 1-14. (in Thai)
- Thaphaeng, K., Panyasai, W., & Rojananit, S. (2021). The guidelines of sexuality education management for opportunity expansion school under Phitsanulok Primary Educational Service Area Office 3. *Journal of Roi Kaensarn Academi, 6*(8), 26-41. (in Thai)
- World Health Organization. (2016). *The mandate for health literacy*.
<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy>

บทความวิชาการ (Academic article)

บทบาทพยาบาลในการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพทางเพศสำหรับมารดาวัยรุ่น

Nurses' Role in Sexual Health Literacy Development for Adolescent Mothers

ไพลิน ถึงถิ่น¹, รพีพรรณ นาคบุบผา^{1*}, วาสนา ชูณรงค์², สิริณกร ศุภวรรณ³

Pailin Thungtin¹, Rapeepan Narkbubpha^{1*}, Watsana Choonarong², Sirinporn Sukarawan³

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: rapeepan@pckpb.ac.th, โทรศัพท์ 062-5651457)

(Received: July 19, 2023; Revised: December 3, 2023; Accepted: December 3, 2023)

บทคัดย่อ

การขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอสะท้อนถึงระบบบริการและการเข้าถึงข้อมูลบริการทางสุขภาพที่มีความซับซ้อนเกินกว่าที่ประชาชนจำนวนหนึ่งจะสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ โดยเฉพาะในกลุ่มมารดาวัยรุ่นเป็นกลุ่มประชากรหนึ่งที่มีข้อจำกัดในระดับการศึกษา เนื่องจากการตั้งครรภ์ทำให้ต้องหยุดพักการเรียน อาจทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดา พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิด สามารถประเมินคัดกรอง และพัฒนาความรอบรู้สุขภาพทางเพศในมารดาวัยรุ่นให้มีระดับที่เพียงพอและสามารถดูแลตนเองและทารกได้

การพัฒนาความรอบรู้สุขภาพทางเพศสำหรับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยประยุกต์ใช้บทบาทพยาบาลวิชาชีพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรักษาพยาบาล การป้องกัน การฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ที่เชื่อถือได้ 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจ สามารถตีความ นำความรู้ที่ได้รับไปป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และป้องกันติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ 3) ทักษะการสื่อสารสามารถขอรับคำปรึกษาปัญหาหลังคลอดจากพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม 4) ทักษะการตัดสินใจ เลือกวิธีการดูแลตนเองและทารกที่สอดคล้องกับค่านิยมและความ

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Phachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหัวหิน
Registered Nurse (Professional Level), Hua Hin Hospital

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

ต้องการที่แท้จริงของตนเอง 5) ทักษะการจัดการตนเอง มารับบริการตรวจหลังคลอดตามนัดและสามารถเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสม และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ สามารถแยกแยะข้อมูลที่ถูกต้องและข้อมูลที่ไม่ถูกต้องนำมาสู่การดูแลตนเองและทารกหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้สุขภาพทางเพศ, บทบาทพยาบาล, มารดาวัยรุ่น

Abstract

Lack of health knowledge has an impact on health, resulting in insufficient levels of health literacy. This reflects a healthcare system and access to health service information that is more complex than a certain population can access and benefit from, particularly among adolescent mothers, who are a population group with limitations in education. Pregnancy often interrupts their education, which may hinder their success in fulfilling the role of motherhood. Professional nurses, being close to them, can assess, screen, and enhance the level of sexual and reproductive health knowledge in postpartum adolescent mothers to a sufficient level, enabling them to take care of themselves and their infants effectively.

The development of sexual health literacy in postpartum adolescent mothers can be achieved by applying the roles of professional nurses in all four dimensions, in conjunction with Nutbeam's (2008) framework, which consists of six important components. These components are as follows: 1) Access skills: Having reliable skills to access health information and services, 2) Cognitive skills: Having the ability to interpret and understand knowledge received in order to prevent repeat pregnancies and sexually transmitted infections, 3) Communication skills: Having the ability to appropriately seek advice and consult with nurses or medical professionals regarding postpartum issues, 4) Decision-making skills: Involves choosing self-care methods for both oneself and the infant that align with personal values and genuine needs, 5) Self-management skills: Having the ability to conduct postpartum examinations and use appropriate contraception methods for oneself, and 6) Media literacy: Having the ability to distinguish accurate information from misleading information and effectively apply it to self-care and postpartum infant care.

Keywords: Sexual health literacy, Nurses' roles, Adolescent mothers

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นประเด็นสำคัญที่ทั่วโลกต่างให้ความสนใจและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไข สถิติขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2565 พบว่าทั่วโลกมีอัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี เฉลี่ย 41.9 ต่อหญิงวัยรุ่น 1,000 คน แม้ว่าสถิติจะลดลงจากปี 2555 ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 53.4 ต่อหญิงวัยรุ่น 1,000 คน (World Health Organization, 2023) แต่ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของวัยรุ่น องค์การสหประชาชาติ จึงได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDGs) และเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ที่นานาชาติต้องการให้บรรลุภายในปี พ.ศ. 2573 ประเทศไทยจึงได้นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดตัวชี้วัดสำคัญคือ ลดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี อายุ 15-19 ปี และลดการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี (Department of Reproductive Health, Ministry of Public Health, 2023) จากการติดตามสถานการณ์การคลอดมีชีพในวัยรุ่นไทยอายุ 10-19 ปี ระยะ 10 ปีที่ผ่านมาพบว่า อัตราการคลอดในวัยรุ่นสูงที่สุดใน พ.ศ. 2554 และ 2555 คือ ร้อยละ 16.9 จากนั้นมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ โดยในปี 2564 พบร้อยละ 9.3 (Department of Reproductive Health, Ministry of Public Health, 2021) แต่มีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในปี 2564 สูงถึงร้อยละ 14.29 ซึ่งเกินกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด คือ ไม่เกินร้อยละ 13.0 ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องเร่งรัดการดำเนินงานเพื่อลดการตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่มวัยรุ่นอย่างจริงจังต่อไป (Department of Reproductive Health, Ministry of Public Health, 2023)

การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อทั้งด้านมารดาและทารก ในด้านมารดาพบภาวะคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 18.8 และการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 2.5 (Talungchit et al., 2017) สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่ามารดาวัยรุ่นมักยังไม่ได้อยู่ในวัยทำงาน ทำให้ไม่มีรายได้ ขาดการดูแลตนเอง ขาดการดูแลทารกอย่างเหมาะสมหลังการคลอด จึงส่งผลเสียต่อทั้งสุขภาพของมารดาและทารก จะนำไปสู่การหยุดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนเวลาอันควร และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด รวมทั้งปัญหาด้านอารมณ์จิตใจและสังคม เนื่องจากต้องเปลี่ยนสถานะจากเด็กวัยรุ่นมาเป็นแม่ ซึ่งต้องมีความรับผิดชอบสูงแบบผู้ใหญ่ วัยรุ่นบางรายอาจประสบปัญหาในการปรับตัว (Department of Reproductive Health, Ministry of Public Health, 2021) รวมทั้ง ผลกระทบด้านทารก ได้แก่ แรกเกิดน้ำหนักน้อย และตายคลอด (Sananpanichkul & Leaungsomnapa, 2015)

การศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของการตั้งครรภ์ซ้ำทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่ามีปัญหาจากการใช้ยาคุมกำเนิด (Wilkie et al., 2016; Bucknall & Bick, 2019) และปัญหาอาการแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้ใช้ยาคุมกำเนิดไม่ต่อเนื่อง จนเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำโดยไม่ตั้งใจตามมา (Pancharern et al., 2016) ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดก็ถาวร เช่น การฝังยาคุมกำเนิด การใส่ห่วงอนามัย และการดูแลอย่างต่อเนื่อง การที่สามีไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมตัดสินใจ ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำเพิ่มขึ้น (Dallas, 2013) รวมทั้ง ปัจจัยส่วนบุคคล ในด้านการระดับการศึกษาพบว่า มารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำมีการศึกษาน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้มีการตั้งครรภ์ซ้ำ (Vieira et al., 2016;

Anucha et al., 2022) สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาที่พบว่า ประมาณ 1 ใน 4 ของมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้เข้ารับการตรวจหลังคลอด มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพสมรส และระดับการศึกษา (Aungsataporn et al., 2019) อย่างไรก็ตามการศึกษาความต้องการของมารดาวัยรุ่น กลับพบว่า ยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เช่น การดูแลตนเองและทารกแรกเกิด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสร้างภูมิคุ้มกัน และการวางแผนครอบครัว (Namutebi et al., 2022) จะเห็นได้ว่ามารดาวัยรุ่นควรได้รับการส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังคลอด เช่น บริการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมของสามีหรือครอบครัว การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจของมารดาและทารก การเตรียมความพร้อมในการเลี้ยงดูทารก และส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน (Department of Reproductive Health, Ministry of Public Health, 2023)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคม ที่ขึ้นาก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคล ให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง จึงมีการนำมาประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่งจำแนกออกเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access skill) 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจ (cognitive skill) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) 5) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) (Nutbeam, 2008) รวมทั้ง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอด (maternal health literacy: MHL) ซึ่งถูกเสนอโดย Renkert and Nutbeam (2001) หมายถึง ทักษะความรู้ ความเข้าใจและสังคม ซึ่งกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของมารดาที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในรูปแบบที่ส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองและทารก มารดาที่ไม่มีระดับ MHL ที่ไม่เพียงพอ จะมีแนวโน้มที่จะพบปัญหาการรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และการคลอดบุตร การตีความและนำข้อมูลสำคัญจากบุคลากรทางการแพทย์ไปประยุกต์ใช้ และพร่องความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ (Taheri et al., 2020) ทั้งนี้ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดอย่างใกล้ชิด สามารถประเมิน หรือคัดกรอง และพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้

บทความนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอดและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดทั้ง 6 องค์ประกอบดังกล่าวข้างต้น ตามลำดับ เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ได้มีแนวทางในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่มารดาวัยรุ่น ให้สามารถดูแลตนเอง และทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) ได้อธิบายถึงความสำคัญของพยาบาลหรือผดุงครรภ์ในการดูแลมารดาหลังคลอด ซึ่งนอกจากการป้องกันการเสียชีวิตของมารดาและทารกแล้ว ยังมีผลดีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพอื่น เช่น สุขภาพทางเพศ อนามัยเจริญพันธุ์ การฉีดวัคซีน การให้นมบุตร และภาวะซึมเศร้า

