

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบงานวิจัย และบทความวิชาการ สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา และสนับสนุนให้บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ต่อไป

ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.พิศิษฐ์ พลธนะ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

ดร.วรางคณา คุ่มสุข

รองผู้อำนวยการกลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.เนติยา แจ่มทิม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

กองบรรณาธิการ

1. นางสาวขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
2. ดร.บุญส่ง สุประดิษฐ์ วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
3. ผศ.ดร.เมทนี ระดาบุตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
4. ดร.สมชาย ชัยจันทร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
5. ผศ.ดร.องค์อร ประจันเขตต์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้พิจารณาและกลั่นกรองผลงานวิชาการ

- | | | |
|---------------------|--------------------|---|
| 1. รศ.ดร.สมใจ | พุทธาพิทักษ์ผล | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช |
| 2. รศ.ดร.วันเพ็ญ | แก้วปาน | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. รศ.ดร.พร้อมพิไล | บัวสุวรรณ | มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |
| 4. รศ.ดร.พิมพ์สุราง | เตชะบุญเสริมศักดิ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. ผศ.ดร.ยุวดี | ลีลคณาวิระ | มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 6. ผศ.ดร.สาโรจน์ | เพชรมณี | วิทยาลัยนครราชสีมา |
| 7. ผศ.ดร.วรรณวดี | เนียมสกุล | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 8. ดร.ภาวดี | เหมทานนท์ | มหาวิทยาลัยทักษิณ |
| 9. ผศ.ดร.จามจุรี | แซ่หลู่ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช |
| 10. ผศ.ดร.จุฬารัตน์ | ห้าวหาญ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

11. ผศ.ดร.บุศริน	เอี้ยวสีหยก	วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี
12. ผศ.ดร.นงนภัทร	รุ่งเนย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
13. ผศ.ดร.ปริญญารักษ์	ชนะบุญปวง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
14. ผศ.ดร.สุภาวดี	นพจุจินดา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
15. ผศ.ดร.ชุตินาถ	ฉัตรรุ่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
16. ผศ.ดร.จิรพรรณ	โพธิ์ทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
17. ผศ.รอ.หญิง ดร.จรรยาฤกษ์	ป้องเจริญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
18. ดร.อาคม	โพธิ์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
19. ผศ.ดร.จารุวรรณ	สนองญาติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
20. ดร.ลักขณา	ศิริกรกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
21. ผศ.ดร.สุภาภรณ์	วรอรุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
22. ผศ.ดร.สุพัทธา	จันทร์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
23. ดร.ปริญทร์	ศรีศลักษณ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
24. ดร.วาสนา	อุปป้อ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
25. ผศ.ดร.ธิดารัตน์	คณิงเพียร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
26. ผศ.ดร.ดวงเนตร	ธรรมกุล	มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
27. ดร.จักรกฤษณ์	สิริริน	สายงานการศึกษา ฝึกอบรมและให้คำปรึกษา สถานประกอบการ สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)

เจ้าของ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

118 ม.1 ต.สนามชัย อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี 72000

ฝ่ายจัดการ

- | | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| 1. นางสาวศรีแพร พุ่มม้น | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 2. นางสาวเกศสรา ศีคำ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 3. นายอมรเทพ ศรีวิเชียร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |

กำหนดออกวารสาร ทุก 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ) มกราคม-เมษายน พฤษภาคม-สิงหาคม และกันยายน – ธันวาคม

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบบทความวิจัย และบทความวิชาการ สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา สนับสนุนให้อาจารย์ บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข และบุคคลภายนอกได้เผยแพร่องค์ความรู้ มีการพัฒนาผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ต่อไป

วารสารปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มีบทความวิจัย 11 เรื่อง เป็นผลงานการศึกษาจากผู้ปฏิบัติจริงที่ต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งมีคุณค่าทางวิชาการเป็นอย่างยิ่ง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทางการศึกษา การดูแล ผู้รับบริการ และการพัฒนาองค์กร

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย คือคณะที่ปรึกษาวารสาร คณะทำงานวารสาร ผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กองบรรณาธิการหวังว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการสำหรับผู้อ่านทุกท่าน หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด กองบรรณาธิการยินดีน้อมรับคำแนะนำ เพื่อจะนำไปปรับปรุงและพัฒนาวารสารให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้นต่อไป

ผศ.ดร.เนติยา แจ่มทิม

สารบัญ

หน้า

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง :สุพิมพ์ มหนิธิวงศ์ และสุรรัตน์ ณ วิเชียร	5
ผลของโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ :ฉัตรติยา อิมสำราญ และกรรณิกา เพ็ชรรักษ์	17
บทบาทของผู้นำนักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้า: การศึกษาเชิงคุณภาพ :กัญญพัชร พงษ์ช่างอยู่, สุภา วิตาภรณ์ และสุรางค์รัตน์ พ้องพาน	30
ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแก และการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นโดย :อภิรักษ์ ตรียาง, ภูเบศร์ นภัทรพิทยธร และนันทน์ภัส เกตนโกศลย์	44
ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี :การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการเรียนรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	59
:ชัยวัฒน์ นาแหลม, นันทน์ภัส เกตนโกศลย์ และ ธริสรา จิรเสถียรพร	
การประเมินความต้องการจำเป็นในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัยภายใต้ สถานการณ์โควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น	75
:อนุชา พรหมกันยา, อมรรรัตน์ ฝาละศรี, สนาไพร ขวาทไทย และรัตนเพ็ญพร ศิริวิมลภ	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ	95
:นภาพรณ ธงสันเทียะ, จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช และชนิษฐา รัตนกัลยา	
การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล (สบช โมเดล) สู่องค์กรแห่งความสุข : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่	112
:สุทธิจารัตน์ เจริญพงศ์, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ, ชุติศักดิ์ ยืนนาน, ณัฐชญาดา ราชวัง นิตยา บุญลือ, ศรีจันทร์ พูใจ, ณัชชา ทิพย์วรรณ และทิวา มหาพรหม	
ปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก ภายใน ห่อผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลราชบุรี	126
:พิชญายวีร์ สิ้นสวัสดิ์ และสุรรัตน์ แพงอุ่ม	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในวัยทำงาน จังหวัดนครนายก	143
:ศศิมา งามเอนกนันทกุล, นันทน์ภัส เกตนโกศลย์ และณัฐกฤตา ศิริโสภณ	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพผ่านแพลตฟอร์มร่วมกับการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับ น้ำตาล และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน: การวิจัยกึ่งทดลอง	159
:สุธิดา สุปันตี, วรางคณา ชัชเวช และวิไลพร สมานกสิกรณ	

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

สุพิมพ์ มหนิวงษ์, พย.บ.*

สุรรัตน์ ณ วิเชียร, พย.ม.**

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 70 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 35 คน กลุ่มควบคุมที่ไม่ใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลของโปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon-signed rank test และ Mann Whitney U test

ผลการวิจัย พบว่าภายหลังการทดลอง 1) ความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ 2) กลุ่มทดลองมีความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ผลการศึกษาสรุปว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปใช้ในการส่งเสริมความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้ การปฏิบัติตัว ผู้สูงอายุ

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกร่าง

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding E-mail: sureerat@bcnb.ac.th

(Received: May 19, 2025; Revised: August 31, 2025; Accepted: September 1, 2025)

Effects of a behavior modification program on knowledge and behavior in older persons with hypertension

Supim Mahanithiwong, B.N.S.*

Sureerat Na-Wichian, M.N.S.**

Abstract

Hypertension is one of the leading causes of premature death worldwide. This quasi-experimental research aimed to study the Effects of a behavior modification program on knowledge and behavior in older persons with hypertension. Samples were 70 persons and were divided into 2 groups as experimental group and control group. Each group included 35 persons. A control group that did not use a behavior modification program and an experimental group that used a behavior modification program for a period of 12 week. The tools used to collect data include personal information questionnaires, knowledge assessment form for elderly people with hypertension, behavior assessment form for elderly people with hypertension and a behavior modification program. Data were analyzed for describing the characteristic of samples by means, standard deviation and comparing the difference of results between experimental group and control group by Wilcoxon-signed rank test and Mann Whitney U test.

The research results found that after the experiment: 1) Knowledge and behavior in elderly people with hypertension in the experimental group were significantly higher than the control group at $p<.05$. 2) The experimental group had higher knowledge and behavior in elderly people with hypertension after the experiment than before the experiment, with statistical significance at $p<.05$. The study results concluded that a behavior modification program had an effect on improving knowledge and behavior change in elderly people with hypertension. Therefore, health personnel can further apply a behavior modification program to promote knowledge and behavior modification in elderly people with hypertension.

Key words: a behavior modification program knowledge behavior older adults

* Ban Krang Sub-District Health Promoting Hospital, Phitsanulok

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

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น จากการรายงานองค์การอนามัยโลก ท่ามกลางผู้ที่มีอายุ 30-79 ปีที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประมาณ ร้อยละ 54 เป็นผู้ที่เริ่มได้รับการรักษาร้อยละ 42 และเป็นผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงร้อยละ 21 (WHO, 2023) สถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2566 พบจำนวนรวม 1,420,304 ราย อัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 11,078.00 ราย จำแนกเป็นเพศชายจำนวน 624,845 ราย และเพศหญิง จำนวน 795,459 ราย (สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2566) จะเห็นได้ว่าสถานการณ์การเกิดความดันโลหิตสูงพบมากขึ้นทั้งในประชากรโลกและในประเทศไทย

ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุหากไม่ได้รับการควบคุมที่ดีมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและเกิดการทำลายของอวัยวะเป้าหมายที่สำคัญ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ไตวาย และถ้าเป็นรุนแรงอาจถึงตายได้ นอกจากความชุกของโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น แนวโน้มพฤติกรรมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น อย่างรวดเร็ว และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่า สัดส่วนของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีร้อยละ 19.2 ความชุกของภาวะอ้วนลงพุง และความชุกของภาวะไขมันคอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol; TC) มากกว่าหรือเท่ากับ 240 มก./ดล. พบร้อยละ 16.4 ความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นและสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี (ร้อยละ 21.3) และกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงให้สถานพยาบาลทุกแห่งต้องคัดกรองประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดำเนินการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงและสร้างเสริมสุขภาพประชาชน (สุภาพ อิมอ้วน, แพรว โคตรรุฉิน, พะนอ เตชะอธิก และฐปนวงศ์ มิตร์สูงเนิน, 2561) ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงจึงควรได้รับการส่งเสริมการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสม

การรักษาผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ กลุ่มที่รักษาด้วยการใช้ยา และกลุ่มที่รักษาด้วยการไม่ใช้ยาในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะรักษาด้วยการใช้ยาลดระดับความดันโลหิตสูง และสำหรับผู้เลือกวิธีการรักษาด้วยการไม่ใช้ยาร่วมด้วย จะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้เพิ่มขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุมีโอกาสลดยาและหยุดยาได้ถ้าความดันโลหิตเข้าสู่ระดับปกติ (สุภาพ อิมอ้วน, แพรว โคตรรุฉิน, พะนอ เตชะอธิก และฐปนวงศ์ มิตร์สูงเนิน, 2561) และลดการเกิดผลข้างเคียงจากการรับประทานยาที่เกิดขึ้นได้ง่ายในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุจะเกิดฤทธิ์ของยาที่ยาวนานร่วมกับความสูงอายุจากความเสื่อมของอวัยวะในร่างกาย เช่น การทำงานของตับ ไต ขบวนการเผาผลาญในร่างกายลดลง และการดูดซึมลำไส้ จึงควรมีการบำบัดเสริมหรือกลุ่มที่ไม่ใช้ยาในผู้สูงอายุเพื่อควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น เช่น การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ การฝึกผ่อนคลายหายใจออกช้าโดยการเป่ากังหันลม (เสกสรร ไข่เจริญ, มยุรี พิทักษ์ศิลป์, วัลลภ ใจดี และสมจิต พุกกะรัตนนท์, 2560) การใช้ดนตรีพื้นบ้าน (สุภาพ อิมอ้วน และคณะ, 2561) การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ (นสพ. หมอโฮ๋, วิภาพร สิทธิศาสตร์ และสุรวิรัตน์ ณ วิเชียร, 2565) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Albert Bandura (1977) เป็นแนวคิดหลักของปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory: SCT) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เชื่อว่าเกิดจากการได้รับความรู้ใหม่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากภายใน (Covert Behavior) ประกอบด้วย ความเชื่อ ความคิด การรับรู้ (Bandura, 1977) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิด สบข โมเดล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่ากิจกรรมการส่งเสริมความรู้ ร่วมกับการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการสนับสนุนและเสริมแรงจิตใจ สามารถช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (นสพ. นสพ. เอโอ, วิภาพร สิทธิศาสตร์ และสุริรัตน์ ณ วิเชียร, 2565)

สถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ปี 2567 จำนวน 1,087 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกร่าง, 2567) จากปัญหาข้างต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกร่างให้ความสำคัญกับการดูแลประชาชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ลดความรุนแรงของโรคเรื้อรัง และป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังเพิ่ม ผู้วิจัยจึงได้นำรูปแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาพัฒนาทักษะความรู้และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยจึงสนใจโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยนำแนวคิดของ Albert Bandura (1977) ร่วมกับการใช้รูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ และประยุกต์ใช้แนวคิด “สถาบันพระบรมราชชนก โมเดล หรือ สบข โมเดล” (วิชัย เทียนถาวร, 2556) มาเป็นเครื่องมือ ในการตรวจคัดกรองการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังด้วยปิงปองจราจร 7 สี การป้องกัน การควบคุมและการแก้ปัญหาโรคความดันโลหิตสูง และการที่ประชาชนเข้ามามีบทบาทในการคัดกรองโรคได้นั้น ต้องมีความรู้ในการคัดกรอง การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3 อ. 3 ลด (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ลดความอ้วน ลดเหล้า ลดบุหรี่) ดังนั้น การใช้รูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่สามารถพัฒนาให้ผู้เรียนมีพัฒนาทางด้านความคิด มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เข้าใจเนื้อหาความรู้ มีแรงจูงใจในการเรียน มีความสามารถในการแก้ปัญหา และสามารถนำสิ่งที่ได้จากเรียนรู้ไปปฏิบัติใช้ในการทำงานได้จริง (นสพ. นสพ. เอโอ และคณะ, 2565)

จากปัญหาข้างต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกร่างให้ความสำคัญกับการดูแลประชาชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ลดความรุนแรงของโรคเรื้อรัง และป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังเพิ่ม ผู้วิจัยจึงได้นำรูปแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาพัฒนาทักษะความรู้และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

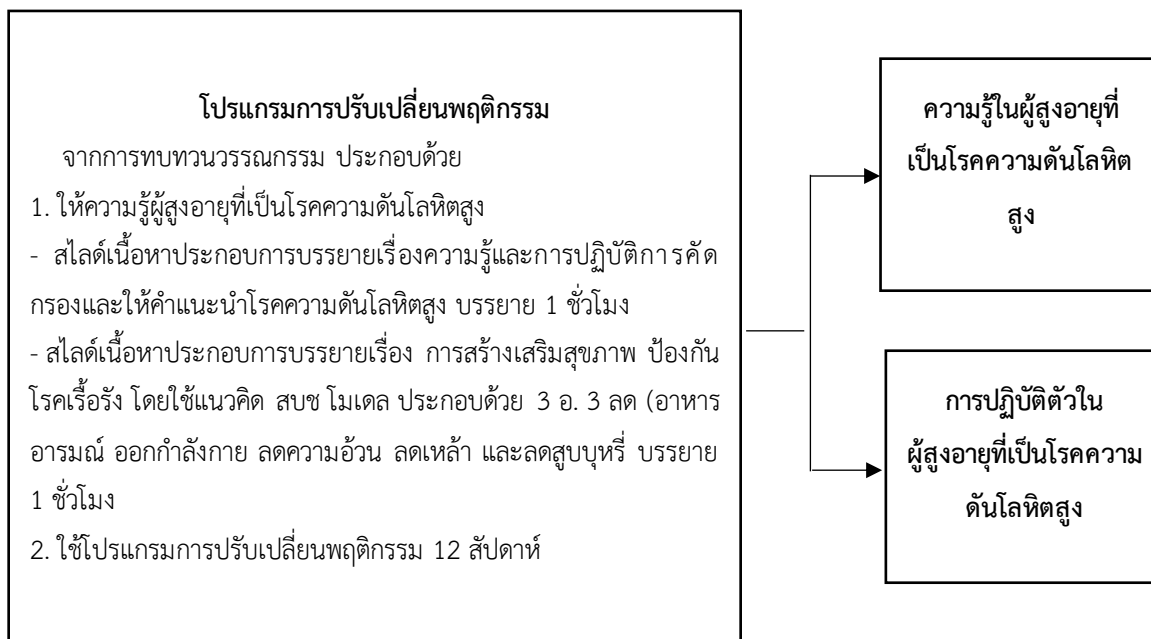
สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. ความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิด

การศึกษาในครั้งนี้ ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Albert Bandura (1977) ในการส่งเสริมความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุ 12 สัปดาห์ โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest – posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกว้าง ในรอบปีงบประมาณ 2567-2568 จำนวน 1,087 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกว้าง, 2567)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านกว้าง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากงานวิจัยที่เคยมีมาเรื่องผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิด สบช โมเดล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก (นสพ.หมอไทย, วิภาพร สิทธิศาสตร์ และสุรรัตน์ ณ วิเชียร, 2565) ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณ โดยใช้ G* power คำนวณจากขนาดอิทธิพลที่ .8 ค่าอัลฟาที่ .05 ค่าอำนาจทดสอบที่ .95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 70 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน

โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 2) มีสติรู้คิดดี 3) พูดภาษาไทยได้ สื่อสารได้

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) คือ 1) มีความดันโลหิตสูง ค่าซิสโตลิกมากกว่า 200 มม.ปรอท หรือ ค่าไดแอสโตลิกมากกว่า 140 มม.ปรอท 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ 3 เดือน 3) ไม่สามารถประเมินความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวครบ 2 ครั้ง

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จัดให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ (60-69 ปี, 70-79 ปี, 80 ปีขึ้นไป) เพศ (หญิง, ชาย) จำนวนเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการทบทวนวรรณกรรมของสถาบันพระบรมราชชนก (วิชัยเทียนถาวร, 2556) เครื่องมือที่ใช้ในทดลองประกอบด้วย 1. ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 1 ครั้ง และ 2. ปฏิบัติตัวที่บ้าน 12 สัปดาห์ ดังนี้

1.1 สไลด์เนื้อหาประกอบการบรรยายเรื่องความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองและให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูง บรรยาย 1 ชั่วโมง

1.2 สไลด์เนื้อหาประกอบการบรรยายเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเรื้อรัง โดยใช้แนวคิด สุข โมเดล ประกอบด้วย 3 อ. 3 ลด (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ลดความอ้วน ลดเหล้า และลดสูบบุหรี่) บรรยาย 1 ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง

2.2 แบบประเมินความรู้ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามเกณฑ์การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงของปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม 2 ตัวเลือก “ถูก” หรือ “ผิด” คำถามครอบคลุมเนื้อหาความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกจะได้เท่ากับ 1 ตอบผิดจะได้เท่ากับ 0 คะแนน โดยมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน การแปลผล ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ความรู้ระดับสูง, ร้อยละ 60-79.99 หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 0.00-59.99 หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ

2.3 แบบประเมินการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามเกณฑ์การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงของปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี 18 ข้อ กำหนดเกณฑ์การปฏิบัติออกเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติได้ถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และไม่ปฏิบัติ โดยกำหนดการให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติได้ถูกต้อง ให้คะแนน 2 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้คะแนน 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ ให้คะแนน 0 คะแนน คะแนนรวม 36 คะแนน การแปลผล ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง การปฏิบัติตัว ระดับดี, ร้อยละ 60-79.99 หมายถึง การปฏิบัติตัวระดับปานกลาง ร้อยละ 0.00-59.99 หมายถึง การปฏิบัติตัวระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือ จากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ดังนี้

1.1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปหาความตรงของเนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ ประเมินความถูกต้องของเนื้อหา รูปภาพ ตัวอักษร และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และแบบประเมินการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไปหาความตรงของเนื้อหาโดยหาค่า Index of item objective congruence (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้เท่ากับ 0.67-1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในเขตตำบลบ้านกร่าง จำนวน 20 คน ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรม สามารถนำไปใช้ได้

2.2 แบบประเมินความรู้ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และแบบประเมินการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไปทดลองใช้ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในกลุ่ม

ผู้สูงอายุ มีความเชื่อมั่น แบบประเมินความรู้ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder -Richardson 20) เท่ากับ .90 ค่าอำนาจจำแนกระหว่าง -0.04 ถึง 0.93 และแบบประเมินการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ PREC 068-2567 วันที่รับรอง 9 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกร่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย
2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุจากงานทะเบียนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกร่าง หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดโดยแบ่งผู้สูงอายุกลุ่มละ 35 คน
3. ผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับดังต่อไปนี้

กลุ่มควบคุม

1. วันแรกของการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตนเอง ชี้แจงรายละเอียดของการเข้าร่วมโครงการ สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติตัว ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยบันทึกแบบบันทึกความดันโลหิตของผู้สูงอายุ และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล
2. สัปดาห์ที่ 1-12 เป็นช่วงระหว่างทำการวิจัย กลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยได้ติดตามผู้สูงอายุทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อสอบถามถึงภาวะสุขภาพ การรับประทานยาในผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลง
3. สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยนัดกลุ่มควบคุมและใช้แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติตัว ครั้งที่ 2
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมที่มีความสนใจในการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้วิจัยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและนำไปใช้

กลุ่มทดลอง

1. วันแรกของการเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้
 - 1.1 สร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองชี้แจงรายละเอียดของการเข้าร่วมโครงการ สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล
 - 1.2 ผู้วิจัยทำการทดลองการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุในวันแรก โดยใช้แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติตัว ครั้งที่ 1 และบันทึกในแบบบันทึกความดันโลหิตของผู้สูงอายุ
2. สัปดาห์ที่ 1 - 12 ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บ้าน ได้แก่ 1) ให้ความรู้สไลด์เนื้อหาประกอบการบรรยายเรื่องความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองและให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูง บรรยาย 1 ชั่วโมง 2) ให้ความรู้สไลด์เนื้อหาประกอบการบรรยายเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเรื้อรัง โดยใช้แนวคิด สุข โมเดล ประกอบด้วย 3 อ. 3 ลด (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ลดความอ้วน ลดเหล้า และลดสูบบุหรี่) บรรยาย 1 ชั่วโมง

2.2 ผู้วิจัยติดตามผู้สูงอายุแต่ละราย โดยการโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อสอบถามถึงภาวะสุขภาพ การรับประทานยาในผู้สูงอายุ และปัญหาหรืออุปสรรคของการใช้โปรแกรมที่ผ่านมาใน 1 สัปดาห์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้สูงอายุ

3. สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยนัดกลุ่มทดลองและใช้แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติตัว ครั้งที่ 2

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยสถิติ Mann Whitney U test เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการใช้และหลังใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-Ranks test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 61-80 ปี อายุเฉลี่ย 68.63 ปี ($SD=5.46$) กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 61-86 ปี อายุเฉลี่ย 69.91 ปี ($SD=5.98$) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.43 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 62.86 และ 68.57 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.43 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับยา enalapril ร้อยละ 14.29

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

หัวข้อ	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			Mann-Whitney U	p-value
	M	SD	Mean Rank	M	SD	Mean Rank		
ความรู้	14.00	1.61	23.10	16.37	1.37	47.90	178.5	.00*
การปฏิบัติตัว	13.60	7.49	18.54	31.80	3.32	52.46	19	.00*

* $p < .05$, ^{NS} $p > .05$

3. เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการใช้และหลังใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ในขณะที่กลุ่มควบคุม พบว่า ความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองไม่ต่างจากก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการใช้และหลังใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Wilcoxon	p-value
	M	SD	Mean Rank	M	SD	Mean Rank	Signed Ranks Test (Z)	
กลุ่มควบคุม								
ความรู้	14.09	1.54	43.11	14.00	1.61	23.10	-1.73	0.83 ^{NS}
การปฏิบัติตัว	13.63	7.55	20.49	13.60	7.49	18.54	-.45	0.66 ^{NS}
กลุ่มทดลอง								
ความรู้	12.74	1.33	27.89	16.37	1.37	47.90	-5.19	.00*
การปฏิบัติตัว	26.88	4.67	50.51	31.80	3.32	52.46	-4.04	.00*

* $p < .05$, ^{NS} $p > .05$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย คือ

1) ความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ด้วยเหตุผลที่ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองของ Albert Bandura (1977) แนวคิดของปัญญาสังคม โดยการให้ความรู้ และเกิดเป็นองค์ความรู้ใหม่ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากภายใน (Covert Behavior) ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Bandura, 1977) ทั้งนี้ในโปรแกรม

ประกอบด้วยการสร้างองค์ความรู้ การบรรยายและสาธิตความรู้และแนวทางในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ได้รับตามติดตามอย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติตัวที่บ้าน เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิด สบซ โมเดลในประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองกลุ่มที่ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนการปฏิบัติตัวมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมฯ (นสพ. เอโอ, วิทยาร สหิตยสาร และสุริรัตน์ ณ วิเชียร, 2565)

2) กลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีคะแนนความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ด้วยเหตุผลที่ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม โดยกระตุ้นให้เกิดความสนใจ เกิดการเรียนรู้และเก็บเป็นองค์ความรู้ นำความรู้สู่การปฏิบัติ ทบทวน และมีการประเมินผล มีการสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อเกิดแรงจูงใจ จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Bandura, 1977) ทำให้มีความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ได้สอดแทรกความรู้และการปฏิบัติตัวโดยใช้แนวคิด สบซ โมเดล ปิงปองจราจร 7 สี แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3 อ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย) 3 ลด (ลดหรืองดดื่มเหล้า ลดหรืองดสูบบุหรี่ ลดความอ้วน) ทำนองเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่งผลต่อการเพิ่มของความรู้ พฤติกรรม และลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง (สุนันทา รักดีอำนาจ, เขียวกิจ ศรีเมืองวงศ์ และสุริรัตน์ ณ วิเชียร, 2566)

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปใช้ในการส่งเสริมความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ได้วิธีการในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการสร้างองค์ความรู้ การบรรยาย สาธิตความรู้และแนวทางในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สอดแทรกความรู้และการปฏิบัติตัวโดยใช้แนวคิด สบซ โมเดล ปิงปองจราจร 7 สี แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3 อ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย) 3 ลด (ลดหรืองดดื่มเหล้า ลดหรืองดสูบบุหรี่ ลดความอ้วน) นอกจากนี้การปฏิบัติตัวที่บ้านควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น 6 เดือนขึ้นไป และนำผลของการศึกษามาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยอื่น

เอกสารอ้างอิง

- นสพ. เอโอไฮ้, วิภาพร สิทธิศาสตร์ และสุรรัตน์ ณ วิเชียร. (2565). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิด สบซ โมเดล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 5(2), 129-139.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกร่าง. (2567). สถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ปี 2567. พิษณุโลก.
- วิชัย เทียนถาวร. (2556). ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย : นโยบายสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- เสกสรร ไช้เจริญ, มยุรี พิทักษ์ศิลป์, วัลลภ ใจดี และสมจิต พุกกะรัตนานนท์. (2560). ผลของการฝึกผ่อนคลายใจออกช้าโดยการเป่ากังหันลมต่อความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *บูรพาเวชสาร*, 4(1), 9-20.
- สุนันทา ภักดีอำนาจ, เขวกิจ ศรีเมืองวงศ์ และสุรรัตน์ ณ วิเชียร. (2566). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 6(2), 53-66.
- สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2566*.
https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/11/ill_2023_full_07112567.pdf
- สุภาพ อิมอ้วน, แพรว โคตรรุณิน, พะนอ เตชะอริก, ฐปนวงศ์ มิตรสูงเนิน. (2561). ผลของดนตรีพื้นบ้านต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 41(1), 12-23.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- World health organization. (2023). *Global report on hypertension: the race against a silent killer*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด

โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

ฉัตรติยา อิมสำราญ, พยบ.*

กรรณิกา เพ็ชรรักษ์, พย.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2568 กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ (1) โปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกหลังคลอด มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .93 และ (2) แบบสอบถาม 3 ชุด ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ (KR-20 = 0.82) และแบบประเมินการปฏิบัติตัว (Cronbach's α = 0.86) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนาและ Paired Samples t-test

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนใช้โปรแกรมฯ มารดาหลังคลอดมีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 11.20$, $SD = 2.19$) หลังใช้โปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลตนเองและทารกเพิ่มขึ้น และอยู่ในระดับสูง ($M = 13.77$, $SD = 1.76$) ส่วนการปฏิบัติตัว ก่อนใช้โปรแกรมฯ มารดาหลังคลอดมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกอยู่ในระดับสูง ($M = 82.60$, $SD = 5.99$) หลังใช้โปรแกรมการฯ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกเพิ่มขึ้น และอยู่ในระดับสูง ($M = 88.40$, $SD = 6.73$) ทั้งความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะ นโยบาย ควรส่งเสริมให้โปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกหลังคลอดถูกรวมเป็นมาตรฐานการดูแลในโรงพยาบาลชุมชน โดยมีการจัดทำแนวทางหรือคู่มือการปฏิบัติที่ชัดเจน รวมทั้งสนับสนุนการจัดโรงเรียนพ่อแม่หลังคลอดที่เชื่อมโยงกับบริการฝากครรภ์ เพื่อสร้างความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพมารดาและทารก ขณะที่ในเชิงปฏิบัติการ พยาบาลควรใช้วิธีการสอนที่หลากหลาย เช่น การบรรยาย การสาธิต และการใช้สื่อดิจิทัล โดยเลือกช่วงเวลาที่มารดามีความพร้อมเรียนรู้ พร้อมทั้งควรมีการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย เช่น ผ่านการเยี่ยมบ้านหรือการใช้สื่อออนไลน์ เพื่อเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองและทารก และลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง การดูแลทารก มารดาหลังคลอด ความรู้ การปฏิบัติตัว

* โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding E-mail: kannika@bcnsurin.ac.th

(Received: May 3, 2025; Revised: August 31, 2025; Accepted: September 1, 2025)

Effect of programs for postnatal maternal and infant care education at Prasat Hospital, Surin Province

Chattiya Imsamran, R.N.*

Kannika Phetcharak, M.N.S.**

Abstract

This study aimed to examine the effects of a self-care and infant care educational program for postpartum mothers at the Obstetrics and Gynecology Ward, Prasat Hospital, Surin Province, between January and February 2025. A purposive sample of 30 postpartum mothers was recruited. Research instruments consisted of (1) the educational program on self-care and infant care, with a content validity index (CVI) of .93, and (2) three sets of questionnaires: general information, knowledge assessment (KR-20 = 0.82), and self-care practice assessment (Cronbach's α = 0.86). Data were analyzed using descriptive statistics and paired samples t-test.

The results revealed that before participating in the program, mothers had a moderate level of knowledge ($M = 11.20$, $SD = 2.19$), which increased to a high level after the intervention ($M = 13.77$, $SD = 1.76$). For self-care and infant care practices, the mean score before the program was already at a high level ($M = 82.60$, $SD = 5.99$) and significantly increased after the program ($M = 88.40$, $SD = 6.73$). Both knowledge and practice scores improved significantly compared with pre-program scores ($p < .001$).

Policy recommendations suggest integrating the educational program into standard postpartum care in community hospitals, with the development of clear guidelines and postpartum parent classes linked to antenatal care services. In practice, nurses should employ diverse teaching strategies such as lectures, demonstrations, and digital media, provided at times when mothers are most ready to learn, and follow-up through home visits or online platforms to strengthen mothers' confidence and reduce postpartum complications.

Keywords: Self-care infant care postpartum mothers knowledge behavior

*Prasat Hospital, Surin Province

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

บทนำ

ระยะหลังคลอดเป็นระยะเวลาตั้งแต่การคลอดจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่ร่างกายมารดามีการเปลี่ยนแปลงเพื่อกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนการตั้งครรภ์ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่วนใหญ่จะเป็นไปตามธรรมชาติ หากแต่ในระยะนี้ยังคงมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ ทั้งจากสาเหตุการดูแลไม่ถูกต้องระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด ตลอดจนการขาดความรู้และการปรับตัวของมารดาหลังคลอดเอง ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและเป็นอันตราย ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage) และการติดเชื้อหลังคลอด (Puerperal Infection) ซึ่งยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในสตรีหลังคลอด โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา (World Health Organization [WHO], 2021; Kassebaum et al., 2021)

จากรายงานของ WHO (2021) ระบุว่าแต่ละปีมีมารดาเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดกว่า 70,000 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 27 ของการเสียชีวิตมารดาทั้งหมดทั่วโลก แม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลงในหลายภูมิภาค แต่ประเทศรายได้ต่ำและปานกลางยังคงมีอัตราการเสียชีวิตสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการตกเลือดและการติดเชื้อหลังคลอด ปัจจัยสำคัญคือการขาดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด (Paakkari & Okan, 2020) ส่งผลให้ WHO จัดทำ WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience โดยเน้นการสร้างทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง การให้นมแม่ และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติในมารดาและทารก

สำหรับประเทศไทย แม้ระบบบริการสุขภาพแม่และเด็กจะมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 จนถึงฉบับปัจจุบัน แต่ข้อมูลรายงานจากกระทรวงสาธารณสุข (2565) พบว่ายังมีการเข้ารับการรักษาเข้าและภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดเกิดขึ้น โดยเฉพาะการติดเชื้อในทารกแรกเกิดและความล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2565) ยังชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพมารดาและเด็กอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพประชาชนในการจัดการสุขภาพของตนเอง

โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2564–2567 มีจำนวนการคลอดลดลงจาก 1,142 ราย เหลือ 854 ราย แต่ยังคงพบอัตราการติดเชื้อสายสะดือทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 30 วัน ในช่วง 0.25–0.29% และการติดเชื้อที่ตาทารกแรกเกิดระหว่าง 0.29–0.88% รวมทั้งอัตราการเข้ารับการรักษาเข้าในมารดาภายใน 28 วัน อยู่ระหว่าง 0.35–0.76% โดยสาเหตุสำคัญคือการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องหลังจำหน่ายกลับบ้าน ทั้งที่มารดาได้รับการให้ความรู้เบื้องต้นแล้วในช่วงพักรักษาในโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากช่วงเวลาให้ความรู้มีเพียง 24–48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด มารดามักอ่อนเพลียและยังปรับตัวไม่เต็มที่ ทำให้ไม่สามารถจดจำและนำไปปฏิบัติได้ครบถ้วน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด

ผลการศึกษาของนักวิจัยไทยหลายรายยืนยันถึงปัญหานี้ เช่น ญัฐธยาน์ อังคประเสริฐกุล (2561) ที่พบว่ามารดาหลังคลอดมีความรู้ในการดูแลทารกแรกเกิดในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ และงานของ ศิริวดี ชุ่มจิต (2563) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของมารดาครรภ์แรกหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งชี้ว่าหากมารดาขาดความรู้และการสนับสนุนที่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองและทารกไม่เพียงพอและนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน

ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ที่เหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในมารดาหลังคลอด จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดเล็กที่มีเวลาจำกัดในการดูแลและให้ความรู้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก จึงเล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลปราสาท เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดา เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองและทารก ลดอัตราภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนให้มารดาสามารถปรับตัวต่อบทบาทใหม่ของความเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

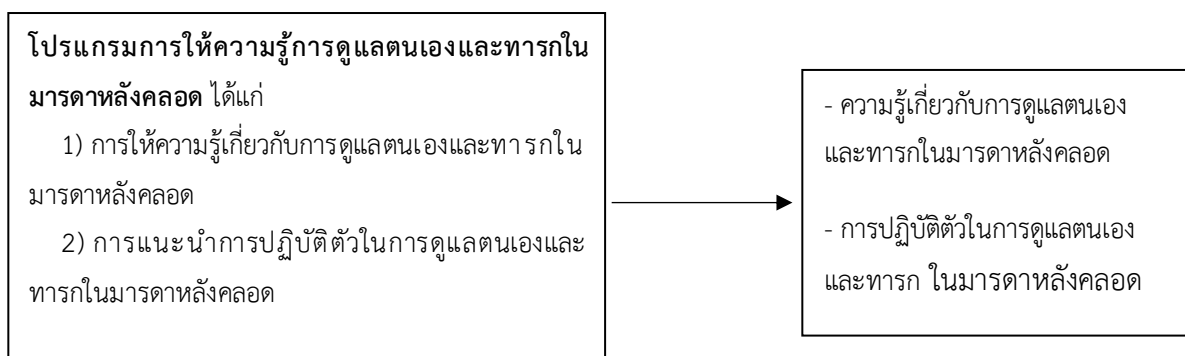
สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยของความรู้การดูแลตนเองและทารก และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกหลังคลอด

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้อธิบายโดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's Self-Care Theory) เป็นฐานแนวคิดสำคัญ โดยโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด ทำหน้าที่เป็น ระบบการพยาบาล (Nursing system) ที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนมารดาให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและทารกแรกเกิด เมื่อมารดาได้รับการเรียนรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ซึ่งสะท้อนผ่านระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้น จากนั้นมารดาจะสามารถนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริงในการดูแลตนเองและทารก (Self-care requisites) เช่น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการดูแล

สุขภาพทารกอย่างปลอดภัย กระบวนการดังกล่าวจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่สำคัญคือ การลดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารก รวมถึงการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความมั่นใจในบทบาทความเป็นมารดา ดังนั้น กรอบแนวคิดนี้จึงสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงระบบระหว่าง การสนับสนุนจากพยาบาลส่งผลให้เกิดศักยภาพการดูแลตนเองจึงแสดงพฤติกรรมปฏิบัติที่เหมาะสมผลลัพธ์ทางสุขภาพจึงดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (Orem's self-care theory) ที่ชี้ว่าเมื่อบุคคลได้รับความรู้และการสนับสนุนที่เหมาะสม จะสามารถเพิ่มสมรรถนะการดูแลตนเอง ลดการพึ่งพาผู้ดูแล และป้องกันปัญหาสุขภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-posttest design) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลปราสาท ตลอดจนจำหน่ายระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 จำนวน 109 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลปราสาท ตลอดจนจำหน่าย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเปิดตาราง sample size estimate effect จากการทดสอบทางเดียว (one-tailed test) โดยกำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) ที่ .80 ซึ่งเป็นอำนาจทดสอบที่มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับได้ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และใช้ขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลางเท่ากับ .5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน ผู้วิจัยจึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 เป็น 30 คนเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

โดยเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. มารดาหลังคลอดครรภ์แรกหรือครรภ์หลัง ที่นอนรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลปราสาทตลอดจนจำหน่าย

2. สามารถสื่อสารด้วยการพูด อ่าน เขียน ฟังภาษาไทยได้

3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. มารดาหลังคลอดที่อยู่ในภาวะวิกฤตและไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้

2. มารดาหลังคลอดที่มีข้อจำกัดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. มารดาหลังคลอดที่มีทารกเสียชีวิต หรือทารกเจ็บป่วยต้องย้ายไปหอผู้ป่วยทารกวิกฤต (NICU) หรือไม่ได้เข้าร่วมกับมารดา ณ หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช ตลอดการเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์ในการให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) มีดังนี้

1. มารดาหลังคลอดขอเลิก และ/หรือถอนตัวไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย ในระหว่างดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยยังคงติดตามดูแลให้การพยาบาลตามปกติ

2. มารดาหลังคลอดเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแจ้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ขอยุติการเข้าร่วมโครงการ แต่ยังคงติดตามให้การพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือจากการเอกสาร ตำรา วรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ซึ่งได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด ได้แก่

1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด 2) การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ลำดับการคลอด การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด

เป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 16 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ และด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกหลังคลอด ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ลักษณะของคำตอบแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก	ได้	1 คะแนน
ตอบผิด	ได้	0 คะแนน
ตอบไม่ทราบ	ได้	0 คะแนน

เกณฑ์ในการประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1968) โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (≤ 8 คะแนน) หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด ในระดับน้อย

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79 (9 – 12 คะแนน) หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด ในระดับปานกลาง

คะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (≥ 13 คะแนน) หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด ในระดับมาก

ชุดที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและทารก ในมารดาหลังคลอด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 25 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอด ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ และด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลทารกหลังคลอดประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นคำถามปลายปิด เลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง มารดาหลังคลอดไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย

ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง มารดาหลังคลอดทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้งหรือ 1-2 วัน/สัปดาห์

ทำเป็นบ่อยครั้ง หมายถึง มารดาหลังคลอดทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่ หรือ 3-4 วัน/สัปดาห์

ทำเป็นประจำ หมายถึง มารดาหลังคลอดทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ 5-7 วัน/สัปดาห์

	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	ได้ 4 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้งได้	ได้ 3 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ได้ 2 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ได้ 1 คะแนน	ได้ 4 คะแนน

การแปลผลการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1968) โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 60 คะแนน) หมายถึง มารดาหลังคลอดมีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด อยู่ในระดับน้อย

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79 (ระหว่าง 60-79 คะแนน) หมายถึง มารดาหลังคลอดมีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (80 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง มารดาหลังคลอดมีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด อยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ด้านการพยาบาล 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ดังนี้

1. คู่มือของโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด 2) การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด ตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมเกี่ยวกับรูปแบบ ระยะเวลา และกิจกรรม มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้ เท่ากับ .93

2. แบบสอบถามความรู้ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เฉลี่ย 0.92 (รายข้อระหว่าง 0.60–1.00) หลังจากทดลองใช้กับมารดาหลังคลอด 30 ราย พบว่าแบบทดสอบความรู้ 16 ข้อ มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.32–0.78 และอำนาจจำแนก 0.28–0.56 มีค่า KR-20 = 0.82

3. การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและทารก ในมารดาหลังคลอด มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับนิยามตัวแปรของการวิจัย (IOC) ระหว่าง 0.6–1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยมนุษย์ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ เลขที่ PSH REC No.017/2567 เมื่อวันที่ 2 มกราคม พ.ศ. 2568 โดยยึดหลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) หลักผลประโยชน์ (Principle of Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Principle of Justice) ดังนี้ 1) ผู้วิจัยขออนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคลแต่จะนำเสนอเฉพาะภาพรวม 2) ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบและลงนามแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย การปฏิเสธหรือยุติ การเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย 3) ผู้วิจัยจะไต่ถามหาชื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในแบบสอบถาม 4) ข้อมูลของผู้ยินยอมถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

การดำเนินการวิจัย

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

5.1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการอนุมัติพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรม เกี่ยวกับวิจัยมนุษย์ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

5.2 แนะนำตนเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ วิธีการขั้นตอน ระยะเวลา ในการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา รวมทั้งชี้แจงให้ทราบเกี่ยวกับการพิทักษ์ของกลุ่มตัวอย่าง และสอบถามความสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม รวมถึงสมัครใจให้ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย จึงให้อาสาสมัครลงชื่อในแบบฟอร์มแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5.3 อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่า การตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง จะถือเป็นความลับและจะใช้ประโยชน์ของการทำวิจัยเท่านั้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ โดยการตอบด้วยตนเองในการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาให้บริการที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับทั้งสิ้น

5.4 ก่อนที่ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยจะประเมินความสามารถในการสื่อสาร อ่านออก เขียนได้ภาษาไทย และความพร้อมในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ จากนั้นจึงมีการอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และให้กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเซ็นชื่อรับรองการยินยอม จากนั้นผู้วิจัยแจกแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด และแบบประเมินการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอดแก่กลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พร้อมอธิบายการตอบโดยละเอียดและเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติม โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 15-30 นาที ผู้วิจัยอยู่ในบริเวณที่กลุ่มตัวอย่าง สามารถซักถามได้

5.5 ดำเนินการโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด ซึ่งมี 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ระยะหลังคลอด 8-16 ชั่วโมงแรก ให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการสอนจัดทำเข้าเต้า การกระตุ้นทารกดูดนม และการอุ้มเรือทารก และให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติของมารดาและทารก ที่ควรแจ้งเจ้าหน้าที่

ครั้งที่ 2 ระยะหลังคลอด 16-24 ชั่วโมง ในมารดาคลอดทางช่องคลอด และ 24-48 ชั่วโมง ในมารดาผ่าตัดคลอด เปิดวิดีโอสาธิตการอาบน้ำ เช็ดตา และสะดือทารกแรกเกิดช่วงเวลา 13.00 น. มีความยาวเป็นเวลา 9.30 นาที ให้มารดาเข้าชมก่อนปฏิบัติจริง สอนและสาธิตโดยให้มารดาอาบน้ำ เช็ดตา สะดือทารกเอง เวลา 13.30 น. โดยใช้เวลา 15-20 นาที

ครั้งที่ 3 ระยะหลังคลอด 24-48 ชั่วโมง ในมารดาคลอดทางช่องคลอด และ 48-72 ชั่วโมงในมารดาผ่าตัดคลอด เปิดวิดีโอการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด เวลา 07.00 น. ให้มารดาเข้าชมวิดีโอ มีความยาวเป็นเวลา 20 นาที

ครั้งที่ 4 ระยะหลังคลอด 48 ชั่วโมง ในมารดาคลอดทางช่องคลอด และ 72 ชั่วโมง ในมารดาผ่าตัดคลอดก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ให้สุศึกษาแบบกลุ่ม ในห้องสอนสุศึกษาก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ช่วงเวลา 09.30-10.30 น. โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้โดยใช้แผนการสอนการดูแลตนเองและทารก ในมารดาหลังคลอด ร่วมกับใช้สื่อการสอน วิดีโอ ภาพพลิกการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด และหลังสอนเสร็จให้มารดาหลังคลอดสแกนคิวอาร์โค้ดไฟล์หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกหลังคลอดเก็บไว้ในมือถือเพื่อใช้ศึกษาข้อมูลได้เอง เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน โดยใช้เวลาสอน 30-45 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด แบบประเมินการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด และแบบประเมินความพึงพอใจ แก่กลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 15-30 นาที และกล่าวขอบคุณมารดาที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้และแจ้งยุติการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด โดยใช้สถิติอนุมานได้แก่ paired t- test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 20-35 ปี ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 53.30 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 56.70 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 10,000-20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 60 และมีลำดับการคลอดครั้งที่ 2 ขึ้นไป ร้อยละ 53.30

2. คะแนนความรู้การดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด ระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองดังนี้

2.1 ระยะก่อนใช้โปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในระดับปานกลาง ($M = 11.20$, $SD = 2.19$) และเมื่อผ่านกระบวนการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลตนเองและทารกหลังคลอดเพิ่มขึ้นและอยู่ในระดับสูง ($M = 13.77$, $SD = 1.76$)

2.2 ระยะก่อนใช้โปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกอยู่ในระดับสูง ($M = 82.60$, $SD = 5.99$) และเมื่อผ่านกระบวนการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกเพิ่มขึ้นและอยู่ในระดับสูง ($M = 88.40$, $SD = 6.73$)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้การดูแลตนเองและทารกหลังคลอด และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารก ระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ดังนี้

3.1 ภายหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด คะแนนเฉลี่ยของความรู้การดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอดสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

3.2 ภายหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลตนเองและทารก และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและทารก ในมารดาหลังคลอด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	M	SD	df	t	p-value
ความรู้การดูแลตนเองและทารกในมารดา					
หลังคลอด					
ก่อนการใช้โปรแกรม	11.20	2.19	29	-5.960	.000
หลังการใช้โปรแกรม	13.77	1.76			
การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารก					
ก่อนการใช้โปรแกรม	82.60	5.99	29	-4.837	.000
หลังการใช้โปรแกรม	88.40	6.73			

อภิปรายผล

ภายหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด คะแนนเฉลี่ยของความรู้การดูแลตนเองและทารกในมารดาหลังคลอด และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกหลังคลอดสามารถช่วยเพิ่มความรู้และช่วยให้มารดาหลังคลอดเกิดทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องแก่มารดาหลังคลอดได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุปัญญา บุญถูก และดวงพร วัฒนเรืองโกวิท (2566) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลโสธร พบว่า คะแนนความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดและทารก หลังการใช้แผนการจำหน่าย มีคะแนนสูงกว่าก่อนการใช้แผนการจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลลัพธ์ทางการพยาบาลการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง และสอดคล้องกับผลการวิจัยของแสงจันทร์ สุนันตะ และคณะ (2559) ที่ศึกษาเรื่องผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกและขยายต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดาโดยผลการวิจัยพบว่า เมื่อมารดาวัยรุ่นได้รับความรู้และฝึกทักษะบทบาทการเป็นมารดา โดยให้ความรู้และเปิดโอกาสให้มารดาวัยรุ่นลงมือปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจร่วมกับการใช้สื่อโปรแกรมนำเสนอ มีคู่มือให้มารดาวัยรุ่นกลับไปทบทวนขณะอยู่ที่บ้านทำให้มารดาวัยรุ่นมีความเข้าใจและจดจำได้ดีขึ้น ทำให้มีความรู้ มีทักษะ มีความมั่นใจ และสามารถแก้ไขปัญหาในการดำรงบทบาทการเป็นมารดาได้ และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของอนุชนันท์ กสานติกุล และผจจวรรณ อุดยศักดิ์ (2566) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและทารกของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา พบว่า หลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้โดยรวมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะโดยรวมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของปฤษณพร ศิริจรรยา และรจนา อัสพันธ์ (2560) ที่พบว่าหากจัดโปรแกรมสุศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติตนในมารดาหลังคลอดจะทำให้มารดา

สามารถมีความรู้ในการปฏิบัติตนหลังคลอดเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีในด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) ของ Bloom (1956) โดยแบ่งการเรียนรู้ออกเป็น 6 ระดับคือ ความรู้-ความจำ ความเข้าใจ การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์และการประเมินค่า การเรียนรู้ด้านทักษะพิสัยคือความสามารถในการปฏิบัติ กล่าวคือ การรับรู้หลักการปฏิบัติที่ถูกต้องและปฏิบัติได้จริงอย่างถูกต้อง ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้โดยใช้แผนการสอนการดูแลตนเองและทารก ในมารดาหลังคลอด ร่วมกับใช้สื่อการสอน วีดีโอ ภาพพลิกการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด และหลังสอนเสร็จ ให้มารดาหลังคลอดสแกนคิวอาร์โค้ดไฟล์หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกหลังคลอดเก็บไว้ในมือถือเพื่อใช้ศึกษาข้อมูลได้เองเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งส่งผลให้มารดามีความรู้และเกิดการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด แสดงให้เห็นว่ามีการเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดการวิจัยครั้งนี้

สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง เป็นนการวิจัยที่มีงออธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรโดยมีการจัดการกระทำกับตัวแปรอิสระที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น เพื่อติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตาม โดยไม่ได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน จึงอาจไม่สามารถบอกความเป็นเหตุเป็นผลได้ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กำหนดให้มีโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองและทารกหลังคลอด เป็นส่วนหนึ่งของบริการมาตรฐานในหน่วยงาน เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพมารดาและทารกอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการกำหนดแนวทางในการให้สุศึกษาแก่หญิงหลังคลอดก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้เกิดความสอดคล้องและคุณภาพมาตรฐาน
3. สนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกระดับพัฒนาไกล “โรงเรียนพ่อแม่-หลังคลอด” และเชื่อมโยงกับบริการฝากครรภ์ เพื่อให้ครอบคลุมทั้งก่อนและหลังคลอด

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. พยาบาลควรใช้รูปแบบการสอนที่หลากหลาย เช่น การบรรยาย การสาธิต การใช้สื่อดิจิทัล และเอกสารประกอบ เพื่อให้มารดามีความเข้าใจและจดจำได้ดีขึ้น
2. ควรจัดการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย เช่น การเยี่ยมบ้านหรือการใช้ช่องทางออนไลน์ เพื่อเสริมความมั่นใจและแก้ไขปัญหาการดูแลตนเองและทารก
3. การจัดโปรแกรมควรคำนึงถึงภาวะความพร้อมทางร่างกายและจิตใจของมารดา โดยอาจเลือกช่วงเวลาที่มาดามีความพร้อมเรียนรู้มากที่สุด

4. บุคลากรสาธารณสุขควรมีการอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะ ในการสื่อสารและการใช้โปรแกรมสุขศึกษา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแล

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยเพื่อติดตามความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด ซึ่งอาจจะเป็นการทำวิจัยเพื่อติดตามประสิทธิผล หรือเป็นการทำวิจัยเพื่อทดสอบความรู้และการปฏิบัติตัวซ้ำ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาพิจารณาวางแผนในการสร้างโปรแกรมการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อไป

2. ควรพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับนวัตกรรมทางการสอนแบบสื่อออนไลน์ เช่น การจัดทำแอปพลิเคชัน การจัดทำสื่อการสอนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ หรือสื่อวีดิทัศน์มัลติมีเดีย ที่สามารถเข้ามาศึกษาด้วยตนเองได้ ตลอดเวลาและลดปัญหาในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

เอกสารอ้างอิง

- ณัฐธยาน์ อังคประเสริฐกุล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการดูแลทารกแรกเกิดของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลนครปฐม [เอกสารนำเสนอ]. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 10 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม: เรื่อง น้อมนำศาสตร์พระราชาสู่การวิจัยและพัฒนาท้องถิ่นอย่างยั่งยืน, นครปฐม, ประเทศไทย.
- ดวงดี ศรีสุขวัน, วันทนา มาตเกตุ และนฤวรรณ นิไชโย. (2563). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลกระทุ่มแบน. *วารสารนครศรีธรรมราชเวชสาร*, 3(2), 37-43.
- ปฤษฎนพร ศิริจรรยา และรจนา อัศพันธ์. (2560). ผลของโปรแกรมการให้สุศึกษาต่อความรู้และการปฏิบัติตนในหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 42(3), 11-20.
- ศิริวดี ชุ่มจิต. (2563). พฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาครรภ์แรกหลังคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. รายงานวิจัย.
- สุปัญญา บุญฤกษ์ และดวงพร วัฒนเรืองโกวิท. (2566). ผลของการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลโสธร. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 16(3), 304-317.
- แสงจันทร์ สุนันตะ, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และวรรณภา พาหุวัฒนกร. (2559). ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกและยายต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดา. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2559;17(2):125-34.
- อนุชนันท์ กสานติกุล และผจจวรรณ อุดลยศักดิ์. (2566). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและทารกของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. *วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา*, 12(1), 18-30.
- Bloom, B.J.(Ed.), Engelhart, M.D., Furst, E.J., Hill, W.H. & Krathwohl, D.R. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives: Handbook I: Cognitive Domain*. New York: David McKay, 219-225.
- Bloom, B. S. (1968). *Learning for mastery. Evaluation comment*, 2, Center for the Study of Instruction Program, University of California at Los Angeles, 47-62.

