

JOURNAL OF THAILAND NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL

JTNMC

Vol. 40 No. 03 (2025) ISSN 2985 - 0894 (Online)

วารสารสภาการพยาบาล

ปีที่ 40 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2568 ISSN 2985 - 0894 (Online)





วารสารสภาการพยาบาล

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council

ที่ปรึกษา	ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. วิจิตร์ ศรีสุพรรณ รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ	นายกสภาการพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ University of North Carolina at Chapel Hill School of Nursing, Chapel Hill, North Carolina, United States University of Wollongong School of Nursing, Wollongong, Australia University of Washington School of Nursing, Seattle, Washington, United States นักวิชาการอิสระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต นักวิชาการอิสระ นักวิชาการอิสระ นักวิชาการอิสระ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล นักวิชาการอิสระ นักวิชาการอิสระ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
บรรณาธิการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร วรรณสันทัด อ.ดร.วนิดา ทองใบ	
International Editorial Board Members	Professor Gwen Sherwood, PhD, RN, FAAN Professor Patricia Davidson, PhD, MEd, RN, FAAN Professor Basia Belza, PhD, RN, FAAN, FGSA	
กองบรรณาธิการ	ศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร จิรวัฒนกุล ศาสตราจารย์ ดร. วิภาดา คุณาวิฑูกร ศาสตราจารย์ ดร. มรยาทร รุจิวิชัย ศาสตราจารย์ ดร. รุจา ภูไพบูลย์ ศาสตราจารย์ ดร. วารุณี ฟองแก้ว ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ ศาสตราจารย์ ดร. จินตนา วัชรสินธุ์ ศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต ศาสตราจารย์ ดร. สุภาพ อารีเอื้อ รองศาสตราจารย์ ดร. วรรณภา ศรีธัญรัตน์ รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เทียนสวัสดิ์ รองศาสตราจารย์ ดร. ชรินทร์ ห่านวิศิษฐ์ รองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุศิลป์ รองศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนี ประสบกิตติคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สีหะริวงศ์ รองศาสตราจารย์ ดร. มณี อาภานันท์กุล	
ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ	รองศาสตราจารย์ ดร. พิศสมัย อรทัย	
วัตถุประสงค์	รองศาสตราจารย์ ดร. เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล 1. เผยแพร่บทความวิชาการและผลงานวิจัยทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 2. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการสำหรับบุคลากรในวิชาชีพการพยาบาล และที่เกี่ยวข้อง 3. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการ	
กำหนดออกวารสารสภาการพยาบาล: ราย 3 เดือน (ปีละ 4 ฉบับ)	มกราคม-มีนาคม เมษายน-มิถุนายน กรกฎาคม-กันยายน ตุลาคม-ธันวาคม	
ผู้จัดการ ผู้ช่วยผู้จัดการ สำนักงาน	นางกรปภัทร ศิลปวิทย์ นางสาวนัฐพรพรณ ขวัญอยู่ สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อาคารนครินทร์ศรี ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2596-7500 โทรสาร 0-2589-7121	
จัดทำโดย	บริษัท จดทอง จำกัด เลขที่ 219 ถนนลาดพร้าว 53 แขวงสะพานสอง เขตวังทองหลาง กทม 10310 โทรศัพท์ 095-661-5996 email: goldenpoints@yahoo.com	

ทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสภาการพยาบาลนี้ ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ จำนวน 3 ท่าน

ความคิดเห็นหรือข้อความใด ๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสภาการพยาบาลเป็นของผู้เขียนและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น
บรรณาธิการและสภาการพยาบาลไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด

สารบัญ	
ปีที่ 40 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2568	
บทความวิชาการ	
การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทาง อุบัติเหตุในระยะวิกฤต: ความท้าทายและบทบาทของพยาบาล เปรมปรีดิ์ นันทวงศ์ อภิษฐา มั่นเกษวิทย์ ตรีภูมิ ยอดป่า	363
รายงานวิจัย	
ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการป้องกันพฤติกรรม เสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา สุนทร บุษผามาลา สูด หันกลาง	377
การจัดการความไม่มั่นคงทางอาหารของแม่วัยรุ่นในช่วง การระบาดของโรคโควิด-19 ในกรุงเทพมหานคร: การวิจัยเชิงคุณภาพ พิมพ์จันทร์ จอมเที่ยง นรีมาลย์ นิละไพจิตร ชูหังษ์ ดีเสมอ	396
ผลของโปรแกรมสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อน เชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์ต่อการตระหนักรู้ ในตนเองของนักศึกษาพยาบาล รายวิชาปฏิบัติ การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ศิรินทรา ตัวใส ชัดเจน จันทรพัฒน์ ปณณพร แก้วกล้า สายฝน เอกวารงกูร เกียรติกำจร กุศล นัยนา หนูนิล	411
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อ ทัศนคติการใช้พืชกระท่อมของวัยรุ่น บุปผา ใจมั่น	427
พิษวิทยา เชื้อกาณจุณ เกษราภรณ์ เคนบุปผา ปภาดา น้อยวงศ์ วิจิตรา จิตรักษ์	448
การพัฒนาแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน ระยะฟื้นฟูโรงพยาบาลทุ้งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด พิชชาอร นามเพ็ง วุฒิชัย สมกิจ	448
ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแล ก่อนคลอดต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้ รับาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มลวิทย์ รัตยา อรวรรณ ฤทธิมนตรี	471
ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความผูกพันของ ชุมชนในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสุรินทร์ นริศรา เสามั่น	488
สุทธิพร มูลศาสตร์ กฤษณาพร ทัพย์กาญจนเรชา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของ นักศึกษามหาวิทยาลัย อรพินท์ สุทธิสหัส พรนภา หอมสินธุ์ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์	506
ประสิทธิผลของนวัตกรรมบอร์ดเกมพัฒนาทักษะชีวิต เพื่อเสริมสร้างทัศนคติและความตั้งใจในการป้องกันการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น ณัฐชยา ไชยชนะ อริศรา แสนทวีสุข พิไลพร สุขเจริญ	525

Content	
Vol. 40 No.3 July-September 2025	
Review Article	
Palliative Care in Critical Trauma Patients: Challenges and Nursing Roles Prampree Nantawong Apitchaya Munketwit Traphum Yotpa	363
Research Articles	
Factors Predicting Intention to Prevent Sexual Risk Behavior Among Female High School Students Sunetr Boobpamala Suda Hanklang	377
Exploring the Management of Food Insecurity Among Adolescent Mothers During the COVID-19 Pandemic in Bangkok: A Qualitative Study Pimchan Jomthiang Nareemarn Neelapaichit Suhong Deesamer	396
Effects of a Self-Reflection Program Combined with Positive Reflection from Peers and Instructors on Nursing Students' Self-Awareness in the Psychiatric and Mental Health Nursing Practicum Course Sirintra Duangsai Chadjane Jantarapat Punnaporn Kaewklam Saifon Aekwarangkoon Kiatkamjorn Kusol Naiyana Noonil	411
Effects of an Awareness Enhancement Program on Adolescents' Attitudes Toward Kratom Use Buppha Jaimun Pitchayanika Chuakan Kedsaraporn Kenbubpha Papada Noywong Wichitra Chitrak	427
Development of a Care Model for Preventing Complications in Stroke Patients During Rehabilitation Phase at Thung Khao Luang Hospital, Roi Et Province Pitchaon Nampeng Wuttichai Somgit	448
Effects of Prenatal Care Preparation Program on Anxiety in Pregnant Women Undergoing Cesarean Section with Anesthesia Maliwan Rattaya Orawan Ritmontree	471
Effectiveness of the Community Engagement Program in Preventing Chronic Obstructive Pulmonary Disease in High-Risk Groups, Surin Province Narissara Soutmun Sutteepon Moolsart Kitsanaporn Tipkanjanaraykha	488
Factors Associated with Electronic Cigarette Use in University Students Orapin Sutthisahat Pornnapa Homsin Rungrat Srisuriyawet	506
Effectiveness of Life-skills Board Game Innovation to Enhance Attitudes and Intention of Alcohol Consumption Prevention in Female Middle School Students Natchaya Chaichana Arissara Saenthaweek Suk Pilaiporn Sukcharoen	525

สารจากบรรณาธิการ

สวัสดีทุกท่านค่ะ ปี 2568 นี้เป็นการครบรอบ 40 ปี ของสภาการพยาบาล ในโอกาสที่ก้าวสู่ทศวรรษที่ 4 นี้ สภาการพยาบาลได้มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเฉลิมฉลองวาระสำคัญนี้ และในวันที่ 2-4 ธันวาคมที่จะถึงนี้ จะได้มีการประชุมวิจัยทางการพยาบาลระดับนานาชาติเรื่อง “Future Nursing Research and Innovation for Sustainable Global Health” เพื่อเฉลิมฉลองครบรอบ 125 ปีแห่งการประสูติของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ผู้ทรงคุณูปการและทรงเป็นแรงบันดาลใจให้กับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ทั้งในด้านการศึกษา การบริการ และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ขอเชิญทุกท่านส่งบทความและลงทะเบียนเข้าร่วมการประชุมได้ที่ www.inrconference2025.com

วารสารสภาการพยาบาลฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) นี้ เผยแพร่บทความ 10 เรื่อง เป็นบทความวิชาการ 1 เรื่อง เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางอุบัติเหตุในระยะวิกฤต: ความท้าทายและบทบาทของพยาบาล บทความวิจัยที่ศึกษาในวัยรุ่น 6 เรื่อง ได้แก่ ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา การจัดการความไม่มั่นคงทางอาหารของแม่วัยรุ่นในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในกรุงเทพมหานคร: การวิจัยเชิงคุณภาพ ผลของโปรแกรมสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์ต่อการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาล รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อทัศนคติการใช้พืชกระท่อมของวัยรุ่น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัย และ ประสิทธิภาพของนวัตกรรมบอร์ดเกมพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างทัศนคติและความตั้งใจในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น บทความวิจัยเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2 เรื่อง ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด และ ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมความผูกพันของชุมชนในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสุรินทร์ และบทความวิจัยในหญิงตั้งครรภ์ 1 เรื่อง คือ ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลก่อนคลอดต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

วารสารสภาการพยาบาลขอประชาสัมพันธ์การส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยสามารถเข้าถึงคำแนะนำเตรียมต้นฉบับและรูปแบบการอ้างอิงได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC> และสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่คุณกรภัทร ศิลปวิทย์ Email: kompapat3@gmail.com โทร. 081-955-6655 หรือคุณนัฐพรณ ขวัญอยู่ Email: nutthaparn.tnmc@gmail.com โทร. 02-596-7521 ในนามของวารสารสภาการพยาบาล ขอขอบคุณสมาชิกผู้อ่านทุกท่านจากหลากหลายสาขาทางการพยาบาลที่ให้ความสนใจส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการเข้ามาอย่างต่อเนื่อง

ศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ
บรรณาธิการวารสารสภาการพยาบาล

Editor's Note

Greetings to all, the year 2025 marks the 40th anniversary of the Thailand Nursing and Midwifery Council (TNMC). As we enter the fourth decade of our journey, the TNMC organizes activities to commemorate this significant milestone. One of the key events will be the International Nursing Research Conference, to be held from December 2–4, 2025, under the theme: “Future Nursing Research and Innovation for Sustainable Global Health.” This conference is also held in celebration of the 125th Anniversary of the Birth of Her Royal Highness Princess Srinagarindra. Her Royal Highness made immeasurable contributions to nursing education, healthcare services, and the overall well-being of people, and continues to serve as a profound source of inspiration for nursing professionals. On this occasion, we cordially invite you to submit abstracts and register for the conference at www.inrconference2025.com

This third issue of the Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council (July–September) features a total of ten scholarly articles. It includes one review article titled “Palliative Care in Critical Trauma Patients: Challenges and Nursing Roles”. Six research articles focus on adolescent health, covering a range of topics: “Factors Predicting Intention to Prevent Sexual Risk Behavior Among Female High School Students”, “Exploring the Management of Food Insecurity Among Adolescent Mothers During the COVID-19 Pandemic in Bangkok: A Qualitative Study”, “Effects of a Self-Reflection Program Combined with Positive Reflection from Peers and Instructors on Nursing Students’ Self-Awareness in the Psychiatric and Mental Health Nursing Practicum Course”, “Effects of an Awareness Enhancement Program on Adolescents’ Attitudes Toward Kratom Use”, “Factors Associated with Electronic Cigarette Use in University Students”, and “Effectiveness of life-skills board game innovation to enhance attitudes and intention of alcohol consumption prevention in female middle school students”. Two additional research articles address non-communicable diseases (NCDs): “Development of a Care Model for Preventing Complications in Stroke Patients During Rehabilitation Phase at Thung Khao Luang Hospital, Roi Et Province”, and “Effectiveness of the Community Engagement Program in Preventing Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Risk Groups, Surin Province”. Lastly, one study focuses on prenatal care, “Effects of Prenatal Care Preparation Program on Anxiety in Pregnant Women Undergoing Cesarean Section with Anesthesia”.

The JTNMC invites submissions of manuscripts in both Thai and English for publication. For submission guidelines and journal citation formats, please visit <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC>. For further inquiries, please contact Ms. Kornpapat Silapavit at kornpapat3@gmail.com or call 081-955-6655, or Ms. Nutthaparn Kwanyoo at nutthaparn.tnmc@gmail.com or call 662-596-7521. On behalf of the JTNMC, we sincerely appreciate all our members and readers from various institutions’ ongoing interest in submitting research and review articles to the journal.