หลังคลอด สอดคล้องกับ Nursing Council (2019) ได้กำหนดมาตรฐานการผดุงครรภ์ โดยให้การพยาบาลที่คำนึงถึงปัจเจกบุคคล ส่งเสริมบทบาทการเป็นบิดา-มารดา และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพของมารดาหลังคลอด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด และวางแผนครอบครัว ประเมินและดูแลสุขภาพทารกแรกเกิด ครอบคลุมการดูแลสายสะดือ ส่งเสริมสนับสนุนให้ทารกได้รับนมแม่และภูมิคุ้มกันโรค ประเมินภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก จัดการเบื้องต้น และส่งต่ออย่างเหมาะสม ทั้งนี้ สามารถจำแนกบทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาด้วยรุ่นหลังคลอดเป็น 4 ด้าน (Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2019) ดังนี้

1. การรักษาพยาบาล ให้การดูแลที่ได้มาตรฐาน จำแนกออกเป็น 2 ด้าน ด้านมารดา ได้แก่ การประเมินเต้านม หัวนม การไหลของน้ำนม ประเมิน LATCH score (คะแนนการเข้าเต้า) ประกอบด้วย latch (L) คือ การอมหัวนมและลานนม audible swallowing (A) คือการได้ยินเสียง กลืนน้ำนม type of nipple (T) คือ ลักษณะหัวนมของแม่ comfort breast and nipple (C) คือ รู้สึกสบายเต้านม และ hold (H) คือ ทำอุ้มลูกหรือจัดท่าลูกขณะให้นม โดยมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน (Puapornpong, 2014) และแก้ไขปัญหาที่พบ จัดให้แม่และลูกอยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อส่งเสริมการสร้างความผูกพัน สอนช่วยเหลือ และกระตุ้นให้ทารกดูดนมแม่ทุก 2-3 ชั่วโมง วางแผนครอบครัวโดยใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดที่ป้องกันการตั้งครรภ์ระยะยาว และไม่ส่งผลต่อปริมาณน้ำนมแม่ (Talungchit et al., 2020) ได้แก่ ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงที่ยังเป็นวัยรุ่น เว้นระยะห่างของการตั้งครรภ์ และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน และด้านทารก ได้แก่ ประเมินการดูดนมแม่และปัญหาโดยรวม เช่น ภาวะพังผืดใต้ลิ้น ความผิดปกติของการกลืน ประเมินว่าทารกได้รับนมแม่เพียงพอหรือไม่ ประเมินภาวะตัวเหลืองและภาวะติดเชื้อ เจาะเลือดเพื่อคัดกรองภาวะผิดปกติในทารกแรกเกิด การให้วัคซีนก่อนจำหน่ายออกตามมาตรฐาน เป็นต้น (Department of Reproductive Health, Ministry of Public Health, 2021)

2. การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านมารดา เช่น ประเมินทางด้านจิตสังคม ประเมินอาการผิดปกติของมารดาที่พบร่วมได้ ได้แก่ ใช้หรือการติดเชื้อที่พบร่วม เช่น ลักษณะน้ำคาวปลาผิดปกติ เจ็บแผลฝีเย็บมากขึ้น ปัสสาวะแสบขัด เจ็บหัวนม แผลฝีเย็บแยกหรืออักเสบ มดลูกหดตัวไม่ดี ภาวะซึมเศร้า หลังคลอด ด้านทารกปัญหาในการให้นมแม่ เช่น หัวนมสั้น น้ำนมไม่พอ เต้านมคัด การดูแลทารกในชีวิตประจำวัน การอาบน้ำ การเช็ดล้างหรือเปลี่ยนผ้าอ้อม รวมทั้ง สัมพันธ์ภาพกับทารก การให้คำแนะนำช่องทางการเข้ารับบริการตามปัญหาที่พบ เป็นต้น (Department of Reproductive Health, Ministry of Public Health, 2021)

3. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้กลับสู่ภาวะปกติ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลภายหลังการเจ็บป่วย เพื่อให้กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนการเจ็บป่วยหรือสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยส่งเสริมการดูแลตนเองให้เป็นประโยชน์มากที่สุด ด้านมารดาการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ เช่น การสอนวิธีการเลี้ยงลูกอย่างถูกวิธี ส่งเสริมการเลี้ยงดูลูกของพ่อร่วมกับแม่ด้วยรุ่น เพื่อสนับสนุนบทบาทของพ่อ ร่วมแก้ไขให้คำแนะนำในปัญหา และอุปสรรคในการเลี้ยงดูทารก ประเมินสุขภาพและพัฒนาการของทารก เป็นต้น (Department of Reproductive Health, Ministry of Public Health, 2021)

4. การส่งเสริมสุขภาพให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ด้านมารดาให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง (Pavelová et al., 2021) เช่น การพักผ่อนให้เพียงพอ โภชนาการที่เหมาะสม การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ส่งเสริมและให้คำแนะนำแม่วัยรุ่นเพื่อวางแผนกลับไปทำงานหรือเรียนต่อเมื่อพร้อม ส่งเสริมและเฝ้าระวังการสร้างสัมพันธภาพกับทารกและสามี เพื่อสร้างความสุข ลดความรุนแรงในครอบครัว และลดความเสี่ยงในการใช้สารเสพติด ประสานความต้องการการช่วยเหลืออื่น ๆ เช่น ด้านเศรษฐกิจ การศึกษา กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ด้านทารกให้คำแนะนำแก่แม่วัยรุ่น สามี และสมาชิกในครอบครัว ตามสภาพปัญหาที่พบหรือพิจารณาส่งต่อเด็ก ตามข้อบ่งชี้เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลที่เหมาะสม เป็นต้น (Department of Reproductive Health, Ministry of Public Health, 2021)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการ ปัญหาอุปสรรค และระดับความรู้ด้านสุขภาพของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ทั้งในไทยและต่างประเทศ พบว่า มารดาวัยรุ่นในอินโดนีเซียเกิดความท้าทายในการให้นมบุตร รู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลทารกแรกเกิด และความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองมีจำกัด (Erfini et al., 2019) รวมทั้ง มารดาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ มีโอกาสน้อยที่จะสามารถวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวได้ บุคลากรทางการแพทย์ต้องปรับเนื้อหาการให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดูแลสุขภาพของตนเองและทารกแรกเกิดให้เหมาะสมและสอดคล้องกับระดับความรู้ของมารดาแต่ละคน (Stafford et al., 2021) นอกจากนี้การศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นในจังหวัดลำปาง ประเทศไทย พบมีคะแนนเฉลี่ยในส่วนของความรู้และความเข้าใจ และการปฏิบัติตนหลังคลอดอยู่ในระดับที่ดี และปัจจัยที่มีส่วนในการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา สภาพเศรษฐกิจ-สังคม การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และบริบทวัฒนธรรม ความรู้ด้านสุขภาพหลังคลอดที่เพียงพอจะช่วยเสริมให้มารดาวัยรุ่นตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองและทารกแรกเกิดได้ (Naunboonruang et al., 2017) จะเห็นได้ว่าการเข้าใจระดับความรู้ด้านสุขภาพหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นมีความสำคัญสำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ นำไปสู่การดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนที่เหมาะสมให้ตรงกับความต้องการ ช่วยเสริมสร้างความเป็นอยู่ที่ดีทั้งสำหรับมารดาวัยรุ่นและทารกแรกเกิดได้

บทบาทพยาบาลในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

ตามแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ Nutbeam (2008) พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ตามแนวทางที่จำแนกไว้ทั้ง 6 องค์ประกอบร่วมกับกรอบการออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคลและปัจจัยเชิงระบบของ Kaengdamkoeng (2021) เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทางเพศของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้ ดังตาราง

ตาราง การออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดระดับบุคคลและปัจจัยเชิงระบบ

ทักษะและวัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	กิจกรรม	กลวิธี	สื่อพัฒนาทักษะ	วิธีการประเมิน	ปัจจัยเชิงระบบสนับสนุนการพัฒนา
1. การเข้าถึง (access skill) เพื่อพัฒนาความสามารถและทักษะในการค้นหาถิ่นกรองและตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการวางแผนครอบครัว	- แหล่งข้อมูลและข้อมูลเกี่ยวกับ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการวางแผนครอบครัว - วิธีการค้นหาถิ่นกรองและตรวจสอบข้อมูล - ช่องทางการติดต่อสอบถามเพิ่มเติม	- บรรยายความสำคัญ - ฝึกค้นหา ถิ่นกรองและตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การวางแผนครอบครัวตามขั้นตอนดังนี้ 1) ค้นหาข้อมูล 2) ถิ่นกรองข้อมูล 3) ตรวจสอบข้อมูล	- เทคนิคการใช้ภาพ (Fotonovela technique) - บันทึกการสังเกต	สื่อออนไลน์รูปแบบอื่นที่เหมาะสมกับวัยรุ่น	- สังเกตการปฏิบัติในขั้นตอนต่าง ๆ	- เว็บไซต์ระบบข้อมูลและสื่อออนไลน์ที่ผลิตขึ้นที่คำนึงถึงข้อจำกัดของกลุ่มวัยรุ่น - ระบบอินเทอร์เน็ต - การมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของผู้นำในชุมชน
2. ความรู้ความเข้าใจ (cognitive skill) เพื่อพัฒนาความสามารถและทักษะในการจดจำและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการวางแผนครอบครัว	- ประเด็นเนื้อหาที่มีความเข้าใจไม่ถูกต้องสร้างความสับสนหรืออยากต่อการจดจำ เช่น นำนมไหลน้อย ลืมรับประทานยาคุมกำเนิด - สาธิตขั้นตอน การแก้ปัญหา	- บรรยายสาระสำคัญเกี่ยวกับการแก้ปัญหา นำนมไหลน้อย ลืมรับประทานยาคุมกำเนิด - สาธิตขั้นตอนการแก้ปัญหา	- เทคนิคการสอนกลับ (teach back technique) - การแสดงเพื่อให้เห็นตรวจสอบ (show-me)	www.breastfeedthai.com YouTube วิดีโวกำเนิดสำหรับวัยรุ่น สื่อออนไลน์รูปแบบอื่นที่เหมาะสมกับวัยรุ่น	- แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังกิจกรรม - แบบสังเกตการมีส่วนร่วม	- จัดแหล่งเรียนรู้ เช่น สื่อมัลติมีเดีย
3. การสื่อสาร (communication skill) เพื่อพัฒนาความสามารถและทักษะในการวางแผน จัดเตรียมคำถามการใช้คำถาม และประเมินคำถามเกี่ยวกับ	- ความสำคัญของการถาม - กระบวนการใช้คำถาม 4 ขั้นตอน 1) วางแผนการใช้คำถาม	- บรรยายความสำคัญและลักษณะคำถามที่ดี - จับคู่ฝึกการใช้คำถามตามสถานการณ์จำลอง - ประเมินการใช้คำถาม	- สร้างบรรยากาศให้เกิดความกล้าที่จะถาม (shame free) - การแสดงเพื่อให้เห็นตรวจสอบ (show-me)	- สถานการณ์ต่าง ๆ ของการใช้คำถาม - ใบงานฝึกปฏิบัติการใช้คำถาม - แบบประเมินการใช้คำถาม	- ประเมินจากลักษณะคำถามที่ใช้ และข้อมูลที่บันทึกไว้ในการใช้ ใบงานฝึกในใบงานฝึก	- สร้างช่องทางให้มีการถามที่หลากหลาย ได้แก่ Facebook, LINE ระบบสายด่วน - ระบบรักษาความรักที่เอื้อต่อการให้เกิดความ

ทักษะและวัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	กิจกรรม	กลวิธี	สื่อพัฒนาทักษะ	วิธีการประเมิน	ปัจจัยเชิงระบบสนับสนุนการพัฒนา
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการวางแผนครอบครัว	2) จัดเตรียมคำถาม 3) ใช้คำถาม 4) ประเมินการใช้คำถามเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการวางแผนครอบครัว	- สรุปการเรียนรู้ตามกระบวนการ	- การให้รางวัลชื่นชมยกย่อง		ปฏิบัติการใช้คำถาม	ไว้วางใจในการถาม-ตอบ
4. การตัดสินใจ (decision skill) เพื่อพัฒนาความสามารถและทักษะในการระบุปัญหา กำหนดทางเลือกประเมินทางเลือกและแสดงจุดยืนการตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ	- ความสำคัญของการตัดสินใจ - กระบวนการตัดสินใจ 4 ขั้นตอน 1) ระบุปัญหา 2) กำหนดทางเลือก 3) ประเมินทางเลือก 4) แสดงจุดยืนในการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ	- บรรยายความสำคัญ - ฝึกการตัดสินใจ 4 ขั้นตอน 1) ฝึกระบุปัญหาสำคัญที่ต้องตัดสินใจ 2) ฝึกกำหนดทางเลือกให้ได้มากที่สุด 3) ฝึกประเมินทางเลือกโดยการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียและอภิปราย 4) แสดงจุดยืนในการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล	- ใช้รายการตรวจสอบ (check list) - การแสดงเพื่อให้เห็นตรวจสอบ (show - me)	- สื่อแสดงตัวอย่างสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ต้องตัดสินใจ เช่น แก้น้ำร้อนไหม้เล็กน้อย วิธีการแก้ปัญหาเมื่อลิ้มรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด - แผนผังแขนงกิ่งไม้ (tree diagram) - แผนผังก้างปลา (fishbone diagram)	- การนำเสนอกระบวนการตัดสินใจและการแสดงเหตุผลต่อจุดยืนที่ได้ตัดสินใจ - บันทึกการซักถามอภิปรายและแสดงเหตุผล	- ระบบบริการให้คำปรึกษาออนไลน์ที่เก็บความลับและสร้างความไว้วางใจ ความเป็นมิตร - ระบบบริการในหน่วยบริการแบบ One stop service
5. การจัดการตนเอง (self-management skill) เพื่อพัฒนาความสามารถและทักษะในการกำหนดวิธีเตือนตนเองและวิธีการจัดการตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงด้วย	- ความสำคัญของการใช้ข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตัว - วิธีการเตือนตนเอง - วิธีการจัดการตนเอง	- บรรยายความสำคัญ - เรียนรู้จากบุคคลต้นแบบเรื่องวิธีการเทคนิคในการเตือนตนเองและจัดการตนเองเรื่องการเลี้ยงด้วยนมแม่และการวางแผนครอบครัวในวัยรุ่น	- การแสดงเพื่อให้เห็นตรวจสอบ (show - me) - การสร้างแรงจูงใจ (motivation)	- สื่อหนึ่งบุคคลต้นแบบ เช่น มารดาวัยรุ่นที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือนขึ้นไป - สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการเตือนตนเอง ได้แก่	- สังเกตการเสนอวิธีการ - ผลงานการแสดงความคิดเห็นเรื่องวิธีการเตือนตนเองและการจัดการตนเอง	- สื่อเผยแพร่วิธีการเตือนตนเอง เช่น การใช้ Application - นวัตกรรมเตือนตนเองที่ออกแบบไว้ในระบบบริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่น

ทักษะและวัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	กิจกรรม	กลวิธี	สื่อพัฒนาทักษะ	วิธีการประเมิน	ปัจจัยเชิงระบบสนับสนุนการพัฒนา
นมแม่และการวางแผนครอบครัว		- ฝึกกำหนดวิธีการเตือนตนเองและจัดการตนเอง - ฝึกทักษะการเตือนตนเองและจัดการตนเองด้วยวิธีอย่างใดอย่างหนึ่ง - ทบทวนและสรุปการเรียนรู้		นาฬิกาปลุกสติ๊กเกอร์ Application ต่างๆ		
6. การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) เพื่อพัฒนาทักษะในการคิดอย่างวิเคราะห์ และประเมินข้อความสื่อโฆษณา และเนื้อหาออนไลน์ สามารถแยกแยะข้อมูลที่ถูกต้อง ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง	- แหล่งข้อมูลและข้อมูลเกี่ยวกับ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการวางแผนครอบครัว - วิธีการค้นหาแหล่งกรองและตรวจสอบข้อมูล - ช่องทางการติดต่อสอบถามเพิ่มเติม	- บรรยายความสำคัญฝึกค้นหาแหล่งกรองและตรวจสอบข้อมูล	-การแสดงให้เห็นตรวจสอบ (show - me)	- สื่อแสดงตัวอย่างในการค้นหาข้อมูลเพื่อนำมาดูแลตนเองของวัยรุ่น เช่น แก้ปัญหา นำนมไหลน้อย, วิธีการแก้ปัญหาเมื่อลืมรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด	- สังเกตการปฏิบัติในขั้นตอนต่าง ๆ	- เว็บไซต์ระบบข้อมูลและสื่อออนไลน์ที่น่าเชื่อถือ - ระบบอินเทอร์เน็ต

บทสรุป

มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเป็นปัญหาที่สำคัญของสังคมไทย เนื่องจากส่วนใหญ่ยังไม่ได้อยู่ในวัยทำงาน และยังไม่สำเร็จการศึกษาขั้นพื้นฐาน จึงขาดโอกาสในการประกอบอาชีพที่มีความมั่นคง และมีโอกาสที่จะเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำได้ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีสภาพร่างกายไม่พร้อมต่อการตั้งครรภ์ ซึ่งอาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกในครรภ์ได้ อีกทั้ง มารดาวัยรุ่นมักเผชิญกับปัญหาทางด้านอารมณ์จิตใจและสังคม เนื่องจากต้องเปลี่ยนสถานะจากเด็กวัยรุ่นมาเป็นแม่ ซึ่งต้องมีความรับผิดชอบสูงแบบผู้ใหญ่ วัยรุ่นบางรายอาจประสบปัญหาในการปรับตัวทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดา

แนวทางการพัฒนาความรู้สุขภาพทางเพศในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Nutbeam (2008) ร่วมกับบทบาทพยาบาลทั้ง 4 ด้าน การรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้กลับสู่ภาวะปกติ และการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดสามารถดูแลตนเองและทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผ่านทักษะทั้ง 6 องค์ประกอบ คือ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access skill) 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจ (cognitive skill) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) 5) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ร่วมกับกรอบการออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคลและปัจจัยเชิงระบบของ Kaengdamkoeng (2021) ซึ่งพบว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มีความรอบรู้สุขภาพทางเพศ สามารถแก้ปัญหาการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้ทารกมีสุขภาพแข็งแรงมารดาประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดา รวมทั้งป้องกันตนเอง ลดความเสี่ยงในการหยุดการคุมกำเนิดหลังคลอด ส่งผลให้ลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

รายการอ้างอิง

- Anucha, C., Arayajaru, P., Pataipakaipet, K., & Ngoenying, S. (2022). Prevalence and factors related to repeat pregnancy among adolescent mothers. *Journal of Public Health Nursing, 36*(1), 53–66. (in Thai)
- Aungsataporn, S., Phaloprakarn, C., & Tangjitgamol, S. (2019). Characteristics associated with loss to post-partum follow-up among adolescent mothers. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 45*(5), 981-986. <https://doi.org/10.1111/jog.13935>
- Bucknall, A., & Bick, D. (2019). Repeat pregnancies in teenage mothers: An exploratory study. *Journal of Advanced Nursing, 75*(11), 2923-2933.
- Dallas, C. M. (2013). Rapid repeat pregnancy among unmarried, African American adolescent parent couples. *Western Journal of Nursing Research, 35*(2), 177-192.