บทบาทของผู้นำนักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ เพื่อป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้า: การศึกษาเชิงคุณภาพ

กัญญพัชร พงษ์ข้างอยู่, M.N.S.*

สุภา วิตตาภรณ์, Ph.D.* และสุรางค์รัตน์ พ้องพาน, Ph.D.*

บทคัดย่อ

บุหรี่ไฟฟ้ากำลังเป็นภัยคุกคามสำคัญต่อสุขภาพเยาวชนไทย จากสถิติที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่ยังขาดความรู้ด้านสุขภาพและการรู้เท่าทันสื่อ งานวิจัยก่อนหน้านี้ชี้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพสามารถเสริมสร้างทักษะและลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพได้ แต่ยังขาดข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนถึงบทบาทและประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในฐานะผู้นำสุขภาพหลังผ่านการอบรม การวิจัยเชิงคุณภาพนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมอง ความตั้งใจ บทบาท ประสบการณ์ รวมทั้งกลยุทธ์การสื่อสารที่นักศึกษาพยาบาลแกนนำใช้ขยายผลความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มจากนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 18 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงธีม (Thematic Analysis)

ผลการศึกษาพบ 7 ธีมหลักที่สะท้อนวัตถุประสงค์การศึกษา ได้แก่ (1) ความตั้งใจแน่วแน่ไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า (2) การขยายผลความรู้สุขภาพแก่ชุมชนและครอบครัว (3) กลยุทธ์การสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย (4) ผลกระทบของโปรแกรมต่อพฤติกรรมและทัศนคติ (5) บทบาทในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (6) กลยุทธ์ในการสร้างแรงจูงใจให้เยาวชนมีส่วนร่วม และ (7) การวางแผนทางเชิงกลยุทธ์เพื่อสร้างสังคมปลอดบุหรี่ไฟฟ้าระยะยาว ผลวิจัยนี้ชี้ชัดว่านักศึกษาพยาบาลมีศักยภาพสำคัญในการขยายผลความรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในเยาวชน จึงควรสนับสนุนและส่งเสริมบทบาทดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: บุหรี่ไฟฟ้า ความรู้ทางสุขภาพ ผู้นำนักศึกษาพยาบาล

* วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

Corresponding E-mail: Kanyaphat.pon@cra.ac.th

(Received: May 3, 2025; Revised: August 31, 2025; Accepted: September 1, 2025)

The Role of Nursing Student Leaders in Promoting Health Literacy for E-Cigarette Prevention: A Qualitative Study

Kanyaphat Pongchangyou, M.N.S.*

Supa Vittaporn, Ph.D.* & Surangrat Pongpan, Ph.D.*

Abstract

E-cigarettes represented a significant public health threat among Thai youth, with rising prevalence, particularly among adolescents lacking health literacy and media awareness. Previous studies have indicated that health literacy programs effectively improve youth health behaviors; however, qualitative evidence regarding the roles and experiences of nursing student leaders after participating in such programs remains limited. Thus, this qualitative descriptive study aimed to explore the perspectives, intentions, roles, experiences, and communication strategies of nursing student leaders in promoting health literacy for e-cigarette prevention among youths. Eighteen purposively selected nursing student leaders participated in three focus group discussions, and data were analyzed using thematic analysis.

Seven themes aligned clearly with the study objectives emerged: (1) firm intention to avoid e-cigarettes, (2) dissemination of health literacy knowledge to peers, families, and communities, (3) tailored communication strategies for specific groups, (4) positive impacts of the program on attitudes and behaviors, (5) leadership roles in driving social change, (6) motivational strategies encouraging youth engagement, and (7) strategic plans toward an e-cigarette-free society. Findings underscored the substantial potential of nursing student leaders to effectively transfer health literacy and positively influence youth health behaviors. Thus, future support and continuous development of nursing student leaders' roles and communication strategies are recommended to enhance youth health literacy and prevent e-cigarette use effectively.

Keywords: e-cigarettes health literacy nursing student leadership

* Princess Agradajakumari Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy

บทนำ

บุหรืไฟฟ้าได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชนและวัยรุ่น สถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกซึ่งชี้ถึงอุบัติการณ์ที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นของมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ (World Health Organization [WHO], 2021) หลักฐานจากสหรัฐอเมริการะบุตัวเลขการใช้ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นชัดเจนในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา เช่น รายงานการเพิ่มขึ้นกว่า 3 เท่าภายในระยะเวลาเพียง 6 ปี จึงชี้ภาพรวมในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอย่างชัดเจน (Kramarow & Elgaddal, 2023; Li et al., 2021) สำหรับประเทศไทย แม้มีข้อห้ามการนำเข้า/จำหน่าย แต่ผลิตภัณฑ์ยังเข้าถึงง่ายผ่านช่องทางออนไลน์ ทำให้เกิดความเข้าใจผิดเรื่องความปลอดภัย โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนอายุ 15–24 ปีที่มีแนวโน้มการใช้เพิ่มขึ้นจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ และการถกเถียงเชิงนโยบายเกี่ยวกับช่องว่างการกำกับดูแล (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2021; Filby & van Walbeek, 2022)

ความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy: HL) เป็นความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจ (Sørensen et al., 2021) การทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรู้ทางสุขภาพที่สูงในวัยรุ่นสัมพันธ์กับการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด (Fleary et al., 2018) ดังนั้น ในการศึกษา HL จึงถูกใช้เป็นกรอบแนวคิดหลักในการออกแบบการสื่อสารและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันบุหรืไฟฟ้าในเยาวชน

ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเยาวชน แนวคิดเรื่อง ผู้นำเยาวชนด้านสุขภาพ (Youth Health Leaders) ได้รับการยอมรับว่ามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง และถือเป็นหัวใจหลักของการศึกษานี้ โดยหมายถึงเยาวชนที่ผ่านกระบวนการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพจากสถาบันการศึกษาหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการสื่อสารองค์ความรู้และขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่กลุ่มเพื่อน ครอบครัว และชุมชน การดำเนินงานของผู้นำเยาวชนจะเน้นการใช้สื่อดิจิทัลและกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมที่สอดคล้องกับบริบทของวัย โดยกำหนดช่วงวัยเชิงปฏิบัติการไว้ที่ 15–24 ปี เพื่อให้เชื่อมโยงกับกรอบประชากรกลุ่มเป้าหมายและการเข้าถึงสื่อของเยาวชนไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2021) ทั้งนี้ บทบาทดังกล่าวอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการออกแบบสารและพัฒนาทักษะการสื่อสารให้เหมาะสมกับบริบทของผู้รับสาร โดยความสำคัญของ HL ได้รับการยืนยันจากงานทบทวนวรรณกรรมซึ่งชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างระดับ HL ที่สูงกับการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น (Fleary, Joseph, & Pappagianopoulos, 2018)

การศึกษานี้มุ่งเลือกนักศึกษาพยาบาล เป็นกลุ่มผู้นำเยาวชนตามเหตุผลเชิง บทบาท-สมรรถนะ-บริบท ได้แก่ (1) หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีการบูรณาการทักษะสื่อสารสุขภาพและงานชุมชนสอดคล้องกับกรอบ HL (Sørensen et al., 2021) (2) นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยเดียวกับกลุ่มเป้าหมาย คือช่วง 18–24 ปี จึงมีความน่าเชื่อถือในการสื่อสารสุขภาพในกลุ่มเพื่อนวัยเดียวกัน และสามารถเข้าถึงช่องทางดิจิทัลเดียวกันได้ (Fleary et al., 2018; Nabity-Grover et al., 2020) (3) งานวิจัยในประเทศไทยพบว่านักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการอบรมโปรแกรมส่งเสริม HL สามารถส่งเสริมพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ในกลุ่มนักเรียนประถมได้อย่างมีนัยสำคัญ (จารุวรรณ สอนงญาติ และคณะ, 2025) รวมทั้งการศึกษาของกิตติพงษ์ เรือนเพชร และคณะ (2021) และพริยา สุธีรางกูร และคณะ (2022) ซึ่งแสดงถึงศักยภาพ

ของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพชุมชน จึงสนับสนุนการเลือกนักศึกษาพยาบาลเป็นผู้นำเยาวชนด้านสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้

แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการนำกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) และการใช้ผู้นำเยาวชนด้านสุขภาพมาเป็นแกนหลักในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเยาวชน แต่ยังพบช่องว่างของความรู้ในบริบทของไทย โดยเฉพาะข้อมูลเชิงคุณภาพที่สะท้อนถึงมุมมอง ประสบการณ์จริง และบทบาทของผู้นำนักศึกษาพยาบาลหลังผ่านกระบวนการโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพแบบ 6 มิติ (การเข้าถึง เข้าใจ สื่อสาร ตัดสินใจ รู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง) ด้านบุหรีไฟฟ้า ว่าหลังผ่านโปรแกรมห่างกล่าวไปแล้ว ผู้นำนักศึกษาพยาบาลได้นำความรู้ไปขยายผลด้วยวิธีการใด สื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายกลุ่มไหน ผ่านช่องทางใดบ้าง พบอุปสรรคหรือปัจจัยสนับสนุนอะไร รวมถึงเกิดการเปลี่ยนแปลงในมุมมอง ทักษะ ความตั้งใจ และบทบาทของพวกเขาในการเป็นแกนนำหรือผู้นำสุขภาพอย่างไร ข้อมูลเชิงลึกเหล่านี้เป็นประโยชน์สำคัญต่อการออกแบบกิจกรรมหรือการสื่อสารเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของเยาวชนไทยอย่างแท้จริง ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งสำรวจมุมมอง ความตั้งใจ ประสบการณ์จริง บทบาท และกลยุทธ์การสื่อสารที่ผู้นำนักศึกษาพยาบาลใช้ในการขยายผลความรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันบุหรีไฟฟ้าในเยาวชนไทย โดยการวิจัยเชิงคุณภาพนี้จะเน้นการศึกษาประสบการณ์เฉพาะของกลุ่มผู้นำในบริบทของสื่อดิจิทัลไทยโดยตรง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษามุมมอง ความตั้งใจ บทบาท และประสบการณ์ของผู้นำนักศึกษาพยาบาลในการขับเคลื่อนความรู้ทางสุขภาพสำหรับป้องกันการใช้บุหรีไฟฟ้าในเยาวชน รวมถึงกลยุทธ์การสื่อสารและปัจจัยบริบท

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Qualitative Descriptive Design) ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) ในการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงแก่นสาระ (Thematic Analysis) ตามแนวทางของ Braun และ Clarke (2006) โดยแบ่งนักศึกษาพยาบาลออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน รวมทั้งสิ้น 18 คน โดยจัดให้มีการสนทนาเป็นเวลา 45 – 60 นาทีต่อกลุ่ม ณ ห้องประชุมที่มีความเป็นส่วนตัว สะดวกสบาย และเอื้อต่อการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระ

หัวข้อการสนทนาเน้นที่ “ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรีไฟฟ้า” และ “แนวทางการสื่อสาร ถ่ายทอด และสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพ” ซึ่งมีการวางแผนอย่างเป็นระบบ ได้แก่ กำหนดคำถามปลายเปิดล่วงหน้า ตรวจสอบความชัดเจนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และใช้ผู้ดำเนินการ (Moderator) ที่มีความเชี่ยวชาญในงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีผู้ช่วยสังเกตและบันทึกโน้ตอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมการแสดงความคิดเห็น ผู้ดำเนินการใช้เทคนิคการสนทนา เช่น Round Robin, Pair-Share และ Breakout Groups โดยเน้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียม และไม่ให้เกิดการผูกขาดการพูดของผู้ใดผู้หนึ่ง การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลอิงตามหลักของ Lincoln & Guba (1985) ได้แก่ ความเชื่อถือได้ (Credibility) ความสามารถในการถ่ายโอนผล (Transferability) ความพึ่งพาได้ (Dependability) และความสามารถในการตรวจสอบยืนยัน (Confirmability)

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) ของ Nutbeam (2000) ซึ่งแบ่งทักษะออกเป็น 6 มิติ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล (Access) การทำความเข้าใจข้อมูล (Understanding) การสื่อสารข้อมูล

(Communication) การตัดสินใจที่ถูกต้อง (Decision-making) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และการจัดการตนเอง (Self-management) ร่วมกับกรอบแนวคิดผู้นำเยาวชนด้านสุขภาพ (Youth Health Leaders) ตาม Youth Engagement Framework ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) ซึ่งหมายถึงเยาวชนที่ผ่านการอบรม มีความรู้และความสามารถในการถ่ายทอดองค์ความรู้สุขภาพแก่เพื่อน ครอบครัว และชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้เป็นแนวทางในการออกแบบคำถาม และวิเคราะห์บทบาทและประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการขับเคลื่อนงานสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นนักศึกษาพยาบาลจำนวน 18 คน จากสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งในพื้นที่ที่มีรายงานการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนสูง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นนักศึกษาพยาบาลอายุระหว่าง 18-24 ปี ที่ผ่านโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างครบถ้วน และสมัครใจเข้าร่วมลงนามในเอกสารความยินยอม ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนาได้ครบถ้วน และไม่อนุญาตให้บันทึกเสียงการสนทนา โดยก่อนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) เป็นเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง ผ่านกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การบรรยายแบบมีส่วนร่วม กิจกรรมกลุ่มและการระดมสมอง (ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและความรู้ความเข้าใจ) การฝึกสืบค้นข้อมูลสุขภาพออนไลน์ด้วย AI (เช่น ChatGPT, Bard) การฝึกสถานการณ์จำลองและบทบาทสมมติ (ทักษะการสื่อสาร) สัมมนาโต้ตอบออนไลน์ (การจัดการตนเอง) การฝึกวิเคราะห์และสะท้อนคิดจากสถานการณ์ (ทักษะการตัดสินใจ) และการจัดตลาดนัดออนไลน์รู้เท่าทันบุหรี่ไฟฟ้า (ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ) เพื่อเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจ ก่อนเข้าร่วมการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพนี้

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพนี้ใช้ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีการพัฒนาเครื่องมือหลัก ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มที่ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและทบทวนจากวรรณกรรมเพื่อครอบคลุมประเด็นสำคัญ เช่น ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้าและการขยายผลความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ข้อมูลทั้งหมดจะถูกบันทึกโดยใช้เครื่องบันทึกเสียงดิจิทัลและจัดทำบันทึกสะท้อนตนเองเพื่อลดอคติส่วนบุคคล

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความเชื่อถือได้ตามเกณฑ์ของ Lincoln และ Guba (1985) โดยผ่านการทบทวนจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหาของคำถามและการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีระบบ เช่น การใช้สมุดรหัสข้อมูล (Code Book) และการตรวจสอบข้อมูลด้วยกระบวนการ Member Checking ข้อมูลจากการสนทนาได้ถูกตรวจสอบย้อนกลับและบันทึกอย่างเป็นระบบเพื่อให้มั่นใจว่าผลการวิจัยสะท้อนความจริงและสามารถถ่ายทอดไปยังบริบทอื่นได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (เลขที่อนุมัติ 67PU082 เดือนสิงหาคม 2567) และสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ (เลขที่อนุมัติ EC.076/2567 เดือนตุลาคม 2567) ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2567 ถึง มกราคม พ.ศ.2568 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เสียสิทธิใด ๆ จากนั้นจึงลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม (Informed

Consent Form) และจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยไม่บีบบังคับเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความเห็นได้อย่างเสรี ทั้งนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลได้รับการเก็บรักษาอย่างเข้มงวด เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนบุคคลในรายงานผล ข้อมูลดิจิทัลถูกจัดเก็บด้วยรหัสผ่านที่ปลอดภัย และจะถูกทำลายหลังตีพิมพ์ภายใน 6 เดือน ตามแนวทางของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและ Committee on Publication Ethics (COPE)

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ดำเนินตามแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมุ่งเน้นการเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้นำนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า โดยใช้กระบวนการสัมภาษณ์กลุ่มแบบเจาะจง (Focus Group Discussion: FGD) จนข้อมูลมีความอิ่มตัวโดยเก็บข้อมูล จำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน รวมผู้เข้าร่วมทั้งหมด 18 คน

การเตรียมการก่อนการเก็บข้อมูล

1. การจัดเตรียมแนวคำถามสัมภาษณ์: ผู้วิจัยพัฒนาแนวคำถามปลายเปิดจากวัตถุประสงค์ของการวิจัย และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
2. การเตรียมทีมงานวิจัย: แบ่งหน้าที่ของทีมประกอบด้วย ผู้นำการสนทนากลุ่ม (Moderator): บุคคลภายนอกผู้ไม่ประสาธน์ด้านวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้บันทึกข้อมูล (Note Taker): ทำหน้าที่จดบันทึกแบบ Real-time และรหัสผู้ให้ข้อมูล ผู้เอื้ออำนวยความสะดวก (Facilitator): ดูแลสถานที่ อุปกรณ์ และบรรยากาศในการสนทนา
3. การเตรียมสถานที่และสิ่งแวดล้อม: เลือกสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เงียบ สะอาด และปลอดภัย ปรับลักษณะการจัดที่นั่งให้อยู่ในรูปแบบวงกลมหรือรูปตัวยู เพื่อส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ของผู้ร่วมกลุ่ม

การเก็บข้อมูล

1. การแจ้งข้อมูลและขอความยินยอม (Informed Consent): ก่อนเริ่มการสนทนา ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การใช้เครื่องบันทึกเสียง การรักษาความลับ และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้เข้าร่วมทุกคน
2. การดำเนินการสนทนากลุ่ม ใช้แนวคำถามที่จัดเตรียมไว้นำสนทนาในประเด็นหลัก 2 ด้าน คือ ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า เช่น “หากมีเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า คุณจะจัดการหรือปฏิเสธอย่างไร?” และการถ่ายทอดความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เช่น “คุณนำความรู้ที่ได้จาก โปรแกรมไปเผยแพร่ให้กับผู้อื่นด้วยวิธีใด?” โดยเริ่มจากกิจกรรมละลายพฤติกรรม (Ice-breaking) ด้วยคำถามเบื้องต้นให้แต่ละคนแนะนำตัวเองสั้นๆ เพื่อสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเปิดกว้างในการแสดงความคิดเห็น
3. รูปแบบการสนทนา: ใช้เทคนิคการอำนวยความสะดวก ได้แก่ Round Robin ให้แต่ละคนได้แสดงความคิดเห็นรอบวง Pair-Share แลกเปลี่ยนระหว่างคู่ก่อนแชร์กับกลุ่ม Breakout Group ในบางช่วงเพื่อแลกเปลี่ยนเชิงลึก
4. การบันทึกข้อมูล: บันทึกเสียงตลอดการสนทนา พร้อมการจดบันทึกพฤติกรรม การตอบสนอง สีหน้า ท่าทาง และการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลในระหว่างการสนทนาโดยผู้ช่วยวิจัย
5. ระยะเวลาในการสนทนา: ใช้เวลาต่อกลุ่มประมาณ 45–60 นาที รวม 3 กลุ่ม ภายในช่วงระยะเวลาที่ไม่ติดต่อกัน เพื่อป้องกันการเบื่อหน่าย และรักษาความสดใหม่ของข้อมูล

การจัดการข้อมูลหลังเก็บข้อมูล

1. การถอดเทปเสียง: ถอดคำต่อคำ (verbatim transcription) ภายใน 24 ชั่วโมง และตรวจสอบความถูกต้อง โดยเทียบกับบันทึกภาคสนาม (field notes)
2. การให้รหัสข้อมูล: วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธี Thematic Analysis และ Content Analysis โดยเริ่มจากการอ่านซ้ำหลายรอบ ให้รหัสข้อมูล (coding) จัดกลุ่มข้อมูล (categorizing) และตีความจนได้ธีมหลัก (theme) และธีมย่อย (sub-theme)
3. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล: ใช้ การตรวจสอบแบบสามเส้า (Data Triangulation) จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ทั้งเสียง บันทึก และบริบท รวมถึงตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (Member Checking)
4. การสรุปผล: ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาสังเคราะห์เชิงเนื้อหา พร้อมใช้ คำพูดของผู้ให้ข้อมูล (Quotation) สนับสนุน ธีมที่ได้ เพื่อสะท้อนความเข้าใจจากประสบการณ์จริงของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มถูกถอดเทปภายหลังข้อมูลอิ่มตัว (Saturation) การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินไปจนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัว (Data Saturation) กล่าวคือ ไม่มีรหัสใหม่ (New Codes) หรือแนวคิดใหม่ (Emerging Concepts) ปรากฏในกลุ่มสนทนาชุดที่สาม โดยรหัสที่เกิดขึ้นมีลักษณะซ้ำซ้อนกับกลุ่มก่อนหน้าอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับแนวทางของ Guest, Bunce และ Johnson (2006) ที่เสนอว่าความอิ่มตัวสามารถสังเกตได้เมื่อข้อมูลเริ่มเกิดซ้ำและไม่มีข้อมูลใหม่ปรากฏในชุดตัวอย่างต่อมา ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบลำดับการเกิดรหัสโดยใช้ตารางเปรียบเทียบรหัสจากแต่ละกลุ่มสนทนา เพื่อยืนยันว่าได้ข้อมูลครบถ้วนและครอบคลุมในประเด็นที่ศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงธีม (Thematic Analysis) ตามขั้นตอนที่ Braun และ Clarke (2006) เสนอไว้จำนวน 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การทำความคุ้นเคยกับข้อมูล (Familiarizing Yourself with the Data) ผู้วิจัยถอดเสียงการสนทนาแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcription) จากนั้นอ่านข้อมูลที่ได้หลายรอบเพื่อให้คุ้นเคยและเข้าใจเนื้อหาอย่างลึกซึ้ง
2. การสร้างรหัสเบื้องต้น (Generating Initial Codes) ผู้วิจัยหลักและผู้ร่วมวิจัยอีก 2 ท่าน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลแยกกันอย่างอิสระ (Independent Coding) โดยให้รหัสเชิงเนื้อหาแบบบรรทัดต่อบรรทัด (Line-by-line Coding) เพื่อลดอคติส่วนบุคคล (Researcher Bias) จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ของแต่ละคนมาหารือร่วมกัน (Consensus Discussion) เพื่อให้เกิดข้อตกลงร่วม (Inter-coder Agreement)
3. การค้นหาธีม (Searching for Themes) นำรหัสข้อมูลที่ได้มาจัดกลุ่มตามลักษณะเนื้อหาที่มีความคล้ายคลึงกัน (Code Categorization) แล้วพัฒนาไปสู่ธีมหลัก (Themes) และธีมย่อย (Sub-themes) ตามกระบวนการหาความหมายร่วม (Meaning Condensation) เพื่อสะท้อนวัตถุประสงค์ของการวิจัย
4. การทบทวนธีม (Reviewing Themes) ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบเปรียบเทียบรหัสและธีมที่ได้อีกครั้ง (Collaborative Review) เพื่อยืนยันว่าธีมครอบคลุมข้อมูลและสะท้อนเนื้อหาอย่างครบถ้วน รวมถึงตรวจสอบความ

อิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) คือ เมื่อไม่มีรหัสใหม่ (New Codes) หรือแนวคิดใหม่ (Emerging Concepts) ปรากฏขึ้นในกลุ่มข้อมูลชุดสุดท้าย โดยผู้วิจัยได้ทำตารางเปรียบเทียบรหัสที่เกิดขึ้นแต่ละกลุ่มอย่างเป็นระบบ

5. การนิยามและตั้งชื่อธีม (Defining and Naming Themes) กำหนดชื่อธีมหลักและธีมย่อยให้กระชับ สะท้อนถึงแก่นสาระและความหมายของข้อมูล พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของธีมผ่านกระบวนการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอก (Peer Debriefing) จำนวน 1 ท่าน เพื่อให้มั่นใจถึงความถูกต้องในการตีความข้อมูล (Interpretative Validity)

6. การเขียนรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูล (Producing the Report) ผู้วิจัยเขียนสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบความเรียงที่กระชับ ชัดเจน พร้อมนำคำพูดของผู้ให้ข้อมูล (Quotations) มาสนับสนุนธีมต่าง ๆ ที่ได้ จากนั้นนำผลการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้เข้าร่วมบางส่วนได้ตรวจสอบ (Member Checking) เพื่อยืนยันว่าผลที่ได้สะท้อนประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างแท้จริง

สำหรับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการตามเกณฑ์ของ Lincoln และ Guba (1985) ดังนี้: ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ดำเนินการโดยนำข้อมูลทีวิเคราะห์ไปตรวจสอบกับผู้เข้าร่วม (Member Checking) และผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก (Peer Debriefing) เพื่อยืนยันการตีความที่ถูกต้องตรงตามความหมายความสามารถในการตรวจสอบได้ (Auditability) มีการบันทึกขั้นตอนการวิเคราะห์และตารางรหัสข้อมูลไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้บุคคลภายนอกสามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) มีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอิสระร่วมกันหลายคน (Independent Coding) และประชุมหาข้อตกลงร่วม (Consensus Discussion) เพื่อลดอคติ การถ่ายโอนผล (Transferability) มีการอธิบายบริบทของการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถพิจารณาผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงได้อย่างเหมาะสม

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง (n=18)

ข้อมูลพื้นฐาน	รายละเอียด
เพศ	ชาย 5 คน (27.8%), หญิง 13 คน (72.2%)
อายุเฉลี่ย ($\pm$ SD)	21.18 $\pm$ 1.18 ปี
ชั้นปี	ปี 1 (3 คน), ปี 2 (5 คน), ปี 3 (4 คน), ปี 4 (3 คน)
บทบาทผู้นำ/แกนนำ	หัวหน้า รองหัวหน้า ผู้ช่วย เลขานุการ ผู้จัดการสื่อ สมาชิก
ประสบการณ์ผู้นำ (ปี)	1-3 ปี (เฉลี่ย 1.7 ปี)
ประสบการณ์บริหารไฟฟ้า	เคยใช้ 2 คน, ไม่เคยใช้ 16 คน

ตารางที่ 2 สรุป Themes, Sub-themes, Codes และคำพุดสนับสนุน

ธีมหลัก (Themes)	หัวข้อย่อย (Sub-themes)	คำพุดสนับสนุน (ตัวอย่าง)
1. ความตั้งใจไม่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า	การปฏิเสธ, จัดการอารมณ์	“ไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้าตลอดชีวิตแน่นอนค่ะ” (K) “เพื่อนชวนยังงี้ก็ไม่สูบ” (A)
2. การขยายผลความรู้สุขภาพ	ช่องทางออนไลน์, กิจกรรมในมหาวิทยาลัย	“ทำคลิปลง TikTok #คณะพยาบาลไม่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า” (E) “จัด Debate ระหว่างคณะ” (R)
3. กลยุทธ์การสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย	การออกแบบสื่อให้เหมาะกับกลุ่ม	“ใช้แอนิเมชันสำหรับเด็กประถม” (B) “ทำคลิปให้ Viral” (I)
4. ผลกระทบของโปรแกรมต่อพฤติกรรม	คะแนนก่อน-หลัง, ทักษะที่เปลี่ยนไป	“ก่อนให้ 5 คะแนน หลังเข้าร่วมให้ 10” (A) “ตอนนี้รู้ว่ามีอันตราย” (M)
5. บทบาทในการสร้างการเปลี่ยนแปลง	จัดกิจกรรม, ผลักดันนโยบาย	“จะช่วยผลักดันให้สถานศึกษาปลอดบุหรี่ไฟฟ้า” (E) “คิดโครงการ Deep Talk” (B)
6. กลยุทธ์สร้างแรงจูงใจเยาวชน	กิจกรรมออนไลน์, Viral clips	“ทำ Quiz ชิงรางวัลใน IG” (E) “จัดประกวดเต้น TikTok” (M)
7. การขับเคลื่อนเชิงกลยุทธ์ระยะยาว	การปลูกฝังตั้งแต่วัยเด็ก	“ขอให้คนที่ป่วยจากบุหรี่ไฟฟ้ามาเล่าให้เด็กฟัง” (J) “ดูเทรนด์ TikTok แล้วปรับให้เกี่ยวกับสุขภาพ” (A)

Theme 1: ความตั้งใจไม่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า นักศึกษามีความตั้งใจอย่างแน่วแน่ที่จะไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า จากความเข้าใจที่ได้จากโปรแกรมช่วยเสริมสร้างทักษะในการปฏิเสธ เช่น ใช้วิธีเบี่ยงประเด็น เลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง “เพื่อนชวนยังงี้ก็ไม่สูบ เพราะรู้แน่ชัดว่ามีอันตราย” (A) “ถึงเครียดก็คุยกับเพื่อนหรือออกไปเดินเล่นแทน” (D)

Theme 2: การขยายผลความรู้สุขภาพ นักศึกษานำความรู้ไปขยายผลด้วยสื่อออนไลน์และกิจกรรมสร้างสรรค์ เช่น คลิป TikTok อินโฟกราฟิก Debate และกิจกรรมในชุมชน “ทำคลิปลง TikTok #คณะพยาบาลไม่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า” (E) “จัด Debate ระหว่างคณะเชิญเพื่อนทุกคนเข้าร่วม” (R)

Theme 3: กลยุทธ์การสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย นักศึกษาปรับการสื่อสารให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น สร้างแอนิเมชันให้เด็ก คลิปสั้นให้วัยรุ่น สื่อสิ่งพิมพ์ง่ายๆ ให้ผู้สูงอายุ “เด็กประถมใช้แอนิเมชันสั้นๆ เข้าใจง่าย” (B) “ทำคลิป Viral ให้วัยรุ่น” (I)

Theme 4: ผลกระทบของโปรแกรมต่อพฤติกรรมและทัศนคติ โปรแกรมทำให้ผู้เข้าร่วมมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมในทางบวกชัดเจน “ก่อนให้ 5 หลังให้ 10 คะแนน เพราะมีความรู้เพิ่มขึ้น” (A) “เมื่อก่อนเชื่อว่าปลอดภัยกว่า แต่ตอนนี้รู้แล้วว่าอันตราย” (M)

Theme 5: บทบาทในการสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคม นักศึกษาตระหนักถึงบทบาทตนเองในการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยริเริ่มกิจกรรมรณรงค์และผลักดันให้สถานศึกษาปลอดบุหรี่ไฟฟ้า “จะช่วยสถานศึกษาผลักดันให้ปลอดบุหรี่ไฟฟ้า” (E) “คิดโครงการ Deep Talk เชิญผู้ได้รับผลกระทบมาพูด” (B)

Theme 6: กลยุทธ์สร้างแรงจูงใจเยาวชน มีการใช้กิจกรรมออนไลน์ที่สนุกและน่าสนใจ เพื่อดึงดูดเยาวชนเข้าร่วมการรณรงค์ “ทำ Quiz ใน IG ใครแชร์เยอะให้รางวัล” (E) “จัดประกวดเต้น TikTok ในคณะ” (M)

Theme 7: การขับเคลื่อนเชิงกลยุทธ์ระยะยาว เสนอแนวคิดปลูกฝังความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าตั้งแต่วัยเด็ก และใช้ผู้มีประสบการณ์จริงเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ “เริ่มตั้งแต่ประถม เอาผู้ป่วยบุหรี่ไฟฟ้ามาเล่า” (J) “ดูเทรนด์ TikTok แล้วปรับให้เกี่ยวกับสุขภาพ” (A)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสะท้อนบทบาทสำคัญของนักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) เพื่อป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชน ซึ่งสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่มุ่งสำรวจมุมมองความตั้งใจ บทบาท ประสบการณ์ และกลยุทธ์การสื่อสารของนักศึกษาพยาบาล

1. ความตั้งใจไม่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า หลังเข้าโปรแกรม นักศึกษามีความตั้งใจแน่วแน่ที่จะไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยมีทักษะปฏิเสธและสามารถจัดการอารมณ์เมื่อเจอสถานการณ์กดดันจากกลุ่มเพื่อน (Simpson et al., 2022) ข้อนี้สนับสนุนว่าความรู้และทักษะ HL มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างชัดเจน (Nutbeam, 2000)

2. การขยายผลความรู้สุขภาพ นักศึกษานำความรู้ไปเผยแพร่ในชุมชนด้วยช่องทางสื่อออนไลน์และจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Sørensen et al. (2021) และ Fleary et al. (2018) ที่เสนอว่าการขยายผล HL ไปสู่ชุมชนและครอบครัวช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในวงกว้าง

3. กลยุทธ์การสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย นักศึกษาใช้กลยุทธ์การสื่อสารที่ออกแบบอย่างเหมาะสมกับวัยและบริบทของกลุ่มเป้าหมาย เช่น แอนิเมชันสำหรับเด็ก คลิป Viral สำหรับวัยรุ่น (Zhang & Kim, 2020) ข้อนี้ยืนยันความสามารถในการเลือกกลยุทธ์การสื่อสารให้สอดคล้องกับความต้องการและความสนใจเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย (Nutbeam, 2000; Nability-Grover et al., 2020)

4. ผลกระทบของโปรแกรมต่อพฤติกรรมและทัศนคติ โปรแกรมส่งเสริม HL มีผลอย่างมากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า จากที่เคยมองว่าปลอดภัยหรือเคยใช้ กลายเป็นตระหนักถึงอันตรายที่ชัดเจนขึ้น ข้อค้นพบนี้สนับสนุนด้วยงานวิจัยของจากรูวรรณ สอนงญาติ และคณะ (2025) ที่พบว่าการอบรมโปรแกรม HL สามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนได้อย่างมีนัยสำคัญ

5. บทบาทในการสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้นำนักศึกษาพยาบาลตระหนักและเข้าใจบทบาทของตนในการจัดกิจกรรมรณรงค์และผลักดันนโยบายระดับสถานศึกษาเพื่อให้สังคมปลอดบุหรี่ไฟฟ้า สอดคล้องกับการศึกษาโดยกิติพงษ์ เรือนเพชร และคณะ (2021) และพีรยา สุธีรางกูล และคณะ (2022) ที่ชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของพยาบาลในการสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพในระดับชุมชนและสังคม

6. กลยุทธ์สร้างแรงจูงใจเยาวชน การใช้กิจกรรมที่สนุกและเข้าถึงง่าย เช่น ประกวดเต้น TikTok และ Quiz ออนไลน์ เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการดึงดูดความสนใจของเยาวชน ซึ่งตรงกับข้อค้นพบของ Nabity-Grover และคณะ (2020) ที่เสนอว่ากลยุทธ์การสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์สามารถเพิ่มการมีส่วนร่วมและเสริมสร้างแรงจูงใจให้เยาวชนได้

7. การขับเคลื่อนเชิงกลยุทธ์ระยะยาว นักศึกษามองว่าการเริ่มต้นปลูกฝังความรู้ตั้งแต่วัยเด็ก และการใช้ผู้ที่มีประสบการณ์จริงมาถ่ายทอดความรู้ เป็นแนวทางเชิงกลยุทธ์ในการสร้างค่านิยมที่ยั่งยืนเกี่ยวกับการไม่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า แนวทางนี้ได้รับการสนับสนุนโดย Botvin และคณะ (2001) และ Filby & van Walbeek (2022) ที่เน้นว่าการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงตั้งแต่เด็กมีความยั่งยืนในระยะยาวมากกว่าการแก้ไขเมื่อโตแล้ว

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาที่ยืนยันถึงศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลในฐานะผู้นำเยาวชนด้านสุขภาพ (Youth Health Leaders) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy: HL) เพื่อป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชน โดยนักศึกษาพยาบาลไม่ได้มีเพียงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทัศนคติของตนเองเท่านั้น แต่ยังสามารถขยายผลความรู้ไปสู่ครอบครัว ชุมชน และสังคมวงกว้างผ่านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการใช้ช่องทางโซเชียลมีเดีย และกิจกรรมที่สร้างสรรค์และทันสมัย เช่น การจัดกิจกรรม Debate, คลิปวิดีโอ TikTok, การทำแอนิเมชัน รวมถึงการนำประสบการณ์ตรงจากผู้ได้รับผลกระทบมาถ่ายทอด นักศึกษายังมีวิสัยทัศน์ชัดเจนในการผลักดันนโยบายและสร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับสังคมที่เป็นรูปธรรม โดยนักศึกษากล่าวว่า “ในฐานะแกนนำ จะช่วยสถานศึกษาผลักดันให้เกิดสถานศึกษาปลอดบุหรี่ไฟฟ้า” (E,ชาย,ปี 2,21 ปี) และเสนอแนวคิดในการปลูกฝังตั้งแต่วัยเด็ก เช่น “ขอให้คนที่ป่วยจากบุหรี่ไฟฟ้ามาแล้วให้เด็กฟัง เพราะไม่มีใครอธิบายได้ดีเท่าผู้มีประสบการณ์” (J,ชาย,ปี 1,20 ปี) ทั้งนี้ ข้อค้นพบจากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวทางสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในกลุ่มเยาวชน ซึ่งควรได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมผ่านนโยบายและการจัดการเรียนรู้ในระดับสถานศึกษาและชุมชน เพื่อให้เกิดการขยายผลอย่างกว้างขวางในระยะยาว

จากข้อค้นพบเหล่านี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะเชิงปฏิบัติในอนาคตดังนี้:

1. การขยายโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ควรมีการพัฒนาโปรแกรมอบรมที่เน้นบทบาทของนักศึกษาพยาบาลในฐานะแกนนำสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม พร้อมทั้งขยายไปสู่สถานศึกษาอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยสามารถปรับให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของแต่ละพื้นที่
2. การใช้สื่อดิจิทัลในการสื่อสารสุขภาพกับกลุ่มเยาวชน ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการใช้สื่อดิจิทัล เช่น TikTok, Instagram, และ Facebook ในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าอย่างกว้างขวาง โดยเน้นเนื้อหาที่เหมาะสม เข้าใจง่าย และตรงกับกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะ
3. การจัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจที่สร้างสรรค์ ควรมีการส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างสรรค์และมีความหลากหลาย เช่น การประกวดเต้น การแข่งขัน Quiz ออนไลน์ หรือกิจกรรม Flash mob เพื่อดึงดูดความสนใจและสร้างการมีส่วนร่วมของเยาวชนในการป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างจริงจัง

4. การสนับสนุนการปลูกฝังความรู้ตั้งแต่เด็ก ควรสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมหรือโครงการในระดับประถมศึกษา โดยการเชิญผู้มีประสบการณ์โดยตรงจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้ามาถ่ายทอดเรื่องราว เพื่อสร้างความตระหนักรู้ และทัศนคติที่เหมาะสมตั้งแต่เด็ก

5. การติดตามและประเมินผลระยะยาว เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อวัดประสิทธิผลและวิเคราะห์ผลกระทบในระยะยาว รวมทั้งพัฒนากลยุทธ์ให้ทันสมัยสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ข้อจำกัดของการวิจัย

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดที่สำคัญคือการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่จำกัดจากสถาบันเดียว จึงอาจจำกัดความสามารถในการถ่ายโอนผลการศึกษาไปยังกลุ่มเป้าหมายอื่น (Transferability) และเป็นการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาสั้นหลังจบโปรแกรม จึงควรมีการศึกษาต่อเนื่องในบริบทอื่นและติดตามผลในระยะยาว เพื่อยืนยันผลและขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของนักศึกษาพยาบาลในการขับเคลื่อนความรู้ทางสุขภาพอย่างครบถ้วนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กิตติพงษ์ เรือนเพชร, ปณณทัต บณขุนทด, ถาวรีย แสงงาม, ปิยะอร รุ่งชนเกียรติ และศิริลักษณ์ สุวรรณวงษ์.

(2021). บทบาทพยาบาลในการป้องกัน ลด ละ เลิกบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(38), 619–626.

จารุวรรณ สอนงญาติ, พิศิษฐ์ พลธน, เพ็ญพักตร์ ลูกอินทร์, จินตนา เพชรมณี, ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์,

และอุษณียาภรณ์ จันท. (2025). โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาวะในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนประถมศึกษาระดับชั้นปีที่ 5-6 จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 8(1), 71–82.

พริยา สุธีรางกูร, ทศนีย์ รวีวรกุล, สุรินทร์ กลัมพากร, กลัยา ศารทูลทัต, พัทธนี อัจฉนาภิตติ และฐาปนี

ภาณุภาค. (2022). ประสบการณ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนที่ช่วยให้สมาชิกของชุมชนเลิกสูบบุหรี่และสร้างเสริมบ้านปลอดบุหรี่ในชุมชน. *วารสารพยาบาล*, 71(1), 37–44.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2022). *รายงานสถานการณ์การบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนไทย*.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2021). *การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนไทย*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

Botvin, G. J., Griffin, K. W., Diaz, T., & Ifill-Williams, M. (2001). Preventing binge drinking

during early adolescence: One- and two-year follow-up of a school-based preventive

intervention. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(4), 360–365. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.18.4.360>

- Filby, S., & van Walbeek, C. (2022). Electronic cigarettes and youth: Policy gaps and enforcement issues in middle-income countries. *Tobacco Induced Diseases*, 20, Article 53. <https://doi.org/10.18332/tid/146708>
- Fleary, S. A., Joseph, P., & Pappagianopoulos, J. E. (2018). Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *Journal of Adolescence*, 62, 116–127. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.11.010>
- Grana, R., Benowitz, N., & Glantz, S. A. (2014). E-cigarettes: A scientific review. *Circulation*, 129(19), 1972–1986. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.007667>
- Kramarow, E. A., & Elgaddal, N. (2023). Electronic cigarette use among U.S. adolescents: Trends from 2014–2020. *National Health Statistics Reports*, 189, 1–9. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/125812>
- Li, X., Wang, Y., Wang, Y., King, B. A., & Jamal, A. (2021). National and state prevalence of electronic cigarette use among U.S. youth, 2011–2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(13), 437–442. <https://doi.org/10.18585/mmwr.mm7013a1>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- Nabity-Grover, T., Cheung, C. M. K., & Thatcher, J. B. (2020). Inside out and outside in: How the COVID-19 pandemic affects self-disclosure on social media. *International Journal of Information Management*, 55, 102188. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2020.102188>
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- 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*, 18(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/18.3.259>
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(Suppl 1), S19–S26. <https://doi.org/10.5993/AJHB.31.s1.4>
- Rudd, R. E. (2018). The evolving concept of health literacy: New directions for health literacy studies. *Journal of Communication in Healthcare*, 8(1), 7–9. <https://doi.org/10.1179/1753807618Y.0000000001>
- Simpson, S. A., Currie, S., & McCartney, G. (2022). Employing the theory of planned

behaviour to design an educational resource to reduce adolescent e-cigarette use: A multiphase mixed-methods study. *BMC Public Health*, 22(276), 1–22.

<https://doi.org/10.1186/s12889-022-12654-2>

Sørensen, K., Levin-Zamir, D., Duong, T. V., Okan, O., Brasil, V. V., & Nutbeam, D. (2021).

Building health literacy system capacity: A framework for health literate systems. *Health Promotion International*, 36(1), 13–23. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa067>

World Health Organization. (2021). *Electronic cigarettes and health outcomes:*

Systematic review. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039903>

World Health Organization. (2020). *Youth engagement framework for adolescent health*

promotion and programming. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240019356>

Zhang, Y., & Kim, Y. (2020). Can social media be a tool for reducing information

inequality? Evidence from the COVID-19 pandemic. *Information, Communication & Society*, 24(5), 1–20. <https://doi.org/10.1080/1369118X.2020.1851380>

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและ
การป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นโดยประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน
ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี

อภิรักษ์ ตรียวง, วท.บ.*

ภูเบศร์ นภัทรพิทยธร, วท.ด.** และนันท์นภัส เกตนโกศลย์, พร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นโดยประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อายุระหว่าง 13-16 ปี จำนวน 75 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 39 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 36 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นโดยประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (ECHO Anti-Bullying Program) จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น ทั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) สถิติค่าทีแบบจับคู่ (Paired t-tests) และสถิติค่าทีแบบอิสระ (Independent t-tests)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของเจตคติต่อพฤติกรรม ($M=4.38, SD=0.30, t=6.09$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ($M=4.41, SD=0.29, t=7.25$) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ($M=4.32, SD=0.29, t=3.99$) ความตั้งใจในการทำพฤติกรรม ($M=4.49, SD=0.26, t=5.39$) และพฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น ($M=4.40, SD=0.30, t=4.41$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นที่มุ่งเน้นจัดการกับปัจจัยเชิงสาเหตุภายในตัวบุคคล มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงตามองค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี

คำสำคัญ: การกลั่นแกล้งรังแกกัน ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

*นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

**คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Corresponding E-mail: fedupbn@ku.ac.th

(Received: April 28, 2025; Revised: August 31, 2025; Accepted: September 1, 2025)

Effectiveness of Promotion Program on Prevention Behaviors toward Bullying and Bullying Victimization by Applying the Theory of Planned Behavior among Lower Secondary School Students, Surat Thani Province

Aphirak Triyung, B.S.*

Phubate Napatpittayatorn, D.S.** & Nannapat Ketkosan, Ph.D.**

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness of a behavior promotion program designed to prevent both victimization by and perpetration of bullying, applying the Theory of Planned Behavior among lower secondary school students in Surat Thani Province. The sample consisted of 75 students aged 13–16 years, divided into two groups: an experimental group ($n=39$) and a comparison group ($n=36$). The experimental group participated in the ECHO Anti-Bullying Program, which was conducted in four sessions of 50 minutes each over a four-week period. Meanwhile, the comparison group received conventional promotion activities for bullying prevention. Data were collected using questionnaires created by researchers administered before and after the intervention and analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests.

The results revealed that, post-intervention, the experimental group had significantly higher mean scores than the comparison group ($p < .05$) regarding attitudes toward the behavior ($M=4.38$, $SD=0.30$, $t=6.09$), subjective norms ($M=4.41$, $SD=0.29$, $t=7.25$), perceived behavioral control ($M=4.32$, $SD=0.29$, $t=3.99$), behavioral intentions ($M=4.49$, $SD=0.26$, $t=5.39$), and actual behaviors related to preventing bullying victimization and perpetration ($M=4.40$, $SD=0.30$, $t=4.41$).

In conclusion, the behavior promotion program focusing on addressing intrapersonal causal factors by applying the Theory of Planned Behavior was effective in enhancing factors associated with bullying prevention among lower secondary school students in Surat Thani Province.

Keywords: Bullying Theory of Planned Behavior Lower Secondary School Students

*MS. Student, Health Promotion and Health Education, Faculty of Education, Kasetsart University

**Faculty of Education, Kasetsart University

บทนำ

ในปัจจุบันพฤติกรรมกรกลั่นแกล้งรังแกกันเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้มากในนักเรียนที่อยู่ในระบบการศึกษาของโรงเรียน และมีแนวโน้มที่จะรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการกระทำซ้ำ ๆ ของผู้รังแกที่มีเจตนาและตั้งใจทำให้ผู้ถูกรังแกได้รับอันตรายทางร่างกายหรือรู้สึกเจ็บปวดทางจิตใจ (วินัดดา ปิยะศิลป์, โซซิดา ภาวสุทธิพิศุทธิ์ และวิมลวรรณ ปัญญาว่อง, 2564) ส่งผลให้ผู้ถูกรังแกขาดสมาธิในการเรียนรู้ ไม่อยากมาโรงเรียน ซึมเศร้า เครียด ขาดความมั่นใจในตนเอง ทำร้ายตนเอง หรืออาจมีความคิดที่อยากฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายในที่สุด (สุริยา ช้องเสนาะ, 2561) โดยปัญหาการกลั่นแกล้งรังแกกันของนักเรียนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของนักเรียน ทำให้นักเรียนได้รับความเสียหายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยการรังแกกัน (Bullying) เป็นพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive Behavior) หรือรุนแรง (Violence) ที่ตั้งใจกระทำทำให้ผู้อื่นได้รับความทุกข์ความเจ็บปวด เพื่อให้ตนเองรู้สึกมีอำนาจหรือมีพลังเหนือกว่าผู้อื่น ทั้งนี้การกลั่นแกล้งรังแกกัน แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบหลัก ได้แก่ การกลั่นแกล้งรังแกกันทางร่างกาย (Physical Bullying) การกลั่นแกล้งรังแกกันทางวาจา (Verbal Bullying) การกลั่นแกล้งรังแกกันทางสังคม (Social Bullying) และการกลั่นแกล้งรังแกกันบนโลกออนไลน์ (Cyber Bullying) (สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงศึกษาธิการ, 2563)

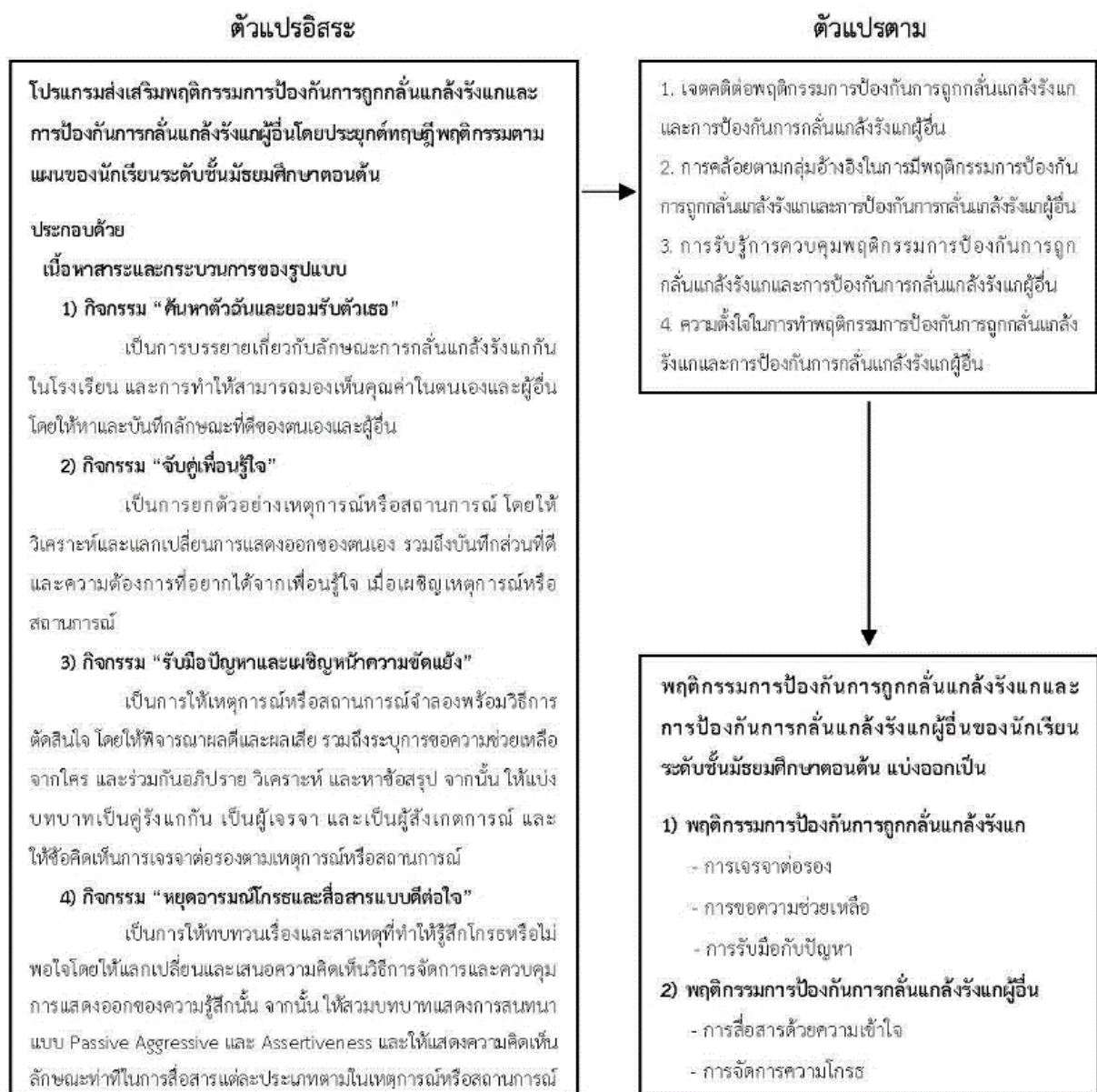
สถานการณ์การกลั่นแกล้งรังแกกันในสถานศึกษาของประเทศไทย ปัจจุบันระดับความรุนแรงของพฤติกรรมกรรังแกกันได้ทวีคูณมากขึ้นกว่าในอดีต โดยระบุว่าเด็กนักเรียนโดนรังแกในโรงเรียนกว่า 600,000 คน เมื่อคิดเป็นอัตราส่วนแล้วเท่ากับประมาณ ร้อยละ 40 ซึ่งเป็นอันดับ 2 ของโลก รองจากประเทศญี่ปุ่น จากการสำรวจความคิดเห็นเรื่องการรังแก กลั่นแกล้ง ความรุนแรงในสถานศึกษาของเครือข่ายปกป้องเด็กและเยาวชนลดปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ร่วมกับศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน (ชาย) บ้านกาญจนาภิเษก มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว และเครือข่ายนักกฎหมายเพื่อเด็กและเยาวชน โดยระบุว่าในกลุ่มเด็ก อายุ 10-15 ปี จาก 15 โรงเรียน จำนวน 1,500 คน พบว่า เคยถูกกลั่นแกล้ง ร้อยละ 91.79 ส่วนวิธีที่ใช้กลั่นแกล้ง คือ การตบตีร้อยละ 62.07 รองลงมาล้อปุดการ ร้อยละ 43.57 พุดจาเหยียดหยาม ร้อยละ 41.78 และอื่น ๆ ได้แก่ นินทา ด่าทอ ขกต้อย ล้อปมด้อย พุดเชิงให้ร้ายเสียดสี และกลั่นแกล้งในสื่อออนไลน์ นอกจากนี้ 1 ใน 3 หรือร้อยละ 35.33 ระบุว่า เคยถูกกลั่นแกล้งประมาณภาคเรียนละ 2 ครั้ง และที่สำคัญ 1 ใน 4 หรือร้อยละ 24.86 ถูกกลั่นแกล้งมากถึงสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ส่วนคนที่แกล้ง คือ เพื่อน รุ่นพี่ รุ่นน้อง ร้อยละ 68.93 มองว่าการกลั่นแกล้งเป็นความรุนแรงอย่างหนึ่ง และผลกระทบที่เห็นได้ชัดคิดจะได้อตอบเอาคืน ร้อยละ 42.86 มีความเครียด ร้อยละ 26.33 ไม่มีสมาธิกับการเรียน ร้อยละ 18.20 ไม่อยากไปโรงเรียน ร้อยละ 15.73 เก็บตัว ร้อยละ 15.60 และซึมเศร้า ร้อยละ 13.40 และในเดือนธันวาคม 2566 ได้ทำการศึกษาสำรวจ (Pilot study) ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 4 โรงเรียน นักเรียนทั้งหมด 274 คน พบว่านักเรียนเคยถูกกลั่นแกล้งรังแก ร้อยละ 54.40 ซึ่งนักเรียนส่วนใหญ่มองว่าการรังแกกันเป็นการใช้ความรุนแรง ร้อยละ 84.70 เคยพบเห็นการรังแกกันจากเพื่อนมากที่สุด ร้อยละ 58.80 เคยพบเห็นการรังแกกันทางวาจามากที่สุด ร้อยละ 48.90 รองลงมาการรังแกทางร่างกาย ร้อยละ 31 และการรังแกทางสังคมหรือสัมพันธ์ภาพ ร้อยละ 5.80 สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการกลั่นแกล้งในโรงเรียนกำลังเป็นปัญหาใหญ่ เพราะมีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มมากขึ้น หากปล่อยปัญหาโดยไม่ได้รับการแก้ไข อาจทำให้ความรุนแรงขยายวงกว้าง และก่อให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมาได้ (พวงชมพู ประเสริฐ, 2563)