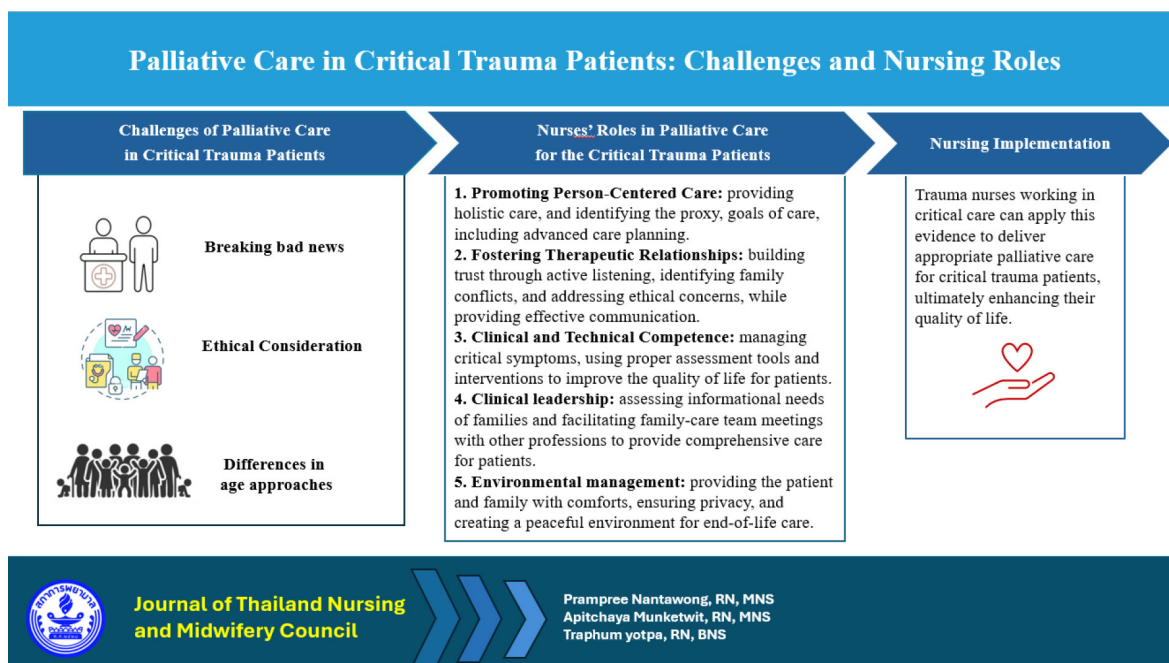
Professor Dr. Noppawan Piaseu
Editor-in-Chief

Palliative Care in Critical Trauma Patients: Challenges and Nursing Roles

Prampre Nantawong, M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)^{1,2}

Apitchaya Munketwit, M.N.S. (Adult Nursing)¹

Traphum Yotpa, B.N.S.¹



Extended Abstract

A critical trauma is a life-threatening condition that can lead to sudden death. When curative treatment is unresponsive, palliative care becomes a viable alternative that can enhance quality of life from the onset of care to the end of life. However, providing palliative care in critical trauma-intensive care settings remains a significant challenge due to the complex, sudden, unpredictable, and rapidly evolving nature of traumatic injuries. This article aims to identify multidimensional challenges and nurses' roles in delivering palliative care to critical trauma patients in trauma-intensive care units. One of the initial challenges in trauma palliative care is the communication of bad news to families following sudden and severe incidents. Nurses must be attuned to the psychological and emotional states of families, requiring advanced communication skills and the ability to observe and respond to emotional cues. Ethical considerations are paramount when patients and families opt for palliative care. Nurses must uphold the principle of autonomy in obtaining informed consent. In cases where patients are unconscious, it is essential to establish goals of care (GOC) and advance

¹Registered Nurse, Surgical Nursing Department, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

²Corresponding author, E-mail: Prampre.sae@gmail.com

care planning (ACP) through surrogate decision-makers. Nurses must ensure care aligns with the principles of beneficence and non-maleficence, adhering to the patient's goals and ACP, while also ensuring justice by providing equitable care comparable to other critically ill patients. Age-related differences present another layer of complexity. In pediatric patients under 18 years, societal expectations of growth and development contrast with the elderly, who may have already prepared for end-of-life care. In Thailand, palliative decisions for minors require parental consent, unlike older adults who can make autonomous healthcare decisions. Nurses must therefore understand the unique challenges across age groups. Although the American College of Surgeons, through its Trauma Quality Improvement Program (TQIP), has developed specific guidelines for palliative care in trauma patients focusing on symptom management, patient- and family-centered care, psychosocial and spiritual support, and effective interdisciplinary communication, the role of nurses in this context remains underdefined. By integrating the autonomous role of nurses with TQIP recommendations and the ongoing care process for critically injured trauma patients, this article outlines five key nursing roles: 1) Promoting Person-Centered Care: Nurses must deliver holistic care that addresses both physical and emotional needs. This includes identifying a proxy decision-maker within 24 hours and establishing GOC and ACP within 72 hours of hospital admission. Nurses should provide continuous information about the patient's condition and palliative options and assess religious or spiritual needs at the end of life; 2) Fostering Therapeutic Relationships: Nurses should build trust through active listening, allowing families to express grief and identify conflicts regarding palliative care decisions. Ethical considerations must be addressed, and nurses should act as mediators to ensure effective communication among interdisciplinary teams and families; 3) Clinical and Technical Competence: Nurses must manage critical symptoms such as pain, dyspnea, and thirst using evidence-based practices. Accurate assessment tools and interventions are essential to improve the quality of life for critically ill patients; 4) Clinical Leadership: Nurses should assess the informational needs of families and facilitate family-care team meetings. In complex cases, nurses must coordinate with palliative care specialists for appropriate referrals, and 5) Environmental Management: Nurses should ensure privacy and create a peaceful environment for end-of-life care, family meetings, or the delivery of bad news, providing necessary amenities for both patients and families. Some patients may survive the critical phase, and palliative care should not be viewed solely as end-of-life care. Sustainable palliative care systems require collaboration with families and communities. Nurses play a central role in coordinating interdisciplinary teams and must continuously develop their knowledge, empathy, and sensitivity to cultural contexts, particularly in Thailand, where palliative care is often misunderstood as a sign of hopelessness. Institutions should support structured training programs to enhance nurses' competencies in delivering high-quality, specialized palliative care. Critical care nurses, particularly those caring for trauma patients, must also engage in research to inform policy development, as evidence-based support for trauma palliative care remains limited.