- Department of Reproductive Health, Ministry of Public Health. (2023). *Annual report* <https://rh.anamai.moph.go.th/th/department-yearly-report/download/?did=212085&id=100907&reload=> (in Thai)
- Department of Reproductive Health, Ministry of Public Health. (2021). *Integrated care guidelines for adolescent mothers*. <https://rh.anamai.moph.go.th/th/yfhs-guide/3314#wow-book/> (in Thai)
- Erfina, E., Widyawati, W., McKenna, L., Reisenhofer, S., & Ismail, D. (2019). Exploring Indonesian adolescent women's healthcare needs as they transition to motherhood: A qualitative study. *Women and Birth*, 32(6), 544-551. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.02.007>
- Kaengdamkoeng, K. (2021). *Health literacy: Process practices evaluation tools*. Deol Digital Print. (in Thai)
- Namutebi, M., Kabahinda, D., Mbalinda, S. N., Nabunya, R., Nanfuka, D. G., Kabiri, L., Ngabirano, T. D., & Muwanguzi, P. A. (2022). Teenage first-time mothers' perceptions about their health care needs in the immediate and early postpartum period in Uganda. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), Article 743. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05062-7>
- Naunboonruang, P., Lorga, T., & Supong, S. (2017). *Postpartum health literacy among teen mothers in Lampang Province, Thailand. 2017 ANPOR Annual Conference Proceedings*, 5(1), 165-172. <https://journal.anpor.net/index.php/proceedings/article/view/16>
- Nursing Council. (2019). *Nursing council announcement on standards of antenatal care, B.E. 2019*. <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A222.PDF> (in Thai)
- Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2019). *Book of roles and responsibilities of professional nurses*. Suetawan. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Pancharern, S., Kontha, J., & Jongkae, P. (2020). Factors related to the intention to repeat pregnancy among pregnant adolescents. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*, 5(10), 231-247. (in Thai)
- Pavelová, L., Archalousová, A., Slezáková, Z., Zrubcová, D., Solgajová, A., Spáčilová, Z., Křištofová, E., & Slamková, A. (2021). The need for nurse interventions in sex education in adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), Article 492. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020492>

- Puapornpong, P. (2014). Breastfeeding assessment. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 21(1), 4-15. (in Thai)
- Renkert, S., & Nutbeam, D. O. N. (2001). Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: An exploratory study. *Health Promotion International*, 16(4), 381-388.
- Sananpanichkul, P. & Leaungsomnapa, Y. (2015). Adolescent pregnancy: Maternal factors effect on fetal outcome. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 32(2), 147-156. (in Thai)
- Stafford, J. D., Goggins, E. R., Lathrop, E., & Haddad, L. B. (2021). Health literacy and associated outcomes in the postpartum period at Grady Memorial Hospital. *Maternal and Child Health Journal*, 25(4), 599-605. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03030-1>
- Taheri, A., Pourshahriari, M., Abdollahi, A., Hosseinian, S., & Allen, K. A. (2021). Psychometric assessment of the Persian translation of the Social and Emotional Health Survey-Secondary (SEHS-S) with female adolescents. *International Journal of Mental Health*, 50(1), 16-32.
- Talungchit, P., Kwadkweang, S., & Limsiri, P. (2020). Mother-role development program and postpartum health-service utilization by adolescent mothers: A randomized, controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 47(2), 653-660. <https://doi.org/10.1111/jog.14576>
- Vieira, C. L., Flores, P. V., de Camargo, K. R., Pinheiro, R. S., Cabral, C. S., Aguiar, F. P., & Coeli, C. M. (2016). Rapid repeat pregnancy in Brazilian adolescents: interaction between maternal schooling and age. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(4), 382-385.
- Wilkie, G. L., Leung, K., Kumaraswami, T., Barlow, E., & Simas, T. A. M. (2016). Effects of obstetric complications on adolescent postpartum contraception and rapid repeat pregnancy. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 29(6), 612-616.
- World Health Organization. (2023). *World health statistics 2023: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>

บทความวิชาการ (Academic article)

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย

Developing Health Literacy for Respiratory Infections in Early Childhood

ทัศนีย์ ตรีศายลักษณ์^{1*}, ณัฐยา เชิงฉลาด ชูพรหม¹, วาริณีย์ แสนยศ²

Thasane Trisayaluk^{1*}, Natthaya Chergchalard Chooptom¹, Vatinee Sanyod²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: thastri@gmail.com, โทรศัพท์ 081-6163920)

(Received: September 30, 2023; Revised: December 11, 2023; Accepted: December 12, 2023)

บทคัดย่อ

การติดเชื้อทางเดินหายใจเป็นสาเหตุการตายของเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะปอดบวม เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของทั่วโลก ปีละ 2.4 ล้านคน โดยทุก ๆ นาทีจะมีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตอย่างน้อย 1 คน การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เหมาะสม กับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย จะช่วยลดข้อจำกัดเรื่องการเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถ พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นพื้นฐานของเด็กได้ โดยต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน เพื่อ ลดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย

บทความวิชาการนี้ นำเสนอความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตลอดจนแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย เพื่อให้ บุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กปฐมวัย ได้นำไปประยุกต์ใช้ได้อย่าง เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ, เด็กปฐมวัย

Abstract

Respiratory infections are the leading cause of death among early childhood especially pneumonia, which ranked as the first leading cause of death worldwide with 2.4 million deaths per year. Every minute, at least 1 child under 5 years dies. Developing health literacy regarding respiratory infectious diseases is appropriate for early childhood development. It will help

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

Instructor, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajaphat University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajaphat University

reduce the cause of it with access to limitations and understanding of health information for the development of children's functional literacy. It requires the cooperation of all sectors to reduce the risk of respiratory infection in early childhood.

This article presents health literacy and factors related to health literacy, as well as guidelines for developing health literacy in respiratory infectious diseases in early childhood. Its purpose is to advise how public health personnel and anyone involved in early childhood care can apply the article's findings appropriately in actual use.

Keywords: Health literacy, Respiratory infections, Early childhood

บทนำ

การติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็ก คือการติดเชื้อตั้งแต่บริเวณจมูก คอ หลอดลมไปจนถึงปอด แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น เริ่มตั้งแต่ช่องจมูกจนถึงเหนือกล่องเสียง เช่น โรคหวัด ช่องหูส่วนกลางอักเสบ ต่อมทอนซิลอักเสบ และการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง เริ่มตั้งแต่ส่วนบนของหลอดลมไปจนถึงถุงลมในปอด เช่น หลอดลมอักเสบ ปอดบวม (Hockenberry et al., 2017) การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ซึ่งมีความรุนแรงมากกว่าและเป็นสาเหตุการตายของเด็กมากที่สุด (Office of Disease Prevention and Control Region 9, 2022) การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างในเด็ก เป็นภาวะที่คุกคามสุขภาพเด็กทั่วโลกและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กปฐมวัย โดยมีรายงานว่าเด็กช่วงอายุ 1-4 ปี ประมาณ 14-23 ล้านคนทั่วโลก ได้รับการคุกคามจากปัญหาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ในปี 2019 มีเด็กเสียชีวิตจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ประมาณ 20 ล้านคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง (Safiri, et al., 2023) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุ โรคปอดบวมเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับหนึ่งในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี โดยในปี 2019 มีเด็กที่เสียชีวิตจากโรคปอดบวม 740,180 คน และเป็นร้อยละ 14 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (World Health Organization, 2022)

สำหรับประเทศไทย โรคปอดบวมเป็น 1 ใน 8 โรคที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษและเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในกลุ่มโรคติดเชื้อทั้งหมด (Department of disease control, Ministry of Public health, 2019) จากรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคปี 2560-2562 พบอัตราการป่วยด้วยโรคปอดอักเสบสูงสุดในเด็กกลุ่มอายุ 0-4 ปี และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกปี และรายงานสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ใน ปี 2563 (วันที่ 1 มกราคม-20 มิถุนายน 2563) มีรายงานผู้ป่วย 102,750 ราย อัตราป่วย 154.54 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.004 โดยมีสาเหตุจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่มัคงพบในเด็กเล็กกลุ่มอายุ 0-4 ปี เท่ากับ 684.94 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 5-14 ปี (427.98) ซึ่งมีอัตราป่วยสูงสุดในภาคเหนือ 223.15 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา

คือ ภาคกลาง (181.98) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (128.79) และภาคใต้ (61.51) ตามลำดับ (Office of Disease Prevention and Control Region 9, 2022)

อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กหากได้รับการดูแลไม่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและสุขภาพโดยรวมของเด็ก เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ เยื่อหูทางเดินหายใจบวม มีเสมหะมาก การหายใจผิดปกติ และเกิดการอุดตันของทางเดินหายใจ (Hockenberry et al., 2017) ส่งผลให้เด็กเกิดความไม่สบาย อารมณ์หงุดหงิด ทุกข์ทรมาน นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลียและหากมีความรุนแรงอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากผู้ปกครองหรือผู้ดูแล อาจทำให้เกิดอาการเรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก มีปัญหาด้านสติปัญญา หรือนำไปสู่การเสียชีวิตได้ (Burns et al., 2016)

บทความวิชาการนี้ นำความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตลอดจนแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กปฐมวัยได้นำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) มีผู้ให้ความหมาย คือทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมซึ่งก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคล ในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพที่ดีของตนไว้ได้ (Nutbeam, 2000; World Health Organization, 2009) คือระดับความสามารถของการได้มาและกระบวนการในการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพ และความสามารถในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลและบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็น จนสามารถกลั่นกรอง ประเมินและเลือกรับ นำไปสู่การตัดสินใจอย่างรู้เท่าทัน ละเอียดคมในการเลือกรับ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสม (Pengchan, 2017; Parker & Ratzam as cited in Inthakamhaeng, 2017) จากความหมายดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นขีดความสามารถของปัจเจกบุคคลด้านสติปัญญา ความคิด พิจารณา ไตร่ตรอง เลือกสรรด้วยตนเอง โดยอาศัยพื้นฐานการเข้าถึง เข้าใจข้อมูล ข่าวสาร จนสามารถกลั่นกรอง เลือกสรร นำไปใช้เพื่อดำรงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง

Nutbeam (2000) ได้เสนอโมเดลความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ คือ การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล และความรู้ 2) ความเข้าใจ คือ ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตน 3) ทักษะการสื่อสาร คือ ความสามารถในการสื่อสาร การพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน 4) ทักษะการจัดการตนเอง คือ ความสามารถในการกำหนด เป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติพร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง 5) ทักษะการตัดสินใจ คือ ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง

หรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีและผลเสียเพื่อการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยง พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 6) การรู้เท่าทันสื่อ คือ ความสามารถในการตรวจสอบยืนยันความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม ประชาชนทั่วไปก็สามารถมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพได้ โดยการใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหาความรู้ และทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร และการใช้สารสนเทศทางด้านสุขภาพ (Choisuwan, 2017)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับขั้นพื้นฐาน (functional literacy) คือ ความสามารถในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจเนื้อหาสาระ ข้อมูลทางด้านสุขภาพ ทั้งในรูปแบบข้อความเขียนและการพูดคุย เช่น การอ่านฉลากยา การอ่านใบยินยอมทำการรักษา การปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด เป็นต้น 2) ระดับขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วม (interactive literacy) คือ การรู้เท่าทันทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่สามารถใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักสอบถามข้อมูลจากผู้รู้การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้สึก ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจและนำไปสู่การเพิ่มพูนความสามารถ ทักษะทางด้านสุขภาพให้มากขึ้น 3) ระดับขั้นวิจารณ์ญาณ (critical literacy) คือ ความสามารถในการประเมินข้อมูลข่าวสาร รวมถึงสารสนเทศทางด้านสุขภาพเพื่อใช้ในการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ ในการสร้างเสริมสุขภาพ ดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่นให้ได้อย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ปัจจัยระดับบุคคล ระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และระดับสังคม ดังนี้

1. ระดับบุคคล ประกอบด้วย 1) ความรู้ ได้แก่ การรู้หนังสือทั่วไป เช่นการอ่าน ตัวเลข ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การรู้หนังสือในเรื่องต่าง ๆ และ ความรู้เกี่ยวกับโรครวมถึงการดูแลตนเอง เป็นต้น 2) คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ วัฒนธรรม เป็นต้น 3) ความเชื่อและเจตคติ 4) พฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพ 5) ทักษะและความสามารถส่วนบุคคล ได้แก่ ทักษะการเจรจาต่อรอง ทักษะการจัดการตนเอง ความสามารถในการประเมินสื่อสุขภาพ ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลทางสุขภาพ 6) พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ การตรวจสุขภาพเป็นประจำ การปรับเปลี่ยนแบบแผนการบริโภค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง 7) รูปแบบการใช้ชีวิต 8) การจัดการสุขภาพและความเจ็บป่วย 9) ระดับความเครียด 10) สถานะทางสุขภาพ 11) คุณภาพชีวิต และ 12) การปรับปรุงโอกาส ทางเลือกด้านสุขภาพ (Inthakamhaeng, 2017)

2. ระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย 1) ทักษะส่วนบุคคล ได้แก่ ทักษะทางปัญญา ความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์และใช้ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสารและทักษะการมี

ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักษะทางสังคมและทักษะการพิทักษ์สิทธิของตน 2) สิ่งแวดล้อม และ 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (Inthakamhaeng, 2017)

3. ระดับสังคม ประกอบด้วย 1) การจัดระเบียบชุมชน ได้แก่ การวางแผน การกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญ 2) ความเท่าเทียมทางสังคมด้านสุขภาพ และโครงสร้างทางการเมือง 3) การกระทำทางสังคมเพื่อมีส่วนร่วมในหนทางแห่งประชาธิปไตยด้านสุขภาพ 4) การพัฒนา ได้แก่ การพัฒนาความรู้ การพัฒนาชุมชน โดยให้ชุมชนสามารถดูแลตนเอง การพัฒนาศักยภาพ การจัดโปรแกรมให้สุขศึกษาและการอบรม การพัฒนาองค์กร การจัดที่อยู่อาศัยสถานที่ทำงาน จัดสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น การพัฒนานโยบาย การใช้กฎหมาย นโยบาย มีข้อบังคับให้เกิดการบังคับใช้เข้าถึงการรักษาและการดูแลสุขภาพ 5) การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ ที่รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 6) การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานของสังคมและการปฏิบัติ 7) การปรับปรุงโอกาส ทางเลือกของสุขภาพ 8) ความทุ่มเทในการดำเนินการทางสังคมเพื่อสุขภาพ และ 9) ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (Choisuwan, 2017; Inthakamhaeng, 2017)

ความรู้ด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัย

เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กซึ่งมีอายุต่ำกว่าหกปีบริบูรณ์ ซึ่งต้องได้รับการพัฒนาก่อนเข้ารับการศึกษาระดับประถมศึกษา ตามพระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ.2562 ระบุว่า เป็นช่วงวัยที่ต้องการเรียนรู้ แสดงความตื่นตัวต่อสิ่งแปลกใหม่ตลอดเวลา เมื่ออายุได้ 2 ปี จะมีการเรียนรู้ทักษะพื้นฐานการเดิน และการพูดมากขึ้น มีการพัฒนาความเข้าใจลักษณะเฉพาะของแต่ละคน และเข้าใจความต้องการของบุคคลอื่น (Early Childhood Development Act B.E. 2562 (2019), 2019) การพัฒนาทักษะเหล่านี้ทำให้เด็กได้เรียนรู้ความปรารถนาของบุคคลอื่น และมีความสามารถในการควบคุมการตอบสนองของตนเองมากขึ้น (Sangthong, 2020) ธรรมชาติของเด็กปฐมวัยเป็นสิ่งที่อยู่และติดตัวเด็กมาตั้งแต่ปฏิสนธิจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งมีพัฒนาการด้านการเจริญเติบโต วุฒิภาวะ การเรียนรู้ และความต้องการต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับช่วงอายุและพัฒนาการของเด็ก เด็กปฐมวัยเป็นช่วงระยะที่สำคัญที่สุดของพัฒนาการทุกด้านทั้งทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ จิตใจ สังคมและบุคลิกภาพ (Chumai, 2016) การพัฒนาเด็กปฐมวัยของประเทศไทย เป็นสิ่งที่รัฐบาลให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ให้ผลของการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดต่อการสร้างรากฐานของชีวิต ที่ผ่านมามีการดำเนินงานเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันหลายภาคส่วน จึงมีหลายหน่วยงานที่จัดบริการพัฒนาเด็กปฐมวัย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรชุมชน

เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการด้านสติปัญญา ซึ่งเป็นความสามารถในการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่าง ๆ กับตนเอง การรู้คิด รู้เหตุผลและความสามารถในการแก้ปัญหา มีการแสดงออกโดยใช้ภาษา สื่อความหมายและการกระทำ โดยเด็กเรียนรู้โลกภายนอกรอบตัว และพัฒนาความคิดไปตามลำดับขั้นตอน ความเฉลียวฉลาดทางปัญญา หรือเชาว์ปัญญา เกิดจาก 2 ส่วน คือ จากยีนหรือพันธุกรรม และอีกส่วนจากการเลี้ยงดูหรือสิ่งแวดล้อมที่เกิดภายหลัง (Khumchuenwong, 2020) เด็กปฐมวัยชอบพูด ชอบแสดงความคิดเห็น ชอบซักถาม และแก้ปัญหา ดังนั้น สิ่งแวดล้อมจึงมีความสำคัญที่จะกระตุ้นให้เด็กมี

พัฒนาการทางสติปัญญา ความคิดความสามารถของเด็กปฐมวัยสามารถสังเกตได้จากพฤติกรรม ได้แก่ สามารถจำสิ่งของต่าง ๆ และเรียกชื่อได้ถูกต้อง เช่น สิ่งของที่อยู่ใกล้ตัว ผลไม้สัตว์ที่รู้จัก ของใช้ต่าง ๆ เป็นต้น สามารถจำแนกความเหมือน ความแตกต่างของสิ่งต่าง ๆ ได้ สามารถเรียงลำดับสิ่งต่าง ๆ (Siriwannabut, 2020) ดังนั้นการสร้างสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดูที่เหมาะสม จะช่วยกระตุ้นเซลล์สมองของเด็กให้มีเส้นใยประสาท จุดเชื่อมต่อและไขมันล้อมรอบเส้นใยประสาทมากขึ้น อันจะช่วยในการคิด ตัดสินใจ ความสามารถในการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์ ส่วนพัฒนาการด้านอารมณ์ เด็กแต่ละคนมีลักษณะ พื้นฐานทางอารมณ์เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวมา ทำให้เด็กมีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม ที่แตกต่างกัน การแสดงออกทางอารมณ์ของเด็กพบว่า มี 5 ลักษณะเด่นได้แก่ สนใจ ประหลาดใจ สนุกสนานพึงพอใจ โกรธ และกลัว (Khumchuenwong, 2020)

เมื่อเด็กโตขึ้นจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ชัดเจนมากขึ้น เรียนรู้ที่จะตอบสนองและควบคุม อารมณ์ตัวเอง การใช้เหตุผลในการตัดสินใจของสมอง และอารมณ์ความรู้สึก มีส่วนเกี่ยวข้องกับสัมพันธกัน สำหรับพัฒนาการด้านสังคม เป็นความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความสามารถในการทำ หน้าที่ตามบทบาทของตนร่วมกับผู้อื่น ความรับผิดชอบและมีความเป็นตัวของตัวเองในเด็ก หมายความว่า รวมถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน การเรียนรู้ประสบการณ์สังคม การรู้จัก ออมชอบ การให้และรับ โดยเราสามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคมของเด็กวัยนี้ได้ ผ่านการเปิดโอกาส ให้เด็กได้เป็นตัวของตัวเอง และเกิดความภาคภูมิใจในตนเองขึ้น เมื่อเด็กเริ่มเข้าสู่ระยะปฐมวัยนี้ เด็กจะเริ่ม เรียนรู้จากสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งสภาพแวดล้อมใกล้ตัวเขาที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ รวมทั้ง บุคคลอื่น ซึ่งมีส่วนร่วมในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติพี่น้อง ครู และพี่เลี้ยง เด็กในวัยนี้ เริ่มเรียนรู้ รู้จักเลียนแบบพฤติกรรมที่พบเห็น และรู้ว่าตนมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมบางอย่างได้เอง ผู้ที่ดูแลเด็กจึงควรใช้เวลาในการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ รู้จักวิธถ่ายทอดลักษณะท่าทาง ลักษณะการ ประพฤติตนที่เหมาะสมให้กับเด็ก เพื่อให้เด็กทราบแนวทางที่ถูกต้องและเหมาะสมในการปฏิบัติตนด้านต่าง ๆ เด็กวัยนี้ จึงควรได้รับการสร้างรากฐานสำหรับสุขภาวะที่ดี (Richter et al., 2019) สุขภาวะที่ดีของเด็กปฐมวัย เป็นพื้นฐานสำคัญของความพร้อมในการเรียนรู้และมีสุขภาพดี การอบรมเลี้ยงดู การเอาใจใส่ของบิดา มารดาหรือผู้ดูแล ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการและพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