ปัจจัยเชิงสาเหตุที่กระตุ้นส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการกลั่นแกล้งรังแกกันนั้น อาจเกิดจากปัจจัยหลาย ๆ ประการที่มีความซับซ้อน และมีผลกระทบอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังขึ้นอยู่กับเงื่อนไขอื่น ๆ อีก เช่น จังหวะ เวลา อายุ ทักษะทางสังคม การปรับตัว และความสัมพันธ์ของการอบรมเลี้ยงดูในครอบครัว รวมถึงระดับความรุนแรงในการกลั่นแกล้งรังแกกัน เป็นต้น จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกลั่นแกล้งรังแกกัน โดยสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการกลั่นแกล้งรังแกกันมักมาจากทัศนคติต่อพฤติกรรม อิทธิพลจากเพื่อน ความต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน อิทธิพลจากสื่อ และการรับรู้ความรุนแรงจากสื่อ (สกล วรเจริญศรี, 2559) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของไอเซน (Ajzen, 2005) เป็นทฤษฎีในกลุ่มระดับบุคคลที่ใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ ทัศนคติ ความเชื่อ ความตั้งใจ และพฤติกรรม ดังนั้น จึงเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและสุศึกษาที่ต้องทำนายความตั้งใจในการกระทำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลควบคู่ไปกับการใช้กลวิธีทางสุศึกษา เช่น การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การระดมสมอง การสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็น การใช้เหตุการณ์หรือสถานการณ์จำลอง และการแสดงบทบาทสมมติ เป็นต้น จากการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้นในกรุงเทพมหานคร สามารถเพิ่มทัศนคติทางลบต่อพฤติกรรมก้าวร้าว การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว และลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน โดยใช้กลุ่มเพื่อนเป็นกลุ่มอ้างอิงในการคล้อยตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากการศึกษาของผลงานวิจัย พบว่า อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลอย่างมากในการแสดงพฤติกรรม ดังนั้น โปรแกรมนี้สามารถใช้เป็นแนวทางการพัฒนาในการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวได้ (รุ่งนภา บัวสุวรรณ, 2563)

จากสาเหตุและสภาพปัญหาข้างต้น จะเห็นได้ว่า นักเรียนส่วนใหญ่มองว่าการรังแกกันเป็นการใช้ความรุนแรงและเคยถูกกลั่นแกล้งรังแก ซึ่งอาจเป็นผลมาจากพัฒนาการของเด็กวัยรุ่นที่มีอารมณ์แปรปรวน และไม่คงเส้นคงวา จึงมีความจำเป็นต้องส่งเสริมให้นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีพฤติกรรมป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ซึ่งทฤษฎีนี้มีตัวกำหนดพฤติกรรมที่สำคัญ คือ ความตั้งใจ (Intention) ถ้าบุคคลยังมีความตั้งใจมากเพียงใด ก็จะมีมีความพยายามในการกระทำมากขึ้นเพียงนั้น ซึ่งบุคคลจะมีความตั้งใจกระทำหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับอิทธิพลจากตัวกำหนด 3 ตัว ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the Behavior: AB) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norms: SN) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control: PBC) (อาภาพร เภาวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ลำกำป็น และทัศนีย์ รวีวรกุล, 2563) ควบคู่กับการใช้กลวิธีทางสุศึกษาที่มีความหลากหลายและเหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นโดยประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งจะส่งผลให้ลดการสูญเสียคุณภาพของประชากรในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากปัญหานี้ในระยะยาวได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

เพื่อสะท้อนปัญหาการกลั่นแกล้งรังแกกันของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียน รวมถึงตอบสนองด้วยการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นที่นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นแสดงออกมา กรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที ได้แก่ กิจกรรมครั้งที่ 1 ค้นหาตัวตนและยอมรับตัวเอง (Explore Myself and Accept Yourself) กิจกรรมครั้งที่ 2 จับคู่เพื่อนรู้ใจ (Confidant Friend) กิจกรรมครั้งที่ 3 รับมือปัญหาและเผชิญหน้าความขัดแย้ง (Handle Confrontation) และกิจกรรมครั้งที่ 4 หยุดอารมณ์โกรธและสื่อสารแบบดีต่อใจ (Overcoming Anger to Improve Communication) ควบคู่กับการใช้กลวิธีทางสุศึกษาที่มีความหลากหลายและเหมาะสม โดยกำหนดกรอบแนวคิดการศึกษา ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแก และการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นโดยประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของเจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแก และการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการมีพฤติกรรมป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น และพฤติกรรมป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแก และการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น ก่อนและหลังการทดลองของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ในรูปแบบ 2 กลุ่ม วกก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) โดยมีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี อายุระหว่าง 13-16 ปี สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุราษฎร์ธานี ชุมพร ประจำปีการศึกษา 2567 จำนวน 43,468 คน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุราษฎร์ธานี ชุมพร, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดสุราษฎร์ธานี สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุราษฎร์ธานี ชุมพร ประจำปีการศึกษา 2567 จำนวน 78 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 39 คน (ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ห้อง 1 โรงเรียนสุราษฎร์ธานี 2) และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 39 คน (ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ห้อง 1 โรงเรียนเมืองสุราษฎร์ธานี โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จากนั้นใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ในการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1977) ซึ่งประมาณค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการใช้ค่าอิทธิพล (Effect Size) กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.95 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significant) เท่ากับ 0.05 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.80 คำนวณ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 35 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop Out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เท่ากับ $35 \times 0.1 = 3.5$ ดังนั้น จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวน 4 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 39 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 39 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 78 คน ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก โดยการสุ่มคัดเลือกขนาดโรงเรียน คัดเลือกโรงเรียน คัดเลือกระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และคัดเลือกนักเรียน

กลุ่มตัวอย่างจับฉลากได้ใบแรกเป็นโรงเรียนสุราษฎร์ธานี 2 นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ห้อง 1 เป็นกลุ่มทดลอง และจับฉลากใบถัดไปเป็นโรงเรียนเมืองสุราษฎร์ธานี นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ห้อง 1 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีเกณฑ์และลักษณะการคัดเลือกนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria)
 - 1.1 นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อายุระหว่าง 13-16 ปี
 - 1.2 ผู้ปกครองให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
 - 1.3 นักเรียนให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามโปรแกรมได้ครบทุกครั้ง
2. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)
 - 2.1 นักเรียนเข้าร่วมการวิจัยตามโปรแกรมไม่ครบทุกครั้ง
 - 2.2 นักเรียนมีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยระหว่างเข้าร่วมการวิจัย
3. เกณฑ์การถอนตัวจากการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง (Withdrawal Criteria)
 - 3.1 นักเรียนย้ายสถานศึกษาหรือลาออกจากการศึกษา
 - 3.2 นักเรียนตัดสินใจลาออกจากการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นซึ่งกันและกันโดยประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ECHO Anti-Bullying Program) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที โดยใช้กลวิธีทางสุศึกษาที่มีความหลากหลายและเหมาะสม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ค้นหาตัวตนและยอมรับตัวเอง (Explore Myself and Accept Yourself) เป็นการบรรยายเกี่ยวกับลักษณะการกลั่นแกล้งรังแกกันในโรงเรียน และการทำให้สามารถมองเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น ซึ่งให้ค้นหาและบันทึกลักษณะที่ดีของตนเองและผู้อื่น

กิจกรรมครั้งที่ 2 จับคู่เพื่อนรู้ใจ (Confidant Friend) เป็นการยกตัวอย่างเหตุการณ์หรือสถานการณ์การกลั่นแกล้งรังแกกัน ซึ่งให้วิเคราะห์และแลกเปลี่ยนการแสดงออกของตนเอง รวมถึงบันทึกส่วนที่ดีและความต้องการที่อยากได้จากเพื่อนรู้ใจ เมื่อเผชิญเหตุการณ์หรือสถานการณ์การกลั่นแกล้งรังแกกัน

กิจกรรมครั้งที่ 3 รับมือปัญหาและเผชิญหน้าความขัดแย้ง (Handle Confrontation) เป็นการให้เหตุการณ์หรือสถานการณ์จำลองการกลั่นแกล้งรังแกกัน พร้อมวิธีการตัดสินใจ ซึ่งให้พิจารณาผลดีและผลเสีย รวมถึงระบุการขอความช่วยเหลือ จากใคร และร่วมกันอภิปราย วิเคราะห์ และหาข้อสรุป จากนั้น ให้แบ่งบทบาทเป็นคู่รังแกกัน เป็นผู้เจรจา และเป็นผู้สังเกตการณ์ และให้ข้อคิดเห็นการเจรจาต่อรองตามเหตุการณ์หรือสถานการณ์การกลั่นแกล้งรังแกกัน

กิจกรรมครั้งที่ 4 หยุดอารมณ์โกรธและสื่อสารแบบดีต่อใจ (Overcoming Anger to Improve Communication) เป็นการให้บทวนเรื่องและสาเหตุที่ทำให้รู้สึกโกรธหรือไม่พอใจ ซึ่งให้แลกเปลี่ยนและเสนอความ

คิดเห็นวิธีการจัดการและควบคุมการแสดงออกของความรู้สึกนั้น จากนั้น ให้สวมบทบาทแสดงการสนทนาแบบฝ่ายยอมตามผู้อื่น (Passive) ตอบโต้ฝ่ายร้องคนอื่น (Aggressive) และฝ่ายยืดหยุ่นระหว่างความต้องการของตนเองและผู้อื่น (Assertiveness) และให้แสดงความคิดเห็นลักษณะท่าทีในการสื่อสารแต่ละประเภทตามในเหตุการณ์หรือสถานการณ์ การกลั่นแกล้งรังแกกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของไอเซน (Ajzen, 2005) โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม สถานภาพของบิดามารดา ลักษณะที่พักอาศัย ผู้ปกครองหลัก รายได้ที่ได้รับจากครอบครัว (เฉลี่ยต่อเดือน) และโรคประจำตัว (โรคที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์)

ส่วนที่ 2-6 แบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ความตั้งใจในการทำพฤติกรรม และพฤติกรรมป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น ตามลำดับ ซึ่งในแต่ละส่วนประกอบด้วยคำถามทั้งหมด จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับการถูกกลั่นแกล้งรังแก จำนวน 6 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับการ กลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น จำนวน 6 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งช่วงการให้คะแนน 5 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน และคะแนนรวมทั้งหมด อยู่ในช่วง 12-60 คะแนน โดยแปลคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับจากการใช้ช่วงคะแนนของพิสัย (Intervals from the Range) ซึ่งเป็นวิธียุบระดับจาก 5 ระดับ เป็นการแปลผลเพียง 3 ระดับ โดยใช้คะแนนเฉลี่ย 1-5 คะแนน ซึ่งหากคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน หมายถึง อยู่ในระดับสูง ตามแนวคิดของเบสท์ (Best W. John, 1977)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. นำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ไปทดสอบหาคุณภาพของโปรแกรมให้เป็นไปตามระดับการประเมิน (Stufflebeam and Shinkfield) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน มาใช้ดำเนินการทดลอง โดยคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองต้องอยู่ในระดับดี (Good) ขึ้นไป โดยผลการตรวจสอบหาคุณภาพของโปรแกรม มีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก (Excellent) เท่ากับ 4.81 คะแนน ซึ่งเป็นค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

2. นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปตรวจสอบหาคุณภาพความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item Objective Congruence: IOC) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ระหว่าง 0.60-1.00 จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน มาใช้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผลภาพรวมของแบบสอบถามชุดนี้ ได้ค่าเท่ากับ 0.91 ซึ่งเป็นค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกัน จำนวน 30 คน แล้วนำเครื่องมือมาตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งจะต้องมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟามากกว่า 0.70 ขึ้นไป โดยแบบสอบถามชุดนี้ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88 ซึ่งเป็นค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนดำเนินการวิจัย

1.1 ขออนุญาตรับรองจากคณบดีคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา รวมถึงผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัย

1.2 เตรียมกิจกรรม สื่อการสอน และวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินการวิจัย

1.3 ประสานงาน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2. ระหว่างดำเนินการวิจัย

2.1 ชี้แจงการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ก่อนดำเนินการวิจัย

2.2 อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเองทั้งหมด

2.3 อธิบายรูปแบบการดำเนินการวิจัยจนเข้าใจ โดยดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ จะได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น

3. หลังดำเนินการวิจัย

3.1 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสอบถามหลังดำเนินการวิจัย ยกเว้นในส่วนของพฤติกรรมเป้าหมายจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังเสร็จสิ้นการวิจัยไปแล้ว 2 สัปดาห์

3.2 นำแบบสอบถามก่อนและหลังดำเนินการวิจัยไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ความตั้งใจในการทำพฤติกรรม และพฤติกรรมป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น ก่อนและหลังการทดลองของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติค่าที่แบบจับคู่ (Paired t-test) และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติค่าที่แบบอิสระ (Independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณารับรองโครงการวิจัยเลขที่ STPHO2025-9 (วันที่รับรอง 17 มกราคม 2568 และวันที่หมดอายุ 16 มกราคม 2569) จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยใน

มนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยพิจารณา หลักความเคารพในตัวบุคคล หลักการให้ประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย และหลักความยุติธรรม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย พบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 75 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้สมบูรณ์ จำนวน 39 คน และกลุ่มเปรียบเทียบที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้สมบูรณ์ จำนวน 36 คน ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 3 คน เก็บรวบรวมข้อมูลได้ไม่สมบูรณ์ในการศึกษาวิจัย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มทดลอง n=39 และกลุ่มเปรียบเทียบ n=36)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	n	%	n	%
1. เพศ				
ชาย	18	46.20	16	44.40
หญิง	21	53.80	19	52.80
LGBTQ+	0	0.00	1	2.80
2. อายุ				
13 ปี	7	17.90	7	19.50
14 ปี	31	79.50	27	75.00
15 ปี	1	2.60	2	5.50
	M=13.85		M=13.86	
	SD=0.432		SD=0.487	
3. ระดับการศึกษา				
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	39	100.00	36	100.00
4. เกรดเฉลี่ยสะสม				
1.00-1.99	0	0.00	2	5.60
2.00-2.99	2	5.10	14	38.90
3.00-3.99	36	92.30	20	55.60
4.00	1	2.60	0	0.00
	M=3.47		M=2.94	
	SD=0.307		SD=0.521	
5. สถานภาพของบิดามารดา				
อยู่ด้วยกัน	28	71.80	28	77.80
ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	2	5.10	2	5.60
หย่าร้าง	9	23.10	3	8.30
บิดาหรือมารดาเสียชีวิต	0	0.00	3	8.30

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	n	%	n	%
6. ลักษณะที่พักอาศัย				
บ้านตนเอง	31	79.50	31	86.10
บ้านญาติ	1	2.60	0	0.00
หอพัก	4	10.30	2	5.60
อื่น ๆ (บ้านพักข้าราชการ และบ้านเช่า)	3	7.70	3	8.30
7. ผู้ปกครองหลัก				
บิดา	3	7.70	1	2.80
มารดา	7	17.90	6	16.70
บิดาและมารดา	26	66.70	24	66.70
ลุง/ป้า/น้า/อา	0	0.00	3	8.30
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	3	7.70	1	2.80
พี่	0	0.00	1	2.80
8. รายได้ที่ได้รับจากครอบครัว (เดือน)				
ไม่พอใช้	2	5.10	1	2.80
พอใช้	37	94.90	35	97.20
9. โรคประจำตัว (วินิจฉัยโดยแพทย์)				
ไม่มี	36	92.30	29	80.6
มี (โรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด และโรคไต)	3	7.70	7	19.4

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนเฉลี่ยของเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ความตั้งใจในการทำพฤติกรรม และพฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ความตั้งใจในการทำพฤติกรรม และพฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นสูงกว่าก่อนการทดลอง และ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ความตั้งใจในการทำพฤติกรรม และพฤติกรรมป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มทดลอง n=39 และกลุ่มเปรียบเทียบ n=36)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง				t	p ²
	M	SD	t	p ¹	M	SD	t	p ¹		
1. เจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น										
กลุ่มทดลอง	3.61	0.33	-1.44	.154	4.38	0.30	6.09	.001*	-10.71	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.71	0.29			3.87	0.40			1.90	.065
2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการมีพฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น										
กลุ่มทดลอง	3.49	0.40	-0.68	.495	4.41	0.29	7.25	.001*	-10.92	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.55	0.31			3.74	0.49			-1.87	.069
3. การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น										
กลุ่มทดลอง	4.06	0.42	1.31	.191	4.32	0.29	3.99	.001*	-3.16	.003*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.95	0.26			3.98	0.42			-0.41	.682
4. ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น										
กลุ่มทดลอง	3.95	0.27	-0.31	.750	4.49	0.26	5.39	.001*	-7.49	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.97	0.23			4.02	0.46			-0.78	.440
4.1 ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแก										
กลุ่มทดลอง	3.76	0.35	-0.96	.337	4.49	0.29	6.21	.001*	-9.06	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.85	0.37			3.88	0.52			-0.39	.697
4.2 ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น										
กลุ่มทดลอง	4.13	0.37	1.18	.239	4.49	0.30	3.55	.001*	-4.11	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.03	0.35			4.16	0.48			-1.51	.138
5. พฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น										
กลุ่มทดลอง	4.00	0.35	0.72	.470	4.40	0.30	4.14	.001*	-5.03	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.94	0.33			4.04	0.45			-1.12	.269
5.1 พฤติกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแก										
กลุ่มทดลอง	3.76	0.50	0.51	.611	4.31	0.47	3.64	.001*	-4.38	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.70	0.46			3.90	0.49			-1.75	.088
5.2 พฤติกรรมการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น										
กลุ่มทดลอง	4.25	0.46	0.55	.583	4.49	0.29	3.64	.001*	-3.01	.005*
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.19	0.43			4.17	0.45			0.14	.883

*p < .05 p¹ ทดสอบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test

p² ทดสอบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test

อภิปรายผล

จากการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นโดยประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (ECHO Anti-Bullying Program) ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยตามองค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้ อันเนื่องมาจากโปรแกรมดังกล่าว มุ่งเน้นจัดการกับปัจจัยเชิงสาเหตุภายในตัวบุคคลที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการกลั่นแกล้งรังแกกัน พร้อมมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ซึ่งเป็นทฤษฎีในกลุ่มระดับบุคคลที่ใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ ทศนคติ ความเชื่อ ความตั้งใจ และพฤติกรรม รวมถึงใช้กลวิธีทางสุศึกษาที่มีความหลากหลายและเหมาะสม เพื่อให้ นักเรียนที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่ 1 ค้นหาตัวตนและยอมรับตัวเอง (Explore Myself and Accept Yourself) ที่เสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรม ซึ่งทำให้นักเรียนสามารถมองเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น กิจกรรมการเรียนรู้ที่ 2 จับคู่เพื่อนรู้ใจ (Confidant Friend) ที่เสริมสร้างการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงที่พึงประสงค์ ซึ่งทำให้นักเรียนสามารถวิเคราะห์และแลกเปลี่ยนการแสดงออกของตนเองให้กับเพื่อนรู้ใจได้ กิจกรรมการเรียนรู้ที่ 3 รับมือปัญหาและเผชิญหน้าความขัดแย้ง (Handle Confrontation) ที่เสริมสร้างการรับรู้การควบคุมที่ดีในการมีพฤติกรรม และความตั้งใจที่ดีในการมีพฤติกรรม ซึ่งทำให้นักเรียนสามารถพิจารณาผลดีและผลเสียของการกระทำ รวมถึงการขอความช่วยเหลือจากบุคคลในโรงเรียน และเข้าใจบทบาทที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์หรือสถานการณ์การกลั่นแกล้งรังแกกัน และกิจกรรมการเรียนรู้ที่ 4 หยุดอารมณ์โกรธและสื่อสารแบบดีต่อใจ (Overcoming Anger to Improve Communication) ที่เสริมสร้างการรับรู้การควบคุมที่ดีในการมีพฤติกรรม และความตั้งใจที่ดีในการมีพฤติกรรม ซึ่งทำให้นักเรียนสามารถจัดการและควบคุมการแสดงออกของความรู้สึกโกรธ รวมถึงเข้าใจลักษณะท่าทีในการสื่อสาร โดยทั้ง 4 กิจกรรมการเรียนรู้ สอดคล้องกับงานวิจัยของรุ่งนภา บัวสุวรรณ (2563) ที่พบว่า ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในกรุงเทพมหานคร สามารถเพิ่มทัศนคติทางลบต่อพฤติกรรมก้าวร้าว การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว และลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ส่งผลให้นักเรียนมีการแสดงออกที่พึงประสงค์ถึงพฤติกรรมกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของประภาทิพย์ พลประทีป (2562) ที่พบว่า ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการถูกข่มเหงรังแกสูงขึ้น รวมถึงสอดคล้องกับงานวิจัยของวาสนา มั่งคั่ง (2564) ที่พบว่า ผลของโปรแกรมเรียนรู้เพื่อป้องกันปัญหาพฤติกรรมกรรมการข่มเหงรังแกกันในโรงเรียนของเด็กวัยเรียนในจังหวัดลำปาง หลังใช้โปรแกรมมีทักษะการป้องกันการข่มเหงรังแกผู้อื่นและการป้องกันการถูกข่มเหงรังแกสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม และมีความพึงพอใจใช้โปรแกรมอยู่ในระดับมาก สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น ซึ่งส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงตามองค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน แต่ไม่สามารถไปสู่การแสดงออกถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างสมบูรณ์ จึงทำให้ไม่มีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการถูกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่น โดยประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (ECHO Anti-Bullying Program) ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี ไปใช้ในโรงเรียนสังกัดต่างๆ หรือโรงเรียนที่มีปัญหาการกลั่นแกล้งรังแกกัน หรือโรงเรียนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน รวมถึงใช้เป็นข้อมูลในการอ้างอิงและต่อยอด หรือเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกกันของนักเรียน อีกทั้งครูและบุคลากรทางการศึกษา สามารถบูรณาการให้เข้ากับหลักสูตรการเรียน และการสอน กิจกรรมพัฒนาผู้เรียน หรือกิจกรรมพิเศษในโรงเรียน หรือกิจกรรมชมรมหรือชุมนุมของโรงเรียนได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาระดับความพึงพอใจของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการถูกลั่นแกล้งรังแกและการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นโดยประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (ECHO Anti-Bullying Program) ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อนำข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นมาพัฒนาหรือปรับปรุงให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างเต็มศักยภาพและเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- ประกายทิพย์ พลประทีป. (2562). โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการถูกลั่นแกล้งรังแกในวัยรุ่นชายตอนต้น. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(1), 164-176.
- พวงชมพู ประเสริฐ. (2563). 'บูลลี่' ไม่ใช่เรื่องเล็กๆ ความรุนแรงที่รอวันปะทุ. <https://www.bangkokbiznews.com/social/861456>
- รุ่งนภา บัวสุวรรณ. (2563). โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้นในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(1), 136-148.
- วาสนา มั่งคั่ง. (2564). การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อการป้องกันพฤติกรรมถูกลั่นแกล้งรังแกในโรงเรียน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 13(2), 119-131.
- วินัดดา ปิยะศิลป์, โชษิตา ภาวสุทธิไพสิฐ, และวิมลวรรณ ปัญญาอ่อน. (2564). การรังแกกันในเด็กและวัยรุ่น. https://www.spmnonthaburi.go.th/main/sites/default/files/_378.pdf
- สกล วรเจริญศรี. (2559). การข่มเหงรังแก. *สารานุกรมศึกษาศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 51(1), 13-20.
- สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงศึกษาธิการ. (2563). การกลั่นแกล้งในโรงเรียนจากมุมมองของ PISA. *FOCUS ประเด็นจาก PISA*, 54(1), 1-4.

สุริยา ฮ่องเสนาะ. (2561). ปัญหาการรังแกกัน (Bullying) ในสถานศึกษา.

https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/ewt_dl_link.php?nid=52582&filename=house2558

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสุราษฎร์ธานี ชุมพร. (2566). *มาตรการและแผนเผชิญเหตุ การคุ้มครองและนักเรียนด้านความปลอดภัยของโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสุราษฎร์ธานี* ชุมพรตามนโยบายและจุดเน้นของกระทรวงศึกษาธิการ ประจำปีงบประมาณ 2566 ด้านการจัดการศึกษาเพื่อความปลอดภัย.

https://www.spmsnicpn.go.th/th/download/servicemanual/protectandtakecarestudent_policy_2566.pdf

อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ลำคำป่น และทัศนีย์ รวีวรกุล. (2563). *การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (ฉบับปรับปรุง)(พิมพ์ครั้งที่ 2)*. ฉะเชิงเทรา, บริษัท เอ็มเอ็น คอมพิวเตอร์ออฟเซท จำกัด.

Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality, an behavior (2nd ed.)*. Milton-Keynes, England: Open University Press/McGraw-Hill.

Best W. John. (1977). *Research in Education (3rd ed.)*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.

Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences*. New York: Academic Press
StataCorp 2003.

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณา บุหรี่ยาไฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ชัยวัฒน์ นานาแหลม, วท.บ.*

นันทน์ภัส เกตนโกศลย์, ปร.ด.** และ ธริสรา จิรเสถียรพร, Ph.D.**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเพิ่มทักษะการรู้เท่าทันสื่อของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ประกอบด้วย การดำเนินงาน 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ยาไฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้แนวคิดการรู้เท่าทันสื่อ ร่วมกับการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อจัดทำแผนการจัดการจัดกิจกรรมการเรียนรู้สุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย Intervention Mapping (IM) และ ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยใช้เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และประเมินคุณภาพโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ยาไฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ประกอบด้วยแผนการจัดการจัดกิจกรรมการเรียนรู้สุขศึกษา จำนวน 4 แผนกิจกรรม โดยจัดกิจกรรมการเรียนการสอน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที บูรณาการเข้ากับรายวิชาสุขศึกษา รายวิชาพัฒนาผู้เรียน หรือกิจกรรมอื่น ๆ ตามบริบทของสถานศึกษา มุ่งเน้นกระบวนการจัดการเรียนรู้ โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้ที่นักเรียนได้ปฏิบัติจริง และการมีส่วนร่วมของนักเรียน จากเนื้อหาการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ยาไฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ด้วยกลวิธีทางสุขศึกษาต่าง ๆ สำหรับการประเมินคุณภาพของโปรแกรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในภาพรวมมีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก ($M=4.64$, $SD=0.43$)

คำสำคัญ: บุหรี่ยาไฟฟ้า การจัดการเรียนรู้เชิงรุก การรู้เท่าทันสื่อ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

*นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

** คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Corresponding E-mail: chaiwat.nal@ku.th

(Received: May 6, 2025; Revised: August 16, 2025; Accepted: September 1, 2025)

Developing an Active Learning Management Program to Promote Media Literacy Skills in E-Cigarette Advertising Media on Internet Network among Junior Secondary School Student

Chaiwat Nalaem, B.Sc.*

Nannapat Ketkosan, Ph.D.** & Tharisara Chirasatienpon, Ph.D.**

Abstract

This descriptive research aims to develop a learning management program to enhance media literacy skills among junior secondary school students. The study was conducted in two phases: **Phase 1** involved developing an active learning management program to promote media literacy regarding electronic cigarette advertising on the internet among junior secondary school students. The program was designed based on the concept of media literacy combined with active learning, in order to create a health education learning activity plan aimed at behavioral change using the Intervention Mapping (IM) approach. **Phase 2** focused on assessing the quality of the program by key informants. Research instruments included a tool quality assessment form for data collection instruments, with the program being evaluated by three experts selected through purposive sampling. Data were analyzed using descriptive statistics, namely the mean (*M*) and standard deviation (*SD*). The results revealed that the active learning management program to enhance media literacy on electronic cigarette advertising via the internet for junior secondary school students consisted of four health education learning activity plans. The activities were conducted once a week, each lasting 50 minutes, and were integrated into health education courses, student development subjects, or other activities according to the school context. The learning process emphasized hands-on student engagement and participation, focusing on the content of media literacy related to electronic cigarette advertising on the internet, utilizing various health education strategies. Overall, the expert evaluation indicated that the program was of very high quality. ($M=4.64$, $SD=0.43$)

Keywords: E-Cigarette Active Learning Management Media Literacy Junior Secondary School Student

* Master of Science Student in Health Promotion and Health Education, Department of Physical Education, Faculty of Education, Kasetsart University

** Faculty of Education, Kasetsart University

บทนำ

การสูบบุหรี่ไฟฟ้า ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย บุหรี่ไฟฟ้ามีผลกระทบต่อสุขภาพไม่ต่างจากการสูบบุหรี่ทั่วไป (World Health Organization, 2023) โดยมีสารเคมี และนิโคติน (U.S. National Institute on Drug Abuse, 2024) ซึ่งสามารถก่อให้เกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะในผู้ที่เริ่มสูบตั้งแต่อายุยังน้อย (Centers for Disease Control and Prevention, 2024) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อระบบการพัฒนาระบบการเรียนรู้ของเยาวชน ทำให้มีความเสี่ยงสูงในการเสพติดนิโคตินซึ่งอาจนำไปสู่การใช้บุหรี่หรือสารเสพติดอื่น ๆ ในอนาคต (มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาเยาวชน, 2560; ไพฑูรย์ สอนทน และคณะ, 2566) ปัจจุบันบุหรี่ไฟฟ้านั้นยังเข้ามามีอิทธิพลต่อการบริโภคยาสูบเพิ่มเข้ามาอีกด้วย จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 พบประชากรไทยที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าจำนวน 78,742 คน คิดเป็นร้อยละ 0.14 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีจำนวนทั้งหมด 57 ล้านคน เป็นคนที่สูบทุกวัน 40,724 คน และสูบแบบไม่ทุกวัน 38,018 คน โดยผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า 24,050 คน อายุระหว่าง 15 - 24 ปี และส่วนใหญ่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และภาคกลาง 47,753 คน (ศรีธัญญา เบญจกุล, 2564) และจากผลสำรวจการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ Global Youth Tobacco Survey : GYTS ปี พ.ศ. 2565 ของประเทศไทย ในกลุ่มนักเรียนที่มีอายุระหว่าง 13 - 15 ปี พบว่า เด็กและเยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 เท่า จากร้อยละ 3.3 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 17.6 ในปี พ.ศ. 2565 (กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2568) ถือว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด ขณะที่คนไทยที่รู้จักบุหรี่ไฟฟ้า มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้านั้นคนส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายมากกว่าบุหรี่ธรรมดา และปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า คือ การโฆษณาที่เจาะจงกลุ่มนักสูบหน้าใหม่ที่เป็นเด็กและเยาวชน

ในยุคดิจิทัลที่สื่อออนไลน์มีบทบาทสำคัญในชีวิตประจำวัน การรับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ผ่านทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตนั้น เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก และเยาวชน ซึ่งมีการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) อย่างแพร่หลาย บุหรี่ไฟฟ้าได้กลายเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีการโฆษณาผ่านทางสื่อออนไลน์ในหลาย ๆ รูปแบบ ทั้งการทำการตลาดโดยใช้เซเลบ (Celebrity) หรืออินฟลูเอนเซอร์ (Influencers) (ภัณฑิรา ปริณูณารักษ์ และคณะ, 2565; เกสรี สมประสงค์, 2567) ที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว การโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าเหล่านี้มักใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การสร้างภาพลักษณ์ที่ทันสมัยและน่าสนใจ หรือการนำเสนอว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยกว่าการสูบบุหรี่ทั่วไป ซึ่งถือเป็นการบิดเบือนข้อมูลที่อาจจะส่งผลกระทบต่อทัศนคติของเยาวชนในการเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในขณะเดียวกันกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นนั้น กำลังอยู่ในช่วงวัยรุ่นที่เต็มไปด้วยความอยากรู้อยากเห็นและมีความเสี่ยงที่จะถูกชักจูงจากสื่อโฆษณาต่าง ๆ นักเรียนในช่วงวัยนี้ยังขาดทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) ที่จำเป็นในการประเมินและแยกแยะข้อมูลที่ได้รับจากสื่อได้อย่างถูกต้องและมีวิจารณญาณ ส่งผลให้เกิดการเข้าใจผิด และการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ (Anna et al., 2025) หากเด็กและเยาวชนมีการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่

ไฟฟ้าที่สูง จะส่งผลให้มีแนวโน้มในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในอนาคต (ปริญญาดาราสวรรณ์ และณัฐกฤตา ศิริโสภณ, 2567)

แม้ว่าจะมีงานวิจัยจำนวนมากที่มุ่งสำรวจพฤติกรรมและผลกระทบจากการรับชมโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือผู้ที่มีการศึกษาระดับสูง แต่ยังขาดการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความเปราะบางทางพัฒนาการและทัศนคติ อีกทั้งมีแนวโน้มสูงที่จะเผชิญและเข้าถึงสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าผ่านสื่อออนไลน์และช่องทางต่าง ๆ (Li et al., 2021) ช่องว่างทางองค์ความรู้จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ควรได้รับการศึกษาเชิงลึก เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการกำหนดมาตรการป้องกันและสร้างภูมิคุ้มกันทางความคิดแก่เยาวชนอย่างเหมาะสม จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุก เพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตสำหรับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยมุ่งเน้นการเรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินและการตีความโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าผ่านสื่อออนไลน์ การพัฒนาโปรแกรมนี้มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตในยุคดิจิทัล และช่วยให้เยาวชนมีความสามารถในการตัดสินใจอย่างรอบคอบ ไม่ตกเป็นเหยื่อของสื่อที่มีเนื้อหาหลอกลวงหรือบิดเบือนข้อมูล กระบวนการพัฒนาโปรแกรมใช้แนวทางที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน ประกอบด้วย การสืบค้นข้อมูล การบรรยายประกอบสื่อ การวิเคราะห์กรณีศึกษาจากโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า การทำกิจกรรมกลุ่ม การระดมสมอง และการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ในชั้นเรียน พร้อมทั้งมีการประเมินผลการเรียนรู้ในแต่ละขั้นตอน ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้เข้าใจแนวทางการส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาหลักสูตรหรือแนวทางการสอนที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในวงกว้าง เพื่อป้องกันและลดการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต สำหรับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

วิธีการศึกษา ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินการ 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยกำหนดทฤษฎี กระบวนการ และกลยุทธ์ในการประยุกต์ใช้ ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) ร่วมกับการจัดการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) เพื่อจัดทำ

แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้สุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Intervention Mapping: IM) โดยมี 6 ขั้นตอน (Bartholomew et al., 2016) ดังนี้

1) **การประเมินความต้องการ หรือวิเคราะห์ปัญหา** โดยขั้นตอนนี้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและประเมินความต้องการ ผลการศึกษาพบว่าแนวโน้มการใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และตอกย้ำความจำเป็นในการดำเนินการป้องกันอย่างจริงจัง เยาวชนที่มีความรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าในระดับสูง มีโอกาสเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าน้อยลง และสามารถลดความเสี่ยงต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในอนาคตได้ ความรู้เท่าทันดังกล่าวทำให้เยาวชนสามารถระบุและเข้าใจกลยุทธ์ทางการตลาดที่มุ่งเป้าไปยังเด็กและเยาวชน ตลอดจนสามารถตัดสินใจอย่างมีสติและปฏิเสธการใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ได้อย่างมั่นใจ พร้อมทั้ง ในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจนว่าเป็นเยาวชนช่วงวัยใด อาศัยอยู่ในพื้นที่หรือชุมชนใด และระบุผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น คุณครู ผู้ปกครอง และชุมชน เพื่อให้สามารถดึงข้อมูลและมุมมองที่หลากหลายมาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ถูกต้องและสะท้อนสถานการณ์จริงมากที่สุด

2) **การออกแบบตารางความสัมพันธ์เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ในการเปลี่ยนปัจจัยเชิงสาเหตุ** จากขั้นตอนที่ 1 เพื่อสร้างตารางความสัมพันธ์ ในการระบุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์กับปัจจัยเชิงสาเหตุที่ต้องการให้เปลี่ยนแปลงของทักษะการรู้เท่าทันสื่อของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับบุคคล คือ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

3) **การกำหนดทฤษฎี กระบวนการ และกลยุทธ์ในการประยุกต์ใช้** โดยได้นำแนวคิดการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) มาใช้ โดยมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมผ่านกิจกรรมปฏิบัติจริง การคิดวิเคราะห์ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อสร้างความเข้าใจเชื่อมโยงเนื้อหาสู่การใช้งานในชีวิตประจำวัน

4) **การคัดเลือกกระบวนการ และกลยุทธ์เพื่อออกแบบโปรแกรม** โดยคำนึงถึงบริบทของกลุ่มเป้าหมาย และบูรณาการกับกระบวนการจัดการเรียนรู้ในชั้นนำเข้าสู่บทเรียน ขั้นดำเนินการ และขั้นสรุป

5) **การกำหนดแผนงานการดำเนินการเพื่อสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน** โดยให้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับและสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถบูรณาการกับการจัดการเรียนการสอนของโรงเรียนได้

6) **การสร้างแผนการประเมินผล** โดยออกแบบการประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาที่ได้พัฒนาขึ้น โดยในขั้นตอนนี้จะเน้นการดำเนินการประเมินผลเพื่อวัดความสำเร็จของโปรแกรมและตรวจสอบประสิทธิภาพในการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

เมื่อดำเนินการทั้ง 6 ขั้นตอนดังกล่าว จะได้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ยาเสพติดทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

โดยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง ตรงตามวัตถุประสงค์ เนื้อหา และความเหมาะสมของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ยาเสพติดทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ความถูกต้อง (Accuracy Standards) ความเป็นประโยชน์ (Utility Standards) ความเหมาะสม (Appropriateness) ความเป็นไปได้ (Feasibility Standards) และความเป็นปervasiveness (Generalizability Stand) ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

โดยเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้ 1) ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการสอนสุขศึกษา 2) ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการดำเนินนโยบายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ 3) ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านสื่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบประเมินสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ **ด้านความถูกต้อง (Accuracy Standards)** ประเมินจากความเป็นมาครบถ้วนสมบูรณ์ วัตถุประสงค์ หลักการและแนวคิด กลุ่มเป้าหมาย และความถูกต้องทางวิชาการ และเชื่อถือได้ จำนวน 7 ข้อ **ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility Standards)** ประเมินจากโปรแกรมสามารถทักษะการรู้เท่าทันสื่อที่เพิ่มขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมาย และสามารถนำไปขยายผลในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ จำนวน 3 ข้อ **ด้านความเหมาะสม (Appropriateness)** ประเมินจากความเหมาะสมในด้านทฤษฎี กลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน และการยืดหยุ่นต่อผู้จัดกิจกรรม จำนวน 4 ข้อ **ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility Standards)** ประเมินจากความสะดวกต่อการนำไปใช้ ขั้นตอนการดำเนินงาน การประยุกต์และบูรณาการในกิจกรรมต่าง ๆ ในสถานศึกษา รวมทั้งสิ้นจำนวน 5 ข้อ และ**ด้านความเป็นปervasiveness (Generalizability Stand)** ประเมินจากความสามารถนำผลการประเมินไปใช้ในการอ้างอิงทางวิชาการเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อสำหรับกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม จำนวน 3 ข้อ รวมทั้งหมด 22 ข้อ และกำหนดระดับการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็น 5 ระดับ ได้แก่ คุณภาพระดับดีมาก ดี ปานกลาง พอใช้ และปรับปรุง มีคำถามปลายเปิดให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อพิจารณาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ยาเสพติดทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

2. ติดตามผลการตรวจสอบและรวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขในด้านความถูกต้อง การเรียบเรียงประโยค และการใช้ภาษาที่ชัดเจน เพื่อช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการตีความให้ดียิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์คุณภาพโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (M) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) โดยใช้เกณฑ์ของ Best (Best J, 1977) ตามคะแนนที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 มีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 มีคุณภาพอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 มีคุณภาพอยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 มีคุณภาพอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐาน ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 มีคุณภาพอยู่ในระดับควรปรับปรุง

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ปัฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 หลักการและความสำคัญของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ปัฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เนื่องจากบุหรี่ปัฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ที่ไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพ เนื่องจากมีสารนิโคตินปริมาณสูง โลหะหนัก สารก่อมะเร็ง และในสารปรุงแต่งน้ำยาบุหรี่ปัฟฟายังมีสารเคมีอื่น ๆ หลายชนิด สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจการบริโภคยาสูบของเยาวชน พ.ศ. 2565 พบนักเรียนอายุ 13 – 15 ปี สูบบุหรี่ปัฟฟาร้อยละ 17.6 เพิ่มขึ้นถึง 5.3 เท่า จากร้อยละ 3.3 ในปี พ.ศ. 2558 ถือว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด พร้อมทั้งสังคมปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เศรษฐกิจ สังคม การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์แบบไร้เขตจำกัด กลุ่มธุรกิจบุหรี่ปัฟฟ้า ใช้กลยุทธ์หลอกล่อให้นักสูบหน้าใหม่ ที่เป็นกลุ่มเด็กและเยาวชน ครอบครองพื้นที่การขายและการสื่อสารบนสื่อสังคมออนไลน์ไว้ทุกสื่อ ซึ่งก่อให้เกิดการเข้าถึงของเยาวชน การแพร่กระจายของผลิตภัณฑ์ที่รวดเร็ว ซื้อง่าย โฆษณาอย่างเสรี สื่อสารความเชื่อที่ผิด และสร้างค่านิยมใหม่ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่การสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการใช้บุหรี่ปัฟฟ้า หากเด็กและเยาวชนมีการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ปัฟฟ้ามากขึ้น จะส่งผลให้มีแนวโน้มในการป้องกันการสูบบุหรี่ปัฟฟ้า และไม่สูบบุหรี่ปัฟฟ้าในอนาคต

ดังนั้น โปรแกรมจะช่วยการพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาเกี่ยวกับบุหรี่ปัฟฟ้าทางอินเทอร์เน็ต ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีทักษะในการเข้าถึงสื่อ การวิเคราะห์สื่อ การประเมินค่าสื่อ และการเลือกใช้สื่ออย่างสร้างสรรค์ ซึ่งผล การศึกษานี้ จะสามารถทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แนวทางในการจัดการเรียนรู้เพื่อให้เด็กและเยาวชน ได้รู้เท่าทันสื่อ โฆษณาเกี่ยวกับบุหรี่ปัฟฟ้า มีทักษะในการใช้สื่อได้อย่างรู้เท่าทัน เป็นบุคคลที่ใช้สื่อได้อย่างสร้างสรรค์ไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพจิตที่ดี และทำประโยชน์ให้กับสังคมอย่างสูงสุดต่อไป

องค์ประกอบที่ 2 กำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการทดลองใช้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ปัฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และเพื่อพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ปัฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

องค์ประกอบที่ 3 บทบาทของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

3.1) ผู้ใช้โปรแกรม หมายถึง คุณครู หรือบุคลากรทางการศึกษาเกี่ยวข้องกับรายวิชาสุศึกษา งานอนามัยโรงเรียน หรืองานกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน โดยมีบทบาทการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1) ศึกษารายละเอียดของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ปไฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตก่อนการดำเนินการ จนเกิดความมั่นใจในการจัดกิจกรรม

2) วางแผนการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับลักษณะของกิจกรรมการเรียนรู้สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม

3) จัดเตรียมสื่อการเรียนรู้ให้ครบและสอดคล้องกับกิจกรรมการเรียนรู้

4) การสนับสนุน แนะนำ และให้กำลังใจพร้อมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อให้นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้พัฒนาตนเองให้มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ปไฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

5) ดำเนินการแจ้งผลการประเมินการเรียนรู้ หรือผลการตรวจเอกสาร หรือผลงานให้นักเรียนทราบทุกครั้ง ทั้งนี้มีการแสดงความชื่นชมในส่วนที่ดีและชี้จุดที่ควรปรับปรุงแก้ไข พร้อมทั้งข้อเสนอแนะเพื่อให้นักเรียนเกิดการพัฒนาดตนเองอย่างต่อเนื่อง

6) ผู้ใช้โปรแกรมดำเนินการประเมินผลการใช้การจัดการเรียนรู้เชิงรุก เพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ปไฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ทั้งตามแนวทางการตรวจสอบและการประเมินผลที่กำหนดไว้ พร้อมทั้ง รายงานผลการใช้โปรแกรมเพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงต่อไป

3.2) นักเรียน หมายถึง นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในสถานศึกษา โดยมีบทบาทการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1) นักเรียนต้องมีความตระหนักและพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนแนวคิดในการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ปไฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามขั้นตอนที่ผู้ใช้โปรแกรมเสนอแนะแนวทาง เพื่อให้เกิดคุณลักษณะที่สำคัญ

2) มีความรับผิดชอบในการเรียนรู้ของตนเอง

3) แสวงหาความรู้ และกระตือรือร้นกับกิจกรรมในรายวิชา

4) ตั้งคำถาม คิดใคร่ครวญ มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ วิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการต่างๆ กลาแสดงออกในการสะท้อนความรู้ ความคิด ความรู้สึก หรือลงมือปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรม มีปฏิสัมพันธ์ทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเพื่อนและผู้ใช้โปรแกรมด้วยความตั้งใจ

5) ลงมือปฏิบัติจริง สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้โดยตนเอง และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้

3.3) ผู้ปกครอง หมายถึง บุคคลที่มีหน้าที่ตามกฎหมายหรือจารีตประเพณีในการดูแล อนุเคราะห์ เลี้ยงดู และอบรมสั่งสอนเด็ก ให้ได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา อาจเป็นบิดา มารดา หรือบุคคลอื่นที่ทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กแทน เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติ หรือผู้ดูแลที่ได้รับมอบหมาย

1) ผู้ปกครองสามารถกระตุ้นหรือเสริมกิจกรรมในบ้าน เช่น การพูดคุย วิเคราะห์โฆษณา ร่วมกับบุตรหลาน

2) เป็นแบบอย่างที่ดีในการใช้สื่ออย่างมีวิจารณญาณ หากขาดแบบอย่างที่ดีจะส่งผลกระทบต่อทัศนคติและพฤติกรรมของนักเรียนโดยตรง

3) ช่วยประเมินความเปลี่ยนแปลงของบุตรหลานหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3.4) ชุมชน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกันในพื้นที่เดียวกัน มีการติดต่อสัมพันธ์ เกื้อกูลกัน และมีวิถีชีวิตร่วมกันภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมเดียวกัน อาจรวมถึงองค์กร หน่วยงาน และกลุ่มเครือข่ายในพื้นที่ที่มีบทบาทต่อการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของคนในชุมชน

1) ให้ความร่วมมือกับโรงเรียนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การจำกัดการโฆษณาบุหรี่ปัฟฟายในพื้นที่ รวมถึงการสนับสนุนข้อมูลและกรณีศึกษา เช่น การเป็นแหล่งตัวอย่างสถานการณ์จริง ที่สามารถนำมาใช้ในการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ช่วยติดตามผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมเยาวชนในระยะยาว

องค์ประกอบที่ 4 กระบวนการจัดการการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ปัฟฟายทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ประกอบด้วยแผนการจัดการจัดการกิจกรรมการเรียนรู้สู่ศึกษา จำนวน 4 แผนกิจกรรม โดยจัดกิจกรรมการเรียนการสอน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที บูรณาการเข้ากับรายวิชาสุขศึกษา หรือรายวิชาพัฒนาผู้เรียน หรือกิจกรรมอื่น ๆ ตามบริบทของสถานศึกษา ดังนี้

ตารางที่ 1 โครงสร้างของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ปัฟฟายทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ชื่อแผนการจัดการเรียนรู้	สาระการเรียนรู้	ผลการเรียนรู้ที่คาดหวัง	กลวิธีทางสุขศึกษา
“วิเคราะห์สื่ออย่างถูกวิธี”	หลักการตีความ และตรวจสอบเนื้อหา	นักเรียนสามารถ	1. การบรรยายประกอบสื่อ
	หลักการเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของเนื้อหาเกี่ยวกับสื่อ หลักการวิเคราะห์	วิเคราะห์สื่อของโฆษณาบุหรี่ปัฟฟายทาง	2. การใช้กรณีศึกษาตัวอย่างโฆษณาบุหรี่ปัฟฟาย
	องค์ประกอบของสื่อเบื้องต้น	อินเทอร์เน็ตได้	3. การสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้
	และสารนิโคตินในบุหรี่ปัฟฟาย		หน้าชั้นเรียน
“ถูกคิดเมื่อได้รับสื่อ”	หลักการประเมิน	นักเรียนสามารถ	1. การบรรยายประกอบสื่อ
	ความน่าเชื่อถือของข้อมูล	ประเมินค่าสื่อของ	2. การใช้กรณีศึกษาตัวอย่างโฆษณา
	โดยใช้หลักการ PROMPT แนว	โฆษณาบุหรี่ปัฟฟายทาง	บุหรี่ปัฟฟาย
	ทางการตัดสินใจ	เครือข่ายอินเทอร์เน็ตได้	3. การทำกิจกรรมกลุ่ม และระดมสมอง

ชื่อแผน การจัดการเรียนรู้	สาระการเรียนรู้	ผลการเรียนรู้ ที่คาดหวัง	กลวิธีทางสุศึกษา
	และเลือกใช้ข้อมูลที่ต้องการ และ ข้อเท็จจริง/ค่าหาคกลางของบุหรื ไฟฟ้า		4. การสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หน้าชั้นเรียน
“เข้าถึงสื่ออย่างไรถึง ปลอดภัย”	วิธีการสืบค้นข้อมูลอย่างถูกต้อง หลักการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่ น่าเชื่อถือ และความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ บุหรืไฟฟ้า โทษ พิษภัย ผลกระทบต่อ สุขภาพ	นักเรียนสามารถเข้าถึง ข้อมูลและสืบค้นข้อมูล ได้อย่างถูกต้อง และน่าเชื่อถือ	1. การบรรยายประกอบสื่อ 2. การสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หน้าชั้นเรียน 3. การสืบค้นข้อมูล
“สร้างสรรค์สื่อ อย่างมีประสิทธิภาพ”	เทคนิคการสร้างสื่อ อย่างสร้างสรรค์ และการใช้สื่อ ออนไลน์ให้เป็น และกลยุทธ์ธุรกิจบุหรื ไฟฟ้า	นักเรียนสามารถ ใช้สื่อออนไลน์ ได้อย่างสร้างสรรค์	1. การทำกิจกรรมกลุ่ม และระดม สมอง 2. การนำเสนอ และแลกเปลี่ยน เรียนรู้หน้าชั้นเรียน

องค์ประกอบที่ 5 การติดตามและการประเมินผล โดยการวัดและประเมินผลการใช้โปรแกรมจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรืไฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีการติดตาม จำนวน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การตรวจสอบและการประเมินผลก่อนการดำเนินการ ระยะที่ 2 การตรวจสอบและการประเมินผลระหว่างดำเนินการ และระยะที่ 3 การตรวจสอบและการประเมินผลหลังการดำเนินการ โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามเพื่อการประเมินประสิทธิผลของการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรืไฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

องค์ประกอบที่ 6 การบริหารจัดการโปรแกรม จะมีประสิทธิผลและสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น เมื่อการดำเนินการจัดกิจกรรมตามรูปแบบของโปรแกรม มีปัจจัยที่สนับสนุนการบริหารจัดการการใช้โปรแกรม ดังนี้

1) หน่วยงานที่รับผิดชอบ ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรืไฟฟ้าทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โดยมุ่งเน้นการบรรลุวัตถุประสงค์ของโปรแกรมอย่างจริงจัง เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางการดำเนินงาน แผนงาน โครงการ และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันพฤติกรรม การสูบบุหรืไฟฟ้าให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพศ และช่วงวัยของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

2) หน่วยงานอำนวยการด้านการปฏิบัติ ต้องมอบหมายผู้รับผิดชอบโปรแกรมอย่างน้อย 1 ท่าน เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการโปรแกรมอย่างเป็นระบบ ตามรูปแบบกิจกรรมของกระบวนการเรียนรู้ที่กำหนด ผู้รับผิดชอบควรมีบุคลิกภาพที่เหมาะสม มีความยืดหยุ่น สามารถสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นความสนใจของผู้เรียน รวมทั้งเสริมสร้างกำลังใจเพื่อให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในตนเอง

3) ผู้รับผิดชอบโปรแกรม สามารถดำเนินการปรับและประยุกต์ใช้โปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของสถานศึกษา และกลุ่มนักเรียน โดยเป็นไปตามข้อตกลงกับหน่วยงานอำนวยการด้านการปฏิบัติ ทั้งนี้ ผู้รับผิดชอบยังมีหน้าที่รายงานผล การใช้โปรแกรมต่อผู้บริหารหน่วยงาน พร้อมจัดส่งข้อเสนอแนะและข้อปรับปรุงแก้ไขให้แก่หน่วยงานอำนวยการด้าน วิชาการ เพื่อใช้ในการพัฒนา และปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทและหลักวิชาการต่อไป หลังจากสิ้นสุดการ ดำเนินงาน

2. ผลการประเมินโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ปัฟฟ้าทาง เครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ผลการประเมินโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ปัฟฟ้าทาง เครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในภาพรวมมีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก ($M=4.64$, $SD=0.60$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ปัฟฟ้าทาง เครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ($n=3$)

ลำดับ	รายการประเมิน	M	SD	การแปลผล
1	ความถูกต้อง (Accuracy Standards)			
	ความเป็นมาครบถ้วน สมบูรณ์	4.67	0.58	ดีมาก
	วัตถุประสงค์ครบถ้วน สมบูรณ์	4.67	0.58	ดีมาก
	หลักการและแนวคิดน่าเชื่อถือได้	4.33	1.15	ดี
	กลุ่มเป้าหมายของโปรแกรม มีรายละเอียดที่ระบุไว้ครบถ้วน	4.67	0.58	ดีมาก
	ระบุวิธีการใช้ได้ครบถ้วน	4.67	0.58	ดีมาก
	ผลที่คาดว่าจะได้จากโปรแกรมมีความครบถ้วน สมบูรณ์	4.67	0.58	ดีมาก
	ความถูกต้องทางวิชาการ เชื่อถือได้	4.33	1.15	ดี
	ภาพรวมด้านความถูกต้อง (Accuracy Standards)	4.57	0.52	ดีมาก
2	ความเป็นประโยชน์ (Utility Standards)			
	สามารถช่วยให้เกิดผลผลิต คือ กลุ่มเป้าหมายมีทักษะการรู้เท่าทัน สื่อที่เพิ่มขึ้น	4.67	0.58	ดีมาก
	ส่งผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คือ อัตราการสูบบุหรี่ปัฟฟ้า ของในนักเรียนลดลงได้	4.33	1.15	ดี
	สามารถนำไปขยายผลในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้	4.67	0.58	ดีมาก
	ภาพรวมด้านความเป็นประโยชน์ (Utility Standards)	4.56	0.77	ดีมาก