Keywords palliative care/ critical trauma patients/ nursing roles

Received 21 November 2024, Revised 30 May 2025, Accepted 30 May 2025

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางอุบัติเหตุใน ระยะวิกฤต: ความท้าทายและบทบาทของพยาบาล

เปรมปรีดิ์ นันทวงศ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)^{1,2}

อภิษฐา มั่นเกษวิทย์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)¹

ตราภูมิ ยอดปา, พย.บ.¹

บทคัดย่อขยาย

ภาวะบาดเจ็บวิกฤตทางอุบัติเหตุเป็นภาวะที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในทันทีทันใด เมื่ออาการของผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา การให้การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นแผนการรักษาทางเลือกที่สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ตั้งแต่เริ่มต้นของการดูแลไปจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางอุบัติเหตุในระยะวิกฤตยังคงเป็นความท้าทาย เนื่องจากลักษณะของภาวะบาดเจ็บมีความซับซ้อน เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และไม่สามารถคาดการณ์ได้ บทบาทของพยาบาลที่มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุมความท้าทายในหลากหลายมิติ และระบุบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บวิกฤตทางอุบัติเหตุแบบประคับประคองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุ การดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุแบบประคับประคองมีความท้าทายตั้งแต่เริ่มต้น คือ การพิจารณาเรื่องการแจ้งข่าวร้ายจากเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันให้กับครอบครัว และญาติ พยาบาลจะต้องคำนึงถึงภาวะทางจิตใจ และอารมณ์ โดยจะต้องมีทักษะในการสื่อสาร และสังเกตความรู้สึกของครอบครัว และญาติเป็นระยะ อีกทั้งต้องคำนึงถึงมาตรฐานจริยธรรมเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้เลือกที่แนวทางการรักษาประคับประคอง โดยพยาบาลจะต้องใช้จริยธรรมหลักในแง่ของความ เป็นอิสระในการยินยอมเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว จำเป็นต้องระบุเป้าหมายของการรักษา และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยผู้ตัดสินใจแทน พยาบาลจะต้องให้การดูแลโดยคำนึงถึงหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย และไม่ก่อให้เกิดอันตราย ซึ่งจะต้องเป็นไปตามเป้าหมายของการรักษา และแผนการดูแลล่วงหน้า รวมถึงคำนึงหลักความยุติธรรม โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลที่เท่าเทียมกับผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ นอกจากนี้การดูแลที่มีความแตกต่างในช่วงวัย ถือเป็นความท้าทายอีกประเด็น เนื่องจากช่วงทารกจนถึงอายุ 18 ปี บริบทของสังคมส่วนใหญ่มีความคาดหวังถึงการเจริญเติบโต ซึ่งแตกต่างจากวัยผู้สูงอายุที่อาจมีการเตรียมความพร้อมสำหรับวาระสุดท้ายของชีวิตไว้แล้ว และการตัดสินใจที่จะได้รับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อยกว่า 18 ปี ในบริบทของสังคมไทยนั้นจะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองอีกด้วย เมื่อเทียบกับผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วงวัยนี้มีสิทธิ์ในการตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพของตน ดังนั้นพยาบาลควรมีความเข้าใจถึงปัจจัยความท้าทายที่แตกต่างกันของแต่ละช่วงอายุ แม้ว่าวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งอเมริกาจะจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางอุบัติเหตุ และได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยบาดเจ็บทางอุบัติเหตุโดยเฉพาะ ซึ่งได้รับการอธิบายและสรุปประเด็นสำคัญในสี่ด้าน ได้แก่ การจัดการอาการ การดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยและครอบครัว และแนวทางการดูแลสุขภาพจิตและสังคม-จิตวิญญาณ รวมถึงการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างทีมสหวิชาชีพและครอบครัว แต่บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางอุบัติเหตุในระยะวิกฤตยังขาดความชัดเจน เมื่อบูรณาการบทบาทอิสระของพยาบาลเข้ากับข้อเสนอแนะจากโครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางอุบัติเหตุในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ควบคู่ไปกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางอุบัติเหตุในระยะวิกฤตอย่างต่อเนื่อง บทบาทนี้ได้สรุปบทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวข้องไว้ 5 ด้านคือ 1) บทบาทในการส่งเสริมการดูแลที่