อย่างไรก็ตาม เด็กวัยนี้ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ ไม่มีความรู้ความเข้าใจหรือทักษะในการ ดูแลสุขภาพตนเองอย่างเพียงพอ จึงต้องได้รับการดูแลจากบิดามารดาหรือผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด จึงถือว่าเป็น หัวใจสำคัญในการพัฒนาและส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นพื้นฐานให้กับเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็น กลุ่มประชากรที่มีข้อจำกัดเรื่องความสามารถอ่านและเขียนได้ มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการระบุข้อมูลด้าน สุขภาพ ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งนับว่าเป็นความท้าทายที่จะกำหนดวิธีการที่ สามารถถ่ายทอดแนวคิดเรื่องสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพในกลุ่มอายุนี้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กปฐมวัย ถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดด้านความสามารถในการอ่าน การเขียน การระบุข้อมูลด้านสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ แต่เด็กปฐมวัยสามารถรับรู้สัญญาณทางอารมณ์ สามารถตอบสนองและระบุอารมณ์ของตน รวมถึงอารมณ์ของผู้อื่นได้ สามารถรับรู้และเข้าใจเรื่องราวข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพได้ สามารถรับการถ่ายทอดความรู้ข้อมูลได้ โดยใช้หลักการเชื่อมโยงแนวคิด ความรู้กับทักษะการแสดงออก การเลียนแบบพฤติกรรมผู้อื่นของเด็กในวัยนี้ (Mathieson & Banerjee, 2010; Myers & Murray, 2019) Privitera et al. (2013) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลการประเมินอาหารเพื่อสุขภาพโดยใช้ไอโมติคอนกับเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 3 ปี จำนวน 6 คน โดยให้เด็กระบุอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และไม่ดีต่อสุขภาพโดยใช้ไอโมติคอน happy face ให้คะแนนอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และไอโมติคอน sad face ให้คะแนนอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ พบว่าเด็กสามารถจดจำไอโมติคอนและเชื่อมโยงไอโมติคอน ให้คะแนนภาพอาหารที่ดีต่อสุขภาพและไม่ดีต่อสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Capaldi & Privitera, 2008; Privitera et al., 2013) ซึ่งเป็นข้อมูลสนับสนุนว่า เด็กอายุ 3 ปี สามารถแสดงความรู้ ความเข้าใจความสามารถในการเข้าใจอารมณ์เชื่อมโยงกับความเข้าใจเรื่อง สุขภาพดี-ไม่ดีได้ ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งมีโครงสร้างของกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิตจึงสามารถเริ่มได้ตั้งแต่ปฐมวัย โดยเริ่มจากระดับขั้นพื้นฐาน (functional literacy) ที่เน้นความเข้าใจเนื้อหาสาระ ข้อมูลทางด้านสุขภาพ ผ่านรูปแบบข้อความประกอบรูปภาพหรือสัญลักษณ์ หรือกิจกรรม ร่วมกับการพูดคุยกับเด็ก

Rothman et al. (2009) เสนอว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กแตกต่างจากผู้ใหญ่ โดยพิจารณาในประเด็นของการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการ การพึ่งพาทรัพยากรและทักษะ ความแตกต่างทางระบาดวิทยาและความเสี่ยงต่อปัจจัยทางสังคมและประชากรศาสตร์ของสุขภาพ Fok & Wong (2002) กล่าวว่า การรู้หนังสือด้านสุขภาพสำหรับเด็ก หมายถึง การทำความเข้าใจและปฏิบัติตามร่างกาย และจิตใจ กิจกรรมที่มีมาตรฐานเหมาะสม สามารถโต้ตอบกับผู้อื่น และรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็น และเรียกร้องอิสระตามสมควร เพื่อให้เกิดความผาสุกทางกาย จิตใจ และสังคมที่สมบูรณ์) ดังนั้นเด็กปฐมวัยจึงสามารถแสวงหา เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีการนำเสนอสื่อในรูปแบบที่เหมาะสมกับวัย เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและได้รับการสนับสนุนจากสังคม การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กปฐมวัยจะ สามารถช่วยให้ผู้เปราะบางอ่อนแอ กลุ่มนี้ได้มีส่วนร่วมมากขึ้น มีประสิทธิภาพและมีสุขภาพดีขึ้น

เด็กปฐมวัยสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ หากต้องมีแนวทางหรือวิธีการที่เหมาะสมกับระดับการเรียนรู้หรือพัฒนาการ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดเรื่องความสามารถอ่านและเขียนได้ การระบุข้อมูลด้านสุขภาพ และความสามารถในการเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ แต่ควรได้รับการพัฒนา ให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเริ่มต้นจากระดับขั้นพื้นฐาน คือ ความสามารถในการอ่านและเขียน การทำความเข้าใจเนื้อหาสาระ ข้อมูลทางด้านสุขภาพเบื้องต้น โดยประยุกต์ใช้รูปแบบข้อความด้านสุขภาพที่มีรูปภาพประกอบ เชื่อมโยงแนวคิดเรื่องสุขภาพเหล่านี้กับความสัมพันธ์ทางอารมณ์ของสุขภาพด้วยภาพสัญลักษณ์ เช่น ไอโมติคอน และการพูดคุยเล่านิทาน เชื่อมโยงให้เด็กได้ตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลสุขภาพ

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ รวมไปถึงความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจอีกด้วย

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health, Ministry of Public Health, 2018) มีแนวคิดในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามกลุ่มวัย โดยการส่งเสริมสุขภาพ 4 ระบบ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพของตนเอง การป้องกันโรคด้วยตนเอง การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพด้วยกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจ และบอกต่อ ในทุกช่วงวัยของประชาชนตั้งแต่เกิดจนตาย เรียกว่า ระบบพัฒนาความรอบรู้แบบบูรณาการ 3 มิติ ดังนี้

มิติที่ 1 การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามกลุ่มตามเส้นทางชีวิต และสถานที่อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ก่อนตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์และการเจริญเติบโตของเด็ก ที่หน่วยบริการสุขภาพ ศูนย์บริการเด็กชุมชน พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วัยเรียนที่สถานศึกษา ศูนย์พัฒนาชุมชน พัฒนาสุขภาพวัยทำงาน ที่ทำงาน สถานประกอบการ สวน-ไร่-นา และพัฒนาผู้สูงอายุ ที่อาคารชุด/ชุมชน/ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน

มิติที่ 2 ระบบที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนตามกลุ่มวัย ได้แก่ การจัดบริการสุขภาพ การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ

มิติที่ 3 กระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ตรวจสอบ และตัดสินใจใช้และบอกต่อ

วัชรพร เชยสุวรรณ ได้กล่าวว่า การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เพิ่มขึ้น ในปัจจุบันมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ 1) การสร้างองค์ความรู้และเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 2) การสร้างระบบที่ช่วยเพิ่มอัตราการอ่านหนังสือของประชาชน 3) พัฒนากลไกและกระบวนการตรวจสอบข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพ 4) การออกแบบและตรวจสอบคุณภาพสื่อ 5) เพิ่มการใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพให้เกิดพลัง 6) การพัฒนาระบบ หน่วยงาน/องค์กร และชุมชน สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ 7) การใช้กลวิธีสุขศึกษา (Choisuwan, 2017) จากแนวคิดดังกล่าว สามารถนำมาประยุกต์ใช้พัฒนาความรอบรู้โรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย สรุปได้ดังนี้

1) สร้างระบบที่ช่วยเพิ่มการรับรู้ข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจให้กับเด็กปฐมวัย โดยการทำหนังสือที่มีข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจสำหรับเด็กปฐมวัยที่อ่านเข้าใจง่าย ราคาถูก หาง่าย ซึ่งควรประกอบด้วยสาระการรอบรู้สุขภาพ ได้แก่ ข้อ 1 การรักษาความสะอาดร่างกายและของใช้ ข้อ 2 การล้างมือให้สะอาด 7 ขั้นตอน ข้อ 3 การสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี ข้อ 4 การสังเกตอาการติดเชื้อทางเดินหายใจ ข้อ 5 การป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ ข้อ 6 การปฏิบัติตนเมื่อติดเชื้อทางเดินหายใจ ข้อ 7 มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมลดการแพร่กระจายเชื้อโรคทางเดินหายใจ

2) พัฒนาและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจให้ถูกต้อง ทันสมัย เข้าถึงได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ที่มีการออกแบบเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มเด็กปฐมวัย เช่น คำนึงถึงขนาดตัวอักษร การใช้สีที่เหมาะสม รูปภาพที่สื่อความหมายเชื่อมโยงความคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยได้ การเว้นพื้นที่ว่าง การใช้ข้อความสั้น ๆ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เป็นต้น

3) พัฒนากลไกและกระบวนการตรวจสอบข้อมูลข่าวสารความรู้ และบริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจโดย มีการสร้างความร่วมมือแบบภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถาบันและสถานพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน สถานประกอบการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สื่อมวลชน และภาคประชาสังคม ภาคประชาชนเพื่อการเฝ้าระวัง ตรวจสอบข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่ไม่ถูกต้องและเป็นภัยกับเด็กปฐมวัย

4) สร้างการรู้เท่าทันให้กับผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ผ่านสื่อทุกช่องทางอย่างกว้างขวาง รู้วิธีการตรวจสอบเนื้อหา ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ที่ไม่ถูกต้อง มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแหล่งข่าว ผู้ให้ข่าว และผู้ผลิตข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ

5) พัฒนาโรงเรียนจัดการศึกษาให้กับเด็กปฐมวัยได้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (health literate school) ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้

- กระบวนการบริหารจัดการ โดยมีนโยบาย การจัดองค์กร การวางแผนการดำเนินงาน และระบบบริหารงานในโรงเรียน อย่างมีส่วนร่วมและชัดเจน เพื่อให้การดำเนินงานของโรงเรียนในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัย เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