ลำดับ	รายการประเมิน	M	SD	การแปลผล
3	ความเหมาะสม (Appropriateness)			
	มีความเหมาะสมกับการส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	4.33	0.58	ดี
	มีความเหมาะสมกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	4.67	0.58	ดีมาก
	มีความเหมาะสมต่อบริบทของส่วนงานในการส่งเสริมทักษะในการรู้เท่าทันสื่อ โดยเฉพาะในโรงเรียนมัธยมศึกษา	5.00	0.00	ดีมาก
	มีความยืดหยุ่นต่อผู้จัดกิจกรรม	4.67	0.58	ดีมาก
	ภาพรวมด้านความเหมาะสม (Appropriateness)	4.67	0.14	ดีมาก
4	ความเป็นไปได้ (Feasibility Standards)			
	ง่ายต่อการนำไปใช้	4.67	0.58	ดีมาก
	มีความเป็นขั้นเป็นตอน	5.00	0.00	ดีมาก
	ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ	5.00	0.00	ดีมาก
	ความเป็นไปได้ในการดำเนินการภายใต้ส่วนงานผู้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมได้	5.00	0.00	ดีมาก
	สามารถประยุกต์และบูรณาการในการดำเนินกิจกรรมของโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาได้จริง	4.67	0.58	ดีมาก
	ภาพรวมด้านความเป็นไปได้ (Feasibility Standards)	4.87	0.12	ดีมาก
5	ความเป็นปervasiv (Generalizability Stand)			
	สามารถนำไปสู่การเป็นที่ยอมรับได้ในทางวิชาการ	4.67	0.58	ดีมาก
	สามารถนำไปใช้ในการอ้างอิงการดำเนินการเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ยาเสพติดทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้	4.33	1.15	ดี
	สามารถนำไปใช้ในการอ้างอิงทางวิชาการได้	4.33	1.15	ดี
	ภาพรวมความเป็นปervasiv (Generalizability Stand)	4.44	0.96	ดี
	ภาพรวมของโปรแกรม	4.64	0.43	ดีมาก

อภิปรายผล

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ยาเสพติดทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

การวิจัยครั้งนี้ ได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นการเพิ่มทักษะการรู้เท่าทันสื่อของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้แนวคิดการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) ร่วมกับการจัดการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) โปรแกรมนี้ประกอบด้วยแผนกิจกรรมสุขศึกษา 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 "วิเคราะห์สื่ออย่างถูกวิธี" กิจกรรมที่ 2

"นึกคิดเมื่อได้รับสื่อ" กิจกรรมที่ 3 "เข้าถึงสื่ออย่างไรถึงปลอดภัย" และกิจกรรมที่ 4 "สร้างสรรค์สื่ออย่างมีประโยชน์" โดยแต่ละกิจกรรมการเรียนการสอนจะจัดขึ้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที โดยสามารถบูรณาการเข้ากับรายวิชาสุขศึกษา หรือรายวิชาพัฒนาผู้เรียน หรือกิจกรรมอื่น ๆ ตามบริบทของสถานศึกษา โดยมุ่งเน้นการเรียนรู้ที่นักเรียนได้ปฏิบัติจริง การมีส่วนร่วม การคิดวิเคราะห์ รวมถึงการมีบทบาทและการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้จากเนื้อหาการรู้เท่าทันสื่อ โฆษณาบุหรี่ยาเสพติดทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ด้วยกลวิธีการต่าง ๆ เช่น การสืบค้นข้อมูล การเรียนรู้โดยใช้ทักษะกระบวนการคิด การอภิปรายกลุ่ม การใช้กรณีศึกษา การสร้างสถานการณ์จำลอง เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรู้เท่าทันสื่อของแกนนำเยาวชน และพัฒนากระบวนการเรียนรู้เท่าทันสื่อ พบว่าการจัดการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) ด้วยการลงมือปฏิบัติจริง เสริมสร้างทักษะการคิดวิเคราะห์และการตระหนักถึงอิทธิพลของสื่อของกลุ่มแกนนำเยาวชนได้ (อุลิสซา ครุฑเสน, 2556) นอกจากนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พัฒนาแผนการจัดการกิจกรรมการเรียนรู้สุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย (Intervention Mapping: IM) ในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเน้นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีและกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย (สุพรรณิการ์ เกียรติธำตริ และจักรกฤษณ์ พลราชม, 2564)

2. ผลการประเมินโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ยาเสพติดทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ในการพัฒนาโปรแกรมการสอน สามารถนำแนวคิดหรือทฤษฎีทางการศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ได้หลายรูปแบบ โดยแต่ละทฤษฎีมีจุดเด่นในการอธิบายและกำหนดแนวทางสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน หนึ่งในแนวทางที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การใช้กระบวนการ Intervention Mapping (IM) ซึ่งเป็นวิธีการวางแผนและออกแบบโปรแกรมที่มีขั้นตอนชัดเจนและเป็นระบบ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายให้เกิดผลอย่างยั่งยืน การประยุกต์ใช้ IM ในการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ไม่เพียงช่วยให้ได้วิธีการที่เหมาะสมต่อบริบทของกลุ่มเป้าหมายเท่านั้น แต่ยังเอื้อต่อการประเมินทักษะการรู้เท่าทันสื่อของผู้เรียนได้อย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้กับ คุณครู และผู้พัฒนาโปรแกรม ในการนำไปขยายผลใช้กับกลุ่มนักเรียนอื่น ๆ ในอนาคต ทั้งนี้ มีนักวิจัยหลายท่านได้นำ IM มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ อาทิ การประยุกต์ใช้ IM ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากการขับซิ่งรถจักรยานยนต์ของนักเรียน โดยออกแบบโครงสร้างแผนกิจกรรม การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ธัญธร แฝงฤทธิ์ และจักรกฤษณ์ พลราชม, 2565) และการใช้ IM ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในครัวเรือน โดยผ่านกระบวนการ 6 ขั้นตอนของ IM เพื่อสร้างโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ (จักรกฤษณ์ พลราชม และสายฝน กลางชมภู, 2565)

สรุปผลงานวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ได้พัฒนารูปแบบโปรแกรมการจัดการเรียนรู้ที่สามารถช่วยเพิ่มทักษะการรู้เท่าทันสื่อของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้แนวคิดการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) ร่วมกับการจัดการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษา จำนวน 4 แผนกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “วิเคราะห์สื่ออย่างถูกวิธี” กิจกรรมที่ 2 “ถกคิดเมื่อได้รับสื่อ” กิจกรรมที่ 3 “เข้าถึงสื่ออย่างไรถึงปลอดภัย” และกิจกรรมที่ 4 “สร้างสรรค์สื่ออย่างมีประโยชน์” โดยจัดกิจกรรมการเรียนการสอน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที สามารถบูรณาการเข้ากับรายวิชาสุขศึกษา หรือรายวิชาพัฒนาผู้เรียน หรือกิจกรรมอื่นๆ ตามบริบทของสถานศึกษา มุ่งเน้นกระบวนการจัดการเรียนรู้ โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้ที่นักเรียนได้ปฏิบัติจริง เน้นบทบาท และการมีส่วนร่วมของนักเรียน จากเนื้อหาการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ยาเสพติดทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ด้วยกลวิธีการต่างๆ โดยการวัดและประเมินผลการใช้โปรแกรมติดตามและการประเมินผลใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การตรวจสอบและการประเมินผลก่อนการดำเนินการ ระยะที่ 2 การตรวจสอบและการประเมินผลระหว่างการดำเนินการ และระยะที่ 3 การตรวจสอบและการประเมินผลหลังการดำเนินการ สำหรับการประเมินคุณภาพของโปรแกรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในภาพรวมมีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก ($M=4.64$, $SD=0.43$)

ข้อจำกัด

1. เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมทางสุขศึกษาและทางพฤติกรรมศาสตร์ ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการทดลองกับผู้เข้าร่วมหรือการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลจากมนุษย์โดยตรง แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้พิจารณาถึงความปลอดภัยและจริยธรรมในการพัฒนาโปรแกรมตามมาตรฐานทั่วไป
2. เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของโปรแกรมควรมีการวิจัยพหุแนวทางออกแบโดยใช้กระบวนการที่หลากหลาย เช่น เทคนิคการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและทรรศนะการวิพากษ์จากผู้ทรงคุณวุฒิที่หลากหลายเพื่อนำมาพัฒนาโปรแกรมให้สมบูรณ์ เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมนี้นะระยะยาว โดยทดลองใช้งานกับนักเรียนจากโรงเรียนหลายแห่ง เพื่อให้สามารถประเมินประสิทธิผลและผลกระทบที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ใช้งานจริง การทำการศึกษาผลกระทบจากการใช้โปรแกรมในระยะยาวจะช่วยให้มีข้อมูลที่ชัดเจนยิ่งขึ้นเกี่ยวกับการพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมในอนาคต นอกจากนี้ควรมีการประเมินด้านจริยธรรมเพิ่มเติมหากโปรแกรมมีการทดลองในกลุ่มผู้ใช้งานจริง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ นายแพทย์ชยนันท์ สิทธิบุศย์ ผู้อำนวยการกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และรักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค นายพงศกร ชุ่มแจ่ม รองผู้อำนวยการ

โรงเรียนวัดชนินิมิต และนางสาวนรินทร์า ไชยพาน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างสูงที่ตรวจสอบความถูกต้อง เนื้อหา ความเหมาะสม และให้ข้อเสนอแนะกับโปรแกรมนี้

เอกสารอ้างอิง

- กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. (2568). รายงานประจำปี 2567 กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. https://ddc.moph.go.th/otpc/journal_detail.php?publish=16717
- เกสรี สมประสงค์. (2567). อิทธิพลของ Influencer บนสื่อโซเชียลมีเดีย Facebook Instagram และ Tiktok ที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการร้านอาหารของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร. *วารสารรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*. 7(1), 63-77.
- จักรกฤษณ์ พลราชม และสายฝน กลางชมภู. (2565). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 31(3), 447-460.
- ธัญยธร แฝงฤทธิ์ และจักรกฤษณ์ พลราชม. (2565). การนำเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากการขับขีรถจักรยานยนต์. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ*. 7(7), 101-109.
- ปริญญดา คาระสุวรรณ และณัฐฤตา ศิริโสภณ. (2567). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชน : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*. 31(2), 101-109.
- ภัณฑิรา ปริญญารักษ์, ปรัชญา ตาใจ, อธิชา ฉันทวุฒินันท์ และปณิดา ดิศวนนท์. (2565). อิทธิพลของข้อมูลข่าวสารต่อพฤติกรรมและการตัดสินใจสูบบุหรี่ไฟฟ้า. *วารสารควบคุมโรค*. 48(3), 539-550.
- มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2560). วิจัยวิจัยรณรงค์สูบบุหรี่ไฟฟ้า กระตุ้นพฤติกรรมสูบบุหรี่มวนเพิ่ม. https://www.ashthailand.or.th/old/th/news_page.php?id=1122&utm_source=chatgpt.com
- ศรีณญา เบญจกุล. (2564). เปิดผลสำรวจคนไทยกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า. <https://www.hfocus.org/content/2021/10/23345>
- สุพรรณิการ์ เกียรติธำตริ และจักรกฤษณ์ พลราชม. (2564). การประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*. 14(2), 74-88.
- อุลิสซา ครุฑเสน. (2556). แนวทางการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เท่าทันสื่อของแกนนำเยาวชน. *วารสารวิชาการ Veridian E-Journal*. 6(3), 276-285.
- ไพฑูรย์ สอนทน, นฤมล จันทร์มา และอัมพน สอนทน. (2566). ความชุกของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้กัญชา และการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดเพชรบูรณ์. https://cads.in.th/cads/content?id=324&utm_source=chatgpt.com

- Anna B, Kelvin C, Debra B. (2015). The influence of the social environment on youth smoking status. *Prev Med.* 81, 309-313.
- Bartholomew LK, Parcel G, Kok GS, Gottlieb N. (2016). *Planning health promotion program: an Intervention mapping approach.* 4th Edition, John Wiley & Sons, Inc.
- Best J. (1977). *Research in education.* 3rd Edition. Prentice hall, New Jersey.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Health effects of cigarettes: cardiovascular disease.* <https://www.cdc.gov/tobacco/about/cigarettes-and-cardiovascular-disease.html>
- Li X, Kaiser N, Borodovsky JT, Riordan R, Kasson E, Cao C, Cavazos-Rehg PA. (2021). *National trends of adolescent exposure to tobacco advertisements: 2012-2020.* *Pediatrics.* 148(6), e2021050495.
- U.S. National Institute on Drug Abuse. (2024). *Nicotine and tobacco.* <https://nida.nih.gov>
- World Health Organization. (2023). *Tobacco and e-cigarettes: The global health risks.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

การประเมินความต้องการจำเป็นในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัยภายใต้สถานการณ์โควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น

อนุชา พรหมกันยา, พย.ม.*, อมรรัตน์ ฝาละศรี, พย.ม.*

ลนาไพร ขวาทไทย, วท.ม.* และ รัตนเพ็ญพร ศิริวัลลภ, วท.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัยภายใต้สถานการณ์โควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น ใช้การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง 385 คน ได้มาจากการสุ่มแบบชั้นภูมิ ประกอบด้วยผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หัวหน้าศูนย์ ครูปฐมวัย และผู้ดูแลเด็ก เครื่องมือคือแบบสอบถามประเมินความต้องการ 5 ด้าน ได้แก่ การบริหารจัดการ การจัดการเรียนรู้ การดูแลสุขภาพและความปลอดภัย บุคลากร และการมีส่วนร่วมของชุมชน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ($IOC = 0.67-1.00$) และทดสอบความเชื่อมั่น (Cronbach's $\alpha = 0.94$) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและดัชนี $PNI_{modified}$

ผลการวิจัยพบความต้องการจำเป็นโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($PNI_{modified} = 0.386$) โดยด้านการบริหารจัดการมีความต้องการสูงสุด (0.434) ต้องพัฒนาการวางแผนเชิงกลยุทธ์ การสร้างแรงจูงใจ และการจัดสรรทรัพยากร รองลงมาคือด้านบุคลากร (0.423) ต้องเน้นการพัฒนาสมรรถนะครู และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน (0.388) ต้องสร้างความร่วมมือแบบหุ้นส่วน

การวิจัยสรุปได้ว่า การพัฒนาระบบบริหารจัดการที่ยืดหยุ่น การยกระดับศักยภาพครู และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นความต้องการจำเป็นเร่งด่วนในการยกระดับคุณภาพศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้พร้อมรับมือกับความท้าทายในยุคโควิด-19 ประจำถิ่น และสนับสนุนพัฒนาการเด็กได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความต้องการจำเป็น การบริหารจัดการ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การศึกษาปฐมวัย โควิด-19 ประจำถิ่น

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

Corresponding Email: anucha_p1989@cpru.ac.th

(Received: May 12, 2025; Revised: August 31, 2025; Accepted: September 1, 2025)

Needs Assessment of Early Childhood Development Center Administration for Promoting Age-Appropriate Child Development in the Context of COVID-19 Endemic

Anucha Promkanya, MN.S*, Amornrat Plalasri, MN.S*

Lanaprai Khwathai, M.Sc*, & Rattanapenporn Siriwallop, M.Sc*

Abstract

This research aimed to assess the needs for managing early childhood development centers to promote age-appropriate child development under the endemic COVID-19 situation. A cross-sectional survey research design was employed with a sample of 385 participants obtained through stratified random sampling, comprising local government administrators, center directors, early childhood teachers, and child caregivers. The research instrument was a needs assessment questionnaire covering five dimensions: management, learning management, health and safety care, personnel, and community participation. The instrument was validated by experts (IOC = 0.67-1.00) and tested for reliability (Cronbach's alpha = 0.94). Data were analyzed using descriptive statistics and the PNI_{modified} index.

The findings revealed that overall needs were at a high level (PNI_{modified} = 0.386). The management dimension showed the highest need (0.434), requiring development in strategic planning, staff motivation, and resource allocation. This was followed by the personnel dimension (0.423), which emphasized the need for enhancing teacher competency, and the community participation dimension (0.388), which required establishing partnership-based collaboration.

The research concluded that developing flexible management systems, enhancing teacher capacity, and promoting intensive community participation are urgent needs for strengthening early childhood development centers in the endemic COVID-19 era and appropriately supporting child development. These findings provide crucial insights for upgrading the quality of early childhood education to meet new challenges effectively.

Keywords: needs assessment administration early childhood development center
early childhood education COVID-19 endemic

*Faculty of Nursing, Chaiphum Rajabhat University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 และยังคงดำเนินมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงทั่วโลก โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และการศึกษา สำหรับประเทศไทย มีรายงานผู้ติดเชื้อสะสมกว่า 4.5 ล้านราย และเสียชีวิตมากกว่า 30,000 ราย นับเป็นหนึ่งในประเทศที่ได้รับผลกระทบหนักที่สุดแห่งหนึ่งของภูมิภาค (Department of Disease Control, 2022) ด้านการศึกษา มีการปิดสถานศึกษาทุกระดับทั่วประเทศเป็นระยะเวลานานกว่า 1 ปี เพื่อควบคุมการแพร่ระบาด ส่งผลให้เด็กนักเรียนกว่า 13 ล้านคนจำเป็นต้องหยุดการเรียนในห้องเรียน และหันมาใช้ในการเรียนการสอนแบบออนไลน์แทน (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงศึกษาธิการ, 2564) การหยุดชะงักทางการศึกษานี้ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และพัฒนาการของเด็กแล้ว ยังมีผลต่อพัฒนาการทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมอีกด้วย เนื่องจากเด็กขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับครูและเพื่อน ขาดพื้นที่การเรียนรู้ ขาดการทำกิจกรรมที่หลากหลาย รวมถึงประสบปัญหาความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต (Zhao et al., 2020; คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ, 2564) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับปฐมวัย ซึ่งเป็นช่วงวัยที่สำคัญที่สุดต่อการวางรากฐานพัฒนาการในทุกด้าน ตั้งแต่ทักษะพื้นฐานไปจนถึงบุคลิกภาพและพฤติกรรม การถูกจำกัดการจัดประสบการณ์เรียนรู้ที่มีคุณภาพจากครูปฐมวัยเป็นเวลานานส่งผลกระทบรุนแรงต่อเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ Pratiwi et al. (2021) ในอินโดนีเซีย ที่พบว่าเด็กปฐมวัยที่ต้องหยุดเรียนจากการปิดสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นระยะเวลานานกว่า 6 เดือนในช่วงการแพร่ระบาด มีพัฒนาการด้านภาษา อารมณ์ สังคม และกล้ามเนื้อมัดเล็กล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับเด็กวัยเดียวกันที่ได้รับการฝึกประสบการณ์ตามปกติ นอกจากนี้ การศึกษาของ Szente (2020) ยังชี้ว่าการจัดการเรียนการสอนทางไกลสำหรับเด็กเล็กนั้นทำได้ยากและมีข้อจำกัดมากกว่าในระดับอื่นๆ เนื่องจากต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ปกครอง และการปฏิสัมพันธ์แบบตัวต่อตัวกับครูและเพื่อนมีความสำคัญมากในช่วงปฐมวัย เมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดเริ่มคลี่คลายลง และมีการประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั่วประเทศได้ทยอยเปิดทำการตามปกติ โดยยังคงมีมาตรการป้องกันควบคุมโรคตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ความท้าทายในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้สถานการณ์โควิด ยังคงมีอยู่หลายประการ ทั้งด้านการจัดสรรงบประมาณที่จำกัด การจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ในวิถี New Normal การประสานความร่วมมือกับผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพครูให้พร้อมรับมือกับความเปลี่ยนแปลง (วีระศักดิ์ ปัญญาสุข และคณะ, 2565)

ครูปฐมวัยในฐานะผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการอบรมเลี้ยงดูและจัดประสบการณ์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จึงต้องมีการปรับตัวและเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบหลังการแพร่ระบาด โดยจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้เต็มศักยภาพในวิถีชีวิตแบบใหม่ (Kekkonen & Alasuutari, 2022; วราภรณ์ ฤทัยพานิช, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของ Papadopoulou et al. (2022) ในยุโรป พบว่าครูปฐมวัยมีความต้องการด้านการพัฒนาทักษะดิจิทัล เทคนิคการประเมินพัฒนาการ การส่งเสริมสุขภาวะจิตของเด็ก และการสร้างความร่วมมือกับพ่อแม่ เพื่อรับมือกับโลกหลังการแพร่ระบาดโควิด-19 ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

สำหรับจังหวัดชัยภูมิเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีเด็กปฐมวัยในความดูแลของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นจำนวนมาก กระจายอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกว่า 640 แห่ง ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาลตำบล (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2565) ในช่วงที่ผ่านมา การประเมินผลกระทบของโควิด-19 ต่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดชัยภูมิเบื้องต้น พบว่า เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกว่า 18,500 คน ได้รับผลกระทบด้านพัฒนาการจากการหยุดการให้บริการชั่วคราวและมาตรการจำกัดกิจกรรมในช่วงการแพร่ระบาด โดยพบเด็กร้อยละ 22 มีพัฒนาการล่าช้ากว่าวัยในด้านใดด้านหนึ่ง โดยเฉพาะด้านภาษา อารมณ์ จิตใจ และสังคม นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นต้องเร่งฟื้นฟูพัฒนาการเด็กที่ได้รับผลกระทบ ปรับกระบวนการจัดประสบการณ์เรียนรู้ของครูปฐมวัยให้สอดคล้องกับวิถี New Normal มากขึ้น (ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย, 2565) อีกทั้งยังมีการประเมินของกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (2565) พบความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการศึกษาระดับปฐมวัยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดที่ผ่านมา โดยเด็กจากครอบครัวที่มีฐานะยากจนในจังหวัดชัยภูมิเข้าไม่ถึงการเรียนออนไลน์ถึงร้อยละ 67 ขาดอุปกรณ์การเรียน ขาดผู้ดูแล และมีผู้ปกครองตกงานสูงถึงร้อยละ 45 จึงควรให้ความสำคัญในการสนับสนุนครูเพื่อปรับวิธีดูแลและกระตุ้นพัฒนาการให้เด็กกลุ่มเปราะบางเป็นพิเศษ

จากข้อมูลสะท้อนความท้าทายและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเด็กปฐมวัย ครู และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในช่วงหลังการแพร่ระบาด การประเมินความต้องการจำเป็นในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้ การประเมินความต้องการจำเป็นควรครอบคลุมด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการ เช่น การจัดสรรงบประมาณ การจัดสภาพแวดล้อม และการสื่อสารกับผู้ปกครอง 2) ด้านการจัดการเรียนรู้ เช่น การปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับพัฒนาการเด็กและบริบท New Normal การใช้สื่อเทคโนโลยีที่เหมาะสม 3) ด้านการดูแลสุขภาพและความปลอดภัย เช่น มาตรการคัดกรอง การจัดการเมื่อพบเด็กป่วย การสร้างความมั่นใจให้ผู้ปกครอง 4) ด้านบุคลากร เช่น การพัฒนาทักษะครูในด้านการจัดการเรียนรู้แบบใหม่ การดูแลใส่ใจสุขภาวะจิตใจครู และ 5) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การสื่อสารสร้างความเข้าใจกับชุมชน การระดมทรัพยากรจากแหล่งต่างๆ ในชุมชน เป็นต้น โดยการประเมินควรพิจารณาทั้งสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เทียบกับสภาพที่คาดหวังในแต่ละด้าน เพื่อวิเคราะห์ช่องว่างและความต้องการจำเป็นที่แท้จริง

ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาศักยภาพครูปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดชัยภูมิภายหลังสถานการณ์โควิด-19 กลายเป็นโรคประจำถิ่น เพื่อให้สามารถปรับตัวในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้แก่เด็กภายใต้บริบทที่เปลี่ยนแปลง ทั้งด้านการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม การวิจัยนี้จึงมุ่งประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพครูปฐมวัยจังหวัดชัยภูมิ โดยศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความต้องการจำเป็นในด้านต่างๆ ผ่านกระบวนการประเมินที่เป็นระบบ โดยใช้ดัชนีความต้องการจำเป็นปรับแก้ (PNI_{modified} Index) ซึ่งเป็นเครื่องมือทางสถิติที่ช่วยให้สามารถเปรียบเทียบค่าระหว่างสภาพที่เป็นจริง (What Is) กับสภาพที่คาดหวัง (What Should Be) ได้อย่างชัดเจน และคำนวณลำดับความสำคัญของความต้องการในแต่ละด้านอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ ผลการศึกษาจะนำไปสู่การวางแผนกลยุทธ์และกำหนดแนวทางการพัฒนาที่ตรงกับความต้องการจำเป็นที่แท้จริง เพื่อยกระดับคุณภาพการจัดการศึกษาปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยในระยะยาว

การศึกษาปฐมวัยนับเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนามนุษย์ โดยมีงานวิจัยจำนวนมากยืนยันว่าการลงทุนในการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพ จะส่งผลต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และความเจริญก้าวหน้าของประเทศในระยะยาว (Heckman et al., 2013; สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2561) ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพการจัดการศึกษาปฐมวัยในช่วงหลังการแพร่ระบาดโควิด-19 จึงเป็นโจทย์สำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการ โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพครูปฐมวัยซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อน การศึกษาความต้องการจำเป็นครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการสร้างฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาครูปฐมวัยและการยกระดับคุณภาพการจัดการศึกษาปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างเป็นรูปธรรม อันจะเป็นรากฐานสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและอนาคตของประเทศชาติต่อไป

คำถามการวิจัย

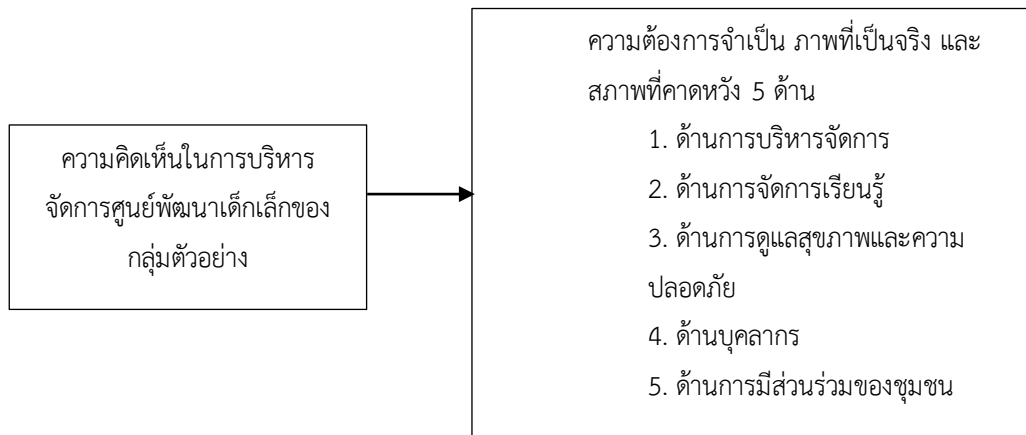
1. สภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังของการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัยในจังหวัดชัยภูมิภายใต้สถานการณ์โควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่นเป็นอย่างไร
2. ความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงกับสภาพที่คาดหวังในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัยภายใต้สถานการณ์โควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่นในแต่ละด้านเป็นอย่างไร
3. ด้านใดของการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัยภายใต้สถานการณ์โควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่นมีความต้องการจำเป็นในการพัฒนาเร่งด่วนที่สุดตามดัชนี PNI_{modified}
4. แนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัยในบริบทโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่นควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัยของผู้บริหาร ครูปฐมวัย และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ภายใต้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคประจำถิ่นในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งประเมินความต้องการจำเป็นในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย ภายใต้บริบทของสถานการณ์โควิด-19 ที่กลายเป็นโรคประจำถิ่น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินความต้องการจำเป็น ของ Kaufman (1972) ซึ่งพิจารณาความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริง กับสภาพที่คาดหวัง เพื่อระบุช่องว่างของการจัดบริการที่ต้องได้รับการพัฒนา ในการประเมินความต้องการจำเป็น ผู้วิจัยมุ่งเน้นที่ปัจจัยสำคัญในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการทั่วไป 2) ด้านการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ 3) ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย 4) ด้านบุคลากร และ 5) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยพิจารณาทั้งสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันและสภาพที่คาดหวังภายใต้บริบทการแพร่ระบาดของโควิด-19 ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานของศูนย์ในแต่ละด้าน การศึกษานี้จะทำให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนความต้องการจำเป็นที่แท้จริงของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการปรับตัวและยกระดับคุณภาพการจัดบริการ ภายใต้ความท้าทายและโอกาสที่เกิดขึ้นหลังจากการแพร่ระบาดของโควิด-19



ภาพที่ 1 กรอบในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจ รูปแบบการสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในช่วง 5 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 31 ธันวาคม 2567 เพื่อประเมินสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังของความต้องการในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดชัยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูปฐมวัย และผู้ดูแลเด็ก ซึ่งกระจายอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 640 แห่งทั่วจังหวัด โดยผู้วิจัยใช้ข้อมูลจำนวนบุคลากรจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ณ ปีงบประมาณ 2565 ซึ่งเป็นข้อมูลล่าสุด ในการประมาณการจำนวนประชากรในแต่ละกลุ่ม

2. กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% คำนวณจากประชากรโดยประมาณข้างต้น ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 359 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการประมาณการจำนวนประชากร ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บข้อมูลจริงที่ 400 คน ซึ่งสูงกว่าขนาดขั้นต่ำที่คำนวณได้

การสุ่มตัวอย่าง การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยแบ่งประชากรเป็น 4 ชั้นภูมิตามประเภทบุคลากร ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูปฐมวัย และผู้ดูแลเด็ก จากนั้นจัดสรรขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิแบบเป็นสัดส่วน (Proportional Allocation) ตามสัดส่วนของประชากรแต่ละกลุ่มที่ประมาณการไว้ โดยได้ขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิดังนี้ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 15 คน หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 40 คน ครูปฐมวัย 235 คน และผู้ดูแลเด็ก 110 คน

ในขั้นตอนสุดท้าย ผู้วิจัยใช้การสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีจับสลากร่วมกับการสุ่มแบบมีระบบ ในแต่ละชั้นภูมิ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่กระจายและครอบคลุมบุคลากรจากทุกองค์ประกอบส่วนท้องถิ่นที่มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัด โดยมีอัตราการตอบกลับแบบสอบถามร้อยละ 96.25 ผลการเก็บข้อมูลจริงจึงได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 385 คน เป็นผู้บริหาร องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 14 คน หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 39 คน ครูปฐมวัย 229 คน และผู้ดูแลเด็ก 103 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือหลักที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยนี้ ได้แก่ แบบสอบถามประเมินความต้องการจำเป็นในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยครอบคลุม 5 มิติสำคัญ ได้แก่ 1) การบริหารจัดการ 2) การจัดการเรียนรู้ 3) การดูแลสุขภาพและความปลอดภัย 4) บุคลากร และ 5) การมีส่วนร่วมของชุมชน มีลักษณะเป็น เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับตามแนวคิดของลิเคิร์ท โดยกำหนดค่าคะแนนจาก 5 ถึง 1 หมายถึง มีการปฏิบัติมากที่สุดถึงน้อยที่สุดตามลำดับ ใช้รูปแบบการตอบสนองแบบคู่ (Dual-Response Format) ในการประเมินทั้งสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ของแบบสอบถามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังมีค่าระหว่าง 0.67-1.00 โดยมีข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่าเกณฑ์ 0.50 จำนวน 2 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว จึงเหลือข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 45 ข้อ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังทดสอบความเชื่อมั่น ของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้ กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน แล้ววิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่า แบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ 0.94 และรายด้านมีค่าระหว่าง 0.85-0.92 แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง เหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE67-2-003 เมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2567 โดยยึดหลักจริยธรรมตามรายงานเบลมอนต์ ซึ่งครอบคลุมหลักความเคารพในบุคคล ผ่านการให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา หลักคุณประโยชน์ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนอย่างชัดเจนพร้อมให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม และหลักความยุติธรรม ด้วยการรักษาความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อปกป้องสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเคร่งครัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากการเตรียมแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว และทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังสำนักงานท้องถิ่นจังหวัดชัยภูมิ องค์การบริหารส่วนตำบล และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยจัดอบรมผู้ช่วยวิจัยให้เข้าใจวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บข้อมูลที่ต้องการ จากนั้นแบ่งพื้นที่รับผิดชอบให้ผู้ช่วยวิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูล โดยประสานงานกับผู้บริหารและหัวหน้าศูนย์เพื่อนัดหมาย ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ดำเนินการจนครบ 385 ฉบับ

3. หลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมกันตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม คัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ จัดระเบียบข้อมูล ลงรหัส และเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติตามวัตถุประสงค์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติร้อยละ และค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำมาหาค่าคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสถิติต่าง ๆ เป็นรายข้อในแต่ละมิตินำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินระดับความคิดเห็น เพื่อหาค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อและรายด้าน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1981) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง สภาพที่เป็นจริง สภาพที่คาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง สภาพที่เป็นจริง สภาพที่คาดหวังอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง สภาพที่เป็นจริง สภาพที่คาดหวังอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง สภาพที่เป็นจริง สภาพที่คาดหวังอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง สภาพที่เป็นจริง สภาพที่คาดหวังอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การวิเคราะห์ด้วยดัชนี $PNI_{modified}$ ตามแนวคิดของสุวิมล ว่องวาณิช (2550) ซึ่งเป็นวิธีการที่ปรับปรุงจากสูตร PNI ดั้งเดิม โดยหาค่าผลต่างของสภาพที่คาดหวังกับสภาพที่เป็นจริง (I-D) แล้วหารด้วยสภาพที่เป็นจริง (D) เพื่อควบคุมขนาดของความต้องการจำเป็นให้อยู่ในพิสัยที่ไม่มากเกินไป มีสูตรการคำนวณดังนี้

$$PNI_{modified} = \frac{I-D}{D}$$

โดยที่

I (Importance) หมายถึง ระดับของสภาพที่คาดหวัง

D (Degree of Success) หมายถึง ระดับของสภาพที่เป็นจริง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

สามารถสรุปลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 87.50 มีอายุเฉลี่ย 38.60 ปี ($SD = 9.20$ ปี) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุดร้อยละ 63.20 โดยร้อยละ 81.70 มีวุฒิการศึกษาตรงตามสาขาวิชาชีพปฐมวัย ด้านตำแหน่งงานในปัจจุบัน พบว่า ร้อยละ 59.50 เป็นครูปฐมวัย รองลงมาคือผู้ดูแลเด็กร้อยละ

26.80 หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กร้อยละ 10.10 และผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร้อยละ 3.60 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบันน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 41.20) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดร้อยละ 95.30 สังกัดองค์กรบริหารส่วนตำบล โดยปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดเล็กที่มีเด็กไม่เกิน 50 คนมากที่สุดร้อยละ 49.6 ตามด้วยศูนย์ขนาดกลาง 51-80 คน ร้อยละ 34.3 และศูนย์ขนาดใหญ่ 81-100 คน ร้อยละ 16.1

2. ผลการประเมินสภาพปัจจุบัน สภาพที่คาดหวัง และการวิเคราะห์ลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยรวมและรายด้าน

ผลการประเมินสภาพปัจจุบันโดยภาพรวม พบว่า การบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.29, SD= 0.96$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นสูงสุดได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพและความปลอดภัย ($M=3.48, SD= 0.96$) รองลงมา ได้แก่ ด้านการจัดการเรียนรู้ ($M=3.44, SD= 0.91$) และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ($M=3.20, SD= 1.04$) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการบริหารจัดการ ($M=3.16, SD= 0.98$)

ส่วนสภาพที่คาดหวัง ผลการประเมินโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.56, SD= 0.79$) โดยทุกด้านมีค่าเฉลี่ยในระดับมากที่สุดและใกล้เคียงกัน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพและความปลอดภัย ($M=4.67, SD= 0.77$) รองลงมา คือ ด้านการจัดการเรียนรู้ ($M=4.66, SD= 0.63$) และด้านการบริหารจัดการ ($M=4.53, SD= 0.77$) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ($M=4.44, SD= 0.91$)

เมื่อพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นโดยใช้ดัชนี $PNI_{modified}$ พบว่า โดยภาพรวมการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีค่าดัชนี $PNI_{modified}$ เท่ากับ 0.386 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (0.3) ถือว่ามีความต้องการจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องได้รับการพัฒนา เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ดัชนี $PNI_{modified}$ มีค่าระหว่าง 0.342 - 0.434 โดย 3 ลำดับแรกของความต้องการจำเป็น ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ (0.434) ด้านบุคลากร (0.423) และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน (0.388) ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 3 ด้านนี้ถือเป็นความต้องการจำเป็นเร่งด่วน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ดัชนีลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหลังสถานการณ์โควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น จังหวัดชัยภูมิ โดยรวมและรายด้าน

ประเด็น	สภาพปัจจุบัน		สภาพที่คาดหวัง		PNI _{modified} (I-D)/D	ลำดับความ ต้องการ จำเป็น
	(D)		(I)			
	M	SD	M	SD		
1. ด้านการบริหารจัดการ	3.16	0.98	4.53	0.77	0.434	1
2. ด้านการจัดการเรียนรู้	3.44	0.91	4.66	0.63	0.355	4
3. ด้านการดูแลสุขภาพและความปลอดภัย	3.48	0.96	4.67	0.77	0.342	5
4. ด้านบุคลากร	3.17	0.91	4.51	0.87	0.423	2
5. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน	3.20	1.04	4.44	0.91	0.388	3
โดยภาพรวม	3.29	0.96	4.56	0.79	0.386	

หมายเหตุ $PNI_{modified} > 0.30$ หมายถึง มีความต้องการจำเป็นเร่งด่วน จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข

3. ผลการประเมินสภาพปัจจุบัน สภาพที่คาดหวัง และการวิเคราะห์ลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พิจารณาจำแนกเป็นรายด้าน

1. **ด้านการบริหารจัดการ** โดยภาพรวม การบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีค่าดัชนี $PNI_{modified}$ เท่ากับ 0.434 ซึ่งถือเป็นความต้องการจำเป็นในระดับค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ดัชนี $PNI_{modified}$ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.351 - 0.494 โดย 3 ลำดับแรกของความต้องการจำเป็น ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของท่านมีการจัดทำแผนเฝ้าระวังโรคติดต่อประจำถิ่นอย่างเป็นระบบ (0.494) ผู้บริหารสร้างขวัญกำลังใจให้บุคลากรในการดูแลสุขภาพเด็กอย่างต่อเนื่อง (0.483) และผู้บริหารจัดสรรงบประมาณสำหรับวัสดุอุปกรณ์ด้านสุขอนามัยอย่างเพียงพอ (0.470) ตามลำดับ ทั้ง 3 ข้อนี้ถือเป็นความต้องการจำเป็นเร่งด่วน

2. **ด้านการจัดการเรียนรู้** ในภาพรวม การจัดการเรียนรู้มีค่าดัชนี $PNI_{modified}$ เท่ากับ 0.355 ซึ่งถือว่าเป็นความต้องการจำเป็นในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ดัชนี $PNI_{modified}$ มีค่าระหว่าง 0.288 - 0.440 โดย 3 ลำดับแรกของความต้องการจำเป็น คือ ครูจัดกิจกรรมสร้างความเข้าใจเรื่องการป้องกันโรคติดต่อให้เด็กผ่านนิทานและการเล่นเกมบทบาทสมมติ (0.440) ครูใช้สื่อดิจิทัลในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ (0.426) และครูประเมินพัฒนาการเด็กด้วย DSPMอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (0.425) ถือเป็นความต้องการจำเป็นเร่งด่วนเช่นกัน

3. **ด้านการดูแลสุขภาพและความปลอดภัย** โดยภาพรวม ด้านการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยมีค่าดัชนี $PNI_{modified}$ เท่ากับ 0.342 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ดัชนี $PNI_{modified}$ อยู่ระหว่าง 0.251 - 0.452 โดย 3 ลำดับแรกของความจำเป็น ได้แก่ เจ้าหน้าที่คัดกรองสุขภาพเด็กและบุคลากรก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกวัน (0.452) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นที่เสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ (0.447) และแม่ครัวจัดเตรียมอาหารตามหลักสุขาภิบาลอาหารอย่างเคร่งครัด (0.434) ตามลำดับ ถือเป็นความต้องการจำเป็นเร่งด่วนในระดับค่อนข้างสูง

4. **ด้านบุคลากร** ภาพรวมด้านบุคลากรมีค่าดัชนี $PNI_{modified}$ เท่ากับ 0.423 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ดัชนี $PNI_{modified}$ มีค่าระหว่าง 0.387 - 0.455 โดย 3 ความต้องการจำเป็นเร่งด่วนลำดับแรก ได้แก่ ครูมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการดูแลสุขภาพระหว่างกัน (0.455) ครูจัดพื้นที่นั่งทำกิจกรรมและรับประทานอาหารโดยเว้นระยะห่างระหว่างเด็กอย่างเหมาะสม (0.434) และบุคลากรได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอ (0.433) ตามลำดับ

5. **ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน** ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนมีค่าดัชนี $PNI_{modified}$ ในภาพรวมเท่ากับ 0.388 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ดัชนี $PNI_{modified}$ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.321 - 0.462 โดย 3 ลำดับแรกของความต้องการจำเป็น ได้แก่ ผู้ปกครองให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพเด็กตามแนวทางของศูนย์ฯ (0.462) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพร่วมกับชุมชน (0.459) และชุมชนสนับสนุนทรัพยากรในการดูแลสุขภาพเด็กอย่างสม่ำเสมอ (0.458) ตามลำดับ ถือว่าเป็นความต้องการจำเป็นเร่งด่วนในระดับค่อนข้างสูงเช่นกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ดัชนีลำดับความต้องการจำเป็นในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหลังสถานการณ์โควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น จังหวัดชัยภูมิ รายชื่อ (n=380)

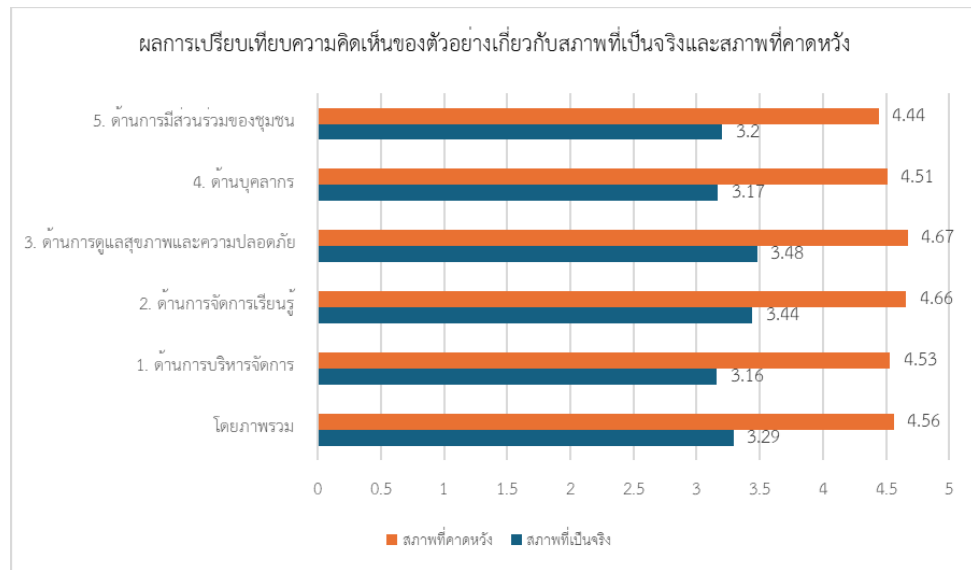
ประเด็น	สภาพปัจจุบัน		สภาพที่คาดหวัง		PNI _{modified} (I-D)/D	ลำดับ ความ ต้องการ จำเป็น
	(D)		(I)			
	M	SD	M	SD		
1. ด้านการบริหารจัดการ						
1.1 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของท่านมีการจัดทำแผน เฝ้าระวังโรคติดต่อประจำถิ่น	3.02	0.94	4.51	0.88	0.494	1
1.2 ผู้บริหารจัดการสรรงบประมาณสำหรับวัสดุ อุปกรณ์ด้านสุขอนามัยอย่างเพียงพอ	2.98	0.95	4.38	0.92	0.470	3
1.3 ผู้บริหารติดตามและประเมินผลการ ดำเนินงานด้านสุขภาพอนามัยอย่างต่อเนื่อง	3.19	1.15	4.42	0.9	0.386	7
1.4 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีระบบการจัดการเมื่อพบ ผู้ติดเชื้อที่ชัดเจนและปฏิบัติได้จริง	3.35	0.68	4.8	0.32	0.433	5
1.5 ผู้บริหารนำข้อมูลด้านสุขภาพมาใช้ในการ พัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างสม่ำเสมอ	3.08	1.17	4.46	0.89	0.448	4
1.6 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการบริหารจัดการความ เสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ	3.21	1.14	4.53	0.86	0.411	6
1.7 ผู้บริหารสร้างขวัญกำลังใจให้บุคลากรในการ ดูแลสุขภาพเด็กอย่างต่อเนื่อง	3.02	0.94	4.48	0.90	0.483	2
1.8 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีแผนรองรับสถานการณ์ ฉุกเฉินด้านสุขภาพที่ชัดเจน	3.28	0.72	4.75	0.35	0.448	4
1.9 ผู้บริหารส่งเสริมให้บุคลากรพัฒนาความรู้ ด้านการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	3.28	1.13	4.43	0.91	0.351	8
เฉลี่ยรวมรายด้าน	3.16	0.98	4.53	0.77	0.434	
2. ด้านการจัดการเรียนรู้						
2.1 ครูจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบ Active Learning ที่เหมาะสมกับวัยของเด็ก	3.47	1.08	4.55	0.85	0.311	7
2.2 ครูจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับ สถานการณ์โรคประจำถิ่น	3.38	1.11	4.49	0.88	0.328	5
2.3 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อ ต่อการเรียนรู้อย่างปลอดภัย	3.52	1.06	4.62	0.81	0.313	6

ประเด็น	สภาพปัจจุบัน (D)		สภาพที่คาดหวัง (I)		PNI _{modified} (I-D)/D	ลำดับ ความ ต้องการ จำเป็น
	M	SD	M	SD		
2.4 ครูใช้สื่อดิจิทัลในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ เรียนรู้สร้างสรรค์	3.40	0.75	4.85	0.33	0.426	2
2.5 ครูจัดกิจกรรมสอนเด็กกล้ามมือ 7 ขั้นตอนผ่าน การเล่นและเพลงอย่างสม่ำเสมอ	3.55	1.05	4.58	0.83	0.290	8
2.6 ครูจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการทั้ง 4 ด้าน อย่างสมดุล	3.61	1.03	4.65	0.79	0.288	9
2.7 ครูจัดกิจกรรมสร้างความเข้าใจเรื่องการ ป้องกันโรคติดต่อให้เด็กผ่านนิทานและการเล่น บทบาทสมมติ	3.32	0.7	4.78	0.38	0.440	1
2.8 ครูประเมินพัฒนาการเด็กด้วย DSPM อย่าง เป็นระบบและต่อเนื่อง	3.35	0.68	4.77	0.35	0.425	3
2.9 ครูจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ตนเองของเด็ก	3.35	0.72	4.68	0.48	0.397	4
เฉลี่ยรวมรายด้าน	3.44	0.91	4.66	0.63	0.355	
3. ด้านการดูแลสุขภาพและความปลอดภัย						
3.1 เจ้าหน้าที่คัดกรองสุขภาพเด็กและบุคลากร ก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกวัน	3.25	0.85	4.72	0.74	0.452	1
3.2 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการทำความสะอาดและ ฆ่าเชื้อพื้นที่เสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ	3.20	0.88	4.63	0.81	0.447	2
3.3 แม่ครัวจัดเตรียมอาหารตามหลักสุขาภิบาล อาหารอย่างเคร่งครัด	3.22	0.86	4.60	0.83	0.434	3
3.4 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีระบบการจัดการขยะติด เชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ	3.58	1.02	4.66	0.76	0.303	7
3.5 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีจุดคัดกรองและตรวจวัด อุณหภูมิเด็กและผู้ปกครองก่อนเข้าศูนย์ทุกวัน	3.69	1.01	4.69	0.76	0.271	8
3.6 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดให้มีจุดล้างมือพร้อมสบู่ อย่างเพียงพอ	3.82	0.96	4.78	0.69	0.251	9
3.7 เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลสุขภาพของเด็กอย่าง ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน	3.65	0.96	4.78	0.69	0.309	5

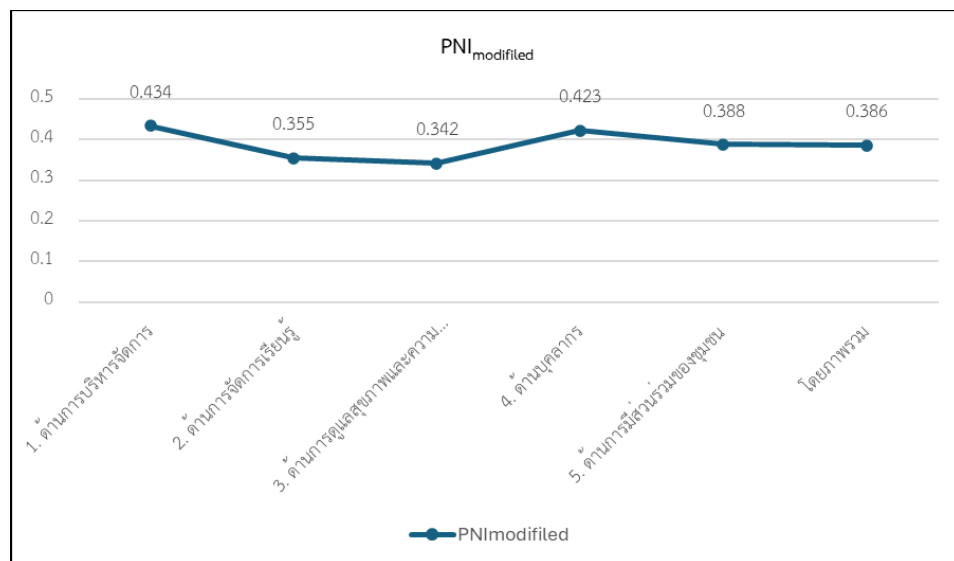
ประเด็น	สภาพปัจจุบัน (D)		สภาพที่คาดหวัง (I)		PNI _{modified} (I-D)/D	ลำดับ ความ ต้องการ จำเป็น
	M	SD	M	SD		
3.8 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการซ่อมแผนรับมือเหตุฉุกเฉินด้านสุขภาพ	3.32	1.11	4.56	0.84	0.373	4
3.9 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดเตรียมอุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้นอย่างครบถ้วน	3.56	1.02	4.64	0.80	0.304	6
เฉลี่ยรวมรายด้าน	3.48	0.96	4.67	0.77	0.342	
4. ด้านบุคลากร						
4.1 ผู้บริหารจัดอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพแก่บุคลากรอย่างสม่ำเสมอ	3.22	0.89	4.50	0.88	0.398	8
4.2 บุคลากรมีความรู้ในการดูแลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพเฉพาะด้าน	3.15	0.92	4.37	0.93	0.387	9
4.3 ครูและบุคลากรได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิตจากผู้เชี่ยวชาญ	3.10	0.94	4.41	0.91	0.423	7
4.4 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดหาอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลให้บุคลากรอย่างเพียงพอ	3.18	0.90	4.54	0.86	0.428	6
4.5 ครูจัดพื้นที่นั่งทำกิจกรรมและรับประทานอาหารโดยเว้นระยะห่างระหว่างเด็กอย่างเหมาะสม	3.20	0.88	4.59	0.83	0.434	2
4.6 บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอ	3.12	0.93	4.47	0.90	0.433	3
4.7 ครูสามารถประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของเด็กได้อย่างถูกต้อง	3.16	0.91	4.52	0.87	0.430	5
4.8 บุคลากรปฏิบัติตามมาตรการด้านสุขอนามัยอย่างเคร่งครัด	3.25	0.87	4.65	0.79	0.431	4
4.9 ครูมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการดูแลสุขภาพระหว่างกัน	3.14	0.92	4.57	0.85	0.455	1
เฉลี่ยรวมรายด้าน	3.17	0.91	4.51	0.87	0.423	
5. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน						
5.1 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง	3.15	0.92	4.53	0.86	0.438	4

ประเด็น	สภาพปัจจุบัน (D)		สภาพที่คาดหวัง (I)		PNI _{modified} (I-D)/D	ลำดับ ความ ต้องการ จำเป็น
	M	SD	M	SD		
5.2 ผู้ปกครองให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ เด็กตามแนวทางของศูนย์	3.12	0.94	4.56	0.84	0.462	1
5.3 ชุมชนสนับสนุนทรัพยากรในการดูแลสุขภาพ เด็กอย่างสม่ำเสมอ	3.08	0.95	4.49	0.89	0.458	3
5.4 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดกิจกรรมรณรงค์ด้าน สุขภาพร่วมกับชุมชน	3.05	0.96	4.45	0.91	0.459	2
5.5 ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและ รายงานความเสี่ยงด้านสุขภาพของเด็ก	3.29	1.12	4.40	0.92	0.337	7
5.6 หน่วยงานในชุมชนให้การสนับสนุนด้าน ความรู้และวิชาการแก่ศูนย์	3.24	1.14	4.36	0.94	0.346	6
5.7 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดประชุมร่วมกับ ผู้ปกครองด้านการดูแลสุขภาพเด็กอย่างสม่ำเสมอ	3.36	1.10	4.44	0.91	0.321	9
5.8 ชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินผลการ ดำเนินงานด้านสุขภาพของศูนย์	3.19	1.15	4.32	0.96	0.354	5
5.9 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีเครือข่ายความร่วมมือ ด้านสุขภาพในชุมชนที่เข้มแข็ง	3.31	1.12	4.40	0.93	0.329	8
เฉลี่ยรวมรายด้าน	3.20	1.04	4.44	0.91	0.388	

หมายเหตุ PNI_{modified} > 0.30 หมายถึง มีความต้องการจำเป็นเร่งด่วน จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข



ภาพที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นของตัวอย่างเกี่ยวกับสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังในการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ประกาศเป็นโรคประจำถิ่น



ภาพที่ 3 ดัชนี PNI_{modified} แสดงลำดับความต้องการจำเป็นในการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ประกาศเป็นโรคประจำถิ่น

อภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของผู้บริหาร ครูปฐมวัย และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ภายหลังการประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่นในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงประเด็นสำคัญหลายประการที่สะท้อนความต้องการและลำดับความสำคัญเร่งด่วนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัยในบริบทใหม่นี้

ระดับความต้องการจำเป็นในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($PNI_{modified} = 0.386$) สะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดชัยภูมิกำลังเผชิญในการปรับตัวและยกระดับคุณภาพ การจัดการบริการภายหลังสถานการณ์โควิด-19 กลายเป็นโรคประจำถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ของศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย (2565) ที่พบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนในการฟื้นฟูพัฒนาการเด็กที่ได้รับผลกระทบ ปรับกระบวนการจัดประสบการณ์เรียนรู้ให้สอดคล้องกับวิถี New Normal และเสริมสร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการภายใต้ความปกติใหม่