¹พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: Prampree.sae@gmail.com

ให้ความสำคัญกับตัวบุคคล โดยจะต้องให้การพยาบาลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการส่งเสริมแนวทางการดูแลแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การระบุผู้มีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง ระบุเป้าหมายของการรักษาและการวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับการดูแลภายใน 72 ชั่วโมงตามลำดับหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลควรให้ข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การดำเนินของโรค แก่ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจแทน และครอบครัวอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการให้ข้อมูลการรักษาทางเลือกแบบประคับประคอง อีกทั้งการประเมินความต้องการในการประกอบพิธีความเชื่อทางศาสนาในระยะสุดท้ายของตัวผู้ป่วย และครอบครัว 2) บทบาทในการสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวก โดยเน้นการดูแลของพยาบาลที่ส่งเสริมความสัมพันธ์เพื่อการบำบัด รับฟังอย่างตั้งใจ เพื่อให้ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ความเศร้าโศกเสียใจหลังจากเกิดเหตุการณ์ทางอุบัติเหตุอย่างกะทันหัน รวมถึงระบุความขัดแย้งต่อการได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้ครอบครัวสามารถมองเห็นถึงสภาพปัญหา และสามารถก้าวข้ามความขัดแย้งไปได้ อีกทั้งให้การดูแลโดยคำนึงถึงประเด็นด้านจริยธรรม และพยาบาลจะต้องเป็นตัวกลางระหว่างทีมสหวิชาชีพเพื่อการสื่อสารเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุตามเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วย 3) บทบาทด้านสมรรถนะทางการพยาบาลและเทคนิค รวมถึงการส่งเสริมความปลอดภัย ซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดการอาการของผู้ป่วยในช่วงวิกฤต โดยเฉพาะอาการปวด หายใจลำบาก และกระหายน้ำ โดยพยาบาลจะต้องมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยเพื่อการพยาบาลที่มีคุณภาพ เช่น มีการเลือกใช้เครื่องมือและการประเมินที่แม่นยำนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสม และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต 4) บทบาทความเป็นผู้นำทางคลินิก พยาบาลจะต้องประเมินความต้องการรับทราบข้อมูลของผู้มีอำนาจตัดสินใจแทน และครอบครัว ส่งเสริมให้เกิดการประจักษ์ระหว่างครอบครัวและบุคลากรผู้ดูแล เพื่อให้มีการรับทราบข้อมูลความเจ็บป่วย และการดำเนินโรคของผู้ป่วยเป็นระยะ รวมถึงการให้คำปรึกษาในการดูแลแบบประคับประคอง กรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความซับซ้อน พยาบาลจะต้องประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญด้านดูแลแบบประคับประคองโดยตรงเพื่อการปรึกษาส่งต่อ และ 5) บทบาทในการจัดการสิ่งแวดล้อม พยาบาลควรประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัว และควรจัดสรรพื้นที่เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายใช้เวลากับครอบครัว รวมถึงเมื่อมีการประจักษ์ระหว่างครอบครัวและบุคลากรผู้ดูแล หรือการแจ้งข่าวร้าย พยาบาลควรดูแลจัดสถานที่ให้มีความสงบและเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย และครอบครัว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายอาจมีชีวิตรอดหลังพ้นช่วงวิกฤต และการดูแลแบบประคับประคองมิได้สิ้นสุดลงเพียงแค่การเสียชีวิตของผู้ป่วยเสมอไป ดังนั้นการวางแผนการดูแลจึงควรมีฐานที่ตั้งอยู่บนความร่วมมือของชุมชนและครอบครัวร่วมด้วย เพื่อการสร้างระบบการดูแลแบบประคับประคองอย่างยั่งยืนสามารถประสบความสำเร็จได้ด้วยความร่วมมือของทีมนสหวิชาชีพโดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงาน อีกทั้งแนวทางการดูแลแบบประคับประคองเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความละเอียดอ่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของวัฒนธรรมไทย ซึ่งมักมีการตีความว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นเรื่องเลวร้ายหรือเป็นสัญญาณของจุดจบ ด้วยเหตุนี้ พยาบาลจึงจำเป็นต้องพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านองค์ความรู้ การมีความเห็นอกเห็นใจ และความสามารถในการแสดงความเข้าใจในสถานการณ์ที่ยากลำบาก นอกจากนี้องค์กรควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมหรือหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการให้การดูแลที่มีคุณภาพและตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะทางของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ในส่วนของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุ จำเป็นต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงมีบทบาทในการดำเนินงานวิจัยเพื่อสนับสนุนการจัดทำนโยบายด้านการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนนโยบายด้านการดูแลแบบประคับประคองยังมีค่อนข้างจำกัด