- ปรับปรุงการสื่อสารความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โดยใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศในการเผยแพร่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและสังคมโดยรวม เพื่อให้ทุกฝ่ายเกิดความตระหนัก สนใจ และกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้จนเข้าใจ สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัยได้

- การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ และการเรียนรู้ ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมทั้งด้านกายภาพและสังคม ของโรงเรียนเพื่อให้เด็กปฐมวัยและบุคลากรในโรงเรียนเกิดการเรียนรู้ด้านสุขภาพ จัดการ ควบคุม ดูแล ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะน่าอยู่ มีบรรยากาศที่ดี มีความปลอดภัยต่อการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของเด็กปฐมวัยและบุคลากรในโรงเรียน

- การมีส่วนร่วมของภาคี การมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตั้งแต่การกำหนดปัญหา ดำเนินการ ประเมินผลความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย

- พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของครู และพัฒนาศักยภาพการสื่อสารของครูในการ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัยแก่ผู้ปกครอง และเด็กปฐมวัยเป็นระยะ ๆ สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง โดยปรับให้ยืดหยุ่นได้ตามความพร้อมของผู้ปกครอง และเหมาะสมกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

- ติดตามประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็ก โดยครู และผู้ปกครองช่วยสังเกตและจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพเพื่อลดการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจของเด็ก เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนกลับนำมาใช้ปรับปรุงแบบกิจกรรมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในเด็กปฐมวัยต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ ครู พี่เลี้ยง บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กปฐมวัย รวมไปถึงชุมชน ในการบริหารจัดการ เพื่อสร้างสถานการณ์ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการระบาดในเด็กปฐมวัย

บทสรุป

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในเด็กปฐมวัย ซึ่งเด็กวัยนี้สามารถมีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในระดับขั้นพื้นฐานได้ โดยใช้แนวคิดหลักการ กลยุทธ์ วิธีการ สื่อที่เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน แนวทางในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ได้แก่ การสร้างระบบและกลไกที่ช่วยเพิ่มการรับรู้เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพโดยง่าย การพัฒนาการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับพัฒนาการของเด็ก การพัฒนากลไกและกระบวนการตรวจสอบความเหมาะสมถูกต้องของข้อมูลข่าวสารความรู้และบริการด้านสุขภาพสำหรับเด็ก สร้างการรู้เท่าทันให้กับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย พัฒนาโรงเรียนจัดการศึกษาที่เน้นพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจให้กับเด็กปฐมวัย และหากผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยทุกระดับ ทุกหน่วยงาน ดำเนินการให้ความรู้แบบบูรณาการกับการจัดการศึกษา จัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จัดกิจกรรมที่พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยอย่างเป็นรูปธรรมต่อเนื่องและคงความยั่งยืน จะช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย และลดอัตราการเสียชีวิตที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง

- Burns, C. E., Dunn, A. M., Brady, M. A., Starr, N. B., Blosser, C. G., & Garzon, D. L. (2016). *Pediatric primary care* (6th ed.). Elsevier Health Science.
- Capaldi, E. D., & Privitera, G. J. (2008). Decreasing dislike for sour and bitter in children and adults. *Appetite*, 50(1), 139-145.
- Choisuwan, W. (2017). Health literacy: Concepts and applications to nursing practice. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 44(3), 183-197. (in Thai)
- Chumai, T. (2016). Growth and development of early childhood children. *Hua Hin Medical Journal*, 1(2), 18-33. (in Thai)
- Department of disease control, Ministry of Public health. (2019). *Epidemiological Surveillance Report 2019*. https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=21 (in Thai)

- Department of Health, Ministry of Public Health. (2018). *Concepts and principles of a health literacy organization*. Project office to drive the Department of Health 4.0 for public health literacy. (in Thai)
- Early Childhood Development Act B.E. 2562 (2019). (2019, 30 April). *Thai Government Gazette*. Vol 136 Part 56A. Pages 5-16. (in Thai)
- Fok, M. S., & Wong, T. K. (2002). What does health literacy mean to children?. *Contemporary Nurse*, 13(2-3), 249-258.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2021). *Wong's essentials of pediatric nursing*. Elsevier Health Sciences.
- Inthakamhaeng, A. (2017). *Health literacy: Measurement and development*. Sukhumvit Printing. (in Thai)
- Khamchuenwong, N. (2020). *Early childhood development and emotional foundations for quality growth*. <https://researchcafe.tsri.or.th/development-and-temperament-of-early-childhood/> (in Thai)
- Mathieson, K., & Banerjee, R. (2010). Preschool peer play: The beginnings of social competence. *Educational & Child Psychology*, 27(1), 9-20.
- Myers, L., & Murray, R. K. (2019). Overcoming health literacy barriers to improve asthma inhaler therapy adherence. *Annals of the American Thoracic Society*, 16(2), 182-186. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201805-338PS>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Office of Disease Prevention and Control Region 9. (2022). *Report on the situation of important diseases and health hazards for week 9 between 28 February - 6 March 2022*. <http://odpc5ratchaburi.com/manual/> (in Thai)
- Pengchan, W. (2017). *Health literacy (Capacity development workshop Department of Health personnel regarding health knowledge towards Thailand)*. Department of Health, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Privitera, G. J., Vogel, S. I., & Antonelli, D. E. (2013). Performance on a food health assessment using emoticons with pre-literacy-aged children. *American Journal of Educational Research*, 1(3), 110-114.

- Richter, L., Black, M., Britto, P., Daelmans, B., Desmond, C., Devercelli, A., Dua, T., Fink, G., Heymann, J., Lombardi, J., Lu, C., Naicker, S., & Vargas-Barón, E. (2019). Early childhood development: An imperative for action and measurement at scale. *BMJ Global Health*, 4(Suppl4), Article e001302. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001302>
- Rothman, R. L., Yin, H. S., Mulvaney, S., Co J. P., Homer, C., & Lannon, C. (2009). Health literacy and quality: Focus on chronic illness care and patient safety. *Pediatrics*, 124(Suppl3), 315–326. <https://doi:10.1542/peds.2009-1163H>
- Safiri, S., Mahmoodpoor, A., Kolahi, A. A., Nejadghaderi, S. A., Sullman, M. J., Mansournia, M. A., Ansarin, K., Collins, G. S., Kaufman, J. S. & Abdollahi, M. (2023). Global burden of lower respiratory infections during the last three decades. *Frontiers in Public Health*, 10, Article 1028525. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1028525>
- Sangthong, C (2018) *Situation of health problems, development, and emotional foundations of early childhood children*. Thammasat University. <https://dric.nrct.go.th/Search/SearchDetail/304754> (in Thai)
- Siriwannabut, P. (2020). *Developmental psychology*. Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- World Health Organization. (2009, October). Health literacy and health promotion: Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean region. In *7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap* (pp. 26-30). https://www.dors.it/documentazione/testo/201409/02_2009_OMS%20Nairobi_Health%20Literacy.pdf
- World Health organization. (2022, 11 November). *Pneumonia in children*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>

คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอเรียนเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือรายงานกรณีศึกษา เพื่อพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทั้งนี้ บทความวิจัย และบทความวิชาการ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ข้อความและข้อคิดเห็นต่าง ๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้น ๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการหรือของวารสาร และขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน และแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด

อนึ่ง ผู้ที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์บทความหรืองานวิจัย ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีนี้ ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

การเตรียมต้นฉบับ

1. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป MS Word 97-2003 Document ขนาด 16 ใช้แบบอักษร TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) (หัวข้อใหญ่ ขนาด 18) (สถานที่ทำงาน ขนาด 12) (ผู้ให้การติดต่อขนาด 12) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน – ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. และด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 8-15 หน้า (รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงไม่เกิน 10 ปี ยกเว้น Original paper จำนวนไม่เกิน 20 รายการ การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ

2. ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาขนาด 18 ใต้หน้าแรกตรงกลางหน้ากระดาษ

3. ชื่อ-สกุลผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดอักษร 14 หนา จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ และระบุลำดับผู้เขียนเป็นตัวเลขยก ท้ายชื่อ-สกุล

4. สถานที่ทำงาน ขนาด 12 หนา จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ

5. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำต่อบทคัดย่อ

6. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดตัวอักษร 18 หนา หัวข้อย่อยเว้นห่างจากหัวข้อใหญ่ 3 – 5 ตัวอักษร ขนาดตัวอักษรปกติ (ตามข้อ 1)

8. การใช้ตัวเลขทั้งในเนื้อหาและในวงเล็บใช้เลขอารบิกทั้งหมด กรณีใช้คำย่อต้องเป็นคำที่ใช้อย่างแพร่หลายและ/หรือตามสากลเท่านั้น (โดยระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก)

9. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

9.1 บทคัดย่อภาษาไทย

9.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

9.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

9.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

9.5 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

9.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

9.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

9.8 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

9.9 ผลการวิจัย

9.10 การอภิปรายผล

9.11 ข้อเสนอแนะ ประกอบไปด้วย ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการ
วิจัยครั้งต่อไป

9.12 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

9.13 เอกสารอ้างอิง

10. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

10.1 บทคัดย่อภาษาไทย

10.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

10.3 เนื้อหา

- บทนำ
- เนื้อเรื่อง
- บทสรุป

10.4 เอกสารอ้างอิง

11. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ หรือภาพประกอบ ให้แทรกในเนื้อหาตำแหน่งที่ต้องการ

หมายเหตุ: บทความของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอก ที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องมีลายเซ็นอาจารย์ที่ปรึกษา
ให้การรับรองว่าได้ตรวจผลงานของนักศึกษาแล้ว ตามแบบฟอร์มแนบท้ายวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี

การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามเอพีเอ (APA-American Psychological Association 7th edition)

1. การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) ใช้ระบบนาม-ปี

รูปแบบ	หน้าข้อความ	ท้ายข้อความ
ผู้แต่ง 1 คน	Surname (year) Sriyasak (2015)	(Surname, year) (Sriyasak, 2015)
ผู้แต่ง 2 คน	Surname ¹ and Surname ² (year) Duangchan and Sriyasak (2015)	(Surname ¹ & Surname ² , year) (Duangchan & Sriyasak, 2015)
ผู้แต่ง 3 คน ขึ้นไป	Surname ¹ et al. (year) Sriyasak et al. (2015)	(Surname ¹ et al., year) (Sriyasak et al. (2015)