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน การบริหารจัดการเป็นด้านที่มีความต้องการจำเป็นสูงสุด ($PNI_{modified} = 0.434$) โดยเฉพาะในประเด็นการจัดทำแผนเฝ้าระวังโรคประจำถิ่นอย่างเป็นระบบ การสร้างขวัญกำลังใจให้บุคลากรในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก และการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดชัยภูมิส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณ อีกทั้งยังต้องปรับตัวต่อสถานการณ์โควิดที่ยังคงมีความไม่แน่นอน จึงจำเป็นต้องมีแผนบริหารความเสี่ยงและดูแลกำลังใจของบุคลากรอย่างใกล้ชิด สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (2564) ที่ระบุว่าควรให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการความเสี่ยง การสนับสนุนครูและบุคลากร รวมถึงการสื่อสารสร้างความมั่นใจให้ผู้ปกครองในการส่งบุตรหลานกลับมาเรียนที่ศูนย์อย่างปลอดภัย ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความเข้มแข็งของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการรับมือกับความท้าทายหลังการแพร่ระบาด

การพัฒนาบุคลากรเป็นด้านที่มีความต้องการจำเป็นสูงเป็นลำดับที่สอง ($PNI_{modified} = 0.423$) โดยมีประเด็นสำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพระหว่างครู การจัดระยะห่างทางกายภาพที่เหมาะสม และการตรวจสุขภาพบุคลากรเป็นประจำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดในการเข้าถึงองค์ความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับมาตรการด้านสุขภาพและความปลอดภัยของครูปฐมวัยในช่วงการแพร่ระบาด ประกอบกับความกังวลของบุคลากรเองเกี่ยวกับการปฏิบัติงานท่ามกลางความเสี่ยงของการติดเชื้อ จึงจำเป็นต้องเร่งเสริมสร้างสมรรถนะและความมั่นใจของครูในการจัดการเรียนรู้ท่ามกลางความปกติใหม่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วราภรณ์ ฤชัยพานิช (2564) ที่เสนอแนะว่าการพัฒนาครูปฐมวัยในช่วงหลังการแพร่ระบาดต้องให้ความสำคัญกับการยกระดับความรู้และทักษะด้านสุขภาพ ควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของครูเอง เพื่อให้สามารถจัดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางความไม่แน่นอน

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นความต้องการจำเป็นเร่งด่วนเป็นอันดับที่สาม ($PNI_{modified} = 0.388$) โดยมีลำดับความสำคัญเฉพาะ ได้แก่ การเสริมสร้างความร่วมมือของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพเด็ก การจัดกิจกรรมรณรงค์ร่วมกับชุมชน และการระดมทรัพยากรเพื่อสนับสนุนความเป็นอยู่ที่ดีของเด็ก ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นถึง

ความตระหนักที่เพิ่มขึ้นของบุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดชัยภูมิเกี่ยวกับความสำคัญของการร่วมมือกับผู้ปกครอง และชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ของเด็กในยุควิถีใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bronfenbrenner (1979) ที่เน้นย้ำอิทธิพลของระบบนิเวศวิทยาที่แวดล้อมเด็ก โดยเฉพาะบทบาทสำคัญของครอบครัวและชุมชนในฐานะหุ้นส่วนเชิงกลยุทธ์ในการพัฒนาเด็กปฐมวัย ดังนั้น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของผู้ปกครองและชุมชนผ่านความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ การสื่อสารสองทาง และการระดมทรัพยากร จึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการยกระดับคุณภาพการพัฒนาเด็กปฐมวัยของศูนย์ในบริบทหลังการแพร่ระบาด (รุ่งนภา ตังจิตรเจริญกุล และคณะ, 2565)

ในด้านการจัดการเรียนรู้ ความต้องการจำเป็นที่โดดเด่นที่สุด ได้แก่ การบูรณาการการให้ความรู้ด้านการป้องกันโรคผ่านการเล่น การใช้สื่อดิจิทัลเพื่อการเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ และการประเมินพัฒนาการเด็กอย่างเป็นระบบ ข้อค้นพบเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความพยายามของครูปฐมวัยในการปรับกระบวนการทัศน์และวิธีการจัดประสบการณ์เรียนรู้ให้สอดคล้องกับความต้องการและความท้าทายใหม่ๆ ในยุคหลังการแพร่ระบาด โดยเน้นการบูรณาการองค์ความรู้และทักษะชีวิตที่จำเป็นในรูปแบบที่สอดคล้องกับพัฒนาการ ควบคู่ไปกับการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมและการติดตามความก้าวหน้าของเด็กอย่างใกล้ชิด ซึ่งสอดคล้องกับหลักการจัดการศึกษาปฐมวัยที่มีประสิทธิภาพในศตวรรษที่ 21 ตามที่เสนอโดย National Association for the Education of Young Children (NAEYC, 2020) อย่างไรก็ตาม ในการขับเคลื่อนแนวทางเหล่านี้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำเป็นต้องมีการสนับสนุนที่เพียงพอทั้งในแง่ของการพัฒนาวิชาชีพครู สื่อการเรียนรู้ที่หลากหลาย และระบบประเมินพัฒนาการเด็กที่เชื่อมโยงกับหลักสูตร (กระทรวงศึกษาธิการ, 2560)

สำหรับการจัดการด้านสุขภาพและความปลอดภัย ลำดับความสำคัญแรก ได้แก่ การคัดกรองสุขภาพประจำวัน การฆ่าเชื้อพื้นที่เสี่ยงสูงอย่างสม่ำเสมอ และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติด้านความปลอดภัยของอาหารอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะความกังวลของผู้ปกครองเกี่ยวกับความปลอดภัยของบุตรหลานเมื่อกลับมาเรียนที่ศูนย์ฯ ท่ามกลางการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ ประกอบกับการตระหนักรู้ของบุคลากรเองเกี่ยวกับความสำคัญของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานศึกษา จึงให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับมาตรการคัดกรอง การทำความสะอาดฆ่าเชื้อ และสุขอนามัยอาหารอย่างเข้มงวด เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับเด็กและบุคลากร อย่างไรก็ตาม การดำเนินการเหล่านี้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน รวมถึงการสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์ป้องกัน และองค์ความรู้ที่ทันสมัย จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสถาบันการศึกษา (ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย, 2565)

ผลการประเมินความต้องการจำเป็นนี้ให้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณค่าสำหรับการกำหนดแนวทางการจัดกระทำและนโยบายเพื่อเสริมสร้างการพัฒนาเด็กปฐมวัยในจังหวัดชัยภูมิในขณะที่เผชิญความท้าทายของยุคโควิด-19 ประจักษ์ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าแนวทางที่ครอบคลุมในการจัดการระบบ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การมีส่วนร่วมของชุมชน วิธีการจัดการเรียนรู้ และมาตรการด้านสุขภาพและความปลอดภัย มีความจำเป็นในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัยอย่างมีประสิทธิภาพในบริบทนี้ ในการนำผลการวิจัยไปใช้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาดำเนินการดังนี้ 1) พัฒนาแผนยุทธศาสตร์การบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในระดับจังหวัดที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญตามลำดับความต้องการจำเป็น โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต้นสังกัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ใน

การกำหนดเป้าหมาย มาตรการ และกลไกสนับสนุนที่ชัดเจน (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2565) 2) เสริมสร้างสมรรถนะของครูปฐมวัยในการจัดการเรียนรู้เชิงรุก การดูแลสุขภาวะเด็ก และการทำงานร่วมกับผู้ปกครอง ผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การนิเทศติดตาม และการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้วิชาชีพ โดยอาศัยความร่วมมือจากสถาบันการศึกษาและหน่วยงานพัฒนาครู (สุภัทรา คงเรือง และภารดี อนันต์นาวิ, 2564) 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นระบบ ผ่านการสื่อสารสองทาง การจัดกิจกรรมเสริมทักษะการเป็นผู้ปกครอง และการสร้างเครือข่ายเพื่อระดมทรัพยากรและแบ่งปันแนวปฏิบัติที่ดี โดยการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคม (รุ่งนภา ตั้งจิตเรณูกุล และคณะ, 2565) 4) พัฒนาแนวทางการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่บูรณาการสาระสำคัญ ได้แก่ ทักษะชีวิต สุขอนามัย ความปลอดภัย และการรู้เท่าทันสื่อ ผ่านกิจกรรมที่สอดคล้องกับพัฒนาการ มีความหมาย และกระตุ้นการมีส่วนร่วมของเด็ก โดยอาศัยความเชี่ยวชาญของคณะครุศาสตร์/ศึกษาศาสตร์ในพื้นที่ (กระทรวงศึกษาธิการ, 2560) และ 5) จัดสรรงบประมาณ อุปกรณ์ป้องกัน และสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นอย่างเพียงพอ เพื่อให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสามารถดำเนินมาตรการเฝ้าระวัง คัดกรอง และจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาวะเด็กได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานด้านสาธารณสุข (ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย, 2565)

การจัดการกับความต้องการเหล่านี้ผ่านการแทรกแซงและนโยบายที่มีเป้าหมายชัดเจน สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่นและมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จะเป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการองค์รวมและความเป็นอยู่ที่ดีของเด็กเล็กในความเป็นจริงใหม่ การวิจัยและการประเมินอย่างต่อเนื่องจะมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการปรับปรุงกลยุทธ์และขยายผลแนวทางที่มีประสิทธิผลเพื่อสร้างระบบการศึกษาปฐมวัยที่แข็งแกร่ง ยืดหยุ่น และเสมอภาค สำหรับยุคโรคประจำถิ่นและอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบความต้องการจำเป็นในระดับค่อนข้างสูงในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดชัยภูมิหลังสถานการณ์โควิด-19 กลายเป็นโรคประจำถิ่น โดยเฉพาะในด้านการบริหารจัดการ การพัฒนาบุคลากร การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดการเรียนรู้ และการจัดการ ด้านสุขภาพและความปลอดภัย ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการเพื่อยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยเน้นการเสริมสร้างระบบบริหารความเสี่ยง การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร และการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนผ่านกลยุทธ์ที่หลากหลาย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรใช้ข้อมูลจากการวิจัยในการกำหนดนโยบาย แนวปฏิบัติ และมาตรการสนับสนุนการพัฒนาเด็กปฐมวัยในบริบทโควิด-19 ประจำถิ่น โดยใช้แนวทางเชิงบูรณาการที่ครอบคลุมทุกมิติ มีความยืดหยุ่นตามบริบทพื้นที่ และมีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาวิจัยระยะยาวเพื่อติดตามผลกระทบของสถานการณ์โควิด-19 ต่อพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย รวมถึงประเมินประสิทธิผลของมาตรการและแนวปฏิบัติต่างๆ เพื่อสร้างองค์ความรู้และพัฒนาวัตกรรมการส่งเสริมระบบการศึกษาปฐมวัยที่ยืดหยุ่นและเข้มแข็ง และในการออกแบบการวิจัย

ครั้งต่อไป ควรใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การสุ่มแบบหลายขั้นตอน ร่วมกับการกำหนดขนาดตัวอย่างให้เพียงพอในแต่ละชั้นภูมิ โดยอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสำรวจและจัดทำบัญชีรายชื่อประชากรให้เป็นปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2565). *ข้อมูลศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565*. http://www.dla.go.th/servlet/EbookServlet?category_id=4244
- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2565). *มาตรฐานการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: กองส่งเสริมและพัฒนาการจัดการศึกษาท้องถิ่น.
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). *หลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พุทธศักราช 2560*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565*. ราชกิจจานุเบกษา, 139(224 ง), 42.
- กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา. (2565). *รายงานผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ต่อความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา*. <https://www.eef.or.th/wp-content/uploads/2022/07/EEF-Covid-Impact-on-Education-Inequality.pdf>
- คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ. (2564). (ร่าง) *ยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2564-2570*. https://www.dcy.go.th/webnew/upload/download/file_th_20964.pdf
- คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ. (2564). *แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560 - 2564 ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- รุ่งนภา ตั้งจิตรเจริญกุล และคณะ. (2565). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในช่วงวิกฤตโควิด-19. *วารสารพัฒนาสังคม*, 24(1), 1-24.
- วรารณ ฤชัยพานิช. (2564). การปรับตัวเชิงรุกของครูปฐมวัยในยุควิถีใหม่ (New Normal). *วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 23(2), 399-412.
- วีระศักดิ์ ปัญญาสุข, จุฑามาศ บุญชู, และจิราพร บุญกอบ. (2565). ปัจจัยการบริหารจัดการสถานศึกษาปฐมวัยหลังสถานการณ์โควิด 19 จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิษณุพนธ์*, 17(1), 207-220.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงศึกษาธิการ. (2564). *รายงานผลกระทบของสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด-19 ที่มีต่อการจัดการศึกษาของประเทศไทย*. <https://www.moe.go.th/moe/upload/news20/FileUpload/49859-8297.pdf>

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย. (2565). *ผลการประเมินสถานการณ์ผลกระทบโควิด-19 ต่อพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดชัยภูมิ*.

<https://hpc9.anamai.moph.go.th/web/index.php?mode=research&id=71>

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2561). *แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2579*. กระทรวงศึกษาธิการ.

สุภัทรา คงเรือง และภารดี อนันต์นาวิ. (2564). การศึกษาความต้องการในการพัฒนาตนเองของครูปฐมวัยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 14(2), 145-159.

Best, J. W. (1981). *Research in education (4th ed.)*. Prentice Hall.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Department of Disease Control. (2022). *COVID-19 situation reports*. <https://covid19.ddc.moph.go.th/en>

Heckman, J. J., Pinto, R., & Savelyev, P. (2013). Understanding the Mechanisms Through Which an Influential Early Childhood Program Boosted Adult Outcomes. *American Economic Review*, 103(6), 2052-2086.

Kekkonen, A., & Alasuutari, M. (2022). Striving to maintain ECEC quality in the time of COVID-19: The views of Finnish early childhood education and care directors. *Journal of Early Childhood Research*, 20(1), 95-110.

NAEYC. (2020). *Developmentally Appropriate Practice in Early Childhood Programs Serving Children from Birth Through Age 8 (4th ed.)*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.

Papadopoulou, K., Birbili, M., Liodaki, N., & Martini, A. (2022). COVID-19: Early childhood teachers' perceived stress, needs and concerns about the return to face-to-face teaching. *European Early Childhood Education Research Journal*, 30(1), 104-121.

Pratiwi, S. D., Fauziyah, N., Hanafi, M., & Hidayati, L. (2021). The Impact of COVID-19 on Early Childhood Development in Indonesia. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 13(2), 1180-1187.

Supratikto, G., Kristiyani, N., & Amalia, N. (2022). Early Childhood Education Policy during COVID-19 Pandemic in Indonesia: Challenges and Strategies. *International Journal of Early Childhood*, 54(2), 285-298.

Szente, J. (2020). Live Virtual Sessions with Toddlers and Preschoolers Amid COVID-19: Implications for Early Childhood Teacher Education. *Journal of Technology and Teacher Education*, 28(2), 373-380.

Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis (2nd ed.)*. Harper and Row.

Zhao, Y., Guo, Y., Xiao, Y., Zhu, R., Sun, W., Huang, W., ... & Wu, J. L. (2020). The effects of online homeschooling on children, parents, and teachers of grades 1–9 during the COVID-19 pandemic. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e925591-1.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

นภาพรณ ธงสันเทียะ*

จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, ปร.ด.** และ ขนิษฐา รัตนกัลยา, ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองในรูปแบบการศึกษา 2 กลุ่ม วัดหลังการทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 56 ราย ที่เข้ารับการรักษานอห้องผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ 4C และหอผู้ป่วยเฉียบพลัน 16B คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชธิราช ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มควบคุมจำนวน 28 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองจำนวน 28 ราย ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยวาทีนี สุขมาก และคณะ (2545) 2) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พัฒนาตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม 3) คู่มือเรื่องโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม 4) สื่อวิดีโอต้นแบบสไลด์ลักษณะเรื่อง พฤติกรรมการรับประทานที่เหมาะสม 5) สื่อวิดีโอต้นแบบสไลด์ลักษณะเรื่อง พฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมของจิพร แอชตัน (2551) 6) แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหารเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยชาญฤทธิ์ ตันติสุขุม (2553) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 0.81 7) แบบสอบถามพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจของตานิภา หลานวงศ์ (2558) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบแมน-วิทนียู และสถิติทดสอบทีอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองมีคะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ($M = 59.00$) และการออกกำลังกาย ($M = 43.50$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 37.00$; $M = 21.00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ และควรบูรณาการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับคู่มือความรู้และการใช้ LINE Official Account เพื่อกระตุ้นและติดตามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมถึงพิจารณาบรรจุในกระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังรักษา จัดอบรมบุคลากร และจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดหัวใจ การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Corresponding E-mail: chirapom.tac@cmu.ac.th

(Received: May 24, 2025; Revised: August 12, 2025; Accepted: September 1, 2025)

Effect of a Self-Efficacy Enhancing Program on Dietary and Exercise Behaviors in Patients with Coronary Artery Disease After Receiving Percutaneous Coronary Intervention Treatment

Napapan Thongsantia, *

Chiraporn Tachaudomdach, Ph.D.** & Kanittha Rattanakanlaya, Ph.D.**

Abstract

This study aimed to examine the effects of a self-efficacy enhancing program on dietary and exercise behaviors among patients with coronary artery disease (CAD) after receiving percutaneous coronary intervention (PCI) treatment. This research is a quasi-experimental study using a two-group posttest design. Purposive sampling was used to recruit 56 patients with CAD who had received PCI at Petcharat Cardiac Intensive Care Unit 4C and Petcharat Ward 16B, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, between June 2024 and January 2025. Of these, 28 patients were assigned to a control group that received standard care, while the remaining 28 patients in the experimental group received a self-efficacy enhancing program on dietary and exercise behaviors. The research instruments included: 1) the General Perceived Self-Efficacy Scale, Thai version translated by Sukmak et al. (2001); 2) a self-efficacy enhancing program on dietary and exercise behaviors developed based on the self-efficacy framework by Bandura (1997) in combination with the literature review; 3) a handbook on disease and appropriate health behavior regarding diet and exercise; 4) video media presenting a symbolic model on appropriate eating behavior; 5) video media presenting a symbolic model on appropriate exercise behavior by Ashton (2008); 6) a questionnaire on dietary behavior specific to cardiovascular disease, Thai version translated by Tantikusum (2010). The reliability coefficient of the questionnaire was 0.81; and 7) a questionnaire on exercise behavior of patients with acute myocardial infarction after undergoing coronary angioplasty by Lanwong (2015). The reliability coefficient of the questionnaire was 0.82. Analysis of data was conducted using descriptive statistics, and the Mann-Whitney U and independent t-test.

The findings revealed that the experimental group which received the self-efficacy enhancing program had significantly higher scores for both dietary ($M = 59.00$) and exercise behaviors ($M = 43.50$) compared to the control group ($M = 37.00$; $M = 21.00$) ($p < 0.05$). These results indicate that the program was effective in promoting healthy dietary and exercise behaviors among patients with coronary artery disease after percutaneous coronary intervention. Integration of the program with educational manuals and a LINE Official Account is recommended to stimulate and monitor these health behaviors in this patient group. Furthermore, consideration should be given to incorporating the program into post-treatment rehabilitation, providing staff training, and allocating resources to support sustainable behavior change.

Keywords: coronary artery disease percutaneous coronary intervention a Self-Efficacy Enhancing Program

Dietary and Exercise Behaviors.

* Graduate Student in Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Faculty of Nursing, Chiang Mai University

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease: [CAD]) เป็นโรคเรื้อรังที่ซับซ้อนและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2023) รายงานว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกมากกว่า 17.9 ล้านคนต่อปี โดยมีสัดส่วนกว่าร้อยละ 75 เกิดในประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ รวมถึงภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สำหรับประเทศไทย โรคนี้ติดหนึ่งในห้าของสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุด โดยมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2562–2566 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2568) สะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหาดังกล่าว ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจมีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูการไหลเวียนของเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจอย่างรวดเร็ว โดยวิธีหลักได้แก่ 1) การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention: PCI) และ 2) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft: CABG) (Lawton et al, 2021) ซึ่งการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นวิธีที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้ถึงร้อยละ 90.16 (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2565; Central Chest Institute of Thailand, 2019) สำหรับประเทศไทย แนวโน้มการรักษาด้วยวิธีนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลทะเบียนโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันของประเทศไทย (Thai Registry in Acute Coronary Syndrome) ระหว่างปี 2560–2566 พบผู้ป่วยรวม 3,537–4,882 รายต่อปี ขณะที่ข้อมูลจากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ระหว่างปี 2561–2566 พบจำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ 236–494 รายต่อปี สะท้อนแนวโน้มการรักษาที่ต่อเนื่องและเพิ่มขึ้น (ข้อมูลสถิติคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช, 2566)

ภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยยังเสี่ยงเกิดภาวะตีบซ้ำของหลอดเลือดบริเวณขดลวดค้ำยัน (In-stent restenosis: ISR) และภาวะหัวใจอื่น ๆ โดยความเสี่ยงสูงสุดอยู่ใน 1 ปีแรกหลังการรักษา (Johansson et al, 2017) ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (Kwok et al, 2020) อัตราการกลับเข้ารับรักษาใน 30 วันแรกอยู่ที่ ร้อยละ 3.30–15.80 โดยสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำหรือเกิดลิ่มเลือดในขดลวด (Oliveira et al, 2019) ดังนั้น การดูแลหลังการรักษาควรมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการตีบซ้ำ โดยเริ่มจากการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและแนวทางปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม (Lawton et al, 2021) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลเลือกปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต (Pender et al, 2011) พฤติกรรมที่ควรปรับเปลี่ยนมี 6 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารที่หลีกเลี่ยงไขมันอิ่มตัว โซเดียม และน้ำตาลสูง (Lawton et al, 2021) 2) การออกกำลังกายแอโรบิกอย่างน้อย 30 นาที 5 วัน/สัปดาห์ (O'Donovan et al, 2017) 3) การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (Sinha et al, 2016) 4) การเลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2565) 5) การจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ (Assadi, 2017) และ 6) การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามคำแนะนำแพทย์ (Du et al, 2017) สำหรับสถานการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้านภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าระดับของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านในผู้ป่วยกลุ่มนี้แตกต่างกัน โดยพฤติกรรมที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การเลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ และการจัดการความเครียด (ณัฐกฤตา วงศ์ตระกูล และคณะ, 2560; ศันสนีย์ ดำรงศิลป์ และคณะ, 2560; ศันธารัตน์ จันทรศิริ และคณะ, 2559) ส่วนพฤติกรรมที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับประทานอาหาร

การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด (คันสนีย์ ดำรงศิลป์ และคณะ, 2560; คันธรัตน์ จันทรศิริ และคณะ, 2559) จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่การจัดการความเครียดมีการปฏิบัติในระดับตั้งแต่ปานกลางจนถึงดี ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเป็นประเด็นสำคัญที่ควรส่งเสริมและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจยังมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะตีบซ้ำโดยเฉพาะบริเวณที่ใส่ขดลวดค้ำยันอย่างมีนัยสำคัญ (สุภาวรรณ ชินพันธ์ และคณะ, 2562; Nazeri et al., 2020; Yan Fang Wan et al., 2015) โดยพบว่า ผู้ป่วยมีโภชนาการที่มีโซเดียมและไขมันสูง และออกกำลังกายไม่เพียงพอ บางรายหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายจากความกลัวหรือขาดความรู้ในการเริ่มต้น (คันสนีย์ ดำรงศิลป์ และคณะ, 2560) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งสองด้านอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความเสี่ยงของการตีบซ้ำ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและไม่สามารถเกิดขึ้นได้ทันที เนื่องจากขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อความพร้อมและความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Pender et al., 2011; Lawton et al., 2021) โดยเฉพาะความเชื่อมั่นในตนเองหรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่าผู้ที่มีสมรรถนะแห่งตนสูงมักสามารถเริ่มต้นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่า โดยงานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสามารถเพิ่มความมั่นใจและความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญ (เอกพลพลเดช เดชแก้ว และคณะ, 2564; ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ, 2557; Alizadeh et al., 2018; Kang et al., 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนถูกนำมาใช้ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการถ่างขยายหลอดเลือด โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เช่น การศึกษาของศรพิศ พรหมผิว และคณะ (2558) พบว่ามีการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเพิ่มการรับรู้และความสามารถในการออกกำลังกายได้อย่างมีนัยสำคัญ แม้ยังไม่ส่งผลชัดเจนต่อระดับไขมันในเลือด อย่างไรก็ตามโปรแกรมยังขาดการติดตามต่อเนื่องและการกระตุ้นเตือนในชีวิตประจำวัน ซึ่งจำเป็นต่อความยั่งยืนของพฤติกรรม งานวิจัยปัจจุบันแนะนำให้ใช้เทคโนโลยี เช่น การส่งข้อความผ่านแอปพลิเคชัน เพื่อกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (กมลชนก เจริญวงศา และคณะ, 2565; Dale et al., 2015) ทั้งยังควรเพิ่มเติมกิจกรรมส่งเสริมความมั่นใจในการจัดอาหารเมดิเตอร์เรเนียน และการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารนอกบ้านให้เหมาะสม ซึ่งยังการปฏิบัติพฤติกรรมนี้เป็นทักษะที่ผู้ป่วยต้องได้รับการเพิ่มเติม

การศึกษาที่ผ่านมาแม้มีความพยายามในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมแล้วในอดีต แต่โปรแกรมเหล่านี้นักขาดองค์ประกอบสำคัญ เช่น การติดตามต่อเนื่อง การกระตุ้นเตือนรายวัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักฐานจากงานวิจัยของ ชาร์มา และคณะ (Sharma et al., 2016) และการเสริมความเชื่อมั่นในการจัดการตนเองที่เฉพาะเจาะจงด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมใหม่ที่ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ผ่านกิจกรรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนจาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การส่งเสริมกระทำที่ประสบความสำเร็จ โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับทักษะที่เกี่ยวข้อง 2) การสังเกตตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึง ที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งสองด้านนี้ 3) การส่งเสริมการได้รับคำแนะนำ หรือชักจูงด้วยคำพูดและใช้ไลน์ บัญชีทางการ (LINE Official Account) เพื่อกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ และ 4) การส่งเสริมด้านสภาวะทางสรีระและอารมณ์

ด้วยการส่งเสริมความพร้อมทางร่างกายและอารมณ์ พร้อมทั้งใช้การพูดสะท้อนความสามารถของตนเอง (Reflective) โดยคาดว่าโปรแกรมนี้จะช่วยเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการลดความเสี่ยงจากภาวะตีบซ้ำหลังการรักษาด้วยการถ่ายภาพหลอดเลือดหัวใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่ายภาพหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่ายภาพหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการถ่ายภาพหลอดเลือดหัวใจ กล่าวคือ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม รวมถึงขาดความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเหล่านี้ตามแนวคิดของแบนดูรา การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในครั้งนี้ ประกอบด้วย การสนับสนุนจาก 4 แหล่งสำคัญ ได้แก่ 1) การส่งเสริมการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจริง เช่น การเตรียมอาหาร อ่านฉลากโภชนาการ และออกกำลังกาย 3 ระยะ เพื่อสร้างความสำเร็จในบริบทที่ปลอดภัย 2) การส่งเสริมการสังเกตตัวแบบ ด้วยการรับชมวิดีโอที่ประสบความสำเร็จในการปรับพฤติกรรม เพื่อเสริมแรงใจและความเชื่อมั่น 3) การส่งเสริมการได้รับคำแนะนำ หรือชักจูงด้วยคำพูด ผ่านทุกขั้นตอนของโปรแกรม รวมถึงการส่งข้อความผ่านไลน์บัญชีทางการ (Line Official Account) เพื่อกระตุ้นและเตือน 4) การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ ด้วยการประเมินความพร้อมทางร่างกายและจัดกิจกรรมในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความผ่อนคลาย การสนับสนุนทั้ง 4 แหล่งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเอง และมีความเชื่อมั่นในการดำเนินพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพและการออกกำลังกายที่เหมาะสม การสร้างความเชื่อมั่นในตนเองผ่านกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างประสบการณ์เชิงบวก จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในระยะยาว

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ฯ

ครั้งที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่โรงพยาบาล หลังถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจวันที่ 1

การส่งเสริมการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience)

-การรับชมตัวแบบที่มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ด้วยการนำเสนอผ่านสื่อวิดีโอ และอภิปรายเกี่ยวกับแนวทางที่ได้รับชมจากตัวแบบ

ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่2 หลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ

การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive Mastery Experience)

-การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ เรื่อง พฤติกรรมมารับประทานอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่ 2-4 ดำเนินโปรแกรมที่บ้าน

ครั้งที่3 ในสัปดาห์ที่4 หลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ

การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states)

-การใช้คำพูดสะท้อนการกระทำของตนเองที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นตนเองภายใต้บริบทจากประสบการณ์ของตนเอง (Reflective)

การส่งเสริมการได้รับคำแนะนำ หรือชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion)

-การใช้คำพูดในการกล่าวชมเชย ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายได้ถูกต้อง

-การใช้คำพูดในการกล่าวให้กำลังใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายได้ถูกต้อง

-การใช้คำพูดกล่าวชักจูง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการแสดงสีหน้า ท่าทาง หรือคำพูดที่บ่งบอกว่ายากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 5-12 ดำเนินโปรแกรมที่บ้าน

ติดตามการประเมินผลของโปรแกรมในวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 12 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม

พฤติกรรมสุขภาพ

1.พฤติกรรมมารับประทานอาหาร

2.พฤติกรรมออกกำลังกาย

ภาพที่1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) รูปแบบการศึกษา 2 กลุ่ม วัดหลังการทดลอง (two groups posttest design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ หอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรมหัวใจเพชรรัตน์ 4C และหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 16 B คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.5 กำหนดค่าความเชื่อมั่น 0.05 (Burn & Glove, 2009) และอำนาจทดสอบเท่ากับ 0.80 (Polit & Beck, 2004) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย รวม 44 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของ

กลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จึงมีกลุ่มตัวอย่าง 56 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 28 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกร่วมการวิจัย 1. อายุ 40-75 ปี 2. ได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาหยอดเลือดหัวใจครั้งแรก ตั้งแต่ 1 สัปดาห์ขึ้นไป 3. มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำจนถึงระดับปานกลาง โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4. สามารถอ่าน พูด เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ดี 5. มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟนพร้อมอินเทอร์เน็ตและมีความสามารถในการใช้งาน แอปพลิเคชันไลน์ได้ด้วยตนเอง และ 6. ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย 1. มีการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมทางร่างกายที่มีอาการรุนแรงและไม่สามารถควบคุมโรคได้ และ 2. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย 1. เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยจนต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 2. ไม่สามารถติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างได้หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มากกว่า 24 ชั่วโมงติดต่อกัน 3 วันหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 3. กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมในทุกกิจกรรมของโครงการได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั่วไป (General Perceived Self-Efficacy Scale) ฉบับภาษาไทยโดย วาทีณี สุขุมก และคณะ (2545) ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 10 ข้อ ใช้ประเมินความมั่นใจของบุคคลในการรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด การเอาชนะอุปสรรค และการจัดการปัญหาสุขภาพ การตอบแบบเป็นรูปแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (Likert scale) ตั้งแต่ 1 = ไม่จริงเลย ถึง 4 = จริงที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน โดยคะแนนต่ำกว่า 29 หมายถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ คะแนน 29-34 หมายถึงระดับปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ 35 ขึ้นไปหมายถึงระดับสูง (นิติกร ภูสุวรรณ และสันติสุข ไชยมงคล, 2563)

2. โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีองค์ประกอบดังนี้

2.1 ส่งเสริมการกระทำที่ประสบความสำเร็จ ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจริงเพื่อสร้างความมั่นใจด้านการรับประทานอาหาร เช่น การฝึกเตรียมอาหารรูปแบบเมดิเตอร์เรเนียน อ่านฉลากโภชนาการ การเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสม และด้านการออกกำลังกาย เช่น การจับชีพจร คำนวณอัตราการเต้นของหัวใจ และการออกกำลังกาย 3 ระยะ

2.2 ส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ โดยให้ผู้ป่วยรับชมวิดีโอของตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับผู้ป่วยและประสบความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อเสริมความสนใจ การจดจำ และความเชื่อมั่นในตนเองให้สามารถปฏิบัติได้เช่นเดียวกับตัวแบบ

2.3 ส่งเสริมด้วยคำพูด โดยการให้คำแนะนำ ชื่นชม และให้กำลังใจทั้งในระหว่างกิจกรรมและผ่านไลน์บัญชีทางการ (Line Official Account) เป็นรายรายบุคคลในขณะผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน

2.4 ส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ โดยให้ผู้ป่วยประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนทำกิจกรรม เช่น การประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนปฏิบัติกิจกรรม พร้อมทั้งสอนวิธีจัดการเมื่อเกิดอาการผิดปกติ รวมถึงใช้เทคนิคสะท้อนตนเองเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน

กิจกรรมในโปรแกรมเป็นการพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลในครั้งที่ 1 ในวันแรกหลังถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจที่หอผู้ป่วย ส่วนกิจกรรมในครั้งที่ 2 และ 3 เป็นกิจกรรมกลุ่ม ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 หลังถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจที่แผนกผู้ป่วยนอก และมีการส่งข้อความส่วนตัวผ่านไลน์บัญชีทางการ (LINE Official Account) เพื่อกระตุ้น เตือนเป็นรายบุคคล ตลอดจนเข้าร่วมโปรแกรม รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ และประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม โดยการพัฒนาโปรแกรม นำไปทดลองใช้พบว่า ไม่มีข้อบกพร่อง แล้วจึงนำไปใช้งานจริง

3. คู่มือเรื่องโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของโรค การถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะตีบซ้ำ และการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม คู่มือฯ ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 6 ท่าน และทดลองใช้กับผู้ป่วย 2 รายที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเนื้อหาชัดเจนและภาษามีความเหมาะสมจึงนำไปใช้งานจริง

4. สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสม พัฒนาโดยผู้วิจัย นำเสนอตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมรับประทานอาหาร โดยตัวแบบจะบอกเล่าประสบการณ์ อุปสรรค และวิธีการจัดการกับอุปสรรค พร้อมทั้งชักจูงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจเช่นเดียวกับตัวแบบวีดิทัศน์ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 6 ท่าน และทดลองใช้กับผู้ป่วย 2 ราย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเนื้อหาชัดเจนและภาษามีความเหมาะสมจึงนำไปใช้งานจริง

5. สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับพฤติกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมของ จิรพร แอชตัน (2551) นำเสนอตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมออกกำลังกายแล้วประสบความสำเร็จ โดยตัวแบบบอกเล่าประสบการณ์ ประโยชน์ อุปสรรคและการแก้ไข พร้อมทั้งชักจูงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจเช่นเดียวกับตัวแบบ

6. แบบสอบถามพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของปาณัญญ์ ดันติกุสุม (2553) มี 16 ข้อคำถาม ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.81 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ 1 ไม่เคยรับประทานอาหารประเภทนี้เลย ถึงระดับ 5 มีการรับประทานทุกวัน การแปลความหมายของคะแนน ใช้คะแนนรวมมีค่าอยู่ในช่วง 16 ถึง 80 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูง หมายถึง มีพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สูง คะแนนรวมที่ต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ต่ำ

7. แบบสอบถามพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยตานิภา หลานวงศ์ (2558) มี 16 ข้อคำถาม โดย 15 ข้อเป็นคำถามเชิงบวก และ 1 ข้อเป็นคำถามเชิงลบ (ต้องกลับคะแนน) ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.82 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่ปฏิบัติ ถึง 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ การแปลความหมาย คะแนนรวม 16-48 คะแนน ยิ่งคะแนนสูง ยิ่งสะท้อนพฤติกรรมออกกำลังกายในระดับดี (จิรพร แอชตัน 2550)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทั้งจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 2567-EXP005) และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (เลขที่ 063/67 FB) รวมถึงได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาลในการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างชัดเจน ทั้งวัตถุประสงค์

ของการศึกษา ขั้นตอนการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ การรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เสียสิทธิใด ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รวมถึงได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชิริพยาบาลในการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างชัดเจน ทั้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ การรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เสียสิทธิใด ๆ และผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลด้วยตนเองระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ณ หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจเพชรรัตน์ 4C และเพชรรัตน์ 16B โรงพยาบาลชิริพยาบาล โดยเริ่มจากกลุ่มควบคุมก่อน ตามด้วยกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุม: ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามลำดับดังนี้:

1. ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 หลังได้รับการถ่ายทอดหัวใจ): ผู้วิจัยพบผู้เข้าร่วมแต่ละรายเป็นรายบุคคล ณ หอผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ผู้เข้าร่วมกรอกแบบฟอร์มข้อมูลส่วนบุคคล และนัดหมายการติดต่อทางโทรศัพท์ในภายหลัง หลังจากนั้นผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลในหอผู้ป่วย

ในวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 12 หลังถ่ายทอดหัวใจ ผู้วิจัยติดต่อผู้เข้าร่วมทางโทรศัพท์ที่บ้าน เพื่อให้ทำแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย จากนั้นได้ปิดโปรแกรมและขอบคุณผู้เข้าร่วมที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

กลุ่มทดลอง: ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 หลังได้รับการถ่ายทอดหัวใจ): จัดกิจกรรมแบบรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 60 นาที กิจกรรมประกอบด้วย สร้างสัมพันธภาพ ตรวจอาการทั่วไป และวัดสัญญาณชีพ ให้ผู้เข้าร่วมกรอกข้อมูลส่วนบุคคล และอธิบายภาพรวมของโปรแกรม ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ อาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ให้ชมวิดีโอต้นแบบที่ประสบความสำเร็จด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย แล้วให้ผู้เข้าร่วมอภิปรายถึงการนำแนวทางไปประยุกต์ใช้ในชีวิตตนเอง

2. ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2 หลังถ่ายทอดหัวใจ): จัดกิจกรรมกลุ่ม (4-5 คน) ณ แผนกผู้ป่วยนอก เป็นเวลา 45 นาที กิจกรรมประกอบด้วย ตรวจอาการทั่วไปและวัดสัญญาณชีพ ชมวิดีโอต้นแบบอีกครั้งเพื่อเสริมความเข้าใจจากต้นแบบ สาธิตการเตรียมอาหารรูปแบบเมดิเตอร์เรเนียน การอ่านฉลากโภชนาการ และการวัดปริมาณโซเดียมและน้ำตาล จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมฝึกฝนด้วยวิธีการย้อนกลับ จากนั้นร่วมอภิปรายกลุ่มในหัวข้อ “การเลือกรับประทานอาหารนอกบ้านอย่างเหมาะสม” สาธิตการคล้ำชีพจรที่ข้อมือเพื่อวัดอัตราการเต้นของหัวใจ และสาธิตการออกกำลังกายทั้ง 3 ช่วง ได้แก่ อบอุ่นร่างกาย ออกกำลังกายจริง และผ่อนคลาย โดยใช้วิธีการสาธิตย้อนกลับ หลังจบกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างได้รับมอบหมายให้ทำกิจกรรมที่บ้าน ดังนี้:

2.1 บันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยจดรายการอาหารที่บริโภคในแต่ละมื้อ ระบุว่าเป็นอาหารที่ทำเอง ซื้อ หรือสำเร็จรูป และบันทึกปริมาณโซเดียม เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือน้ำตาลที่บริโภค

2.2 ฝึกพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30-45 นาที โดยมีการอบอุ่นร่างกาย ออกกำลังกาย และผ่อนคลายเหมือนในการฝึกในกลุ่ม และให้คล้ำชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกายเพื่อวัดอัตราการเต้นของหัวใจ

2.3 บันทึกพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย โดยระบุ 1) ซิฟรก่อนออกกำลังกาย 2) ซิฟรสูงสุดขณะออกกำลังกาย 3) ซิฟรหลังออกกำลังกาย และ 4) อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เพื่อเป็นการติดตามการตอบสนองของระบบหัวใจและหลอดเลือด

2.4 ผู้เข้าร่วมวิจัยถูกเพิ่มเพื่อนด้วยแอปพลิเคชันไลน์บัญชีทางการ (LINE Official Account) เพื่อรับคำแนะนำและแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง พร้อมมอบคู่มืออิเล็กทรอนิกส์และสมุดบันทึกเพื่อประเมินตนเอง จากนั้นนัดหมายการพบครั้งถัดไป

3. ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4 หลังถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ): จัดกิจกรรมกลุ่ม (4-5 คน) ณ แผนกผู้ป่วยนอก ใช้เวลาประมาณ 10 นาที กิจกรรมประกอบด้วย สร้างสัมพันธภาพ ชักถามสุขภาพทั่วไป ตรวจอาการเจ็บหน้าอก และวัดสัญญาณชีพ เพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมพูดสะท้อนความมั่นใจในพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย (Reflective) และผู้วิจัยสรุปเนื้อหา และเน้นย้ำความสำคัญของการปฏิบัติต่อเนื่องจนถึงสัปดาห์ที่ 12 พร้อมนัดหมายการประเมินครั้งสุดท้าย

วันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 12 หลังถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยติดต่อผู้เข้าร่วมวิจัยทางโทรศัพท์เป็นเวลา 10 นาที โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณสำหรับความร่วมมือ และแจ้งการสิ้นสุดของทั้งกิจกรรมและการวิจัยในครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลถูกวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสถิติ SPSS โดยข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบแบบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ใช้การทดสอบแมนน์-วิทนี (Mann-Whitney U test) ในขณะที่การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ใช้การทดสอบทีแบบอิสระ (Independent t-test) ในการวิเคราะห์

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงและเพศชายจำนวนเท่ากัน โดยมีเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.14 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 42.86 กลุ่มควบคุมมีอายุน้อยที่สุด 40 ปี และอายุมากที่สุด 70 ปี มีอายุเฉลี่ย 63 ปี ($SD = 10.06$) และกลุ่มทดลองมีอายุน้อยที่สุด 45 ปี และอายุมากที่สุด 70 ปี มีอายุเฉลี่ย 60 ปี ($SD = 8.31$) ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.71 กลุ่มควบคุมมีผู้ที่มีอาชีพและไม่อาชีพในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 50.00 ขณะที่กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพ ร้อยละ 71.43 ทั้งสองกลุ่มมีการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 64.29 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ไม่น้อยกว่า 30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 78.57 ส่วนกลุ่มทดลองมีรายได้ในระดับเดียวกันมากที่สุด ร้อยละ 57.14 ในด้านสุขภาพ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีภาวะอ้วนร้อยละ 57.14 และ 53.57 ตามลำดับ และมีโรคร่วมร้อยละ 75.00 และ 78.57 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการออกกำลังกายร้อยละ 78.57 และ 75.00 ตามลำดับ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 92.90 ในทั้งสองกลุ่มไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 89.29 และ 85.71 ตามลำดับ และไม่ได้อยู่ใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 78.57 และ 82.14 ตามลำดับ ผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์เอ็กแซค พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบแมน-วิทนีเยน ผลการวิจัยพบว่า พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบทีอิสระ ผลการวิจัยพบว่า พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนพฤติกรรมออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุม กับกลุ่มทดลอง (หลังทดลอง)

พฤติกรรม	กลุ่มควบคุม (n = 28)		กลุ่มทดลอง (n = 28)		t	p-value*
	M	IQR	M	IQR		
การรับประทานอาหาร หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	37.00	4.00	59.00	1.00	-6.48	.001**
การออกกำลังกาย หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	21.00	8.50	43.50	3.00	-22.94	.001**

หมายเหตุ.* p < .05, **p < .001, M = มัชฐาน (median) IQR = พิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range)

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยสามารถอธิบายโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ข้อ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) และช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

1. การส่งเสริมการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง

ผู้วิจัยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการเน้นการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองผ่านโปรแกรมที่ออกแบบตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ดีขึ้น กิจกรรมในโปรแกรมนี้ประกอบด้วย การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค และแนวคิดในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งการให้ความรู้ดังกล่าว ช่วยส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Noar & Willoughby, 2020)

หลังการให้ความรู้ ผู้วิจัยส่งเสริมการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้านพฤติกรรมมารับประทานอาหารผ่านการสาธิตวิธีปฏิบัติ ที่ถูกต้อง ได้แก่ การเตรียมอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียน การอ่านฉลากโภชนาการ และการตรวจเครื่องปรุงรสอย่างเหมาะสม จากนั้นให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะและความมั่นใจ ผลการดำเนินงานกิจกรรมพบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถและความเชื่อมั่นในการควบคุมโซเดียม ไขมัน และน้ำตาลในอาหารดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่า การสาธิตร่วมกับการฝึกปฏิบัติมีส่วนช่วยพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม (ยุภาณี แต้มเรืองอิทธิ และคณะ, 2560)

ผู้วิจัยส่งเสริมการกระทำที่ประสบความสำเร็จเพิ่มเติมผ่านกิจกรรมอภิปรายกลุ่มเรื่อง “รับประทานอาหารนอกบ้านอย่างไรให้เหมาะสม” โดยให้กลุ่มทดลองเสนอแนวทางปรับเปลี่ยนเมนูอาหารให้เหมาะสมกับภาวะโรค เช่น การเลือกเส้นหมี่แทนเส้นใหญ่ในเมนูก๋วยเตี๋ยว และเปลี่ยนจากข้าวมันเป็นข้าวสวยธรรมดาในเมนูข้าวมันไก่ พร้อมลดการปรุงรสและการบริโภคส่วนประกอบที่มีไขมันและโซเดียมสูง ผลการดำเนินงานกิจกรรมแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองสามารถวิเคราะห์และเลือกอาหารนอกบ้านได้เหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งช่วยแก้ไขปัญหาการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ชี้ว่ากิจกรรมอภิปรายร่วมกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมได้ (จิราภรณ์ นาสูงชน, 2553; ดวงตา สุวรรณรัตน์, 2552; ยุภาณี แต้มเรืองอิทธิ และคณะ, 2560)

ในการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย ผู้วิจัยใช้วิธีการสาธิตควบคู่กับการฝึกปฏิบัติจริง ซึ่งช่วยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้วิธีจับชีพจรและคำนวณอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมายเพื่อประเมินความเหมาะสมของการออกกำลังกายตามสภาพร่างกายตนเอง ลดความกลัวการเกิดอาการเจ็บหน้าอกซ้ำ และเพิ่มความมั่นใจในการออกกำลังกาย (ประวิทย์ ต้นประเสริฐ, 2553; วุฒิพงศ์ สายสงเคราะห์ และคณะ, 2553) นอกจากนี้การสาธิตการออกกำลังกายอย่างปลอดภัยทั้ง 3 ระยะ พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างฝึกสาธิตย้อนกลับ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจขั้นตอนและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติด้วยตนเอง

อีกทั้งการใช้แบบบันทึกพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสะท้อนและประเมินพฤติกรรมของตนเองได้ชัดเจนยิ่งขึ้น กระตุ้นการไตร่ตรองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะโรค และเสริมสร้างความเชื่อมั่นในบทบาทของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (สุรีย์พร พงษ์จันทร์, 2557; Shin et al., 2011)

2. การส่งเสริมการสังเกตตัวแบบ

การใช้สื่อวีดิทัศน์ที่นำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์เป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกตและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยวีดิทัศน์ช่วยจำลองประสบการณ์โดยอ้อมผ่านตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยทำให้เกิดแรงบันดาลใจและเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษาของ ชิน และคณะ (Shin et al., 2011) ที่พบว่าสื่อวีดิทัศน์ที่มีตัวแบบสัญลักษณ์ช่วยเสริมสร้างการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งวีดิทัศน์ทั้งสองเรื่องนำเสนอตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายหลังการรักษา ช่วยให้ผู้ชมมองเห็นตนเองในตัวแบบนั้น และเชื่อว่าตนเองสามารถทำได้เช่นกัน ตามหลักของการเรียนรู้จากตัวแบบที่มีชีวิตที่คล้ายคลึงกัน จึงช่วยส่งเสริมการจดจำและการนำไปสู่การปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Bandura, 1997)

3. การส่งเสริมการได้รับคำแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด

กิจกรรมที่ใช้ถ้อยคำในการแนะนำ ชักจูง ชมเชย และให้กำลังใจ ถือเป็นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยผู้วิจัยใช้คำพูดเชิงบวกอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการ ทั้งในการอธิบายขั้นตอนกิจกรรม การชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง การให้กำลังใจเมื่อประสบความยากลำบาก และการกระตุ้นผ่านข้อความทางไลน์บัญชีทางการ (LINE Official Account) ซึ่งช่วยเพิ่มแรงจูงใจภายในและลดโอกาสการละเลยการปฏิบัติกิจกรรม (Buis et al, 2020)

แม้ว่าการชักจูงทางวาจาอาจมีอิทธิพลน้อยกว่าการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงหรือการสังเกตตัวแบบ แต่เมื่อใช้ร่วมกับวิธีอื่น เช่น การฝึกปฏิบัติจริงและการสังเกตตัวแบบที่เหมาะสม ก็สามารถเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยของ จีรพร แอชตัน (2551) ศรีพิศ พรหมผิว (2558) และบุสดี พุดดี และคณะ (2560) รวมถึงการศึกษาของ ฮอลล์ และคณะ (Hall et al, 2015) ที่พบว่า การส่งข้อความชักจูงสามารถเพิ่มการยึดมั่นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการชักจูงทางวาจาจึงมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมความเชื่อมั่นและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมและยั่งยืนในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

4. การส่งเสริมสภาวะทางสรีรและอารมณ์

ในการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายผ่านการทักทาย พูดคุยอย่างเป็นกันเอง และการตรวจประเมินสัญญาณชีพ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจในสภาวะร่างกายของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่ชี้ให้เห็นว่า ความรู้สึกทางกายภาพและอารมณ์มีอิทธิพลต่อการประเมินสมรรถนะแห่งตน หากรู้สึกดี ผ่อนคลาย จะส่งเสริมความมั่นใจในการลงมือกระทำ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้นำกิจกรรมการพูดสะท้อน (reflective) มาใช้ในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนและพูดถึงความเชื่อ ความรู้สึก และความสำเร็จเล็ก ๆ ในการปรับพฤติกรรมของตน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ฟิชเชอร์ และคณะ (Fisher et al, 2018) ที่ระบุว่า การสะท้อนความสำเร็จส่วนตัว ช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเสริมสร้างความสามารถในการควบคุมตนเองในระยะยาว

ผลการศึกษาชี้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เน้นการรับรู้ความสามารถตนเองและการเห็นคุณค่าของผลลัพธ์จากพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ปฏิบัติงาน: ควรบูรณาการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับคู่มือความรู้และการใช้ LINE Official Account เพื่อกระตุ้นและติดตามพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกาย กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจครั้งแรก และควรจัดอบรมพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมในการใช้โปรแกรมดังกล่าวในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

2. นโยบาย: ควรบรรจุในกระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังรักษา จัดอบรมบุคลากร และจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 4 สัปดาห์หลังจบโปรแกรม

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ โปรแกรมดำเนินการนาน 12 สัปดาห์ และประเมินผลทันทีหลังสิ้นสุด จึงยังไม่อาจสรุปได้ว่าความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยยั่งยืนจริงหรือไม่ จึงแนะนำให้ติดตามผลอย่างน้อย 4 สัปดาห์หลังจบโปรแกรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์

เอกสารอ้างอิง

กมลชนก เจริญวงษา, วิราพรณ วิโรจน์รัตน์ และ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(2), 313-325.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2568). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566*.

https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/2563_0.pdf

จิรพร แอชตัน, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ และ ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. *พยาบาลสาร*, 35(3), 84-96.

จิราภรณ์ นาสูงชน. (2553). *พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวดโคโรนารี* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชาการพยาบาล]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ณัฐกฤตา วงศ์ตระกูล และ รัตนกัญจวรรณ อยู่เนาค. (2560). พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ไม่มีการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการถ่างขยายด้วยขดลวดค้ำยัน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 11(3), 138-147.

ณรงค์กร ชัยวงศ์, สุภาภรณ์ ตัวแพง และเขมมาธิ มาสิงบุญ. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 9(3), 112-119.

ดวงตา สุวรรณรัตน์. (2552). *ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชาการพยาบาล]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตานิภา หลานวงศ์. (2558). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เน้นการออกกำลังกายต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความสามารถด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชาการพยาบาล]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ปชาณัฐย์ ตันติสุขุม และจันทร์เพ็ญ จันทร์เจริญ. (2565). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการตนเองและพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*, 18(4), 1-10.