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(3) 363-376

คำสำคัญ การดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางอุบัติเหตุระยะวิกฤต บทบาทพยาบาล
วันที่ได้รับ 21 พ.ย. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 30 พ.ค. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 30 พ.ค. 68

Introduction

Critical trauma is a life-threatening event. The fatal experience potentially occurs with a trauma victim at any time during a critical period, especially in severe trauma and uncontrollable clinical conditions such as hemodynamic instability. Critical trauma also results in several complications, including infection, sepsis syndrome, and multiple organ dysfunction syndrome. All those complications can be the cause of death. Unfortunately, the challenges of acceptable death in trauma patients remain because their critical status is complex, sudden, dynamic, and unpredictable. Thus, Palliative care (PC) is a critical trauma not only for dying, but healthcare professionals should focus on various aspects that involve patient and family quality of life (QOL).¹

Palliative care (PC) is an alternative type of care that can improve the patient's QOL for both chronic and sudden diseases, especially in patients with health conditions that are potentially life-threatening, including those that do not respond to curative treatments. Palliative care is the most common approach in the early stage after illness diagnosis and before trajectories leading to the termination of the illness. The concept of PC was generated in several traits, which included interdisciplinary teamwork, holistic care approach, compassionate value, mutual respect, and patient-family based care. Furthermore, PC results in better coping skills, increases human dignity, improves self-care, and raises the patients and their families' QOL.² Therefore, the early delivery of PC in the healthcare system is suggested by the World Health Organization (WHO) due to the burden of an aging population, communicable disease, and non-communicable disease, including trauma injury, which has been increasing nowadays. Also, PC may decrease long-term patients' suffering and unnecessary costs of hospitalization.^{1,3}

Among polytrauma patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU), the mortality was shown at a high rate, approximately 2.8% without complications and 10.2% with complications.⁴ That number of

deaths led healthcare providers (HCPs) to recognize more about PC due to the high number of trauma patients who need to receive care. In the trauma service center, the American College of Surgeons, as part of the Trauma Quality Improvement Program (TQIP), recommended the implementation of PC in parallel with curative treatments during life-sustaining interventions by identifying the goals of care (GOC) and Advance Care planning (ACP) in the potential case immediately.⁵ Almost 72.1 % of trauma patients met the palliative criteria, which were related to older age, serious illness, and high injury severity score (ISS); however, only 18.9 % were approached by PC and setting GOC within 72 hours after hospitalization in the United States of America.⁶ Moreover, the prevalence of PC needed in the critical trauma was found to be 51 % in Peru, and the need for intensive PC consultation was seen.⁷ The situation of PC in Thailand has been studied mostly in the field of emergency and chronic medicine, and in the trauma population is rare. However, the perception of PC in Thai culture is considered as the study by Kunakornvong et al., which reported that PC awareness, including knowledge and attitude, in the Thai population is rather low (24%). Also, the previous study results showed that 88% of study participants thought that the PC could be performed on EOL patients specifically, and only 5 % of them were aware that PC is life-threatening.⁸

Regarding critical trauma, which is life-threatening and sudden, the role of PC in trauma is supposed to be considered because PC is a sensitive issue based on culture and perception, especially in Thailand. Even if the decision of PC may be primarily based on age and frailty,⁹ the acceptance of PC has remained a challenge because trauma can occur at all ages. A nurse is the crucial person who provides care closely with the patient and family during a critical period. Thus, nurses should have knowledge, skills, and strategies based on nursing roles to improve the QOL during PC, EOL, and terminal care.¹⁰ The American

College of Surgeons, as part of the Trauma Quality Improvement Program (TQIP), has not been directly displaying the nursing role in critical trauma, although it has contributed the best practice guideline of PC in trauma, particularly. The current study compiled relevant nursing roles in various aspects to integrate the nurse's role and PC suggestion by TQIP with continuum trauma care in tandem for optimal care in palliative trauma in a critical period.

Objective

This article aims to describe the challenges of palliative care in critical trauma and nurses' roles in delivering palliative care to critical trauma patients in trauma-intensive care units.