รูปแบบ	หน้าข้อความ	ท้ายข้อความ
อ้างอิง	Surname (year) and Surname (year)	(Surname, year; Surname, year)
มากกว่า 2 แหล่งข้อมูล	Sriyasak (2015) and Duangchan (2016)	(Sriyasak, 2015; Duangchan, 2016)
อ้างอิง	Surname ¹ (year as cited in Surname ² , year)	(Surname ¹ , year as cited in Surname ² , year)
แหล่งข้อมูล ทุติยภูมิ	Sriyasak (2015 as cited in Duangchan, 2016)	(Sriyasak, 2015 as cited in Duangchan, 2016)

2. การเขียนรายการอ้างอิง (Reference)

ใช้อ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด กรณีที่รายการอ้างอิงนั้นมีการเผยแพร่เป็นภาษาไทย ให้ต่อท้ายรายการอ้างอิงนั้นด้วย (in Thai) ผู้แต่ง 1-20 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน กรณีผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ชื่อ สกุล คนที่ 1-19 ตามด้วยเครื่องหมาย ,... ก่อนชื่อคนสุดท้าย

Evans, L. M., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., ... & Levy, M. M. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Critical Care Medicine*, 49(11), 1063-1143. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005337>

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
หนังสือทั่วไป	Surname, A. A. (year). <i>Title of work</i> (..... ed.). Publisher. URL (ถ้ามี) Patton, M. Q. (2015). <i>Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice</i> (4th ed.). SAGE. Bellanca, J., & Brendt, R. (2010). <i>21st century skills: Rethinking how students learn</i>. Solution Tree Press. กรณีผู้แต่งเป็นบรรณาธิการ McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (Eds.). (2018). <i>Maternal-child nursing</i> (5th ed.). Elsevier. บทในหนังสือ Gray, J. R. (2021). Discovering the world of nursing. In R. G. Jennifer, & K. G. Susan (Eds.), <i>Burns & Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence</i> (9th ed., pp. 1-18). Elsevier. หมายเหตุ *ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่ (n.d.) **พิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องระบุ ***ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์ ให้ใส่ n.p.
บทความ ในวารสาร	แบบรูปเล่ม/ อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. Chisuwana, C., Prasopkittikun, T., Sangperm, P., & Payakkaraung, S. (2012). Predictive power of support from husbands, grandmothers, and nurses on duration of exclusive breastfeeding. <i>Journal of Nursing Science</i>, 30(1), 70-80. (in Thai)

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
	วารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. https://doi.org/เลข doi Sankaran, D., Nakra, N., Cheema, R., Blumberg, D., & Lakshminrusimha, S. (2021). Perinatal SARS-CoV-2 infection and neonatal COVID-19: A 2021 update. <i>NeoReviews</i>, 22(5), 284-295. https://doi.org/10.1542/neo.22-5-e1001 วารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีหมายเลขบทความ (elocator) ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), บทความ เลขที่บทความ. URL Chaipatchareewan, T. & Jaruchainiwat, P. (2021). Parents' strategies to establish healthy eating habits for preschoolers in Mahaweeranuwat School. <i>An Online Journal of Education</i>, 16(2), Article OJED-16-02-012. https://so01.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/view/248623/168548 (in Thai) Pozzobon, D., Ferreira, P. H., Dario, A. B., Almeida, L., Vesentini, G., Harmer, A. R., & Ferreira, M. L. (2019). Is there an association between diabetes and neck and back pain? A systematic review with meta-analyses. <i>PLOS ONE</i>, 14(2), Article e0212030. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212030
วิทยานิพนธ์ คุชฌ์นิพนธ์	ไม่ได้ตีพิมพ์ ชื่อ สกุล. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อเรื่อง [Unpublished doctoral dissertation หรือ Unpublished master's thesis]. ชื่อมหาวิทยาลัย. Jung, M. S. (2014). <i>A structural equation model on core competence of nursing students</i> [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University. จากเว็บไซต์ที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์ Nunthawong, J. (2017). <i>A development of Thai moral integrity scale for professional nurses</i> [Doctoral dissertation, Chulalongkorn University]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/59428 (in Thai) จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์ McNiel, D. S. (2006). <i>Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother</i> (UMI No.1434728) [Master's thesis, California State University-Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.
รายงาน	จัดทำโดยบุคคลสังกัดหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น ชื่อ สกุล. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อเรื่อง. สำนักพิมพ์หรือหน่วยงาน. URL (ถ้ามี) Chitnomrath, T. (2011). <i>A study of factors regarding firm characteristics that affect financing decisions of public companies listed on the stock exchange of Thailand</i>. Dhurakij Pundit University. (in Thai)

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
	จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น National Cancer Institute. (2019). <i>Taking time: Support for people with cancer</i> (NIH Publication No. 18-2059). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. https://www.cancer.gov/publications/patient-education/takingtime.pdf
รายงานการประชุมเชิงวิชาการที่มี proceeding	ในรูปแบบรูปเล่มหนังสือ ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความหรือชื่อเรื่องของบท. ใน หรือ In ชื่อ สกุลบรรณาธิการ (บ.ก. หรือ Ed. หรือ Eds.), ชื่อหัวข้อการประชุม (น. หรือ p. หรือ pp. เลขหน้า). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี) Pang, W. I. (2017). Promoting integrity of shift report by applying ISBAR principle among nursing students in clinical placement. In E. Masal, I. Önder, S. Beşoluk, H. Çalışkan, & E. Demirhan (Eds.), <i>ERPA International Congresses on Education 2017 (ERPA 2017)</i>. SHS Web of Conferences. https://doi.org/10.1051/shsconf/20173701019
	ในรูปแบบวารสาร Prasasti, A. K., & Widyatuti, W. (2021). The role of community nurses to prevent domestic violence during the Covid-19 pandemic. <i>Proceedings of the International Conference on Nursing and Health Sciences</i>, 2(1), 9-18. http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/PICNHS/article/view/431
เว็บไซต์	ชื่อ สกุล. (ปี, วัน เดือนที่เผยแพร่). ชื่อบทความ. ชื่อเว็บไซต์. URL World Health Organization. (2020, January 31). <i>Adolescent pregnancy</i>. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy * กรณีไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่เฉพาะ ปี พ.ศ. หรือ ค.ศ. ** กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกันให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

การส่งบทความ

ส่งทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/about/submissions> หรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ journal@pckpb.ac.th โทรศัพท์ 0-32427049 ต่อ 115 มือถือ 097-2691246



ใบชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ประเภท ☐ บุคคล ชื่อ – นามสกุล.....
☐ หน่วยงาน ชื่อ

เบอร์โทรศัพท์ อีเมล

มีความประสงค์ชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

- ☐ กรณีบทความวิชาการ Reviewer 2 ท่าน เป็นเงิน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)
☐ กรณีบทความวิจัย Reviewer 3 ท่าน เป็นเงิน 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ชื่อบทความ.....

โดยได้ชำระเป็น

- ☐ เงินสด
☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาเพชรบุรี
 ชื่อบัญชี “วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี”
 เลขบัญชี 703-1-31765-7

ที่อยู่ (ที่ต้องการจัดส่งรูปเล่มวารสารและใบเสร็จรับเงิน)

ลงนาม

(.....)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ กรุณาส่งเอกสารนำส่ง ใบชำระค่าธรรมเนียมตีพิมพ์ และหลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียม มายัง

ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ (บรรณาธิการวารสาร) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนศิริรัฐยา ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000

หรือส่งทางอีเมล journal@pckpb.ac.th

***กรณีโอนเงิน/ โอนผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ให้ส่งหลักฐานทุกรายการ
 ทางแอปพลิเคชันไลน์ “วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี”
 ก่อนเวลา 15.00 น. ของวันที่ทำการโอนเท่านั้น***

ติดต่อสอบถาม โทร 097-2691246 หรืออีเมล journal@pckpb.ac.th

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/>





แบบฟอร์มนำส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

1. ชื่อเรื่องภาษาไทย.....

 ภาษาอังกฤษ.....

 ประเภทบทความ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ
2. เป็นบทความจากวิทยานิพนธ์/ ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3. ข้อมูลผู้นิพนธ์หลัก
 ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
 หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....อีเมล:
 (กรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์) รหัสนิสิต.....สาขาวิชา.....
 คณะ.....มหาวิทยาลัย.....
4. ตรวจสอบตามรายการต่อไปนี้
☐ ส่งบทความผ่านระบบ ThaiJo ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/>
☐ แนบเอกสารการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (กรณีบทความวิจัย)
 เลขที่เอกสาร.....ลงวันที่.....หน่วยงานที่รับรอง.....
☐ รายการเอกสารอ้างอิงครบถ้วนตามที่อ้างอิงในเนื้อหาและถูกต้องตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
☐ บทความย่อภาษาอังกฤษ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา
5. ชื่อผู้นิพนธ์ร่วม
 1. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
 หน่วยงาน.....อีเมล:
 2. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
 หน่วยงาน.....อีเมล:
 3. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
 หน่วยงาน.....อีเมล:
 4. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
 หน่วยงาน.....อีเมล:
6. ให้จัดสรรผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวิจัย (reviewer) จากภายนอกสถาบันของผู้นิพนธ์หลัก ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 ขอรับรองว่าบทความนี้ ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสาร หรืออยู่ระหว่างกระบวนการของวารสารใดๆ มาก่อน
 ลงชื่อ.....
 (.....)
 ผู้นิพนธ์หลัก/ ผู้นำส่ง

ขอรับรองว่าได้ทำการตรวจสอบเนื้อหา และรูปแบบการอ้างอิงที่ถูกต้องของบทความฉบับนี้ ก่อนที่จะส่งมาตีพิมพ์ในวารสาร (กรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์)

ลงชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่ 203 หมู่ 2 ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000

โทรศัพท์ 0 3242 7049 โทรสาร 0 3240 0573

อีเมลล์ journal@pckpb.ac.th

เว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/>