ประวิชัย ตันประเสริฐ. (2553). *แนวทางการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Cardiac Rehabilitation Guideline)*. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยใน พระบรมราชูปถัมภ์. thaiheart.org/images/column_1291454908/RehabGuideline.pdf

- ผุสดี พุฒดี, ปาณัญญ์ ตันติโกสุม และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการสวนหัวใจขยายหลอดเลือด. *วารสารกึ่งการณย์*, 24(1), 147-162.
- ยุภาณี แต้มเรืองอิทธิ, มณิรัตน์ อธิระวิวัฒน์, สุปรียา ตันสกุล, นิรัตน์ อิมามิ และธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ. (2560). โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ สถาบันโรคทรวงอก ประเทศไทย. *วารสารกรมการแพทย์*, 42(5), 53-61.
- วาทีนี สุขมาก, อัจฉรีย์ ศิริสุนทร และประภากร มีนา. (2545). ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถตนเอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 47(1), 31-36.
- คันสนีย์ ดำรงค์ศิลป์, พรณนดี พุทธิวัฒนะ และกุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์. (2560). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีการตีบซ้ำหลังใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(2), 220-227.
- ศรพิศ พรหมผิว, ขวณพิศ ทำนอง, สุพร วงศ์ประทุม และไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร. (2558). ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(1), 23-33.
- สุภาวรรณ ชินพันธุ์, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ, สมบัติ อ่อนศิริ และอมออัฒม วัฒนบุรณน. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(3), 218-226.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). *แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง พ.ศ.2564*.
http://www.thaiheart.org/images/introc_1646981507/Thai%20Chronic%20Coronary%20Syndromes%20Guidelines%202021.pdf
- เอกพลพลเดช เดชแก้ว, นิภาวรรณ สามารถกิจ, และ เขมรดี มาสิงบุญ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเครียดในการดำเนินชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(2), 71-80.
- Alizadeh, M., Feizollahzadeh, H., Abdollahzadeh, F., Hasankhani, H., Dadashzadeh, A., & Rezaei, T. (2018). The relationship between self-efficacy and compliance with self-care behaviors in patients with acute coronary syndrome after coronary angioplasty in Shahid Madani Hospital, 2016: a health belief model. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 6(3), 415-420. doi: 10.24896/jrmds.20186364
- Assadi, S. N. (2017). What are the effects of psychological stress and physical work on blood lipid profiles. *Medicine*, 96(18), doi: 10.1097/MD.00000000000006816
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman and Company.
- Benjamin, E. J., Virani, S. S., Callaway, C. W., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., ...Muntner, P. (2018). Heart disease and stroke statistics-2018 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 137(12), e67-e492. doi: 10.1161/CIR.0000000000000558

- Buis, L. R., Dawood, R. M., Brescia, S. J., Dawood, K. L., Barone, B. A., & Steinberger, E. C. (2020). Individual versus group-based self-efficacy-enhancing mHealth interventions for physical activity promotion: randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(1), e14797. <https://doi.org/10.2196/14797>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Saunders Elsevier.
- Central Chest Institute of Thailand. (2019). *Save Thais from Heart Disease*.
<https://www.ccit.go.th/saveheart/document/2562/project2562.pdf>.
- Dale, L. P., Whitteaker, R., Jiang, Y., Stewart, R., Rolleston, A., & Maddison, R. (2015). Text Message and Internet Support for Coronary Heart Disease Self-Management: Results from the Text4Heart Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 17(10), e237.
- Du, L., Cheng, Z., Zhang, Y., Li, Y., & Mei, D. (2017). The impact of medication adherence on clinical outcomes of coronary artery disease: A meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(9), 962-970.
<https://doi.org/10.1177/2047487317695628>
- Fisher, E. B., Boothroyd, R. I., Elstad, E. A., Hays, L., Henes, A., Maslow, G. R., & Velicer, C. (2018). Peer support of complex health behaviors in prevention and disease management with special reference to diabetes: Systematic reviews. *Clinical Diabetes and Endocrinology*, 4, 1–7. <https://doi.org/10.1186/s40842-018-0065-2>
- Hall, A. K., Cole-Lewis, H., & Bernhardt, J. M. (2015). Mobile text messaging for health: a systematic review of reviews. *Annual Review of Public Health*, 36, 393–415.
- Johansson, S., Rosengren, A., Young, K., & Jennings, E. (2017). Mortality and morbidity trends after the first year in survivors of acute myocardial infarction: a systematic review. *BioMed Central Cardiovascular Disorder*, 17(1), doi: 10.1186/s12872-017-0482-9.
- Kang, Y., Yang, I. S. & Kim, N. (2010). Correlates of Health Behaviors in Patients with Coronary Artery Disease. *Asian Nursing Research*, 4(1), 45-55.
- Lawton, J. S., Tamis-Holland, J. E., Banglore, S., Bates, T. M., Bischoff, J. M., Bittl, J. A., Cohen, M. G., DiMaio, J. M., Don, C. W., Fremes, S. E., Guadino, M. F., Grant, M. C., Jaswal, J. B., Kurlansky, P. A., Mehran, R., Metkus, T. S., Nwacheta, L. C., Rao, A. V. . . Zwischenberger, B. A. (2021). 2021 ACC/AHA/SCAI Guidelines for Coronary Revascularization. *Journal of The American College of Cardiology*, 79(2), e21–e129.
<https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000001038>
- Noar, S. M., & Willoughby, J. F. (2020). eHealth interventions for behavior change: A systematic review of reviews. *American Journal of Public Health*, 110(2), e1–e9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305490>

- O'Donovan, G., Lee, I. M., Hamer, M., & Stamatakis, E. (2017). Association of "Weekend Warrior" and other leisure time physical activity patterns with risks for all-cause, cardiovascular disease, and cancer mortality. *Journal Archives of Internal Medicine*, 177(3), 335-342. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.8014
- Oliveira, L. M. S. M. D., Costa, I. M. N. B. D., Silva, D. G. D., Silva, J. R. S. S., Barreto-Filho, J. A. S., Almeida-Santos, M. A., . . . Sousa, A. C. S. (2018). Readmission of Patients with Acute Coronary Syndrome and Determinants. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*, 113(1), 42-49. doi: 10.5935/abc.20190104
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice (6th ed.)*. Pearson Education.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods (7th ed.)*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Shin, H., Lee, H., Kim, M., & Song, R. (2011). The effects of a self-monitoring program using a PDA on self-efficacy and physical activity in obese women. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9-10), 1294-1303.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03667.x>
- Sinha, S. K., Goel, A., Madaan, A., Thakur, R., Krishna, V., & Singh, K., Sachan, M., Pandey, U., & Varma, C. M. (2016). Prevalence of metabolic syndrome and its clinical and angiographic profile in patients with naïve acute coronary syndrome in North Indian population. *Journal of Clinical Medicine Research*, 8(9), 667. doi: 10.14740/jocmr2655w
- Thai Acute Coronary Syndrome Registry. (n.d.). *Summary report on the management of ACS registry data 2017-2022*.
<http://www.ncvdt.org/Default.aspx>
- World Health Organization. (2023). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. <https://www.who.int>

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล

(สบช โมเดล) ส่องค์กรแห่งความสุข : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

สุทธิจารัตน์ เจริญพงศ์, ประ.ด., อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, ประ.ด., รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ, พย.ม.*

ชูศักดิ์ ยืนนาน, ประ.ด., ญัฐชญาดา ราชวังวทม., นิตยา บุญลือ, พย.ม.*

ศรีจันทร์ พูใจ, ศศ.ม., นิชชา ทิพย์วรรณ, พย.ม.* และ ทิพา มหาพรหม, พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล (สบช.โมเดล) ส่องค์กรแห่งความสุข ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ วิเคราะห์ปัจจัยนำเข้าและบริบทขององค์กร เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากบุคลากร 120 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตพฤติกรรมสุขภาพ ระยะที่สอง พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะ โดยบุคลากร 50 คน และทีมวิจัย 10 คน ร่วมกันกำหนดปัญหา วางแผน กำหนดกิจกรรม ติดตาม และปรับปรุงกระบวนการ และระยะที่สาม ประเมินผลและยืนยันรูปแบบ โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การขับเคลื่อนองค์กรโดยผู้นำ (2) การสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากร (3) ระบบการส่งเสริมสุขภาวะตามแนวคิด สบช.โมเดล (4) กิจกรรมเชิงนโยบายแบบบูรณาการ (5) การกำกับติดตามและสนับสนุนโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ (6) เวทีเสวนาและการถอดบทเรียน ผลการดำเนินงานแสดงให้เห็นว่าบุคลากรมีสุขภาพกายและจิตที่ดีขึ้น จำนวนผู้มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงลดลง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ($M = 4.34, SD = 0.45$) สุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า และบุคลากรมีความสุขในการทำงาน โดยผู้เกี่ยวข้องประเมินว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพ ($M = 3.67, SD = 0.45$)

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ ควบคู่กับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นกลไกสำคัญในการยกระดับสุขภาวะทั้งรายบุคคลและระดับองค์กร นำไปสู่การพัฒนาองค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน และสามารถประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบในสถาบันการศึกษาอื่นได้ต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ การสร้างเสริมสุขภาวะ สถาบันพระบรมราชชนกโมเดล (สบช โมเดล)

องค์กรแห่งความสุข วิทยาลัยพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding E-mail: tiwa@bcnc.ac.th

(Received: May 11, 2025; Revised: August 20, 2025; Accepted: September 1, 2025)

The development of a Health Promotion Model Based on Praboromarajchanok Institute Model (PI model) for Happy Organization in Boromarajonani College of Nursing Chiangmai

Sudthicharat Charoenphong, Ph.D.^{*}, Amavasee Ampansirirat, Ph.D.^{*}

Rapeepun Viboonwatthanakitt, M.N.S.^{*}, Choosak Yuennan, Ph.D.^{*}, Nutthachayada Rajchawang, M. Sc.^{*}

Nittaya Boonlue, M.N.S.^{*}, Srijan Fujai, M.A.^{*}, Nitcha Tipwan, M.N.S.^{*} & Tiwa Mahaprom, M.N.S.^{*}

Abstract

This participatory action research aimed to develop a health promotion model based on the Praboromarajchanok Institute Model (PI Model) for fostering a happy organization at Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai. The study was conducted from January 2023 to January 2024 and consisted of 3 phases. The first phase involved preparation, including analysis of input factors and organizational context, as well as quantitative data collection from 120 personnel using questionnaires on demographic characteristics, health status, happiness, mental health, health literacy, and organizational happiness. Qualitative data were also collected from 30 participants through focus group discussions, in-depth interviews, non-participant observations, and field notes. The second phase focused on model development, in which 50 personnel and 10 researchers collaboratively identified problems, planned interventions, implemented activities, and monitored and refined the processes. The third phase emphasized evaluation and validation of the model, using descriptive statistics for quantitative data and content analysis for qualitative data.

The findings revealed that the developed health promotion model comprised six key components: (1) leadership-driven organizational mobilization, (2) employee participation, (3) health promotion systems under the PI Model, (4) integrated policy-driven activities, (5) systematic monitoring and support through information technology, and (6) health dialogue forums and lesson learned. Implementation of the model demonstrated improvements in both physical and mental health among personnel. The number of individuals at risk for diabetes and hypertension decreased, while the proportion of those with normal blood sugar and blood pressure increased. Overall health literacy was rated at a good level ($M = 4.34$, $SD = 0.45$). Mental health remained within the normal range, with no signs of depression, and workplace happiness was enhanced. Stakeholders also evaluated the model as effective ($M = 3.67$, $SD = 0.45$).

This study underscores that fostering participation at all organizational levels, coupled with enhancing health literacy, serves as a critical foundation for promoting individual and organizational well-being. Such efforts contribute to the development of a sustainable happy organization and provide a prototype for adaptation in other educational institutions.

Keywords: Model Development Health Promotion Praboromarajchanok Institute Health Promotion Model (PBRI Model) Happy Organization Nursing College

^{*} Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
Ministry of Public Health

บทนำ

สถานการณ์ด้านสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันสะท้อนให้เห็นถึงภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะอ้วน ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของประชากรวัยทำงาน ข้อมูลจากกรมอนามัย (2565) ระบุว่าประชาชนอายุ 18–59 ปี กว่าร้อยละ 26.5 มีภาวะอ้วน และร้อยละ 24.7 มีภาวะความดันโลหิตสูง อีกทั้งยังพบว่าระดับกิจกรรมทางกายของประชากรลดลงอย่างมีนัยสำคัญในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัญหาดังกล่าวไม่เพียงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของประชาชน แต่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนและก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในระยะยาว ด้วยเหตุนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ 20 ปี โดยเน้น 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และการบริหารด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2560) พร้อมกำหนดค่านิยมหลักเพื่อขับเคลื่อนองค์กรว่า “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ส่งเสริมให้บุคลากรสุขภาพเป็นต้นแบบการสร้างสุขภาวะ (Happy Workplace) ในระดับองค์กรสอดคล้องกับแนวคิดการสร้าง “องค์กรแห่งความสุข” (HAPPY 8) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาองค์ประกอบทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต การผ่อนคลาย การเรียนรู้ คุณธรรม การเงิน ครอบครัว และชุมชน (สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร, 2564)

นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2021, 2022) ได้นำเสนอกรอบแนวทาง Healthy Workplace Framework ที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกายภาพ จิตสังคม สิ่งแวดล้อม และความร่วมมือกับชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาวะในสถานที่ทำงานและลดความเสี่ยงทางสุขภาพของบุคลากร ซึ่งแนวคิดดังกล่าวยังเชื่อมโยงกับแนวคิด Healthy Organization ของเครือข่ายคนไทยไร้พุงที่ให้ความสำคัญต่อการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในสถานประกอบการอย่างเป็นระบบ (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560) ซึ่งเน้นการลดภาวะอ้วนและควบคุมปัจจัยเสี่ยงในสถานที่ทำงานอย่างเป็นระบบ การบูรณาการแนวคิดองค์กรสุขภาวะร่วมกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญทั้งในระดับบุคคล องค์กร และสังคม เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบอย่างยั่งยืน ภายใต้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมที่ได้รับการปรับปรุงและสนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลกในทศวรรษล่าสุด (World Health Organization, 2022)

สำหรับประเทศไทย สถาบันพระบรมราชชนกได้พัฒนาแนวคิด “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” หรือ PI Model (สบข. โมเดล) เพื่อใช้ในการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพในบริบทของประเทศไทย โดยเน้นการจัดการตนเอง การลดปัจจัยเสี่ยง และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ (วิชัย เทียนถาวร, 2564) แนวคิดดังกล่าวถือเป็นกลไกสำคัญในการสร้างสุขภาวะที่ยั่งยืน และสามารถบูรณาการเข้ากับกรอบการสร้างองค์กรสุขภาวะและองค์กรแห่งความสุข สำหรับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ ได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรและนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยผลการตรวจสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2565 พบว่าบุคลากรร้อยละ 41.30–43.48 มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง นักศึกษาร้อยละ 11.5 มีภาวะเสี่ยงดังกล่าว และบุคลากรร้อยละ 25.41 มีภาวะน้ำหนักเกิน อย่างไรก็ตามการดำเนินงานด้านสุขภาพยังขาดการจัดการข้อมูลเชิงระบบและการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาวะที่ครอบคลุมและยั่งยืน

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรโดยบูรณาการแนวคิด สบช. โมเดล เข้ากับกรอบแนวคิดองค์กรสุขภาพและองค์กรแห่งความสุข (HAPPY 8) เพื่อยกระดับสุขภาพของบุคลากรและนักศึกษา ผ่านกระบวนการจัดการที่เป็นระบบ ด้วยการสร้างบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพใน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เพื่อเป็นต้นแบบการดำเนินงานและอาจขยายผลไปยังสถาบันการศึกษาและ องค์กรด้านสุขภาพอื่น ๆ ต่อไป

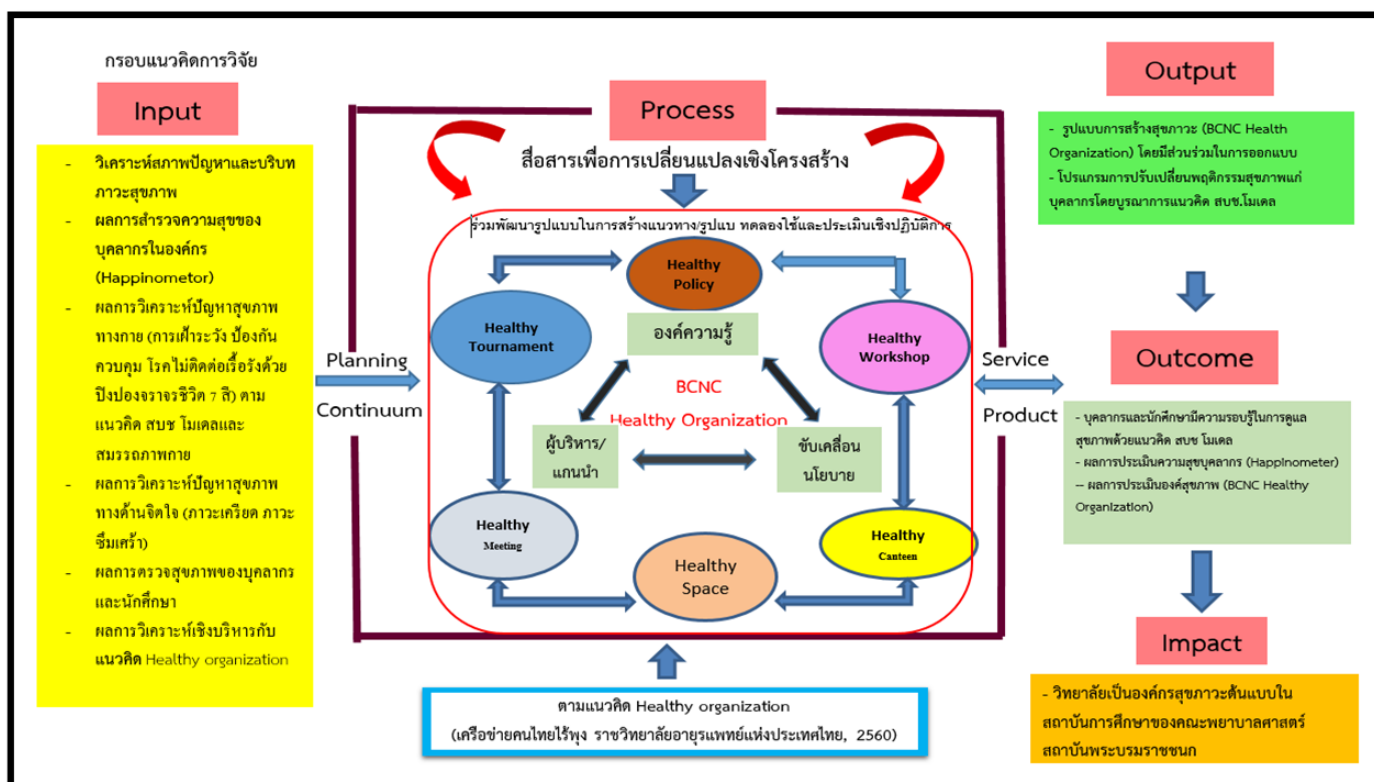
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนกโมเดล (สบช โมเดล) สู่องค์กรแห่งความสุข : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนกโมเดล (สบช โมเดล) สู่องค์กรแห่งความสุข : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล (สบช.โมเดล) สู่องค์กรแห่งความสุข โดยอาศัยกรอบการบริหารเชิงระบบ (Management System) ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Outputs) และผลลัพธ์ (Outcomes) ผสานกับแนวคิดการสร้างองค์กรสุขภาพ (Healthy Organization) และแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Social Ecological Model) ที่วิเคราะห์ปัจจัยในหลายระดับ ได้แก่ บุคคล ระหว่างบุคคล องค์กร ชุมชน และนโยบายสาธารณะ เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์สุขภาพและกำหนดแนวทาง การแก้ไขปัญหาอย่างรอบด้าน การดำเนินการได้นำ สบช.โมเดล หรือ “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” (PI Model) มาใช้ในการคัดกรองสุขภาพบุคคลอายุ 15–65 ปี โดยจำแนกเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย พร้อมทั้งจัดกิจกรรมส่งเสริม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านกระบวนการสุขศึกษาอย่างเป็นระบบ เพื่อให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้และสามารถ พัฒนาตนเองไปสู่สุขภาพที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ยังบูรณาการแนวทาง Healthy Organization ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ Healthy Policy, Healthy Workshop, Healthy Canteen, Healthy Space, Healthy Meeting และ Healthy Tournament (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560) ร่วมกับแนวคิด Healthy Workplace ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) และกรอบแนวคิด HAPPY 8 ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้แก่ Happy Body, Happy Heart, Happy Relax, Happy Brain, Happy Soul, Happy Money, Happy Family และ Happy Society เข้าสู่กระบวนการบริหารเชิงระบบ เพื่อส่งเสริมสุขภาพในทุกมิติอย่างสมดุล ซึ่งการบูรณาการนี้มีเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาพและโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีการทำงานและการดำเนินชีวิตของบุคลากรในองค์กร นำไปสู่การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน และทำให้วิทยาลัยก้าวสู่การเป็นต้นแบบของ องค์กรสุขภาพให้แก่สถาบันการศึกษาอื่นต่อไป



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยแนวคิดการสร้างสุขภาวะด้วยสุขข โมเดล (วิชัย เทียนถาวร, 2564)

ระเบียบวิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คืออาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ที่ปฏิบัติงานในปีงบประมาณ 2566 ทุกคนรวมทั้งหมด 120 คน และนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2565 ทุกชั้นปี รวมทั้งหมด 601 คน (เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 = 51 คน ชั้นปีที่ 2 = 144 คน ชั้นปีที่ 3 = 154 คน และชั้นปีที่ 4 = 152 คน)

การดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 เตรียมการพัฒนาโดยวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า (input) การศึกษาบริบท ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยศึกษาเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการกำหนดปัญหา 2) ขั้นตอนการวางแผนปฏิบัติงานวิจัย และ 3) ขั้นตอนการติดตาม ตรวจสอบและปรับปรุง และระยะที่ 3 ประเมินผลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและสรุปผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ด้วยการศึกษาระดับปริมาณ และการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการศึกษาเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม การประเมินภาวะสุขภาพ และการประเมินสมรรถนะทางกายจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ เป็นอาจารย์ หรือเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน หรือ นักศึกษา ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการและระหว่างดำเนินการวิจัย และไม่ได้เป็นผู้ร่วมวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อบ่งชี้ (Exclusion criteria) ดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ จะพิจารณาให้สิ้นสุดจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

ของโครงการวิจัย ได้แก่ 1) เกิดการบาดเจ็บจากสาเหตุใด ๆ หรือเกิดจากโรค หรือเกิดอาการที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะเข้าร่วมโครงการ 2) ไม่สามารถร่วมกิจกรรมการตามโครงการได้เกินร้อยละ 50 และ 3) ไม่สามารถตอบแบบสอบถาม หรือเข้ารับการประเมินภาวะสุขภาพ และการประเมินสมรรถนะทางกายในระยะเวลาที่กำหนดได้ครบทุกขั้นตอน

สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ความคิดเห็นและความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นอาจารย์ หรือเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน หรือ นักศึกษา ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่และไม่ได้เป็นผู้ร่วมวิจัย 2) เข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการครบถ้วนทุกกิจกรรม และ 3) มีผลการประเมินภาวะสุขภาพตลอดโครงการฯ อยู่ในระดับที่ดีขึ้น หรือคงที่ หรือแย่ลง และหากกลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะเครียดจากสาเหตุใด ๆ หรือเกิดจากโรค หรือเกิดอาการที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะเข้ารับการสัมภาษณ์เชิงลึก จะพิจารณาให้สิ้นสุดจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างของโครงการวิจัย (Exclusion criteria) ในช่วงของการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยไม่มีผลกระทบต่อความเป็นกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการศึกษาเชิงปริมาณ หรือการสนทนากลุ่ม โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อให้ได้รายละเอียดของข้อมูลในประเด็นที่ศึกษา และข้อมูลที่อาจตกหล่นจากการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อหาข้อสรุปของประเด็นปัญหาร่วมกัน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหาร จำนวน 10 คน กลุ่มอาจารย์ เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน และนักศึกษาที่เป็นแกนนำในโครงการ จำนวน 10 คน และกลุ่มอาจารย์ เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน และนักศึกษาทั่วไปของวิทยาลัย จำนวน 10 คน โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นอาจารย์ หรือเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน หรือ นักศึกษา ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ที่เป็นกลุ่มผู้บริหาร หรือกลุ่มแกนนำในโครงการ หรือกลุ่มกลุ่มอาจารย์ หรือเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน หรือ นักศึกษา ทั่วไปของวิทยาลัย 2) เข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการครบถ้วนทุกกิจกรรม และและหากกลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะเครียดจากสาเหตุใด ๆ หรือเกิดจากโรค หรือเกิดอาการที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะเข้ารับการสนทนากลุ่ม จะพิจารณาให้สิ้นสุดจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างของโครงการวิจัย (Exclusion criteria) ในช่วงของการสนทนากลุ่ม โดยไม่มีผลกระทบต่อความเป็นกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการศึกษาเชิงปริมาณ หรือการสัมภาษณ์เชิงลึก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ระดับความดันโลหิต และค่าดัชนีมวลกาย (BMI)

2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แบบมีโครงสร้างในการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม (Focus group) ที่ผู้วิจัยสร้างเอง โดยครอบคลุมประเด็นการให้ความหมายภาวะสุขภาพ องค์การแห่งความสุข พฤติกรรมสุขภาพ การจัดการกิจกรรมการสร้างความสุขในองค์กรแก่บุคลากรสอดคล้องกับบริบท เป็นต้น

3. แบบประเมินความสุขในองค์กร (Happinometer) เป็นแบบประเมินความสุขด้วยตนเอง (HAPPINOMETER) สำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข 8 ประการ ของมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดความสุขของบุคลากรในองค์กรทั้ง 8 มิติ จำนวน 62 ตัวชี้วัด (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2562) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ

0.869 ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวเป็นแบบสอบถามมาตรฐานที่ประกอบการประเมินความสุขของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน หน่วยงานและภาคเอกชนและเผยแพร่สู่สาธารณชนผู้วิจัยจึงนำมาเป็นเครื่องมือในการวัดความสุขของบุคลากรในองค์กร

4. แบบประเมินสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ประกอบด้วย 1) แบบทดสอบความเครียดฉบับสั้น (ST-5) คะแนนรวมจำนวน 5 ข้อ (4 ระดับ คือ 0, 1, 2, 3 คะแนน) โดยผลรวมแบ่งเป็น 4 ระดับ ประกอบด้วย 0 – 4 คะแนน เครียดน้อย, 5 – 7 คะแนน เครียดปานกลาง, 8 – 9 คะแนน เครียดมาก และ 10-15คะแนน เครียดมากที่สุด 2) แบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) กรณี มี 1 ข้อขึ้นไปให้ประเมิน 9Q ต่อ และ 3) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) การให้ค่าคะแนน ไม่มีเลย เท่ากับ 0, เป็นบางวัน 1 – 7 วัน เท่ากับ 1 คะแนน, เป็นบ่อย > 7 วัน เท่ากับ 2 คะแนน และเป็นทุกวัน เท่ากับ 3 คะแนน แบบ ประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) มีจำนวน 8 ข้อ 0 ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 1-8 มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ในระดับน้อย 9-16มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง ≥ 17 มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับรุนแรง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวเป็นแบบสอบถามมาตรฐานที่ประกอบการ ประเมินความสุขของบุคลากรที่ปฏิบัติงานหน่วยงานและภาคเอกชนและเผยแพร่สู่สาธารณชนผู้วิจัยจึงนำมาเป็นเครื่องมือ ในการประเมินสุขภาพจิตของบุคลากรในองค์กร

5. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 3 ล (ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) โดยผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ และตามแนวคิดการสร้างสุขภาพด้วย สบซ โมเดล มีจำนวน ข้อคำถาม 16 ข้อ ประกอบด้วย ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ การลดดื่มสุรา การลดสูบบุหรี่ และลดเค็มโดยผู้วิจัยนำมาพัฒนาปรับปรุงให้ สอดคล้องกับบริบทตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของ แบบสอบถามครอบคลุม ความถูกต้องของภาษาและความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามตัวแปรและสถานการณ์ ค่า ดัชนีความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity index: CVI) และนำมาพัฒนาปรับปรุง จากนั้นนำเครื่องมือ ทดสอบความกลุ่มที่คล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient alpha) มี ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient alpha) 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการกระจาย เป็นโค้งปกติของข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov Test ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ dependent t-test เพื่อ เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลด้านสุขภาพ คะแนนประเมินองค์กรแห่งความสุข คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ วิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก รหัสจริยธรรมการวิจัย BCNCT 03/2566 รับรองตั้งแต่ 18 มกราคม 2566 – 17 มกราคม 2567 ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์

อักษรในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัย รายละเอียดชี้แจงต่างๆ ของการวิจัยประกอบด้วย 1) ชื่อ สกุลและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์และประโยชน์จากการวิจัยในครั้งนี้ 3) ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล 4) เครื่องมือต่าง ๆ ในการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับที่ไม่เปิดเผยข้อมูลที่จะสามารถเชื่อมโยงถึงบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง จะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น และ 5) กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยหรือมีสิทธิ์ในการถอนตัวได้ตลอดเวลาซึ่งจะไม่กระทบต่อการปฏิบัติงานใด ๆ หรือการประเมินผลปฏิบัติราชการของกลุ่มตัวอย่าง และ 6) ผู้วิจัยดำเนินการทำลายแบบสอบถามรวมถึงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ เมื่อเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้อาจารย์และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ระหว่างปี พ.ศ. 2565 -2567 และประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัย แต่เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ดำเนินการภายใต้สภาพการณ์จริง และมีระยะเวลาในการพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบยาวนานถึง 3 ปี ส่งผลให้มีการเคลื่อนไหวของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จึงมีกลุ่มตัวอย่าง เฉลี่ย 120 ราย โดยเป็น เพศชาย 26 ราย เพศหญิง 94 ราย มีอายุระหว่าง 20 – 61 ปี อายุเฉลี่ย 41.55 ปี ($SD = 9.92$) โดยเป็นอาจารย์ จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 50.83) และเจ้าหน้าที่จำนวน 59 ราย (ร้อยละ 49.17) ผลการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 รูปแบบและประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล (สบช โมเดล) ส่องค์กรแห่งความสุข

1.1 รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล (สบช โมเดล) ส่องค์กรแห่งความสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ดำเนินการเสริมสร้างสุขภาวะด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล (สบช โมเดล) ส่องค์กรแห่งความสุข โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ผ่านกระบวนการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง การระดมกำลัง การประชุม การประเมิน การจัดลำดับความสำคัญ การวางแผน การลงมือปฏิบัติการประเมินผลการปรับปรุง เพื่อการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์และบริบทตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 - มกราคม 2567 โดยกิจกรรมที่สำคัญในการดำเนินการพัฒนาองค์กร ดังภาพที่ 2

1.1.1 การสร้างการมีส่วนร่วมในองค์กร ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับ การรายงานสถานการณ์สุขภาพ สร้างความตระหนัก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพกาย ใจ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างรูปแบบการสร้างสุขภาวะตามแนวคิด สบช โมเดล และกิจกรรม HAPPY 8 โดยใช้แนวทางปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ในการประเมินภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพตามมาตรการ 3อ 3ล

1.1.2 การส่งเสริมสุขภาพโดยยึดหลักการสร้างสุขภาวะตามแนวคิด สบช โมเดล และ กิจกรรม HAPPY 8 โดยใช้แนวทางปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ในการประเมินภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพตามมาตรการ 3อ 3ล โดยผู้บริหารกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับทุกภาคส่วนอย่างสมัครใจ เพื่อกำหนดนโยบาย ส่งเสริมสุขภาพ นำเสนอกรอบแนวคิดโครงการและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผลักดันนโยบายและแผนการส่งเสริมองค์กรสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์ของวิทยาลัย

1.1.3 การขับเคลื่อนเชิงนโยบายผ่านกิจกรรมเปิดตัวโครงการและสร้างความตระหนักโดยประกาศนโยบาย “องค์กรสุขภาวะ” และแผนพัฒนาวิทยาลัย ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินโครงการในการประชุมประจำเดือน จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อสะท้อนปัญหาสุขภาพและแนวทางการพัฒนาการดำเนินการในระยะนี้ มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายสำคัญขององค์กร คือ นักศึกษา การบูรณาการแนวคิด ส่งเสริมสุขภาพและสร้างความตระหนักในการพัฒนาองค์กรสุขภาวะอย่างยั่งยืนโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI: Continuous Quality Improvement)

1.1.4 การกำกับติดตามผลการตรวจสุขภาพและสมรรถนะทางกาย การประเมินระดับความสุข ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้า และการประเมินองค์กรสุขภาวะ จากบันทึกพฤติกรรมสุขภาพในระบบฐานข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชุมชนสุขภาวะด้วย สบช โมเดล 2022 เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1.1.5 การจัดเสวนาเรื่องเล่า “สุขภาพดีด้วยแนวคิดสบชโมเดล” ถอดบทเรียนและคืนข้อมูลแก่บุคลากรของ วิทยาลัย จากการถอดบทเรียน ผลการวิจัยจึงได้รูปแบบเสริมสร้างสุขภาวะด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนกโมเดล (สบช โมเดล) สู่องค์กรแห่งความสุข : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยแนวคิด สถาบันพระบรมราชชนก โมเดล (สบช โมเดล) สู่องค์กรแห่งความสุข ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ดังนี้ 1) การขับเคลื่อน องค์กรของผู้นำ 2) การสร้างการมีส่วนร่วมในองค์กร: มุ่งให้ทุกภาคส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ 3) ระบบการ ส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุม เสริมสร้างสุขภาวะด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนกโมเดล(สบชโมเดล) 4) กิจกรรมการ ขับเคลื่อนเชิงนโยบายบูรณาการร่วมระหว่างบุคลากรและนักศึกษา 5) การกำกับติดตาม/ส่งเสริมสนับสนุนอย่างเป็น ระบบโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 6) จัดเวทีเสวนาเรื่องเล่าสุขภาพดีตามวิถี การถอดบทเรียนและการคืนข้อมูล



ภาพที่ 2 รูปแบบเสริมสร้างสุขภาวะด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนกโมเดล (สบช โมเดล) สู่องค์กรแห่งความสุข : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

1.2 การสร้างกลุ่มแกนนำ (ครู ก) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยแนวคิด สถาบันพระบรมราชชนก โมเดล (สบข โมเดล) แกนนำสุขภาพในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้วย 3อ3ล ประกอบด้วย อาจารย์และเจ้าหน้าที่จำนวน 20 คน แกนนำนักศึกษา จำนวน 45 คน แกนนำทุกคนผ่านการพัฒนาศักยภาพโดยผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์อนามัยเขต 1 ผลการติดตามด้านสุขภาพภาวะสุขภาพ พบว่า แกนนำมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นอย่างชัดเจนจนเป็นที่ยอมรับ จำนวน 2 คน

1.3 ผลของรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล (สบข โมเดล) ศูนย์องค์กรแห่งความสุข จำแนกออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

อาจารย์และเจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมโครงการมีความคิดเห็นว่าการเสริมสร้างสุขภาวะด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล (สบข โมเดล) ร้อยละ 76.10 เห็นด้วยว่ารูปแบบนี้มีประโยชน์ ($M=3.73, SD=0.37$) ร้อยละ 69.76 เห็นด้วยว่ารูปแบบนี้มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ($M=3.67, SD=0.49$) ร้อยละ 52.68 เห็นด้วยว่ารูปแบบนี้มีความเหมาะสม ($M=3.61, SD=0.55$) และร้อยละ 55.12 เห็นด้วยว่ารูปแบบนี้มีความถูกต้องครอบคลุมการเสริมสร้างสุขภาวะ ($M=3.65, SD=0.52$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล (สบข โมเดล) ศูนย์องค์กรแห่งความสุข (N = 120)

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจเฉลี่ย		ร้อยละของความพึงพอใจในระดับต่าง ๆ		
	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	การแปลผล	พึงพอใจมากที่สุด	พึงพอใจมาก	พึงพอใจน้อย
ด้านความเป็นประโยชน์	3.73 (0.37)	พึงพอใจมากที่สุด	76.10	20.49	3.41
ด้านความเป็นไปได้	3.67 (0.49)	พึงพอใจมากที่สุด	69.76	27.80	2.44
ด้านความเหมาะสม	3.61 (0.55)	พึงพอใจมากที่สุด	52.68	23.41	3.90
ด้านความถูกต้องครอบคลุม	3.65 (0.52)	พึงพอใจมากที่สุด	55.12	21.46	3.41
ภาพรวม	3.67 (0.45)	พึงพอใจมากที่สุด	70.46	25.88	3.66

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบผลการตรวจสุขภาพ ก่อน ระหว่าง และหลังการทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล (สบข โมเดล) ศูนย์องค์กรแห่งความสุข

2.1 การติดตามระดับกลุ่มระดับน้ำตาลของอาจารย์และเจ้าหน้าที่โดยใช้ปิงปองจรรยาจร 7 สี ในปี 2565 – 2567 (N = 120) พบว่า กลุ่มที่มีระดับน้ำตาลและความดันโลหิตปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และตรวจพบผู้ที่ระดับน้ำตาลผิดปกติรายใหม่ ซึ่งช่วยให้ผู้ที่มีระดับน้ำตาลผิดปกติได้รับการดูแลและได้รับการติดตามช่วยเหลือทางสุขภาพอย่างทันท่วงทีก่อนเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไป

2.2 ผลการติดตามระดับความดันโลหิตของอาจารย์และเจ้าหน้าที่โดยใช้ปิงปองจรรยาจร 7 สี ในปี 2565 – 2567 (N = 120) พบว่า มีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2565 ค่าเฉลี่ยของลำดับกลุ่มเท่ากับ

2.09 พ.ศ. 2566 ค่าเฉลี่ยของลำดับกลุ่มลดลงเท่ากับ 2.05 และ พ.ศ. 2567 ลดลงเหลือเท่ากับ 1.87 ซึ่งเป็นระดับที่เข้าใกล้กลุ่มปกติ (กลุ่ม 1)

2.3 ผลประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 ($SD=.45$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับดีขึ้นไป โดยด้านความเข้าใจต่อข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M=4.54, SD=.46$) และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M=4.09, SD=.65$)

2.4 ผลประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร พบว่า อาจารย์และเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าที่ปรุงสุกและสะอาด รับประทานผลไม้และผักสดที่หลากหลายอย่างน้อยวันละครั้งก็โลกรั่มเป็นประจำ และมีบางครั้งที่รับประทานอาหารเช้าที่มีไขมันสูง อาหารหวาน หรือเติมน้ำปลาหรือเกลือเพิ่มในอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของอาจารย์และเจ้าหน้าที่ พบว่า อาจารย์และเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 30 นาที มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ส่วนผู้ที่ออกกำลังกาย 1-2 วันต่อสัปดาห์หรือไม่ออกกำลังกายเลย มีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือทำงานต่อเนื่องจากการทำกิจวัตรประจำวันนานกว่า 30 นาที และด้านพฤติกรรมกรสูบบุหรี่ของอาจารย์และเจ้าหน้าที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ หลังการทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล (สบข โมเดล) สุ่มคัดกรองแห่งความสุข พบว่า อาจารย์และเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ใกล้ชิดกับผู้อื่นสูบบุหรี่หรือยาสูบ รองลงมาคืออยู่ใกล้ชิด 6-7 วันต่อสัปดาห์ และ 1-2 วันต่อสัปดาห์ และอาจารย์และเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รองลงมาคือดื่ม 6-7 วันต่อสัปดาห์ และมีอาจารย์และเจ้าหน้าที่บางราย ยังดื่มสุรา 1-2 วันต่อสัปดาห์

2.5 ผลประเมินความสุขของบุคลากร พบว่า หลังการจัดกิจกรรมบุคคลกรมีความสุขโดยรวมในระดับมีความสุขอย่างยิ่ง ($M=86.24, SD=9.36$) โดยมีความคิดเห็นว่าคุณเองมีจิตวิญญาณดี ($M=15.58, SD=2.28$) และอยู่ในสังคมที่ดี ($M=7.11, SD=2.68$) แต่รู้สึกไม่มีความสุขด้านสุขภาพการเงิน ($M=7.51, SD=1.25$) โดยพบว่า มีการผ่อนชำระหนี้สินต่าง ๆ โดยรวมเป็นภาระ ไม่มีเงินเหลือเก็บในแต่ละเดือน และมีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย การจำแนกรายข้อแสดงให้เห็นว่าด้าน Happy Body / สุขภาพกายดี พบอาจารย์และเจ้าหน้าที่ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 13 ราย (คิดเป็นร้อยละ 5.85) เป็นโรคอ้วน จำนวน 16 ราย (คิดเป็นร้อยละ 7.20) และอ้วนมาก จำนวน 3 ราย (คิดเป็นร้อยละ 1.35) ซึ่งมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด และพบว่าเมื่อประสบปัญหาในชีวิตบุคลากรสามารถจัดการกับปัญหาได้ ($M=67.78, SD=0.59$) มีความรู้สึกเอื้ออาทร/ห่วงใยต่อคนรอบข้าง ($M=77.78, SD=0.53$) เต็มใจและยินดีในการทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม ($M=79.44, SD=0.61$) และผลการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และ 4.5-B ผลการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ระยะ 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันประเมินอาจารย์และเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 100 ไม่มีความผิดปกติด้านอารมณ์

อภิปรายผล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะโดยนำแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล (สบข โมเดล) สุ่มคัดกรองแห่งความสุข สบข โมเดลมาใช้ที่โดยดำเนินการหลากหลายมิติ ได้แก่ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานและการเรียน การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและความสุขอย่างต่อเนื่องการพัฒนาหลักสูตรที่

บูรณาการแนวคิดสุขภาวะองค์รวมการสร้างระบบสนับสนุนและให้คำปรึกษาแก่บุคลากรและนักศึกษา ประกอบด้วย กิจกรรมหลัก ดังนี้ 1) การขับเคลื่อนองค์กรของผู้นำ 2) การสร้างการมีส่วนร่วมในองค์กร 3) ระบบการส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุม เสริมสร้างสุขภาวะด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนกโมเดล(สบข โมเดล) 4) กิจกรรมการขับเคลื่อนเชิงนโยบายบูรณาการร่วมระหว่างบุคลากรและนักศึกษา 5) การกำกับติดตาม/ส่งเสริมสนับสนุนอย่างเป็นระบบโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 6) จัดเวทีเสวนาเรื่องเล่าสุขภาพดีตามวิถี การถอดบทเรียนและการคืนข้อมูล อย่างไรก็ตามการขับเคลื่อนผ่านกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ที่ประกอบด้วย การระดมกำลัง การประชุม การประเมิน การจัดลำดับความสำคัญ การวางแผน การลงมือปฏิบัติการประเมินผลการปรับปรุง เพื่อการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์และบริบทให้สอดคล้อง ยึดหยุ่นมีความสำคัญต่อการดำเนินในการใช้แนวคิดสบข โมเดล เพื่อส่งเสริมสุขภาวะและความสุขในองค์กร โดยเฉพาะใน สถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมาสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญวิภา นิลเนตร และณัฐกร นิลเนตร (2566) ที่พบว่า การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับแนวทางของเบญจวรรณ สอนอาจ (2562) ที่เน้นการเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง การตัดสินใจ และการสื่อสารเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในประชากรวัยทำงาน คุณค่าและผลกระทบของการดำเนินงานสะท้อนถึงประโยชน์ทั้งในระดับองค์กร บุคลากร ครอบครัว และสังคม ได้แก่ การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมสุขภาพ การเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน การลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว และการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของบุคลากรและนักศึกษา นอกจากนี้ ยังเป็นการวางรากฐานในการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีทักษะในการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในอนาคต ปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วย การกำหนดนโยบายเชิงยุทธศาสตร์ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การมีส่วนร่วมของบุคลากร การสื่อสารอย่างทั่วถึง และการนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการพัฒนารูปแบบและการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องอันนำไปสู่การสร้างต้นแบบองค์กรสุขภาวะที่สามารถขยายผลสู่สถาบันการศึกษาอื่น ๆ และสังคมในวงกว้างต่อไป

ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะด้วยแนวคิด สบข โมเดล พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.10 เห็นว่ามีประโยชน์ ร้อยละ 69.76 เห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ร้อยละ 52.68 เห็นว่ามีความเหมาะสม และร้อยละ 55.12 เห็นว่ามีความถูกต้องครอบคลุมแนวคิดการเสริมสร้างสุขภาวะ นอกจากนี้ผลการติดตามระดับความดันโลหิตด้วยแนวคิดป้องกันจราจร 7 สี ระหว่างปี 2565-2567 แสดงถึงแนวโน้มที่ดีขึ้นในกลุ่มสุขภาพปกติ และตรวจพบผู้ที่มียกระดับน้ำตาลที่ผิดปกติรายใหม่ซึ่งส่งผลให้ได้รับการดูแลอย่างทันที่ นอกจากนี้ผลการประเมินความสุขและสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q พบว่าร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างมีผลปกติ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมความสุขในการทำงานคือการสนับสนุนจากผู้บริหาร สภาพแวดล้อมที่ดี และความสัมพันธ์ในทีมที่เข้มแข็ง สอดคล้องกับการศึกษาของอรอุมา สุบรรณ (2563)

ผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี และผลการติดตามด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ พบว่า แกนนำมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นอย่างชัดเจนจนเป็นที่ยอมรับ จำนวน 2 คน แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มวัยทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การดำเนินงานดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ารูปแบบ

สบช โมเดล สามารถส่งเสริมสุขภาวะทั้งในมิติร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งสร้างความตระหนักรู้และพัฒนาศักยภาพบุคลากรและนักศึกษาในองค์กรอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารสถาบันการศึกษาหรือผู้เกี่ยวข้องสามารถประยุกต์ใช้กระบวนการทั้ง 6 องค์ประกอบ ในรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะด้วยแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนก (สบช โมเดล) สำหรับเป็นเครื่องมือทางเลือกเพื่อใช้ในการพัฒนาบุคลากรในองค์กรสู่องค์กรแห่งความสุข
2. ผู้บริหารสถาบันการศึกษาหรือผู้เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการพัฒนาระบบหรือ application สำหรับการกำกับติดตามและส่งเสริมสุขภาวะแก่บุคลากรโดยคำนึงถึงการนำไปใช้ได้จริง
3. ผู้บริหารสถาบันการศึกษาหรือผู้เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ รวมถึงการบูรณาการกิจกรรมของนักศึกษาโดยมีการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นส่งผลให้เกิดผลกระทบที่ดีทางสังคม

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2565). รายงานจำนวนและอัตราการตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (NCD) ปี 2559–2563.

<http://www.thaincd.com/>

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q และ 9Q. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562. กระทรวงสาธารณสุข.

กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561ก). หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เส้นทางสู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.

กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561ข). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 7–14 ปี และกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (ฉบับปรับปรุง ปี 2561). โรงพิมพ์กองสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

จิต เอื้อสุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, และวัชรวิทย์ หวังมัน. (2563). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(3), 419–429.

เบญจวรรณ สอนอาจ. (2562). แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร]. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 28(2), 95–105.

- เพ็ญวิภา นิลเนตร และณัฐกร นิลเนตร. (2566). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6. *วารสารสภากาชาดสาธารณสุขชุมชน*, 5(1), มกราคม-เมษายน.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2560). *มาร่วมกันพัฒนาองค์กรไปสู่การเป็น “Healthy Organization”*.
http://healthy-org.com/content/about_proj
- วิชัย เทียนถาวร. (2564). *แนวคิด สบช. โมเดล: การสร้างบัณฑิตเพื่อสร้างชุมชนสุขภาวะ*.
<https://www.pi.ac.th/relations>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ People Excellence Strategy*. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร. (2564). *คู่มือการส่งเสริมองค์กรสุขภาวะ*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- อรอุมา สุบรรณ. (2563). ความสุขในการทำงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(1), 45-56.
- Office of Health Promotion Organizations. (2021). *Handbook for promoting healthy organizations*. Thai Health Promotion Foundation.
- World Health Organization. (2022). *Workplace health promotion*.
https://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/print.html

ปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิด ที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชบุรี

พิชญ์วีร์ สิ้นสวัสดิ์, ปร.ด* และ สุรัตน์ แพงอุ่ม, พย.บ**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 54 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาและหาความสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.70, 0.85, 0.96 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน สมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียลและวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบนำเข้า ผลการวิจัยพบว่า อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = -.375$) ส่วนการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยและคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .578$, $r = .653$ ตามลำดับ) ปัจจัยอาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติถึงร้อยละ 58.90 (Adjusted $R^2 = 0.589$) ดังนั้นพยาบาลควรเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ป่วยโดยการให้ความรู้ด้วยการสอนเนื้อหาที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและเหมาะสมกับระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลที่ถูกจำกัดและสั้นลง พร้อมกับหากลยุทธ์ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้และให้ความหมายการเจ็บป่วยของตนเองในทางบวก

คำสำคัญ: ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

*โรงพยาบาลราชบุรี

Corresponding E-mail: pitchawee@gmail.com

(Received: May 6, 2025; Revised: August 20, 2025; Accepted: September 1, 2025)

Factors predicting discharge readiness in patients with closed fracture of a leg undergoing internal fixation surgery in orthopaedic ward at Ratchaburi Hospital

Pitchawee Sinsawad, Ph.D* & Surat Pangoum, B.N.S**

Abstract

The descriptive study aimed to explore predictive power between discharge readiness and related factors: length of stay, illness representation (symptoms associated with illness, perception of illness) and quality of discharge teaching. Fifty-four samples were recruited from patients with closed fracture of a leg undergoing internal fixation surgery via recruit sample follow inclusion criteria. The instruments applied consisted of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), the Quality of Discharge Teaching Scale (QDTS), and the Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS), which were tested for the reliability. Their Cronbach's alpha coefficient values were .70, .85, .96, and .96 respectively. Data were collected during April 2022 to August 2022. Descriptive statistics, Pearson's Product Moment Correlation, Point Biserial Correlation and Enter method multiple regression were used to analyze the data. The results of the study showed that Symptoms associated with illness had negative association with Discharge readiness at significant p value of .05 ($r_{pb} = -.375$). Moreover the result revealed that perception of illness and quality of discharge teaching related to the discharge readiness positively and significantly ($r = .578$, $r = .653$, $p < .001$). Symptoms associated with illness, ($Beta = -0.260$). Perception of, ($Beta = 0.432$) and quality of Discharge teaching ($Beta = 0.552$) could jointly explain 58.9 % of the variance in discharge readiness of patients with closed fracture of a leg undergoing internal fixation surgery. The study suggested that nurses have to concern discharge readiness of patients with closed fracture of a leg undergoing internal fixation surgery, have to teach the content pertinent to the patients' needs appropriate to the shorter limited time (LOS), and have to find strategies to promote these patients to perceive and interpret the meaning of their illness positively.

Keyword: discharge readiness length of stay illness representation quality of discharge teaching
patients with closed fracture of a leg undergoing internal fixation surgery

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

**Ratchaburi Hospital

บทนำ

การบาดเจ็บ—ที่มีผลทำให้เกิดการหักของกระดูก มีสาเหตุสำคัญส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร จากการใช้เครื่องจักรกลในโรงงานอุตสาหกรรมต่าง ๆ การที่กระดูกหักอาจส่งผลให้เนื้อเยื่อที่อยู่รอบกระดูกได้รับอันตรายไปด้วย การช่วยเหลือ การปฐมพยาบาล การตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้องและการรักษาที่ถูกหลักการ จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการของผู้บาดเจ็บได้ สำหรับในประเทศไทยอุบัติการณ์ของการเกิดกระดูกขาหักจากอุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุการเกิดอันดับ 4 และจากสถิติของสถาบันวิจัยด้านการคมนาคม มหาวิทยาลัยมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา ร่วมกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ยังได้ระบุว่าสถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนทั่วโลกมีค่าเฉลี่ย 18 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนต่อปี ซึ่งประเทศไทยติดอันดับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นอันดับ 2 ของโลกคือจำนวน 44 คนต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) หนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากกระดูกขาหัก การรักษาผู้ป่วยกระดูกขาหักด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแกนโลหะตามกระดูกจะได้รับการผ่าตัดภายในช่วงระยะเวลาเฉลี่ย 17 ชั่วโมงภายหลังการบาดเจ็บ ผลของการรักษาที่รวดเร็ว นอกจากจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายและฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้นแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงเฉลี่ยเพียง 3.9 วัน (Pendleton, Canada, & Guerrero-Bejarano, 2007) อย่างไรก็ตามภายหลังการรักษาด้วยการผ่าตัดโลหะตามกระดูก พบว่า ผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวที่ช้ากว่าการผ่าตัดอื่น (Berg, Tdvall, Nilsson, & Unosson, 2011) และพบว่าต้องใช้ระยะเวลาถึง 4 เดือน จึงมีความสามารถในการยืน เดิน เทียบเท่ากับก่อนผ่าตัด (อิริววรรณ เชื้อตาเล้ง, 2559) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์จึงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากต้องเผชิญและเรียนรู้กับกิจกรรมการดูแลตนเอง ทั้งในเรื่องการดูแลบาดแผล การปรับตัวที่จะดำเนินชีวิตภายใต้ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเรียนรู้ที่จะใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน และการทำกายภาพบำบัดหลังผ่าตัด (Ouellet, Hodgins, Knorr, & Geldart, 2003) ดังนั้นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน จึงควรได้รับการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการตอบสนองของผู้ป่วยต่อสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลตนเองที่บ้าน โดยหากผู้ป่วยรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง หมายถึงผู้ป่วยจะสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านโดยไม่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ อย่างไรก็ตามการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยจะแตกต่างกันไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Weiss et al., 2007) บุคคลจะประสบผลสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านในแต่ละสถานการณ์นั้นขึ้นอยู่กับธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านและการบำบัดทางการพยาบาล (Meleis, Sawyer, Im, Messias, and Schumacher, 2000) ซึ่งในโรงพยาบาลราชบุรี พบปัญหาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยกระดูกหัก เมื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา พบว่า ผู้ป่วยขาดการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายซึ่งมาจากปัจจัยที่หลากหลายทั้งภายในบุคคลและภายนอกบุคคลซึ่งส่งผลต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเป็นธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย และการเตรียมความพร้อมที่ดี จากการศึกษาพบว่า ปัจจุบันผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดได้รับการผ่าตัดดัดยัดตรึงกระดูกภายในหลังการบาดเจ็บโดยเร็วมากขึ้น ประกอบกับนโยบายควบคุมค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยการเหมาจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: 4 DRG) ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น (Pendleton, Canada & Guerrero-Bejarano, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลง ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์มีข้อจำกัดในการได้รับความรู้และทักษะในการเผชิญปัญหาภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Ouellet, Hodgins, Knorr & Geldart, 2003) และพบว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่แตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับที่แตกต่างกันไปด้วย (Weiss, Ryan, Lokken & Nelson, 2004) ส่วนการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยเงื่อนไขภายในตัวบุคคลที่จะสนับสนุนหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น การให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางที่ดีก็จะนำไปสู่ความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000) สำหรับการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและฟื้นฟูสภาพภายหลังการจำหน่ายได้อย่างเหมาะสม โดยหากพยาบาลมีการเตรียมเนื้อหาการสอนที่ดี เหมาะสม ชัดเจน และครอบคลุมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ตลอดจนมีการใช้ทักษะที่ดีในการสอนก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Weiss et al., 2007) อย่างไรก็ตามด้วยบริบทภายในหอผู้ป่วยที่พยาบาลต้องมุ่งดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันให้ได้รับความปลอดภัย (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006) จึงพบว่า กระบวนการสอนเพื่อให้ความรู้ในการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน ไม่มีรูปแบบที่เป็นทางการหรือไม่มีแนวทางชัดเจน ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการสื่อสารกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่าย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (วิลาวรรณ พุทธิรักษ์, 2564; Weiss et al., 2007) ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดดัดยัดตรึงกระดูกภายใน เพื่อนำผลจากการวิจัยในครั้งนี้ไปพัฒนาคุณภาพการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดดัดยัดตรึงกระดูกภายในให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

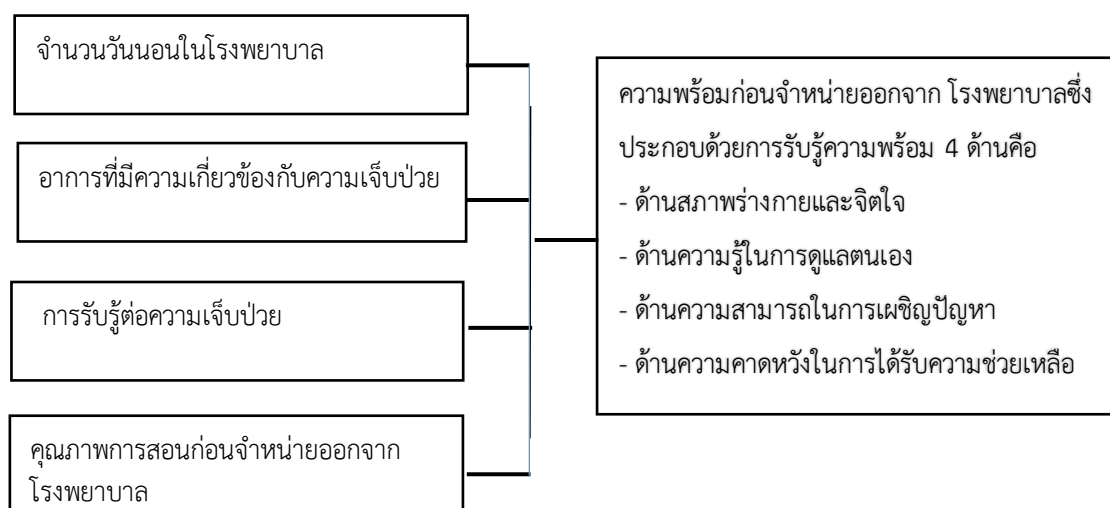
เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดดัดยัดตรึงกระดูกภายใน ซึ่งได้แก่ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สมมติฐานวิจัย

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดดัดยัดตรึงกระดูกภายใน

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000) เป็นกรอบในการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) ศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี ได้มาจากการคำนวณด้วยการใช้กฎอย่างง่าย (Rule of Thumb) คือ กำหนดขนาดตัวอย่าง 10-20 เท่า ของจำนวนตัวแปร (Hair et al., 2010) งานวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร กำหนดขนาดตัวอย่าง 15 เท่า ของจำนวนตัวแปร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลได้ จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 90

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2565 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ.2565 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
3. มีกระดูกขาหักที่เกิดจากอุบัติเหตุไม่ใช่จากพยาธิสภาพของโรค
4. เป็นผู้ป่วยที่มีกระดูกงูยาวของขาหักชนิดปิดในช่วงกลางของกระดูกต้นขา (Shaft of femur) หรือกระดูกหน้าแข้ง (Shaft of tibia) หรือกระดูกน่อง (Shaft of fibula) หรือทั้งกระดูกหน้าแข้งและกระดูกน่อง (Shaft of both bones) ในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง ซึ่งลักษณะของการหักอาจ มากกว่า 1 ตำแหน่งในกระดูกชิ้นเดียวกัน (Segmental fracture) และได้รับการทำผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน
5. ไม่มีการบาดเจ็บร่วมของระบบประสาทและสมอง กระดูกสันหลัง ระบบหัวใจและหลอดเลือด และอวัยวะในช่องท้องหรือทรวงอก
6. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บและการรักษา เช่น ไม่มีภาวะความดันภายในช่องกล้ามเนื้อสูง ภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อ การบาดเจ็บของหลอดเลือดและหรือ เส้นประสาทของขาข้างที่มีพยาธิสภาพ เป็นต้น
7. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีความรุนแรงของโรคร่วมจนต้องได้รับการรักษาต่อในแผนกอื่น
8. เป็นผู้ป่วยที่แพทย์มีแผนการรักษาอนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้
9. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลับบ้านได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากแพทย์มีแผนการจำหน่าย ผู้วิจัยคัดกลุ่มตัวอย่างรายนั้นออกจากการศึกษาเพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อตัวแปรจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal or Termination Criteria) ได้แก่ ขณะที่ผู้ป่วยทำแบบสอบถาม หากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ยินยอมทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะยุติการศึกษาและให้การดูแลช่วยเหลือผู้เข้าร่วมวิจัยตามมาตรฐานวิชาชีพ และประเมินความยินยอมของผู้ป่วยอีกครั้ง พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการให้ความร่วมมือเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และเมื่อผู้ป่วยยินดีจึงดำเนินการศึกษาต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วย (Identity) แบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะเจ็บป่วย แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

- 1.1 ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามเลือกตอบและคำถามปลายเปิด จำนวน 12 ข้อ
- 1.2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย เป็นการบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนด้วยการเลือกตอบ และเติมข้อความ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วย (Identity) ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาโดย Moss-Morris et al. (2002) และแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดยศรินรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) เพื่อใช้

สำหรับประเมินอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยที่พบได้ในการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง ได้แก่ ปวด/เจ็บ เจ็บคอ คลื่นไส้ หายใจไม่ออก น้ำหนักลด เหนื่อย/อ่อนเพลีย ข้อติดแข็ง เคืองตา หายใจมีเสียงวี๊ด ปวดหัว ปวดท้อง/แน่นท้อง นอนหลับยาก เวียนศีรษะ และไม่มีแรง/ หดแรง ซาๆ และปวด หลัง รวมทั้งหมดเป็น 16 อาการ ผู้ป่วยจะต้องตอบคำถามว่ามีประสบการณ์ในแต่ละอาการหรือไม่ โดยลักษณะคำตอบเป็นการให้ผู้ป่วยเลือกว่าใช่หรือไม่ใช่ ซึ่งอาการที่ผู้ป่วยรายงานในส่วนแรกจะไม่ได้นำมาคิดคะแนน แต่ในส่วนของการที่ผู้ป่วยคิดว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ จะถูกนำมาคิดคะแนนโดยเกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่ใช่ = 0 และใช่ = 1 คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 0 – 16 คะแนน ค่าคะแนนที่สูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความเชื่ออย่างมากว่าอาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ หรือจำนวนอาการที่เพิ่มขึ้นบ่งบอกถึงคุณลักษณะด้านลบของการเจ็บป่วยครั้งนี้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาโดย Moss-Morris et al. (2002) และแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย ศรีรัตน ศรีประสงค์ (2551) ซึ่งมีข้อคำถาม 37 ข้อ เป็นคำถามด้านลบ 12 ข้อ (ข้อ 1, 4, 8, 12-14, 18, 20-22, 28 และ 36) ส่วนที่เหลือเป็นคำถามด้านบวก 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็น 5 ระดับ ข้อคำถามที่เป็นด้านบวกมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 ไม่เห็นด้วย = 2 ไม่แน่ใจ = 3 เห็นด้วย = 4 และเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 ส่วนข้อที่เป็นลบ ให้คะแนนตรงกันข้ามกัน คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 ไม่เห็นด้วย = 4 ไม่แน่ใจ = 3 เห็นด้วย = 2 และเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยเป็นรายด้าน เพื่อให้มีความชัดเจนในการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยมากขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การรับรู้เกี่ยวกับช่วงเวลาของการเจ็บป่วยว่าเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง (Timeline acute/ chronic) จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 1-5 และ 18) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 6-30 หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้จะคงอยู่กับตนเองอย่างถาวรมากกว่าชั่วคราว

การรับรู้เกี่ยวกับวงจรของการเจ็บป่วย (Timeline cyclical) จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 29-32) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 4-20 ผู้ที่มีคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยต่างๆ ที่เกิดขึ้นนี้จะหมุนเวียนกันไปทั้งดีขึ้นและแย่ลง

การรับรู้ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากการเจ็บป่วย(Consequences) จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 6-11) คะแนน รวมอยู่ในช่วง 6-30 ผู้ที่มีระดับคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อชีวิตอย่างมาก

การรับรู้ด้านการควบคุมอาการ ประกอบด้วย การควบคุมอาการด้วยตนเอง (Personal control) จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 12-17) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 6-30 และการควบคุมอาการด้วยการรักษา (Treatment control) จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 19-23) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-25 ซึ่งผู้ที่มีระดับคะแนนสูงทั้ง 2 ด้าน หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่สามารถกระทำการใดๆ ที่จะป็นผลดีต่อการเจ็บป่วยได้เลย อีกทั้งการรักษาที่ได้รับก็ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้อาการและการเจ็บป่วยครั้งนี้หายขาดได้

ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย (Illness coherence) จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 24 - 28) คะแนน รวมอยู่ในช่วง 5 - 25 ผู้ที่มีระดับคะแนนสูง หมายถึง ไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

การรับรู้ด้านอารมณ์(Emotional representation) จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 33 - 37) คะแนน รวมอยู่ในช่วง 5 - 25 ผู้ที่มีระดับคะแนนสูง หมายถึง ผลของการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองของอารมณ์ด้านลบ แปลผลว่า ค่าคะแนนโดยรวมที่สูง หมายถึง ผู้ป่วยประเมินว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อตนเอง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย Weiss and Piacentine (2006) และแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย แสงเดือน กันทะขู้ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 18 ข้อแบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

4.1 ด้านเนื้อหาการสอน จำนวน 6 ข้อ คือ ข้อ 1 - 6 แต่ละข้อประกอบด้วยข้อคำถามเปรียบเทียบ ระหว่าง ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการกับข้อมูลที่ได้รับการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การจัดการกับภาวะอารมณ์ ยาและการรักษา และการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา โดยในส่วนของข้อมูลที่ ต้องการนั้นไม่นำมาคิดคะแนนเพื่อวิเคราะห์คุณภาพการสอน แต่นำมาเปรียบเทียบกับระหว่างข้อมูลที่ผู้ป่วย ต้องการกับข้อมูลที่ได้รับจริง

4.2 ด้านทักษะการสอน จำนวน 12 ข้อ คือ ข้อ 7 - 18 เป็นข้อคำถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความสามารถในการสื่อสาร อธิบาย และความเอาใจใส่ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการสอน ก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล

ลักษณะคำตอบเป็นเชิงบวก รูปแบบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบเหตุการณ์นั้นเลย และ 10 คะแนน หมายถึง พบเหตุการณ์นั้นเป็นอย่างมาก คะแนนรวมได้จากคะแนนของเนื้อหาการสอนที่ได้รับและทักษะการสอน ซึ่งอยู่ในช่วง 0 - 180 คะแนน ซึ่งแปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรายภาคขึ้นดังนี้

0 - 60 คะแนน หมายถึง คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่ำ

61 - 120 คะแนน หมายถึง คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลปานกลาง

121 - 180 คะแนน หมายถึง คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลดี

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย Weiss and Piacentine (2006) และแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ เป็นคำถามด้านลบ 2 ข้อ (ข้อ 3 และ 6) ส่วนที่เหลือเป็นคำถามด้านบวกโดยที่ข้อ 1 เป็นคำถามให้เลือกตอบว่า พร้อม หรือไม่พร้อม ที่จะกลับบ้าน ส่วน คำถามข้อ 2-23 แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

5.1 ด้านสภาพร่างกายและจิตใจ จำนวน 7 ข้อ คือ ข้อ 2 - 8 เป็นการประเมินความแข็งแรงของสภาพร่างกาย และจิตใจตามการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล

5.2 ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง จำนวน 8 ข้อ คือ ข้อ 9 - 16 เป็นการประเมินความรู้ในการดูแล ตนเองเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และตอบสนองต่อความต้องการส่วนบุคคลตามการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนออก จากโรงพยาบาล

5.3 ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 17 - 19 เป็นการประเมิน ความสามารถของ ตนเองในการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตามการรับรู้ก่อนออกจาก โรงพยาบาล

5.4 ด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ จำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 20 - 23 เป็นการรับรู้ถึงการ ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ลักษณะข้อคำถามเป็นเชิงบวก รูปแบบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบเหตุการณ์นั้นเลย และ 10 คะแนน หมายถึง พบเหตุการณ์นั้นเป็นอย่างมาก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 220 ซึ่งแปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับ คะแนนจาก การหาอันตรายภาคขึ้นดังนี้

0 - 73 คะแนน หมายถึง ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่ำ

74 - 147 คะแนน หมายถึง ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลปานกลาง

148 - 220 คะแนน หมายถึง ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยคณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Item of objective congruence index: IOC) ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในที่โรงพยาบาลบ้านโป่งที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ตรวจให้คะแนนแล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย แบบสอบถามคุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cranach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.70, 0.85, 0.96 และ 0.96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชบุรี แล้วผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ดังนี้

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงต้องใช้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อของโรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและคำถามแต่ละข้อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดี เพื่อสามารถตอบคำถามในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจได้ รวมทั้งต้องวางตัวเป็นกลางเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ใช้การพิจารณาของตนเองมากที่สุด กรณีที่กลุ่มตัวอย่มีปัญหาติดขัดในการอ่านหรือการบันทึก ผู้ช่วยวิจัยจะต้องเป็นคนอ่านคำถามให้ฟังและช่วยบันทึกตามความเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรีแล้วผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทุกวันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 09.00-12.00 น. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยไปที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ของโรงพยาบาลราชบุรี ศึกษาเวชระเบียนและแฟ้มประวัติของผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดที่หนด และให้เลขกำกับตามลำดับที่ของผู้มารับบริการ จากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

2. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ด้านหลังหอผู้ป่วย ส่วนผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยอยู่ในบริเวณที่กลุ่มตัวอย่างมองเห็นได้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม ถ้ามีข้อสงสัย

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งสามารถ วิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การรับรู้และให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และคุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ด้วยสัณประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการที่มีความเกี่ยวข้องซึ่งเป็นตัวแปรระดับนามบัญญัติกับความเจ็บป่วยกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ด้วยการวิเคราะห์สัณประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล

4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ซึ่งได้แก่ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การรับรู้การที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และคุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบนำเข้า (enter method multiple regression)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี หนังสือรับรองเลขที่ COA-RBHEC 008/2022 เลขที่โครงการวิจัย RBHEC 012/64 วันที่ 23 เมษายน 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 75.9 ช่วงอายุ 40 – 49 ปี มากที่สุด ร้อยละ 29.6 รองลงมา คือ 30 – 39 ปี ร้อยละ 23.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.4 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.6 เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 51.9 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-5 คนร้อยละ 83.3 มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ร้อยละ 90.7 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 61.1 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท และ 10,001-30,000 บาท ร้อยละ 42.6 เท่ากัน และรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 59.3 ใช้สิทธิการรักษาจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ร้อยละ 48.1 รองลงมาคือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 38.9

1.2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสาเหตุของการเกิดกระดูกขาหักชนิดปิดจากอุบัติเหตุจราจร คิดเป็นร้อยละ 64.8 ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Closed fracture shaft of femur ร้อยละ 68.5 ได้รับการผ่าตัด ORIF with Plate & Screw ร้อยละ 77.8 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 27.8 ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.5 มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยรวมเฉลี่ย 8.63 ($SD= 4.39$) วัน และเมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีกระดูกหักชนิด Close fracture shaft of femur มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยรวมเฉลี่ย 9.59 ($SD=4.46$) วัน กลุ่มตัวอย่างที่มีกระดูกหักชนิด Close fracture shaft of tibia มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยรวมเฉลี่ย 10 ($SD= 1.26$) วัน กลุ่มตัวอย่างที่มีกระดูกหักชนิด Close fracture shaft of fibula มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยรวมเฉลี่ย 5 ($SD= 1.73$) วัน และกลุ่มตัวอย่างที่มีกระดูกหักชนิด Close fracture both bone of leg มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลโดยรวมเฉลี่ย 3.71 ($SD=2.14$) วัน โดยจำนวนวันให้น้อยที่สุด คือ 2 วัน และนานที่สุด คือ 16 วัน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และคุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน พบว่าอาการที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = -.375$) ส่วนการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และคุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .578$ และ $r = .653$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ($n=54$ คน)

ตัวแปร	ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล		
	r	r_{pb}	p -value
จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล	-.169	-	.230
อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย	-	-.375	.029*
การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย	-.578	-	<.001
คุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	.653	-	<.001

* p -value < .05

3. ปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน พบว่า ปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อาการที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย ($Beta = -0.260$) การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยตามองค์ประกอบต่างๆ ($Beta = 0.432$) คุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออก

จากโรงพยาบาล ($Beta = 0.552$) ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ได้ร้อยละ 58.90 ($Adjusted R^2 = 0.589$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์หัตถ์แปรทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ($n=54$ คน)

ตัวแปร	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล	1.054	.185	2.236	.054
อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วย	-.340	-.260	-2.369	.022*
การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยตามองค์ประกอบต่างๆ	.440	.432	4.225	<.001*
คุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	.543	.552	5.119	<.001*

* $P - value < 0.05$, Constant = 65.46, $Adjusted R^2 = 0.589$, $R^2 = 0.648$

อภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p > .05$) อธิบายได้ว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมากหรือน้อยไม่ส่งผลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยที่นอนนาน ๆ อาจมีอาการเจ็บป่วยที่รบกวนต่อการรับรู้และการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย หากผู้ป่วยยังมมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงจะทำให้ขาดความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนจำหน่าย พยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นต้องให้พยาบาลเพื่อบรรเทาอาการก่อน ประกอบกับ ผู้ป่วยกระดูกหักส่วนใหญ่จะได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกทำให้ต้องปรับตัวเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งระหว่างพักฟื้นรอจำหน่ายอาจยังมมีอาการเจ็บป่วยจากแผลผ่าตัดจึงยังไม่พร้อมในการเข้ารับการเตรียมความพร้อมจำหน่าย อีกทั้งนโยบายลดจำนวนวันนอนทำให้ผู้ป่วยบางรายยังได้รับการเตรียมความพร้อมไม่สมบูรณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Weiss & Piacentine (2006) พบว่า ผู้ป่วยมักถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยการตัดสินใจของแพทย์ผู้ให้การรักษาที่พิจารณาจากความคงที่ของอาการทางกายและการประเมินความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร โดยบริบทของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่มีความจำเป็นต้องลดอัตราการครองเตียงของผู้ป่วยจึงส่งผลให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสั้นลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pendleton et al. (2007) พบว่า ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็ว การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการทุเลาจะเป็นการระบายผู้ป่วยเพื่อส่งต่อไปศูนย์ฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation center) ซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามนโยบายในระบบสุขภาพ ดังนั้นเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่หลากหลายทั้งภายในและภายนอกบุคคลที่กระทบต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลแต่ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ($r_{pb} = -.375, p < .05$) อธิบายได้ว่า ถ้ามีอาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วย น้อย ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็จะสูง ทั้งนี้เนื่องจากอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่

ผู้ป่วยให้อธิบายการเจ็บป่วยและจำนวนอาการในมุมมองของผู้ป่วยเองเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละอาการ และเชื่อว่าอาการดังกล่าวเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยน้อย เฉลี่ย 4.48 อาการจากทั้งหมด 16 อาการ และมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง ($M=155.94$) ซึ่งภายหลังการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังคงต้องเผชิญกับอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการปวดขาข้างที่ทำผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 83.3 แม้จะได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวดก็ยังคงรับรู้ว่าการปวดนั้นจะหมุนเวียนเปลี่ยนไปมีทั้งดีขึ้นและแย่ลง ซึ่งส่งผลให้ไม่มีแรง/หมดแรง ร้อยละ 46.3 ขาชา ร้อยละ 59.3 เหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย ร้อยละ 38.9 นอนหลับยาก ร้อยละ 33.3 นอกจากนี้การที่จะต้องอยู่กับภาวะทุพพลภาพชั่วคราวเป็นเวลาหลายเดือน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการรักษาที่ได้รับไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้การเจ็บป่วยครั้งนี้หายขาดไปได้ ซึ่งตนเองไม่สามารถกระทำการใดๆ ที่จะส่งผลต่อการเจ็บป่วยได้เลย จึงส่งผลให้การรับรู้อาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของทิพวัลย์ พรหมณน้อย, สุพร ดนัยดุขภูมิกุล และวัลย์ลดา ฉันทะเรืองวณิชย์ (2565) พบว่า การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยซึ่งทำให้รับรู้ถึงความเจ็บป่วยหรืออาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ดังนั้นจึงควรสร้างแรงจูงใจในการรักษาโรคร่วมกับการรับรู้ประโยชน์ต่อการรักษาซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยลดลง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมากขึ้น

การรับรู้ถึงความเจ็บป่วยกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า การรับรู้ถึงความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.578, p < .001$) อธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการรุนแรงจะมีความพร้อมต่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลน้อยลง เห็นได้จากภายหลังการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในแล้วกลุ่มตัวอย่างยังคงต้องเผชิญกับภาวะทุพพลภาพชั่วคราวเป็นเวลาหลายเดือน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยจากประสบการณ์ที่ได้รับ จนเกิดความวิตกกังวล ความกลัวว่าจะไม่สามารถฟื้นฟูสภาพตนเองให้กลับมาเหมือนเดิม สอดคล้องกับงานวิจัยของทิพวัลย์ พรหมณน้อย, สุพร ดนัยดุขภูมิกุล และวัลย์ลดา ฉันทะเรืองวณิชย์ (2565) พบว่า การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยซึ่งทำให้รับรู้ถึงความเจ็บป่วยและความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและการรับรู้ประโยชน์ต่อการรักษาที่จะส่งผลให้รับรู้ถึงความเจ็บป่วยของตนเองลดลง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากขึ้น

คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงและสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .783, p < .001$) หมายถึง หากการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลมีคุณภาพอยู่ในระดับดี ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูงตามไปด้วย อธิบายได้ว่าการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นการบำบัดทางการพยาบาล ที่พยาบาล

เข้าไปให้การช่วยเหลือบุคคลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ ทำให้สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น (Meleis et al., 2000) ซึ่งการสอนแบบกลไกหลักที่พยาบาลใช้เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน (Titler & Pettit, 1995) เป็นกระบวนการในการถ่ายทอดข้อมูลระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนโดยการสอนที่มีคุณภาพจะประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ (Weiss & Piacentine, 2007) คือ 1) ดานเนื้อหาการสอน เป็นการให้ความรู้ครอบคลุมเนื้อหาที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งการให้ความรู้ที่พอเพียงแก่ผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าเมื่อกลับไปอยู่บ้านจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของตนเองและช่วยลดความเสี่ยงในการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ ส่งผลต่อความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเพื่อกลับสู่สภาวะปกติอย่างสมบูรณ์ และ 2) ดานวิธีการสอน เป็นทักษะของพยาบาลในการถ่ายทอดความรู้และฝึกให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองก่อนกลับบ้าน ซึ่งประสบการณ์และเทคนิคในการสอนของพยาบาลมีส่วนสำคัญในการเรียนรู้ของผู้ป่วย พยาบาลควรให้ข้อมูลหรือคำแนะนำที่ผู้ป่วยต้องการและไม่ควรให้มากเกินไปจนเกิดความจำเริญ รวมทั้งควรมีการประเมินสมรรถนะของผู้ป่วยหลังการสอน เพื่อสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bobay, Jerofke, Weiss & Yakusheva (2010) ที่พบว่า วิธีการสอนมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากกว่าเนื้อหาที่ได้รับ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการสอนที่มีคุณภาพดีจะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน ลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังการจำหน่าย และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis (2010) ที่กล่าวว่าการเตรียมความพร้อม และความรู้ที่ดีจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาความเชื่อมั่นและสามารถจัดการกับสถานการณ์เปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นให้ดำเนินไปด้วยดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุจิรา ถูกใจ, ภารดี นานาศิลป์, ณัฐธยาน์ สุวรรณศุภหาสน์ (2563) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการบำบัดทางการพยาบาล ได้แก่ คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($r = .524, p < .01$; $r = .432, p < .01$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของของนางลักษณ์ อินตา, ขวัญหทัย กัณฑ์โรจน์ และพรพรรณ ดาศรี (2561) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ปกครองทารกเกิดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($r = .58, p < .001$) และสอดคล้องกับจิตตวดี เจริญทอง และศิริรัตน์ ปานอุทัย (2564) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .577, p < .01$) (ตารางที่ 2) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายรายด้านกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลพบว่าด้านทักษะการ สอนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับความพร้อม ในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($r = .619, p < .01$)

ปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปรจำนวน 3 ตัวแปร สามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ($Beta = -.26, p\text{-value} < 0.05, Beta = .432, < 0.001$ และ $Beta = .552, < 0.001$ ตามลำดับ) และสมการสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในได้ ร้อยละ 58.90 โดยคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีอำนาจพยากรณ์สูงสุด ($Beta = .552$) ทั้งนี้เนื่องจากคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการทำนายความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Weiss et al., (2007); Weiss & Lokken, 2009) โดย Weiss et al. (2007) พบว่า การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ปริมาณเนื้อหาที่ได้รับและทักษะของพยาบาลในการสอน) และการประสานงานการดูแลสามารถทำนายความพร้อมในการออกจากโรงพยาบาลได้ถึงร้อยละ 51 สอดคล้องกับการศึกษาของ Weiss & Lokken (2009) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความพร้อมในการจำหน่าย จากโรงพยาบาลของมารดาหลังคลอดและทารกมีสุขภาพดี ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลสามารถทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้เป็นมารดาครั้งแรกได้ ร้อยละ 38 และสอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ อินตา, ขวัญหทัย กัณหาโรจน์ และพรพรรณ ดาศรี (2561) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ปกครองทารกเกิดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายและการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย เป็นปัจจัยที่ทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = .46, p < .001; Beta = .20, p < .05$ ตามลำดับ) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ร้อยละ 36.4

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลในการวางแผนการจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมในการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับช่วงเวลาและกระบวนการฟื้นฟูของผู้ป่วย และพัฒนาทักษะการสอนของตนเองรวมทั้งประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยภายหลังจากได้รับข้อมูลความรู้ในการปฏิบัติตน
2. เป็นแนวทางในการจัดอบรมให้ความรู้ด้านวิชาการแก่พยาบาลในเรื่องการประเมินความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน
3. เป็นแนวทางการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในตลอดจนผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคกระดูกและข้ออื่น ๆ
2. การศึกษาความเพียงพอของความรู้และทักษะที่ได้รับต่อการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังการจำหน่ายและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังออกจากโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). สถิติกระทรวงสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ.2560. จังหวัดนนทบุรี.
- จิตตวดี เจริญทอง, และ ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ. *พยาบาลสาร*, 48(3), 214-225.
- ทิพวัลย์ พรหมมณีน้อย สุพร ดนัยคุชฎีกุล และวัลย์ลดา ฉันทะเรืองวณิชย์. (2565). ปัจจัยทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยอุบัติเหตุภายหลังได้รับการผ่าตัดตรยางค์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(2), 179 -187.
- จิราวรรณ เชื้อตาเล้ง. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการผ่าตัด. ใน อรพรรณ โตสิงห์, พรสินี เต็งพานิชกุล, จิราวรรณ เชื้อตาเล้ง, ณัฐมา ทองธีรธรรม. (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์*. กรุงเทพฯ: หจก.เอ็นพีเพรส.
- นงลักษณ์ อินตา, ขวัญหทัย กัณโฑโรจน์, และ พรพรรณ ดาศรี. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ปกครองทารกเกิดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *วารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(1), 52-61.
- รุจิรา ถูกใจ, ภารดี นานาศิลป์, และ ณัฐยานัน สุวรรณคฤหาสน์. (2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. *พยาบาลสาร*, 47(2), 274-285.
- วิลารวรรณ พุทธรักษ์ . (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. https://www.vachiraphuket.go.th/wp-content/uploads/2021/04/vachira-2021-04-09_22-07-29_286990.pdf
- ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2551). การทดสอบเชิงประจักษ์รูปแบบจำลองการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันใน ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โสภา หมูศิริ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา
- แสงเดือน กันทะขู้. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Berg K, Tdval E, Nilsson U, & Unosson M. (2011). Postoperative recovery after different orthopedic day surgical proocedures. *International journal of orthopedic and trauma nursing*. 15.

- Bobay, K. L., Jerofke, T. A., Weiss, M. E., & Yakusheva, O. (2010). Age-related differences in perception of quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge. *Geriatric Nursing, 31*(3), 178-187.
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J. & Anderson, R.E. (2010). *Multivariate Data Analysis*. (7th ed.). Pearson: New York.
- Leventhal, H. (1996). The common sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Social Distress and the Homeless, 5*(1), 11-38.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. H., & Schumacher, K.. (2000). *Experiencing transition:an emerging middle-range theory*. Advance in Nursing Science, 23(1), 12-28.
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, New York.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J. et al. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health, 17*(1), 1-16.
- Ouellet, L. L., Hodgins, P.S., Knorr, S., &Geldart, G.. (2003). Postdischarge telephone follow-up For orthopaedic surgical patients: a pilot study. *Journal of Orthopaedic Nursing, 7*, 87- 93.
- Pendleton, A. M., Canada, L. K., & Guerrero – Bejarano, M.. (2007). *Factors affecting length of stay after isolated femoral shaft fractures*. Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care, 62(3), 697-700.
- Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2006). *Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review*. Patient Education and Counseling, 61, 5-15.
- Titler, M. G., & Pettit, D. M. (1995). Discharge readiness assessment. *Journal of Cardiovascular Nursing, 9*(4), 64–74.
- Weiss, M., Ryan, P., Lokken, L., & Nelson, M.. (2004). *Length of stay after vaginal birth : sociodemographic and readiness-for-discharge factors*.
[http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1017&context= nursing_fac](http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1017&context=nursing_fac)
- Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S.,...& Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist, 21*(1), 31-42.
- Weiss, M. E. & Lokken, L. (2009). Predictors and outcomes of postpartum mothers’ perceptions of readiness for discharge after birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 38*(4), 406 -417.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในวัยทำงาน จังหวัดนครนายก

ศศิมา งามเอนกนันต์กุล*

นันท์นภัส เกตนโกศลย์, ปร.ด.** และณัฐกฤตา ศิริโสภณ, ศษ.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในวัยทำงาน จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรวัยทำงาน อายุ 35-59 ปี ที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง คือ 130-139/80-89 มม.ปรอท (mmHg) จำนวน 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 37 คน ระยะเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และแบบบันทึกระดับความดันโลหิต สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบค่าที่แบบจับคู่ (Paired sample t-test) และการทดสอบค่าที่แบบอิสระ (Independent t-test)

ผลการศึกษา พบว่า (1) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (2) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ภายหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยข้างต้น ควรนำโปรแกรมฯ มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และลดระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยอาจมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบของอาหารที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองให้เหมาะสมกับบริบทและวิถีชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในพื้นที่อื่น

คำสำคัญ: การบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

โรคความดันโลหิตสูง วัยทำงาน

* นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

** คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Corresponding e-mail: sasima.ng@ku.th

(Received: May 22, 2025; Revised: August 31, 2025; Accepted: September 1, 2025)

The Effectiveness of A DASH Diet Promotion Program Combined with Self-Efficacy Theory to Prevent Hypertension among Working Adults in Nakhon Nayok Province

Sasima Ngamaneknuntakul *

Nannapat Ketkosan, Ph.D. ** & Nutthakritta Sirisophon, Ed.D. **

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of a DASH diet promotion program combined with self-efficacy theory to prevent hypertension among working adults in Nakhon Nayok Province. The sample consisted of 74 participants aged 35–59 years who were screened as being at risk for hypertension, with blood pressure levels in the range of 130–139/80–89 (mmHg). Participants were randomly assigned to either an experimental group or a comparison group (37 each). The intervention lasted four weeks. Data collection tools included a general information questionnaire, self-efficacy and outcome expectation scales related to hypertension prevention behaviors, a behavior assessment scale, and a blood pressure record form. Data analysis was performed using both descriptive and inferential statistics. The descriptive statistics comprised frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics were conducted using paired sample t-test and independent t-test.

The results showed that after participating in the program, the experimental group demonstrated significantly higher scores in self-efficacy, outcome expectations, and hypertension prevention behaviors compared to the comparison group ($p < .05$). Furthermore, both systolic and diastolic blood pressure levels in the experimental group were significantly lower than those in the comparison group after the intervention ($p < .05$).

The research findings suggest that the program should be implemented to modify dietary behaviors and reduce blood pressure levels in individuals at risk for hypertension. The program's dietary component, which is based on the self-efficacy theory, may need to be adapted to fit the specific context and lifestyles of at-risk populations living in other areas.

Keywords: DASH Diet Self-Efficacy Theory Hypertension Working Adults

*Graduate Student in Master of Science (Health Promotion and Health Education), Department of Physical Education Faculty of Education, Kasetsart University

** Faculty of Education, Kasetsart University

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสุขภาพหนึ่งที่ถูกจัดว่าเป็นฆาตรกรเงียบ (Silent killer) และเป็นปัญหาสุขภาพที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งสามารถพบได้ทั่วโลกและส่งผลกระทบทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควร เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงนี้ไม่มีสัญญาณอาการและอาการแสดงเตือนของโรคมักก่อน ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงมักจะไม่ว่าตัวเองเป็นโรคและเมื่อรู้ตัวว่าเป็นโรค แล้วส่วนมากจะไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง จากสถานการณ์ทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023) ประเมินสถานการณ์ พบว่า ประชากรทั่วโลกจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.13 พันล้านคน และร้อยละ 46 ไม่ทราบว่ามีอาการของโรคความดันโลหิตสูง และ 1 ใน 5 คนของประชากรวัยผู้ใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 21 มีภาวะความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และคาดว่า ประชากรในกลุ่มช่วงอายุ 30-79 ปี ทั่วโลก มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.28 พันล้านคน ซึ่ง 2 ใน 3 ของจำนวนผู้ป่วยนั้นอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา และพบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มี 1 ใน 3 คนมีภาวะความดันโลหิตสูง อีกทั้งคาดการณ์ว่า ความชุกของประชากรวัยผู้ใหญ่จะแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็น 1.56 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 (World Health Organization, 2021) ซึ่งหากภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลทำให้เกิดผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญของร่างกายได้แก่ หัวใจ สมอง ไต และตา (American Heart Association, 2024) อีกทั้งเกิดภาวะแทรกซ้อน ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ทำให้อัตราการกรองที่ไตลดลง สู่วายเร็วถึงระยะสุดท้าย เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมอง ส่งผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มีภาวะพึ่งพาผู้อื่น ด้านจิตใจและอารมณ์ ส่งผลทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลจากโรคที่เป็น การแสดงบทบาททางสังคมลดลง เนื่องจากมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เกิดการสูญเสียรายได้ตามมา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

ประเทศไทย จากข้อมูลเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559-2562 พบอัตราการป่วยใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 2,008.92 เป็น 2,388.84 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) และพบอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2561-2565 คิดเป็นร้อยละ 13.13, 14.21, 14.22, 14.48 และ 15.43 ต่อแสนประชากรกลางปี (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2567) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุก ๆ ปี จากผลการสำรวจประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงกระจายตามภาค พบว่า ภาคกลาง ภาคเหนือ และกรุงเทพฯ มีความชุกสูงสุดใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 27.5, 27.4 และ 27.2 ตามลำดับ โดยพบว่า ภาคกลางมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดในประเทศไทย (วิชัย เอกพลากร, 2564)

สำหรับข้อมูลของจังหวัดนครนายก ปี 2560-2564 ที่ผ่านม พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 19.45, 20.68, 21.45, 21.60 และ 22.25 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 16.87, 17.55, 17.82 และ 18.54 ตามลำดับ (Health Data Center จังหวัดนครนายก, 2564) และอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครนายก คิดเป็นร้อยละ 15.89, 17.01, 13.89, 16.99 และ 17.38 ตามลำดับ จากสถานการณ์ดังกล่าว พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2567) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า อัตราการป่วยและอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงของทั้งประเทศ และจังหวัดนครนายกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ได้มีการนำแนวทางการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet : DASH Diet) ซึ่งหมายถึง การบริโภคอาหารเพื่อควบคุมโรคความดัน

โลหิตสูง โดยเน้นการบริโภคอาหาร ผักและผลไม้ ผลิตภัณฑ์ที่มีอาหารไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ ลดไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอล รวมไปถึงการบริโภคธัญพืช ถั่วเมล็ดแห้ง เนื้อปลาและสัตว์ปีก ร่วมด้วยการบริโภคเกลือโซเดียมเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวและลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health National Heart, 2006) จากการศึกษาข้อมูลด้านการแพทย์โภชนาการและทางระบาดวิทยาพบว่า DASH diet สามารถลดความดันโลหิตได้ผลดีกว่ารูปแบบการบริโภคอาหาร หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารในรูปแบบอื่น ๆ โดยสามารถลดค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) ได้ 11.2 มม.ปรอท (mmHg) และ 7.5 มม.ปรอท (mmHg) (Sacks & Campos, 2010) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) เป็นแนวทางที่สำคัญที่ใช้ในการควบคุมความดันโลหิตสูง ซึ่งได้ผลดีในด้านพฤติกรรมบริโภคอาหาร การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และควบคุมระดับความดันโลหิตสูงและส่งผลให้ระดับความดันโลหิต ทั้งค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) ลดลง จึงควรส่งเสริมให้มีการนำแนวทางดังกล่าวไปใช้เพื่อช่วยป้องกันความเสี่ยง และลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (Craddick SR et al., 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง ได้มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูราที่เชื่อว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ดีจากการปฏิบัติสูง จะส่งผลทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Bandura & Adams, 1997) ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีดังกล่าวมาออกแบบกิจกรรม คือ 1) ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการปฏิบัติด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น 2) การได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างความสำเร็จจากผู้อื่น (Vicarious experience) ที่สามารถปฏิบัติได้ 3) การสื่อสารชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) และ 4) การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) ซึ่งมีผลต่อจิตใจ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เพิ่มขึ้น (อรุณรัตน์ บุญคำ, 2565) และจากแนวคิดดังกล่าว สามารถส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH และเกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม (ปิยพร ศรีพนมเขต, 2565)

จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมา ผู้วิจัยค้นพบว่า การนำกลวิธีทางสุขศึกษาทั้ง 4 องค์ประกอบตามทฤษฎีดังกล่าว มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพครบตามองค์ประกอบในแต่ละครั้งที่จัดกิจกรรมรายสัปดาห์ ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และสามารถทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีความสนใจศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในวัยทำงาน จังหวัดนครนายก และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอันเนื่องมาจากการบริโภคอาหาร ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายกนี้ เกิดความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในทางที่ดีขึ้น มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงลดลง ลดอัตราความชุก อัตราป่วยและเสียชีวิต รวมไปถึงลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเมื่อมีการเจ็บป่วย ตลอดจนส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

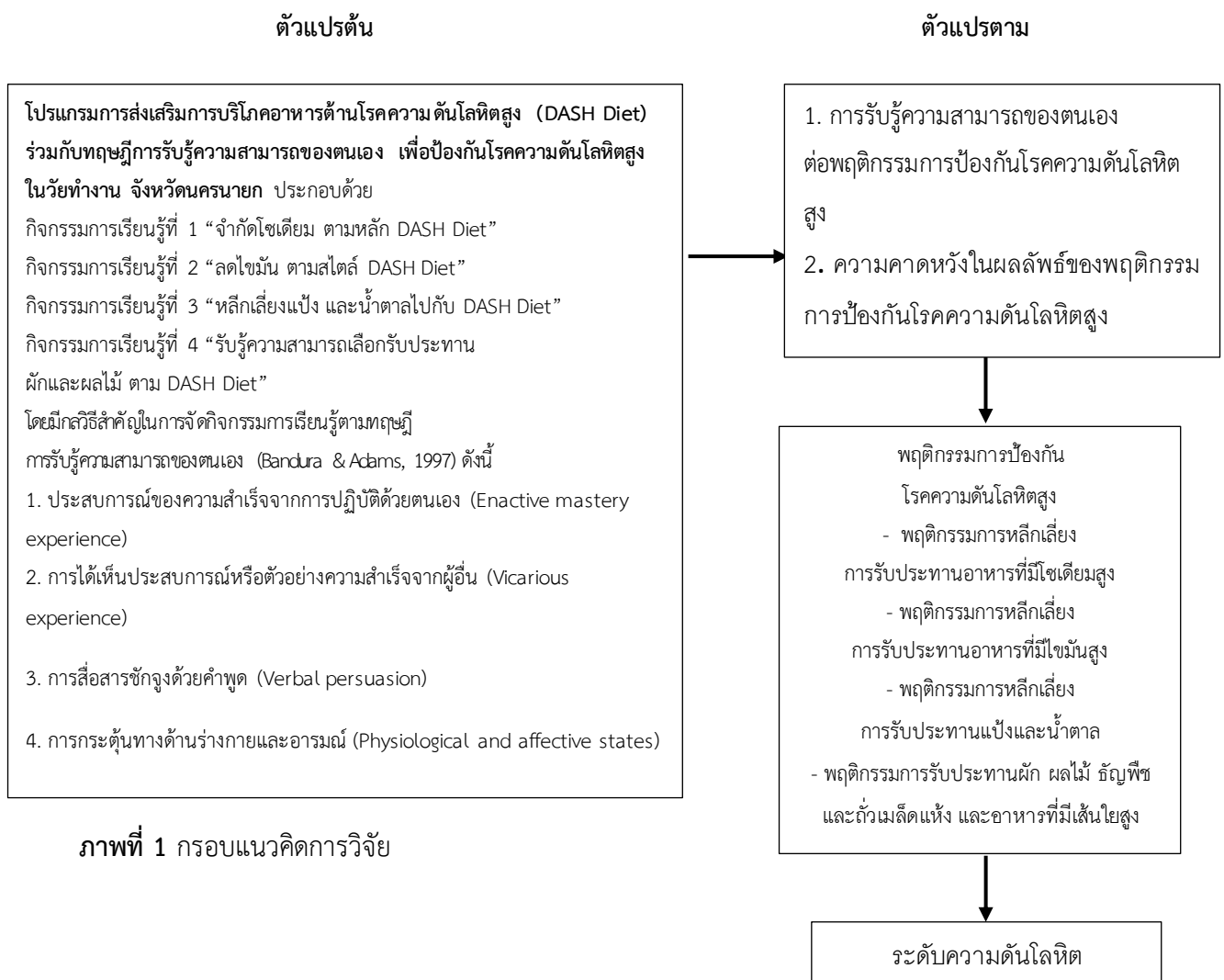
เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในวัยทำงาน จังหวัดนครนายก

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในวัยทำงาน จังหวัดนครนายก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต น้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงได้มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura & Adams (1997) มาใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้จำนวน 4 ครั้ง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ควบคู่กับการใช้กลวิธีทางสุศึกษาที่เหมาะสม โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่มวัดผล 2 ครั้ง (Two groups pretest-posttest design) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรวัยทำงาน ช่วงอายุ 35-59 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2567) และมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง คือ 130-139/80-89 มม.ปรอท (mmHg) ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2566 ถึง 1 มีนาคม 2567 จำนวน 12,438 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรวัยทำงาน อายุ 35-59 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง คือ 130-139/80-89 มม.ปรอท (mmHg) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2567) ในเขตพื้นที่ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.4 กำหนดขนาดของอิทธิพล (Effect size) จากการศึกษาจากงานวิจัยของเสาวลักษณ์ มูลสาร และเกสร ลำภาทอง (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ได้เท่ากับ 0.68 ค่าความเชื่อมั่น (α Error probability) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha = 0.05$) ให้มีอำนาจการทดสอบ (Power 1- β Error probability) ที่ 0.85 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 64 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ตลอดการวิจัย จึงเพิ่มขนาดตาม Percentage of dropouts (ร้อยละ 15) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 74 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 37 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 37 คน ซึ่งมีเกณฑ์และลักษณะการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) ผู้ที่มีช่วงอายุระหว่าง 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี ปีงบประมาณ 2567 ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน 2) มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง คือ 130-139/80-89 มม.ปรอท (mmHg) 3) มีความสามารถในการอ่านออก ฟัง พูด และเขียนภาษาไทยได้ดี ช่วยเหลือตนเองได้ สามารถใช้โทรศัพท์ในรูปแบบของสมาร์ทโฟนในระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ (Android) หรือไอโอเอส (iOS) ได้ และสมัครใจยินยอมเข้าร่วมตลอดการทำวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ 1) กลุ่มตัวอย่างขอลถอนตัวจากการเป็นอาสาสมัคร หรือย้ายที่อยู่อาศัยออกจาก อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก 2) อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ 3) มีระดับความดันโลหิตสูงขึ้นขณะเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ของโรคความดันโลหิตสูง คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท (mmHg) และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนดของการจัดกิจกรรม 4 ครั้ง

3. เกณฑ์การถอนตัวจากการวิจัย (Withdrawal Criteria) คือ 1) กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจออกจากการศึกษา 2) เกิดเหตุสุดวิสัย ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งต่อไปได้ เช่น เกิดอุบัติเหตุ เกิดการเจ็บป่วย เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้มีการนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาเครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา รายได้ของครอบครัว ประวัติโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว น้ำหนักและส่วนสูง และระดับความดันโลหิต จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

1) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 16 ข้อ รวม 80 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนของ (อรุณรัตน์ บุญคำ, 2565) ดังนี้

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
มั่นใจมากที่สุด	(5 คะแนน)	มั่นใจมากที่สุด	(1 คะแนน)
มั่นใจมาก	(4 คะแนน)	มั่นใจมาก	(2 คะแนน)
มั่นใจปานกลาง	(3 คะแนน)	มั่นใจปานกลาง	(3 คะแนน)
มั่นใจเล็กน้อย	(2 คะแนน)	มั่นใจเล็กน้อย	(4 คะแนน)
ไม่มั่นใจเลย	(1 คะแนน)	ไม่มั่นใจเลย	(5 คะแนน)

การแปลผลส่วนที่ 1 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 60-80 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 38-59 คะแนน และระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 16-37 คะแนน

2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 16 ข้อ รวม 80 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนของ (อรุณรัตน์ บุญคำ, 2565) ดังนี้

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
คาดหวังมากที่สุด	(5 คะแนน)	คาดหวังมากที่สุด	(1 คะแนน)
คาดหวังมาก	(4 คะแนน)	คาดหวังมาก	(2 คะแนน)
คาดหวังปานกลาง	(3 คะแนน)	คาดหวังปานกลาง	(3 คะแนน)
คาดหวังเล็กน้อย	(2 คะแนน)	คาดหวังเล็กน้อย	(4 คะแนน)
ไม่มีความคาดหวังเลย	(1 คะแนน)	ไม่มีความคาดหวังเลย	(5 คะแนน)

การแปลผลส่วนที่ 2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 60-80 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 38-59 คะแนน และระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 16-37 คะแนน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 16 ข้อ รวม 64 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนของ (ปริยา ลีสกุล, 2566) ดังนี้

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
ปฏิบัติเป็นประจำ	(4 คะแนน)	ปฏิบัติเป็นประจำ	(0 คะแนน)
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	(3 คะแนน)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	(1 คะแนน)
ปฏิบัติบางครั้ง	(2 คะแนน)	ปฏิบัติบางครั้ง	(2 คะแนน)
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	(1 คะแนน)	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	(3 คะแนน)
ไม่เคยปฏิบัติ	(0 คะแนน)	ไม่เคยปฏิบัติ	(4 คะแนน)

การแปลผลส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี คะแนนเฉลี่ย 44-64 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 22-43 คะแนน และระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 0-21 คะแนน

ส่วนที่ 4 เครื่องวัดระดับความดันโลหิต เป็นเครื่องวัดความดันโลหิตระบบดิจิทัล ยี่ห้อ Omron รุ่น HEM-7120 มีการสอบเทียบหลังการใช้งานทุก 1 ปี โดยสอบเทียบครั้งล่าสุดเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2567

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในวัยทำงาน ประกอบด้วย 4 กิจกรรมการเรียนรู้ โดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านประตุน้ำบางสมบูรณ์ ดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมการเรียนรู้ที่ 1 “จำกัดโซเดียม ตามหลัก DASH Diet” ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นกิจกรรมมุ่งส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการรับประทานโซเดียม บรรยายให้ข้อมูลองค์ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง และหลักการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) กระตุ้นอารมณ์เชิงลบ ด้วยการรับชมวิดีโอ สะท้อนให้เห็นถึงอันตราย ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง ใช้ตัวแบบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มาเล่าประสบการณ์ รวมถึงกิจกรรมการฝึกทักษะปฏิบัติการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม

กิจกรรมการเรียนรู้ที่ 2 “ลดไขมัน ตามสไตล์ DASH Diet” ระยะเวลา 1 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมมุ่งส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมัน จัดกิจกรรมเวทีเสวนา ในหัวข้อ “ตัวแบบ (DASH Diet) นำพาสู่ความสำเร็จ” การกระตุ้นอารมณ์เชิงบวก ให้เห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการฝึกทักษะปฏิบัติการวางแผนการรับประทานอาหารใน 1 วัน จำนวน 3 มื้อ ตามหลักอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet)

กิจกรรมการเรียนรู้ที่ 3 “หลีกเลี่ยง แป้ง และน้ำตาลไปกับ DASH Diet” ระยะเวลา 1 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมมุ่งส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการรับประทานแป้งและน้ำตาล บุคคลตัวแบบด้านสาธารณสุขสาธิตการประกอบอาหาร รวมถึงการฝึกทักษะปฏิบัติการประกอบเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ การกระตุ้นอารมณ์เชิงบวกด้วยการเล่นเกมผ่านกิจกรรม “DASH GO” กลุ่มเป้าหมายตั้งเป้าหมายและทำพันธะสัญญาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมการเรียนรู้ที่ 4 “รับรู้ความสามารถ เลือกรับประทานผักและผลไม้ตาม DASH Diet” ระยะเวลา 1 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมมุ่งส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานผัก ผลไม้ ธัญพืช ถั่วเมล็ดแห้ง และอาหารที่มีเส้นใยสูง จำลองสถานการณ์ตลาดสุขภาพ เลือกวัตถุดิบผ่านสื่อแผ่นภาพ เพื่อวางแผนคิดค้นเมนูอาหารเพื่อสุขภาพตามหลักการของอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ต่อ 1 มื้ออาหาร นำเสนออภิปรายรายกลุ่ม กระตุ้นอารมณ์เชิงบวกให้เห็นถึงผลดีของการเลือกรับประทานอาหาร รวมถึงใช้ตัวแบบในการสาธิตฝึกทักษะปฏิบัติการทำน้ำผักและผลไม้ตามหลักอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายเกิดประสบการณ์จากการปฏิบัติด้วยตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง แบบบันทึกระดับความดันโลหิต ส่งมอบให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 4 ท่าน และได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) ของเครื่องมือ เท่ากับ 0.92

2. ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) ไปทดลอง (Try out) ใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีค่าระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงสนั่น จังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีบริบทของพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.72, 0.83 และ 0.72 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ แห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เลขที่เอกสารรับรองโครงการวิจัย COA68/015 วันที่รับรอง 3 มีนาคม พ.ศ. 2568

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการพิจารณาการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนมีนาคม-เมษายน 2568 โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้งจะใช้เวลาดำเนินการ 20-30 นาที ในส่วนของโปรแกรมฯ ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ระยะเวลา 5 สัปดาห์ โดยครั้งที่ 1 เป็นการประเมินผลก่อนการทดลอง (Pre-test) และสัปดาห์ที่ 5 เป็นการประเมินผลภายหลังการทดลอง (Post-test) ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มเป้าหมาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และรายละเอียดขั้นตอนการวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในวัยทำงาน ในกลุ่มทดลอง และโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามปกติ ในกลุ่มเปรียบเทียบ

4. เมื่อดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ เสร็จสิ้น เตรียมวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ (Paired sample t-test) และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.50 เท่ากัน กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 49.46 ปี ($SD = 8.37$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ย 49.02 ปี ($SD = 8.03$) กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีสถานภาพสมรส/คู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 78.40 และ 67.60 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 40.50 และ 37.90 ตามลำดับ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 43.30 และ 40.50 ตามลำดับ ส่วนใหญ่กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.00 และ 40.50 ตามลำดับ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีประวัติบุคคลในครอบครัวสายตรง (ปู่/ย่า/ตา/ยาย/บิดา/มารดา/พี่น้อง) เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.50 และ 67.60 ตามลำดับ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีน้ำหนักอยู่ในช่วงระหว่าง 61-70 กิโลกรัม ร้อยละ 43.20 และ 32.40 น้ำหนักเฉลี่ย 66.32 และ 65 กิโลกรัม ($SD = 8.61, 10.64$) ตามลำดับ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีส่วนสูงอยู่ในช่วงระหว่าง 161-170 เซนติเมตร ร้อยละ 27.00 และ 32.40 ตามลำดับ ส่วนสูงเฉลี่ย 161.24 และ 162.05 เซนติเมตร ($SD = 7.95, 7.69$) ตามลำดับ

ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 37)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 37)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	15	40.50	15	40.50
หญิง	22	59.50	22	59.50
2. อายุ (ปี)				
35-39	8	21.70	6	16.20
40-44	5	13.50	4	10.80
45-59	5	13.50	6	16.20
50-54	6	16.20	7	18.90
55-59	13	35.10	14	37.90

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 37)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 37)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	M= 49.46, SD = 8.37, min = 35, max = 59		M= 49.02, SD = 8.03, min = 36, max = 59	
3. สถานภาพสมรส				
โสด	5	13.50	5	13.50
สมรส/คู่/อยู่ด้วยกัน	29	78.40	25	67.60
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	3	8.10	7	18.90
4. ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	0	0	1	2.70
ประถมศึกษา	14	37.90	12	32.40
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	40.50	14	37.90
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5	13.50	3	8.10
อนุปริญญา/ปวส.	1	2.70	4	10.80
ปริญญาตรี	2	5.40	3	8.10
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				
ไม่มีรายได้	4	10.80	4	10.80
ไม่เกิน 5,000	13	35.10	12	32.50
5,001-10,000	16	43.30	15	40.50
10,001-15,000	3	5.40	4	10.80
15,001-20,000	3	5.40	2	5.40
6. อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	10.80	7	18.90
เกษตรกร	17	46.00	15	40.50
ค้าขาย	4	10.80	5	13.50
รับจ้าง	11	29.70	9	24.40
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	2.70	1	2.70
7.การมีประวัติบุคคลในครอบครัว สายตรง (ปู่/ย่า/ตา/ยาย/บิดา/มารดา/พี่น้อง) เป็นโรคความดันโลหิตสูง				
มี	22	59.50	25	67.60
ไม่มี	11	29.70	10	27.00
ไม่ทราบ	4	10.80	2	5.40

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 37)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 37)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8. น้ำหนัก (กิโลกรัม)				
≤ 50	1	2.70	5	13.50
51-60	9	24.40	9	24.40
61-70	16	43.20	12	32.40
71-80	11	29.70	11	29.70
	M= 66.32, SD = 8.61, min = 48, max = 80		M= 65, SD = 10.64, min = 44, max = 80	
9. ส่วนสูง (เซนติเมตร)				
≤ 150	3	8.10	2	5.40
151-160	19	51.40	19	51.40
161-170	10	27.00	12	32.40
171-180	5	13.50	4	10.80
	M= 161.24, SD = 7.95, min = 150, max = 180		M= 162.05, SD = 7.69, min = 149, max = 180	

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบ $M = 36.57$ ($SD = 5.49$), $M = 36.92$ ($SD = 5.02$) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ $M = 67.89$ ($SD = 8.42$), $M = 38.70$ ($SD = 9.83$) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบ $M = 36.84$ ($SD = 5.37$), $M = 35.45$ ($SD = 5.22$) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ $M = 65.30$ ($SD = 9.78$), $M = 38.73$ ($SD = 9.38$) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบ $M = 26.73$ ($SD = 4.38$), $M = 28.27$ ($SD = 4.15$) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ

พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ $M = 51.86$ ($SD = 9.66$), $M = 28.27$ ($SD = 9.93$) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	df	p-value
	(n = 37)		(n = 37)				
	M	(SD)	M	(SD)			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง							
ต่อพฤติกรรมการป้องกัน							
โรคความดันโลหิตสูง							
ก่อนการทดลอง	36.57	5.49	36.92	5.02	-.287	72	.775
หลังการทดลอง	67.89	8.42	38.70	9.83	13.724	72	.001*
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันโรคความดัน							
โลหิตสูง							
ก่อนการทดลอง	36.84	5.37	35.45	5.22	1.142	72	.257
หลังการทดลอง	65.30	9.78	38.73	9.38	11.927	72	.001*
พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง							
ก่อนการทดลอง	26.73	4.38	28.27	4.15	-1.553	72	.125
หลังการทดลอง	51.86	9.66	28.27	9.93	10.364	72	.001*

* $p < 0.05$

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิต ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ $M = 134.41$ ($SD = 2.57$), $M = 134.14$ ($SD = 2.25$) และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ $M = 86.49$ ($SD = 1.91$), $M = 85.84$ ($SD = 1.89$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ $M = 123.51$ ($SD = 5.83$), $M = 134.35$ ($SD = 3.78$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ $M = 74.27$ ($SD = 5.06$), $M = 84.92$ ($SD = 3.55$) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	df	p-value
	(n = 37)		(n = 37)				
	M	(SD)	M	(SD)			
ความดันโลหิตซิสโตลิก							
ก่อนการทดลอง	134.41	2.57	134.14	2.25	.482	72	.631
หลังการทดลอง	123.51	5.83	134.35	3.78	-9.483	72	.001*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก							
ก่อนการทดลอง	86.49	1.91	85.84	1.89	1.467	72	.147
หลังการทดลอง	74.27	5.06	84.92	3.55	-10.477	72	.001*

* $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

โปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในวัยทำงาน ได้มีการมีนาคำประกอบตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura & Adams, 1997) มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผ่านสื่อการสอนที่หลากหลาย เช่น การกระตุ้นอารมณ์ผ่านสื่อการสอน การสื่อสารชักจูงด้วยคำพูดผ่านการแนะนำ กล่าวชมเชย รวมไปถึงการให้กำลังใจ ในการเล่าประสบการณ์ โดยใช้ตัวแบบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และบุคลากรด้านสาธารณสุข การฝึกทักษะปฏิบัติการประกอบอาหารด้วยตนเอง ส่งผลทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของปิยพร ศรีพนมเขต (2565) ที่พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ แรมจันทร์ ทรงทอง และคณะ (2566) พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับคู่มือแผ่นพับโปรแกรมฯ ตัวอย่างเมนูอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง พร้อมกับการฝึกปฏิบัติการประกอบอาหารเมนูเพื่อสุขภาพ และลงมือปฏิบัติการทำน้ำผักและผลไม้ด้วยตนเอง เพื่อให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้การบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง และสามารถเกิดความมั่นใจและนำความรู้ที่ได้ไปประกอบอาหารรับประทานเพื่อลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ

แรมจันท์ ทรงทอง และคณะ (2566) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมรับประทานอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของปรียา ลีสกุล (2566) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ระดับความดันโลหิต กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก หลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่งผลทำให้มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง และแตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาของปิยพร ศรีพนมเขต (2565) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรียา ลีสกุล (2566) ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในวัยทำงาน ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนในพื้นที่ และขยายไปยังพื้นที่อื่น ๆ ทำให้สามารถลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

2. ควรมีการศึกษาพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน และบริบทของพื้นที่อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ควรมีการเพิ่มระยะเวลาและการประเมินติดตามผลการวิจัยในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ทุก 1 เดือน-1 ปี เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและความคงอยู่ของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณครอบครัว อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา (ภาคพิเศษ) ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ทุกท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย (Try Out) กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ รวมถึงบุคคลอื่น ๆ ที่มีได้กล่าวนามทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษา คำแนะนำ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567, 11 มกราคม). *จำนวนและอัตราป่วย/ตาย ปี 2559-2563. กรมควบคุมโรค*. <https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911>
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567, 11 มกราคม). *จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ ปี 2561 - 2565. กรมควบคุมโรค*. <https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911>
- ปรียา ลิ้มสกุล. (2566). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมด้านอาหารตามแนวทางของ DASH ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยนเรศวร].
- ปิยพร ศรีพนมเขต. (2565). *ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อลด ความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง*. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 3(1), 121-132.
- แรมจันทร ทรวงทอง, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชินจิตร โพธิ์ศัพท์สุข. (2564). *ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอทุ่งสง จังหวัด นครศรีธรรมราช*. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 16(2), 69-85.
- วิชัย เอกพลากร.(2564). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 -2563. (พิมพ์ครั้งที่ 1). อักษรกราฟฟิคแอนดส์ดีไซน์*.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2567). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567. (พิมพ์ครั้งที่ 1). โรงพิมพ์ ทริค ชิงค์*.
- เสาวลักษณ์ มูลสาร และ เกษร สำเภาทอง. (2559). *ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง*. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(1), 87-98.
- อรุณรัตน์ บุญคำ. (2565). *ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ตำบลปากท่า อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี].
- American Heart Association. (2024, May 6). *Health Threats from High Blood Pressure*. American Heart Association. <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/health-threats-from-high-blood-pressure>
- Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W. H. Freeman; 1997.
- U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute. (2016). *Your guide to lowering your blood pressure with DASH*. NIH Publication.
- Sacks FM, Campos H. (2010). Dietary Therapy in Hypertension. *The New England journal of medicine*, 262(22), 2102-10.
- Craddock SR, Elmer JP, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Swain MC. (2003). The DASH Diet and Blood Pressure. *The New England Journal of Medicine*, 5, 484-89.
- World Health Organization. (2023). *Hypertension*. Retrieved May 6, 2025, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพผ่านแชทบอทร่วมกับการสนับสนุนจากสามีต่อ
พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน:
การวิจัยกึ่งทดลอง

สุธิดา สุปันตี*

วารางคณา ชัชเวช, Ph.D.** และวิไลพร สมานกสิกรรม, Ph.D.**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพผ่านแชทบอทร่วมกับการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน จำนวน 54 ราย ที่มารับบริการแผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานีระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม 2568 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 27 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพผ่านแชทบอท ร่วมกับการสนับสนุนจากสามี 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบวัดพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ3) เครื่องมือกำกับการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการสนับสนุนจากสามีที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับขณะทำการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติไคสแควร์ สถิติทีอิสระ และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติทีคู่ สถิติทีอิสระ สถิติแมคนีมาร์ และสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมฯ และสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมฯ และสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพผ่านแชทบอทร่วมกับการสนับสนุนจากสามี ช่วยให้พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานดีขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

คำสำคัญ : ความรู้ทางสุขภาพ การสนับสนุนจากสามี หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด

* นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

Corresponding e-mail: warangkana.c@psu.ac.th

(Received: June 4, 2025; Revised: August 31, 2025; Accepted: September 1, 2025)

The Effects of Health Literacy Enhancement Program through Chatbot Integrated with Husband's Support on Blood Glucose Level Control Behavior and Blood Glucose Level among Pregnant Woman with Gestational Diabetes: A Quasi-Experimental Study

Sutida Supanee*

Warangkana Chatchawet, Ph.D.** & Wilaiporn Samankasikorn, Ph.D.**

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the effects of health literacy enhancement program through chatbot integrated with husband's support on blood glucose level control behavior and blood glucose level among pregnant women with gestational diabetes mellitus. Participant were 54 pregnant women with gestational diabetes mellitus who received antenatal care services at Suratthani hospital in Suratthani Province from February to May 2025. 27 participants were allocated to each group. The research instruments consisted of 3 parts: 1) health literacy enhancement program through chatbot integrated with husband support; 2) the data collection instruments, comprising 2 forms: the general information form, and the self-care blood glucose level control behavior questionnaire. and 3) The research control instruments: the blood glucose level control behavior record form and the husband's support that the pregnant women received during intervention. The Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square, and independent t-tests and the hypothesis was evaluated using independent t-test, paired t-test, McNemar test, and chi-square.

The results showed that the blood glucose level control behavior and proportion of normal blood glucose levels of pregnant women with gestational diabetes mellitus who had received the program were significantly higher than before receiving the program ($p < .001$). When comparing between groups, it was found that the blood glucose level control behavior and proportion of normal blood glucose levels of pregnant women with gestational diabetes mellitus who received the program were significantly higher than those of the control group ($p < .001$). The health literacy promotion program via chatbot with husband's support helped improve blood glucose level control behavior of pregnant women with gestational diabetes mellitus and increased the proportion of pregnant women with gestational diabetes mellitus who achieved normal blood glucose level.

Keywords: Health literacy Husband Support Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus

Blood Glucose Level Control Behavior Blood Glucose Level

* Master Student, Faculty of Nursing, Prince of Songkhla University, Songkhla, Thailand.

** Faculty of Nursing, Prince of Songkhla University, Songkhla, Thailand.

บทนำ

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus, GDM) เป็นภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ที่พบได้มากที่สุด จากรายงานสถิติของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation, 2020) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานทั่วโลกมีจำนวนมากถึง 20.90 ล้านคน โดยร้อยละ 85.10 ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สำหรับประเทศไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีพบอุบัติการณ์ภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ ในปี พ.ศ. 2565-2567 ร้อยละ 18.26, 20.53 และ 20.78 ตามลำดับ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์เสี่ยงทั้งหมด โดยพบสถิติของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่ได้รับการรักษาโดยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ในแต่ละปีเฉลี่ยร้อยละ 52.08, 60.42 และ 61.25 ตามลำดับ ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานทั้งหมด (โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, 2568) จากสถานการณ์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่าภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ เป็นภาวะที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกระยะของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ ซึ่งเกิดจากรกสร้างฮอร์โมนที่มีฤทธิ์ต้านการทำงานของอินซูลิน ได้แก่ ฮอร์โมนฮิวแมนพลาเซนต้า แล็กโตรเจน (human placental lactogen: hPL) ทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน ระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์จะสูงขึ้น และร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (กฤษฎี สุวรรณรัตน์ และคณะ, 2562) ซึ่งส่งผลกระทบและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดา ทารกในครรภ์ และทารกแรกเกิด ผลกระทบต่อมารดา เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การตกเลือดหลังคลอด และการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ส่วนผลกระทบที่พบในทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด เช่น ทารกพิการแต่กำเนิด ทารกตัวโต และภาวะตายคลอด เป็นต้น (ธีระ ทองสง และ สุขยา ลีสุวรรณ, 2564) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเช่นกันที่พบภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน เช่น พบอุบัติการณ์ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ในปี พ.ศ. 2565-2567 ร้อยละ 7.49, 7.54 และ 7.63 ตามลำดับ ตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 1.89, 2.75 และ 2.59 ตามลำดับ การคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 9.70, 6.80 และ 7.22 ตามลำดับ และภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดที่ 5 นาที ร้อยละ 26.61, 27.04 และ 27.85 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, 2568)

พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสังเกตและแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ และการตัดสินใจมาโรงพยาบาล (กฤษฎี สุวรรณรัตน์ และคณะ, 2562; สุภานัน ชัยราช และคณะ, 2563; แสงดาว แจ่มสว่าง และคณะ, 2563) พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ดังกล่าว ต้องอาศัยความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพของตนเอง หาแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการกับการดูแลครรภ์ ประเมินและแก้ไขสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (กฤษฎี สุวรรณรัตน์ และคณะ, 2562) กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ควรมีความรู้ทางสุขภาพ ซึ่งความรู้ทางสุขภาพ (health literacy) (Nutbeam, 2000) จำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน (functional health literacy) คือ ทักษะที่จำเป็นต้องมีเพื่อให้สามารถนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ 2) ระดับสื่อสาร/ปฏิสัมพันธ์ (communicative/interactive health literacy) สามารถเลือกใช้แยกแยะและประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเอง 3) ระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) คือ ทักษะการเรียนรู้ขั้นสูงที่สามารถ นำไปใช้ร่วมกับทักษะทางสังคมในการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีวิจารณ์ญาณ และใช้ข้อมูลนั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์มากขึ้นในการควบคุมเหตุการณ์และสถานการณ์ของชีวิต (Nutbeam, 2000) จากการศึกษาปัจจัยทำนายเกี่ยวกับ

พฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน (แสงดาว แจ่มสว่าง, 2563) และสามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ (Hussain et al., 2015)

นอกจากนี้พฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือด ยังขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนที่สำคัญ คือ การสนับสนุนจากครอบครัว โดยเฉพาะสามี ซึ่งถือเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ โดยการสนับสนุนจากสามีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ เช่น การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ การเลือกอาหาร การออกกำลังกาย และการให้กำลังใจ (กนกอร ปัญญาโส และคณะ, 2563) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรัก ความห่วงใยความเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การได้รับความรู้และคำแนะนำ เกี่ยวกับโรคจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ และบุคคลใกล้ชิด 3) ด้านการประเมินค่า ได้แก่ การได้รับคำยกย่องชมเชยการได้รับความไว้วางใจ และ 4) ด้านทรัพยากร ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของ เงิน เวลา (House, 1987) โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามี เช่น ด้านข้อมูล และอารมณ์ จะมีข้อมูลสำหรับการดูแลสุขภาพ ตลอดจนมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงในระยะตั้งครรภ์ (ดลลักษณ์ โรจน์นวเสรี, 2561)

ในปัจจุบันสื่อออนไลน์เป็นเครื่องมือการสื่อสารที่ได้มีการนำมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 อย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่องมากขึ้น (วรภาพ ดำจับ, 2562) จึงมีการส่งเสริมความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์จำนวนมากและได้ผลไปในทางที่ดี ตัวอย่างเช่น แอปพลิเคชันในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอด (โบว์ชมพู บุตรแสงดี และชลดา จันทรขาว, 2564) ผลที่ได้พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังนั้นการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ในรูปแบบของแชทบอท (chatbot) ซึ่งผู้ใช้งานสามารถใช้งานได้อย่างสะดวก เข้าถึงได้ง่าย ใช้งานได้ทุกพื้นที่ ประหยัดค่าใช้จ่ายเนื่องจากเป็นแอปพลิเคชันที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และยังเป็นการสื่อสารแบบ 2 ทาง (two-way communication) ที่ผู้วิจัยสามารถตอบข้อสงสัยของผู้ใช้งานได้ หรือสามารถแนะนำเป็นรายบุคคลได้ รวมทั้งสามารถตั้งคำถามทบทวนหรือข้อความให้มีการตอบกลับอัตโนมัติ ทำให้ลดระยะเวลาในการรอสำหรับผู้ใช้งานที่มีข้อสงสัย โดยข้อความตอบกลับจะเป็นคำตอบที่ผู้ใช้งานถามบ่อย ๆ และ คำตอบที่มักจะมีข้อสงสัย จะสามารถเป็นช่องทางที่ช่วยให้หญิงที่มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

จากความสำคัญข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน โดยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000) เป็นเครื่องมือในการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหา ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม (House, 1987) จากสามี ซึ่งผู้วิจัยส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในรูปแบบของ แชทบอท (chatbot) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีทักษะความรู้ทางสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

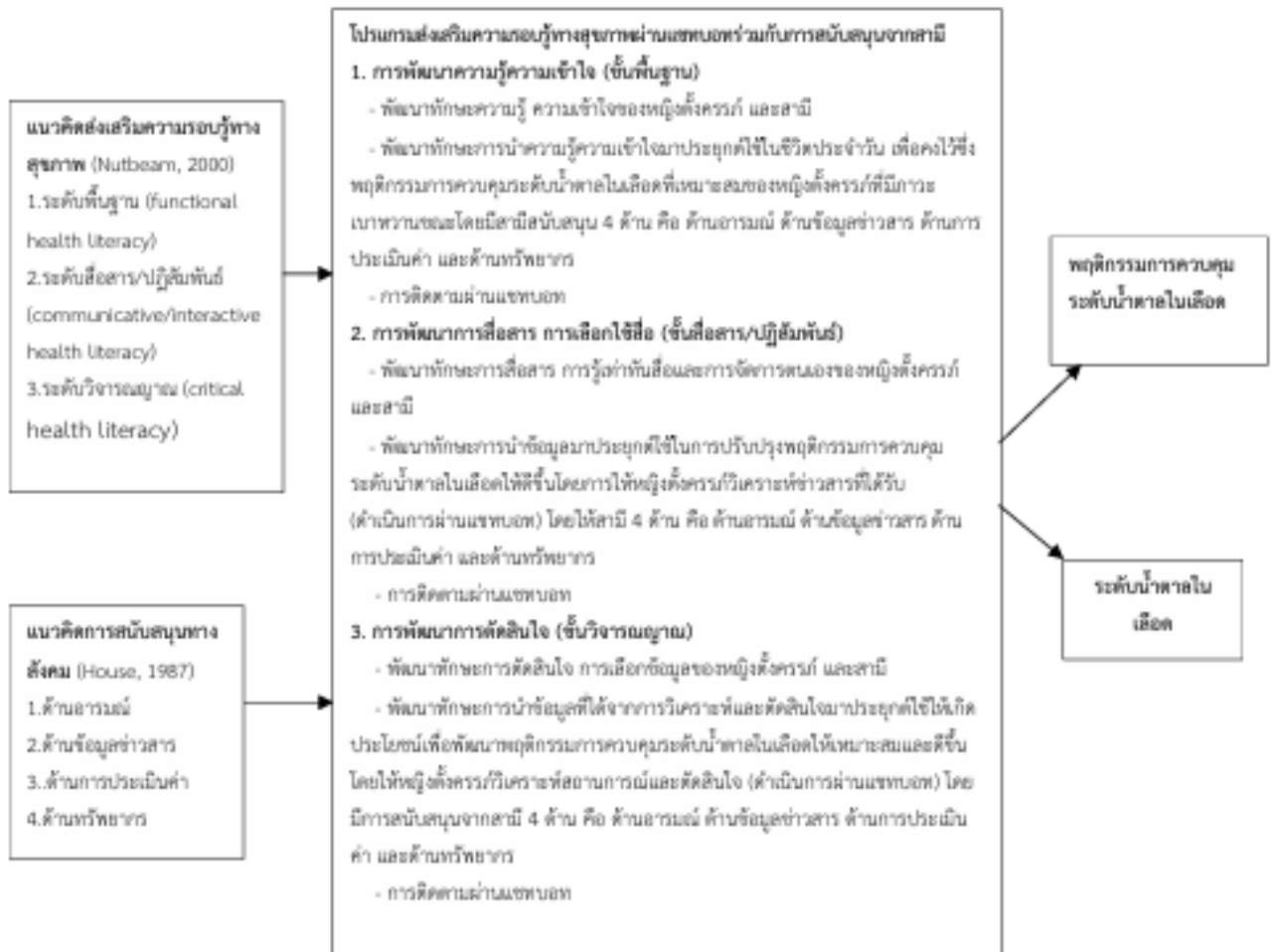
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนและหลังการทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานกลุ่มควบคุม
3. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานหลังการทดลอง มีสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ สูงกว่าก่อนทดลอง
4. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานกลุ่มทดลอง มีสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1987) มาเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากสามี และพบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานเป็นตัวแปรในการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพผ่านช่องทาง ร่วมกับการสนับสนุนจากสามี



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบมีกลุ่มควบคุม วัดก่อน-หลัง การทดลอง (pretest – posttest control group design) ระยะเวลาศึกษา 6 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20-34 ปี ที่มีภาวะเบาหวานและมารับบริการแผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี และคำนวณขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการศึกษาขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ 1.85 และ 2.54 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าอำนาจการทดสอบที่มีขนาดใหญ่ ผู้วิจัยจึงปรับลดค่าขนาดอิทธิพลลดลงเหลือ 0.8 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (รัตนศิริ ทาโต, 2564) กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 (รัตนศิริ ทาโต, 2564) คำนวณตารางสำเร็จรูปของโพลิสและเบค (Polit & Beck, 2012) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน อย่างไรก็ตามเพื่อเป็นการทดแทนหากมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6 (สมาพร สุระเทมียกุล และเกศินี สราญฤทธิชัย, 2564) จำแนกเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล

ตามปกติ 27 ราย และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพผ่านเซทบอพร้อมกับการสนับสนุนจากสามี 27 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าและคัดออกจากการศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ (1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี นับถึงกำหนดคลอด (2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่ได้รับการรักษาโดยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย (3) ครั้งแรกที่เข้าร่วมวิจัยมีอายุครรภ์ไม่เกิน 28 สัปดาห์ (4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมหรืออายุรกรรมอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ ภาวะไทรอยด์ผิดปกติ ครรภ์แฝด ภาวะรกเกาะต่ำ เป็นต้น (5) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้ (6) มีความสนใจในการร่วมวิจัย (7) สามียินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ (8) มีอุปกรณ์ติดต่อสื่อสารที่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ (1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมหรืออายุรกรรมเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย เช่น ความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ ภาวะไทรอยด์ผิดปกติ เป็นต้น (2) ได้รับการรักษาด้วยยา (GDMA2) ในระหว่างการวิจัย และ (3) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนสิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพผ่าน เซทบอพร้อมกับการสนับสนุนจากสามี ซึ่งในโปรแกรมใช้สื่อประกอบในการดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้ (1) แผนส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพและการสนับสนุนจากสามี เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมที่ดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มทดลอง) ซึ่งในแผนส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพและการสนับสนุนจากสามี ประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมาย ชื่อผู้ดำเนินการ เวลาที่ใช้ สถานที่ มีโน้ตหลัก กิจกรรมของผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มทดลอง) สื่อการสอนและการประเมินผล (2) หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน และ (3) สถานการณ์จำลองที่ส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพและการสนับสนุนจากสามี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบวัดพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของแสงดาว แจ้งสว่าง และคณะ (2563) เครื่องมือดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของเครื่องมือเท่ากับ .96 ค่าความเที่ยง(สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค; Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92

3. เครื่องมือกำกับการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการสนับสนุนจากสามีที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับขณะทำการทดลอง

จริยธรรมทางการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2024 – St – Nur 037 (Internal) และหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่ COA 010/2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยทำการศึกษานำร่อง (pilot study) โดยขอความร่วมมือพยาบาลแผนกฝากครรภ์ ในการคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย หลังจากนั้นเก็บข้อมูลศึกษาจริง ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือน พฤษภาคม 2568 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุม เสร็จเรียบร้อยก่อนจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ณ แผนกฝากครรภ์ ใช้เวลา 30 นาที

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างกรอกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และจดบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้า และหลังรับประทานอาหารเช้า 1 ชั่วโมงจากสมุดฝากครรภ์ โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล นัดหมายพบครั้งที่ 2 ใน 5 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 6) ณ แผนกฝากครรภ์ ใช้เวลา 30 นาที

ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบวัดพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ครั้งที่ 2 (post-test) กล่าวขอบคุณ กลุ่มตัวอย่าง พร้อมแจ้งสิ้นสุดการศึกษา และแนะนำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book)

กลุ่มทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพผ่านแชทบอท ร่วมกับการสนับสนุนจากสามี และร่วมกับการพยาบาล ตามปกติ ดำเนินการทั้งหมด 5 ครั้ง เป็นระยะเวลารวม 6 สัปดาห์ ครอบคลุมการดูแล 5 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ณ แผนกฝากครรภ์ ใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 1 ขึ้นพื้นฐาน:

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างกรอกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และจดบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้า และหลังรับประทานอาหารเช้า 1 ชั่วโมงจากสมุดฝากครรภ์ เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

2. ผู้วิจัยแนะนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพผ่านแชทบอท ร่วมกับการสนับสนุนจากสามีและจดบันทึกพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการสนับสนุนจากสามี ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนอย่างไรบ้าง ผ่าน google form โดยให้บันทึกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

กิจกรรมที่ 2 ขึ้นสื่อสาร: ฝึกทักษะการโต้ตอบ สื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพ และการจัดการตนเองโดยตอบคำถาม 3 คำถาม ผ่านแชทบอท โดยมีสามีสนับสนุน 4 ด้าน

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (line official) ใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 3 ขึ้นสื่อสาร (ต่อ): วิเคราะห์ข่าวสารหรือข้อมูลทางสุขภาพที่มาจากแหล่งข้อมูลหลากหลายช่องทางให้หญิงตั้งครรภ์และสามีเลือกเสพข่าวหรือข้อมูล โดยมีสามีสนับสนุน 4 ด้าน

กิจกรรมที่ 4 ขั้นวิจารณ์ญาณ: วิเคราะห์สถานการณ์จำลองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน และข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้การเรียนรู้เชิงโต้ตอบ ให้หญิงตั้งครรภ์และสามีแสดงความคิดเห็นและประสบการณ์ของตนเอง รวมถึงอธิบายเหตุผลในการตัดสินใจหากตนเองอยู่ในสถานการณ์จำลองดังกล่าว โดยมีสามีสนับสนุน 4 ด้าน

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (line official) ใช้เวลา 45 นาที

กิจกรรมที่ 5 ขั้นวิจารณ์ญาณ (ต่อ): วิเคราะห์สถานการณ์จำลองและสถานการณ์จริงที่เกี่ยวกับอาการผิดปกติและตัดสินใจมาโรงพยาบาล ใช้การเรียนรู้เชิงโต้ตอบและฝึกทักษะการตัดสินใจ โดยมีสามีสนับสนุน 4 ด้าน

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (line official) ใช้เวลา 15 นาที

ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง โดยจะมีการติดตามและซักถามข้อสงสัยผ่านแชทบอท วันเว้นวัน ตั้งแต่เริ่มกิจกรรม และแนะนำให้สามีสนับสนุน 4 ด้าน

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 6) ณ แผนกฝากครรภ์ ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และจดบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้า และหลังรับประทานอาหารเช้า 1 ชั่วโมงจากสมุดฝากครรภ์

2. เมื่อกลุ่มตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการสิ้นสุดการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมทางสถิติสำเร็จรูป SPSS

1. ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติบรรยายโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติทีอิสระ (Independent t-test)

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

4. การเปรียบเทียบสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ใช้สถิติแมคเนมาร์ (McNemar test)

5. การเปรียบเทียบสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลอง หญิงตั้งครรภ์มีอายุน้อยสุด 21 ปี และสูงสุด 33 ปี อายุเฉลี่ย 27.70 ปี ($SD = 3.56$) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ไม่มีโรคประจำตัว และสถานภาพสมรสคู่ ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย ร้อยละ 66.70 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 88.90 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40.70 มีรายได้เฉลี่ย 30,740 บาทต่อเดือน ($SD = 1870$) และมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 51.90

มีดัชนีมวลกายน้อยที่สุด 19.55 กก/ม^2 และมากที่สุด 33.76 กก/ม^2 ($SD = 3.88$) เป็นครรภ์แรก ร้อยละ 44.40 อายุครรภ์ปัจจุบันอยู่ระหว่าง 15 – 27 สัปดาห์ เฉลี่ย 22.15 สัปดาห์ ($SD = 3.86$) ส่วนใหญ่ไม่เคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 85.20 และไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวาน ร้อยละ 55.60

กลุ่มควบคุม พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีอายุน้อยสุด 21 ปี และสูงสุด 33 ปี อายุเฉลี่ย 27.78 ปี ($SD = 3.59$) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ไม่มีโรคประจำตัว และสถานภาพสมรสคู่ ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย ร้อยละ 55.60 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 85.20 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีและมัธยมปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 37.00 และ 33.30 ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ย 28,222 บาทต่อเดือน ($SD = 1757$) และมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 48.10 มีดัชนีมวลกายน้อยที่สุด 18.06 กก/ม^2 และมากที่สุด 34.38 กก/ม^2 ($SD = 4.16$) เป็นครรภ์แรก ร้อยละ 44.40 อายุครรภ์ปัจจุบันอยู่ระหว่าง 13 – 27 สัปดาห์ เฉลี่ย 21.93 สัปดาห์ ($SD = 3.81$) ไม่เคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 77.80 และไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวาน ร้อยละ 66.70

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square และ Independent t-test พบว่าคุณสมบัติของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันก่อนการทดลอง ($p > .05$)

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($M = 42.11$, $SD = 4.65$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($M = 30.22$, $SD = 4.25$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.48$, $p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้ Paired t-test ($n=27$)

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน	Min	Max	M	SD	t	p
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	24	45	30.22	4.25	14.48	.000
หลังได้รับโปรแกรมฯ	31	49	42.11	4.65		

3. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($M = 42.11$, $SD = 4.65$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M = 34.11$, $SD = 5.52$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.75$, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้ Independent t-test (n=54)

	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=27)		กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=27)		t	P-value
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน	42.11	4.65	34.11	5.52	-5.75	.000

3. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมฯ มีสัดส่วนการคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นทั้งในช่วงก่อนรับประทานอาหารเช้าและหลังรับประทานอาหารเช้า 1 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้ McNemar test (n=27)

ระดับน้ำตาลในเลือด		อยู่ในเกณฑ์ปกติ		ไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ		p-value
		n	%	n	%	
ก่อนรับประทานอาหารเช้า	ก่อน	10	37.00	17	63.00	.000
	หลัง	25	92.60	2	7.40	
หลังรับประทานอาหารเช้า 1 ชั่วโมง	ก่อน	7	25.90	20	74.10	.000
	หลัง	24	88.90	3	11.10	

4. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 92.60) และสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหารเช้า 1 ชั่วโมงอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 88.90) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ร้อยละ 44.40 และ ร้อยละ 40.70 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 14.50, p < .001$ และ $\chi^2 = 13.72, p < .001$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้ Chi-square test (n=54)

ระดับน้ำตาลในเลือด		อยู่ในเกณฑ์ปกติ		ไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ		X ²	p-value
		n	%	n	%		
ก่อน รับประทานอาหาร เช้า	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ (n=27)	25	92.60	2	7.40	14.50	.000
	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ (n=27)	12	44.40	15	55.60		
หลัง รับประทานอาหาร เช้า 1 ชั่วโมง	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ (n=27)	24	88.90	3	11.10	13.72	.000
	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ (n=27)	11	40.70	16	59.30		

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การที่หญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ทางสุขภาพจะส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพสูง จะมีความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำ จะมีความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (สินินาท วราโณค และคณะ, 2563) ซึ่งความรอบรู้ทางสุขภาพจะส่งผลต่อความคิดและสติปัญญาของบุคคล มีผลให้เกิดการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดี ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นทักษะส่วนบุคคล ด้านความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในการส่งเสริมและดำรงสุขภาพที่ดี (Nutbeam, 2008)

การศึกษารั้งนี้ในทุกขั้นตอนของโปรแกรมฯ มีการพัฒนาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน 2) ระดับสื่อสาร/ปฏิสัมพันธ์ และ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ (Nutbeam, 2000) ซึ่งความรอบรู้ทางสุขภาพทั้ง 3 ระดับช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีการปรับพฤติกรรมดูแลตนเอง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดี (Ricci, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงดาว แจ่มสว่าง และคณะ (2563) พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพและการรับรู้สุขภาพของตนเอง สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 30.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ วีระเชตตี และคณะ (Veerasetty et al, 2024) พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน โดยผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับดีมีแนวโน้มที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำ

ในทุกขั้นตอนของโปรแกรมฯ ยังมีการนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1987) มาประยุกต์ใช้ กล่าวคือ การที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนจากสามี จะช่วยให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพและสามารถจัดการตนเองได้ในระดับดี (ตติรัตน์ เศษะศักดิ์ศรี และคณะ, 2560) และมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น เนื่องจากสามีซึ่งถือว่าเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ (Coopersmith S, 1984) ซึ่งการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากสามี ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น รวมทั้งจะทำให้เกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อตนเองและทารกในครรภ์ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการประเมินค่า เป็นการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกมีคุณค่าจากการได้รับกำลังใจหรือการยกย่องชมเชย ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การสนับสนุนด้านทรัพยากร ช่วยลดความกังวลของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการต้องการสิ่งสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านสิ่งของ อาหาร การแบ่งเบาภาระงาน และเวลา ซึ่งจะทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองและมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น (สุภานัน ชัยราช, และคณะ, 2563) คล้ายคลึงกับงานวิจัยของ เบนต์ตัน วาฮีด และอิสมาอีล (Benton, Waheed, & Ismail, 2024) ได้มีการสำรวจมุมมองและประสบการณ์ของบิดาในประเทศสหราชอาณาจักรเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของคู่สมรส พบว่า การสนับสนุนจากสามีมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานได้รับการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานสามารถเข้าศึกษาความรู้ได้ตลอดเวลา รวมทั้งทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกคลายกังวล ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เนื่องจากทุกปัญหาที่หญิงตั้งครรภ์เผชิญและต้องการสอบถามผ่านทางแชทบอทจะมีการตอบกลับอย่างรวดเร็ว (ไซฟ์รี่ หะยียูไซ๊ะ และรัชนิวรรณ ชี้อตรง, 2566) โดยการศึกษาครั้งนี้ในทุกขั้นตอนของโปรแกรมฯ มีการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพผ่านแชทบอทเพื่อเป็นการกระตุ้น และติดตามให้หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพของตนเอง และหาแนวทางการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ประกอบกับการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการติดตามและซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการนำความรู้ไปปฏิบัติผ่านแชทบอท วันเว้นวัน ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ช่วยเน้นย้ำให้หญิงตั้งครรภ์มีความตระหนัก ส่งผลให้มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น

นอกจากนี้รูปแบบของโปรแกรมฯ มีการสนับสนุนการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่มีภาพวาดที่มีสีสัน เข้าใจง่าย ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความสนใจในการอ่านมากขึ้น (สุจิตราภรณ์ ทับครอง และคณะ, 2561) ซึ่งการได้รับความรู้ทำให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น (อัญชลี จิตราภิรมย์ และจันทรัตน์ เจริญสันติ, 2558) รวมทั้งยังมีการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์สื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพ และการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองผ่านทางสถานการณ์จำลอง ทำให้เกิดกระบวนการคิดจากสถานการณ์จำลอง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้มากขึ้นทำให้มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น อีกทั้งมีการให้หญิงตั้งครรภ์บันทึกพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการสนับสนุนทางสังคมของสามีผ่านกูเกิลฟอร์ม (google form) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ส่งผลให้พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานดีขึ้น เนื่องจากการจดบันทึกจะช่วยเกิดความตระหนัก มีทักษะและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ถูกต้อง (อดิณ ศิริสมบูรณ์ และคณะ, 2564)

ระดับน้ำตาลในเลือด

การมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีจะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดี ซึ่งความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นทักษะส่วนบุคคล ที่กำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในการส่งเสริมและดำรง ภาวะสุขภาพให้ไปในทิศทางที่ดี (WHO, 1998) ซึ่งหากหญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ทางสุขภาพ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนมีทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดี ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ใน เกณฑ์ปกติมากขึ้น (แสงดาว แจ่มสว่าง และคณะ, 2563) และหากหญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ จะทำให้เพิ่มโอกาส เสี่ยงประมาณ 3.5 เท่าในการที่จะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ (Pirdehghan et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของฮุสเซน และคณะ (Hussain et al., 2015) พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบ กับระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($r = -.306, p < .01$) และการศึกษาของ อ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรม (2562) พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพส่งผลให้ค่าเฉลี่ยระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ในโปรแกรมฯ มีการสนับสนุนทางสังคมจากสามีตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1987) ซึ่งหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน จะมีข้อมูลสำหรับการดูแลสุขภาพ มีความพร้อมต่อการ เปลี่ยนแปลงในระยะตั้งครรภ์ (ตติรัตน์ เตะตะศักดิ์ศรี และคณะ, 2560) และเป็นแรงส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลที่ดี (แสงดาว แจ่มสว่าง และคณะ, 2563; Garnweidner LM et al, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดลลักษณ์ โรจน์นวลศรี (2561) พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนจากสามี ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนจาก สามี พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลอง มีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลอง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

นอกจากนี้การส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึง ข้อมูลความรู้ในเวลาที่ต้องการ เพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะ น้ำตาลในเลือดสูง (ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ และพรสวรรค์ คำทิพย์, 2563) เข้าใจถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดอย่างถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น รวมทั้งในขั้นตอนของโปรแกรมฯ มีการสนับสนุนความรู้ผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) ซึ่งสามารถอ่านซ้ำได้ตลอดเวลาเท่าที่ต้องการ ทำให้มีความรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับการ ใช้สถานการณ์และข่าวจำลองทำให้มีกระบวนการคิดและตระหนักถึงความสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและเมื่อนำ ความรู้ต่าง ๆ เหล่านี้ไปปฏิบัติ จะส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากขึ้น ซึ่งการที่หญิง ตั้งครรภ์มีการค้นคว้าและศึกษาข้อมูลทางสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ จะส่งผลให้มีความรอบรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และสามารถ จัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม (ตติรัตน์ เตะตะศักดิ์ศรี, และคณะ, 2560)

ข้อจำกัดการวิจัย

1. กิจกรรมในโปรแกรมฯ ดำเนินการผ่านแชทบอทในแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีอุปกรณ์สื่อสารที่สามารถใช้งานอินเทอร์เน็ตได้ และมีแอปพลิเคชันไลน์
2. การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ผลการวิจัยที่ได้อาจไม่สามารถสรุปผลไปยังประชากรทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลแผนกฝากครรภ์สามารถสร้างคิวอาร์โค้ด (QR-code) ในการเข้าใช้แชทบอทในแอปพลิเคชันไลน์ และแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สแกนเข้าใช้งาน เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองและสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยแชทบอทจะมีการจัดการตอบกลับข้อมูลด้วยเนื้อหาที่เหมาะสมและรวดเร็วตามข้อมูลที่ถูกป้อนไว้ และหากเป็นข้อคำถามที่ไม่ได้ถูกป้อนไว้พยาบาลแผนกฝากครรภ์สามารถตอบคำถามด้วยตนเองผ่านระบบแมนนวล (manual) หรือสามารถแนะนำเป็นรายบุคคล

2. ด้านการจัดการศึกษา

สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ประกอบการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ โดยใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น การวางแผนให้ความรู้ และดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอื่น เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่รักษาโดยใช้ยา โดยพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณี สุวรรณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์. (2562). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(2), 1-13
- ไซฟีร์ หะยิยูโซ๊ะ และรัชนิวรรณ ชื่อดรง. (2566). ผลลัพธ์ของการจัดการความรู้ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สู่การพัฒนาแชทบอท “นมแม่..เพื่อนมามีมือใหม่”. *Procedia of Multidisciplinary Research*, 1(7), 49
- ดลลักษณ์ โรจน์นาวะรี. (2561). ผลของการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนจากสามีต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 19(3), 47-58.
- ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, พิริยา ศุภศรี, วรรณทนา ศุภสีมานนท์, นารีรัตน์ บุญเนตร, และชริน ขวัญเนตร. (2560). แบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 28-46.

- ธีระ ทองสง. (2564). *สถิติศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกภาควิชาสถิติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โบว์ชมพู บุตรแสงดี และชลดา จันทรขาว. (2564). ผลของการใช้แอปพลิเคชันในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดต่อการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 14(1), 241-255.
- ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์, และพรสวรรค์ คำทิพย์. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการติดตามด้วยแอปพลิเคชัน LINE ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกายแอ่งแขน และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(2), 52-69.
- ภาวิณี แก้วนิล, อนามัย เทศกะทิก, และทองศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข. (2566). ประสิทธิภาพของการใช้ไลน์แอปพลิเคชันแชทบอทในการลดความเครียดของบุคลากรโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง. *วารสารสุขศึกษา*, 46(2), 86-100.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2564). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 5). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วราพร คำจับ. (2562). สื่อสังคมออนไลน์กับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้*, 7(2), 143-159.
- สมาพร สุระเมียมกุล, และเกศินี สราญฤทธิชัย. (2564). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาวะร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวและระดับฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 44(4), 41-54.
- สินีนาท วราโกล, เอมพร รตินธร, และปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพมารดาในสตรีตั้งครรภ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(1), 86-98.
- สุจิตราภรณ์ ทับครอง, เพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม, นิตยา วิโรจนะ, และพวงจนา ดวงจันทร์. (2561). ผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และความเข้าใจโรคเบาหวานของบุคลากรในสถานศึกษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 19(36), 78-87.
- สุภานัน ชัยราช, กมลทิพย์ ขลิธรรมเนียม, และกนกพร นทีธนสมบัติ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดเอ วัน. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3), 204-219.
- แสงดาว แฉ่งสว่าง, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(3), 79-89.
- อดิณา ศรีสมบุญ, สุเพียร โภคทิพย์, และจรรยา มีหนองหว้า. (2564). ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 5(1), 34-43.

- อภิชัย ตระหง่านศรี. (2566). การพัฒนาระบบสนทนาอัตโนมัติเพื่อแสดงผลข้อมูลการเรียนรู้ผ่านไลน์แชทบอท. *วารสารสหวิทยาการสังคมศาสตร์และการสื่อสาร*, 6(2), 127-138.
- อมราวดี แสงมณี, และทัศนีย์ หนูนารถ. (2568). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 5(1), 1-17.
- อัญชลี จิตราภิรมย์, และจันทรัตน์ เจริญสันติ. (2558). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกผ่อนคลายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และความเครียดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *พยาบาลสาร*, 42(4), 133-145.
- อ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรม. (2562). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 1(2), 121-132.
- Benton, M., Waheed, N., & Ismail, K. (2024). From the shadows: A qualitative study of fathers' perspectives and experiences of their partner's gestational diabetes mellitus and its implications. *Diabetic Medicine*, 42, e15488. <https://doi.org/10.1111/dme.15488>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Coopersmith, S. (1984). *Manuel de l'inventaire d'estime de soi*. E.A.P.
- Garnweidner, L. M., Sverre, P. K., & Mosdol, A. (2013). Experiences with nutrition-related information during antenatal care of pregnant women of different ethnic backgrounds residing in the area of Oslo, Norway. *Midwifery*, 29(12), 130-137.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- House, J.S. (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum*, 2(1), 135-146.
- Hussain, Z., Yusoff, Z. M., & Sulaiman, S. A. (2015). Evaluation of knowledge regarding gestational diabetes mellitus and its association with glycaemic level: A Malaysian study. *Prim Care Diabetes*, 9(3), 184-190.
- International Diabetes Federation [IDF]. (2020). Gestational diabetes. Retrieved from <https://www.idf.org/our-activities/care-prevention/gdm.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. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Pirdehghan A, Eslahchi M, Esna-Ashari F, & Borzouei S. (2020). Health literacy and diabetes control in pregnant women. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 2020, 9(2), 1048-1052.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

- Ricci, S. S. (2009). Nursing management of the pregnancy at risk: Selected health conditions and vulnerable populations. In S. S. Ricci. *Essentials of maternity, newborn, & women's health nursing (2nd ed.)*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Veerasetty, N. K., Venkatachalam, J., Subbaiah, M., Arikrishnan, K., & Soni, B. (2024). Determinants of health literacy and its impact on glycemic control among women with gestational diabetes mellitus in a tertiary care hospital, Puducherry – A cross-sectional analytical study. *Journal of Education and Health Promotion*, 13, 119. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_762_23
- World Health Organization (WHO). (1998). *Division of health promotion, education and communications health education and health promotion unit*. Health Promotion Glossary. Author.



คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
พ.ศ. 2561

คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
พ.ศ. 2561

เพื่อให้การจัดทำวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ
คำแนะนำนี้ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ อย่างน้อย 2
คน ที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพ สามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัย บทความวิชาการ หรือ บทความปริทรรศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีดังต่อไปนี้

1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข วิทยาศาสตร์
สุขภาพและการศึกษาพยาบาลและสุขภาพ

1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นผลงาน
วิชาการที่ได้นำ เสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ใน
วารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อย
กว่า 2 คน

1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากผู้
ผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและ
ส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใด สถาบัน
หนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

2. การเตรียมต้นฉบับ บทความวิจัย มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract)

2.3 ชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

2.4 คำสำคัญ (Keywords) ให้ผู้เขียนพิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

2.5 บทนำ เป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็น

หลักการวิจัย เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา

2.6 วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและชัดเจน

2.7 ระเบียบวิธีการวิจัย เป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มีคุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของกระบวนการ

2.8 ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย หากจะมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง ควรออกแบบตารางให้เหมาะสม และให้นำเสนอข้อมูลได้ตารางตามที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง

2.9 อภิปรายผล เป็นการแปลความหมายของผลการวิจัย และอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นหรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

2.10 ข้อเสนอแนะ ในการเขียนข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผล การวิจัยไปใช้ หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

2.11 ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความ ขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี มีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาลงตีพิมพ์

3. การเตรียมต้นฉบับ บทความปริทัศน์ (Review Article) มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย

3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว

ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ (Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

3.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของเรื่องที่น่าสนใจ เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

3.5 สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรงกับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่น่าสนใจจะต้องกระชับ ตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

3.6 วิจัย เป็นการสรุปสาระ และแสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรมต่างๆ มาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้

3.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

3.8 เอกสารอ้างอิง

4. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ สำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบของ APA 7th รายละเอียดศึกษา จากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association. มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค และต่อด้วย อักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ดังตัวอย่าง

4.1 หนังสือ

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง/(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์.

Author, A. A. (Year)./Title of the book/(Edition ed.)/Publisher.

สุกัญญา รอส. (2561). วัสดุชีวภาพ. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2563). พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์

////////มหาวิทยาลัยนเรศวร.

Schmidt, N. A., & Brown, J. M. (2017). Evidence-based practice for nurses: Appraisal and

////////application of research (4th ed.). Jones & Bartlett Learning, LLC.

4.2 วารสาร

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร/เลขของปีที่/(เลขของฉบับที่)/เลขหน้า.

วิชัย พานิชย์สวย, สมณ ไวยบุญญา, พัชรพร ศุภกิจ, และรัตนกร หลวงแก้ว. (2562). ผลของการใช้บทเรียน PISA

////////ที่มีต่อความสามารถด้านทักษะกระบวนการทางคณิตศาสตร์ ของนักเรียนระดับประถมศึกษา.

////////วารสารการวิจัยพัฒนาชุมชน (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 12(3), 133-160.

4.3 วิทยานิพนธ์

ชื่อ นามสกุล/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อวิทยานิพนธ์/[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทหรือปริญญาเอกฉบับที่พิมพ์หรือวิทยานิพนธ์

////////ปริญญาโทฉบับที่พิมพ์]/ชื่อมหาวิทยาลัย.

Author, A. A. (Year)./Title/[Unpublished doctoral or master's thesis]/Name of the Institution

////////awarding the degree.

สรญา แสงเย็นพันธ์. (2559). การพัฒนารูปแบบการเขียนบรรณานุกรมออนไลน์ [วิทยานิพนธ์ปริญญา

////////มหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร

Stewart, Y. (2000). Dressing the tarot [Unpublished master's thesis]. Auckland University of

////////Technology.

4.4 รายงานการประชุม

รายงานการประชุม/การสัมมนา/อภิปราย

ชื่อหน่วยงานที่จัดประชุม/(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่องการประชุม/ชื่อการประชุม/สถานที่จัดประชุม.

ที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยของรัฐ. (2565). การประชุมสามัญที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

////////มหาวิทยาลัยของรัฐ และมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับ.

////////บัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 53 ก. มหาวิทยาลัยนเรศวร

4.5 เว็บไซต์

ชื่อ นามสกุลผู้เขียน/(วัน/เดือน/ปีที่เผยแพร่)/ชื่อบทความ/ชื่อเว็บไซต์/URL

Author, A. A/(Year, Month date)/Title of the work: Subtitle/Website name/URL

สรญา แสงเย็นพันธ์. (18 กันยายน 2561). มาทำความเข้าใจระบบสี CMYK กับ RGB. สำนักพิมพ์

มหาวิทยาลัย////////นเรศวร. <https://www.nupress.grad.nu.ac.th/cmyk-and-rgb/>

Sparks, D. (2019). Women's wellness: Lifestyle strategies ease some bladder control problems.

////////Mayo Clinic. <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/womens-wellness-lifestyle-////////strategies-ease-some-bladder-control-problems/>

5. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆถูกต้องตาม พจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

6. การตั้งค่านำกระดาษ ให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ TH Sarabun ขนาด 16 และ single space และมี เนื้อหารวมบทความและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

7. บทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาตีพิมพ์ต้องยังไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารอื่น ก่อนขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ซึ่งหากกองบรรณาธิการ วารสารฯ ตรวจสอบว่าบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาขอตีพิมพ์มีชื่อเดียวกันหรือมีการตีพิมพ์ซ้ำซ้อนกับที่ปรากฏใน วารสารอื่นกองบรรณาธิการจะดำเนินการถอดถอนเรื่องของผู้นิพนธ์ออกจากการลงตีพิมพ์ของวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีทันทีที่พบความจริง รวมทั้งถอนรายชื่อของผู้นิพนธ์ออกจากส่วนที่เกี่ยวข้องกับวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี และไม่รับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีอีก

8. กรณีที่เป็นบทความวิจัยต้องผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และ สัตว์ (Institutional Review Board: IRB) หรือในคน หรือชื่ออื่นที่เกี่ยวข้องโดยระบุชื่อเรื่อง เลขที่อนุมัติ วันอนุมัติ และวัน สิ้นสุด การอนุมัติภายในเนื้อหาส่วนที่เป็นการพิทักษ์สิทธิ์ หรือแสดงหลักฐานการพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลอื่นและแสดง ให้เห็นว่าได้รับการยินยอมจากตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัยและให้แนบไฟล์เอกสารอนุมัติ IRB และเอกสารที่ เกี่ยวข้อง ในรูปแบบของ pdf ไฟล์

9. ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้นิพนธ์จะได้รับวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 1 ฉบับ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์ต้องการประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท

10. การส่งต้นฉบับ ให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

10.1 ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย มาที่ netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

10.2 เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

10.3 โดยมีค่าธรรมเนียมตีพิมพ์ 5000 บาท/เรื่อง

สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ได้ดังนี้
กองบรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

118 หมู่ 1 ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง

จังหวัดสุพรรณบุรี รหัสไปรษณีย์ 72000

โทรศัพท์ 0-35-535250 ต่อ 5206 , 2105 โทรสาร 0-35-535251

มือถือ 085-5415142 E-mail : netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

11.การชำระเงิน ชำระโดย

โอนเงินเข้า บัญชีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี



ใบแจ้งการชำระเงิน (รายได้อื่นๆ)

ให้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

วันที่/Date.....

(1) Company Code: **707297 เลขที่บัญชี 710-6-03846-6**

(2) ชื่อ-นามสกุล :(ผู้ชำระเงิน)

(3) อ้างอิง (Ref 1) :เลขประจำตัวประชาชน.....(ผู้ชำระเงิน)

(4) อ้างอิง (Ref 2) :

0	3	1	0	0	0	9
---	---	---	---	---	---	---

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(รหัสศูนย์ต้นทุน)	(ประเภทรายได้)	(หมายเลขโทรศัพท์ของผู้ชำระเงิน)
(5) ประเภทรายได้:	(1) 0001 อบรมผู้บริหารระดับต้น (รายได้) (2) 0002 อบรมผู้บริหารระดับกลาง (รายได้) (3) 0003 เวชฟื้นฟู (รายได้) (4) 0004 เวชปฏิบัติ (รายได้)	(5) 0005 ประชุมวิชาการ (รายได้) (6) 0006 อบรมข้าราชการใหม่ (รายได้) (7) 0007 หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล (รายได้) (8) 0008 คินเงินยืม (รายได้/เงินอุดหนุนทั่วไป) (9) 0009 รายได้อื่น (รายได้/เงินอุดหนุนทั่วไป)

☐ เงินสด	ธนาคาร (Bank)/สาขา (Branch)	เลขที่เช็ค (Cheque No.)
☐ เงินโอน		
☐ เช็ค/แคชเชียร์เช็ค		
จำนวนเงิน	ตัวอักษร (Amount in letter)	ตัวเลข (Amount in digit)
บาท (Bath)		

ผู้ชำระเงิน.....เบอร์โทรศัพท์.....เจ้าหน้าที่ธนาคาร.....



ใบแจ้งการชำระเงิน

ให้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี

สำหรับธนาคาร

วันที่/Date.....

(1) Company Code: 707297 เลขที่บัญชี 710-6-03846-6

(2) ชื่อ-นามสกุล :(ผู้ชำระเงิน)

(3) อ้างอิง (Ref 1) :เลขประจำตัวประชาชน.....(ผู้ชำระเงิน)

(4) อ้างอิง (Ref 2) :

0 3 1 0 0 0 9

(รหัสศูนย์ต้นทุน) (ประเภทรายได้)

(หมายเลขโทรศัพท์ของผู้ชำระเงิน)

(5) ประเภทรายได้:

(1) 0001 อบรบผู้บริหารระดับต้น (รายได้)

(5) 0005 ประชุมวิชาการ (รายได้)

(2) 0002 อบรบผู้บริหารระดับกลาง (รายได้)

(6) 0006 อบรบข้าราชการใหม่ (รายได้)

(3) 0003 เวชฟื้นฟู (รายได้)

(7) 0007 หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล (รายได้)

(4) 0004 เวชปฏิบัติ (รายได้)

(8) 0008 คินเงินยืม (รายได้/เงินอุดหนุนทั่วไป)

(9) 0009 รายได้อื่น (รายได้/เงินอุดหนุนทั่วไป)

☐ เงินสด	ธนาคาร (Bank)/สาขา (Branch)	เลขที่เช็ค (Cheque No.)
☐ โอน		
☐ เช็ค/แคชเชียร์เช็ค		
จำนวนเงิน	ตัวอักษร (Amount in letter)	ตัวเลข (Amount in digit)
บาท (Bath)		

ผู้ชำระเงิน.....เบอร์โทรศัพท์.....เจ้าหน้าที่ธนาคาร.....

คำอธิบาย

- | | | |
|--|---------|--|
| (1) Company Code | หมายถึง | รหัสหน่วยงานที่ได้รับจากธนาคาร |
| (2) ชื่อผู้เข้ารับการอบรม | หมายถึง | ชื่อผู้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรที่ลงทะเบียนอบรม |
| (3) อ้างอิง (Ref 1) | หมายถึง | เลขประจำตัวประชาชนของผู้เข้ารับการอบรม |
| (4) อ้างอิง (Ref 2) | | |
| ช่องที่ 1-3 | หมายถึง | รหัสศูนย์ต้นทุน 3 ตัวสุดท้ายของหน่วยงาน (2101700031) |
| ช่องที่ 4-7 | หมายถึง | ประเภทรายได้ |
| (1) 0001 อบรบผู้บริหารระดับต้น (รายได้) | | (5) 0005 ประชุมวิชาการ (รายได้) |
| (2) 0002 อบรบผู้บริหารระดับกลาง (รายได้) | | (6) 0006 อบรบข้าราชการใหม่ (รายได้) |
| (3) 0003 เวชฟื้นฟู (รายได้) | | (7) 0007 หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล (รายได้) |
| (4) 0004 เวชปฏิบัติ (รายได้) | | (8) 0008 คินเงินยืม(รายได้/เงินอุดหนุนทั่วไป) |
| | | (9) 0009 รายได้อื่น (รายได้/เงินอุดหนุนทั่วไป) |
| ช่องที่ 8-17 | หมายถึง | หมายเลขโทรศัพท์ของผู้เข้ารับการอบรม |
| (5) ประเภทรายได้ | หมายถึง | ประเภทรายได้ตามที่หน่วยงานมีการรับชำระเงิน |

และส่งหลักฐานการโอนเงินมายัง E-mail : netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th