The Challenges of Palliative Care in Critical Trauma

1) Breaking bad news: Traumatic events can cause individuals to die suddenly or become significantly disabled for the rest of their lives. After trauma resuscitation is not successful or cannot save a patient's life and disability, HCPs need to provide special meetings to inform the patients' families or their loved ones about catastrophic illness, illness trajectory, patient's health outcomes, including death. When informing the family all that information after resuscitation and unresponsive curative treatments under the feeling of commotion, expectation, demand, and emotional toll may make the family more stressed; resulting in the difficult PC acceptance, but it is a necessary aspect of HCPs' responsibilities. Not only is HCP's experience important, but also managing the environment, summarizing expectations and goals, including building a harmonious relationship, are needed to perform because those factors affect breaking bad news in major trauma.¹¹ Therefore, HCPs are supposed to practice their conversation skills by recognizing, validating feelings, and sympathetic reactions as

well as manage an environment before providing bad news to the family.

2) Ethical consideration: The components of PC include EOL and terminal care, which refer to the significant mean as "Do not resuscitate (DNR)"; however, it does not include withdrawal of care delivery. There is a curiosity about the meaning of DNR because some patients in this status still need curative care aggressively, but exclude the specific interventions that lead to the risk of cardiac arrest. Life support during the dying process and PC are important, and those are run by HCPs and families' decision makers, while the consideration of principal ethics in aspects of autonomy, beneficence, nonmaleficence, and justice is commonly considered.

2.1) Autonomy: Individuals have a right to their determination of health; they can decide to receive or deny the treatment or care as they desire. In critical trauma patients who were unconscious or unable to make decisions, HCPs can use the advance directive (AD), which is a legal document that the patients have made with a capacity for proper management of their preferences for receiving medical treatment and care. If AD has not been prepared, the GOC and ACP documentation are supposed to be discussed between the HCP team and the surrogate, such as the patient's proxy and family. The point of autonomy is respecting the patient's wish; however, the difficulty is that HCPs should balance the autonomy ethical consideration with the beneficence of treatment and intervention to achieve a result that simultaneously benefits the patient's well-being.¹² Thus, the details of treatment and medical care are consented; it is supposed to be stated in GOC and ACP clearly. Therefore, the challenge of autonomy is a basic ethic that was evidenced in a previous study because more than 70% of HCPs in trauma encountered uncomfortable situations in decision-making while the trauma patients were in a critical and emergency scenario. Especially, working experiences are a factor to help HCPs handle this issue of interest.¹³

2.2) Beneficence and non-maleficence:

According to the beneficence ethic, medical intervention and care are chosen after their respective risks and benefits to the patient are assessed. However, avoiding the conflict of implementation, HCPs should follow the patient's autonomy as well as GOC and ACP.¹² Furthermore, the concept analysis on non-maleficence principles means that HCPs need to weigh the dilemmatic situations between advantages and disadvantages of care, and avoid harm in order to enhance patients' comfort, patients' safety, and prevent needless suffering; resulting in improved patients' QOL.¹⁴ The ethical challenges which are related to beneficence and non-maleficence occur most in a simultaneous situation, especially in the ICU. For example, the principle of trauma surgery is operation the injured organ of injury and perform invasive interventions for saving life, such as tracheostomy tube insertion for airway management; however, aggressive treatments do not improve or change the patients' QOL in palliative cases sometimes¹⁵

2.3) Justice: The ethical principle of justice is ensuring a fair distribution of health resources and requiring impartiality in the provision of health care. HCPs need to provide equality in potential palliative care patients by considering the economic power of care to improve the end outcomes of their lifespan. In a case study related to justice ethics, it is reported that trauma is a criminal situation; sometimes, HCPs provide care to both the wrongdoer and the victim. The standard of care and treatment is supposed to be provided to them equally in any situation, including PC.¹⁵

3) Differences in age approaches: There is a similarity in goal and optimum care of PC in all ages, but it has been challenging in the distinguished consideration. Mortality in pediatric patients is rare among trauma injuries, as well as uncommon in human perception and norm. As a family's logic, the parents may expect children to grow instead of die, even though 5.3% of this patient group consulted

the specialty for PC.¹⁶ ACP in a childhood is complex regarding the legality. For instance, it is not only the patient's autonomy that is an essential component of PC, but also an infant until the age of 18 may need consent from their parents in the Thai context. Therefore, family meetings and psychosocial support need to be performed in all cases. In contrast with geriatric patients, this age absolutely has the right to their determination of health. It is easy in the process of EOL if the patient has an AD. However, frailty conditions are the key consideration when the ACP is dependent on the proxy. In addition, a suitable time for the PC performing in the trauma role was evidenced by comparing the patient's age and frailty conditions. It was found that older age with frailty was the easiest scenario for PC approaches and comfort care transitions. However, AD was a significant factor for provider decision making in PC,⁹ whereas AD perspectives have not been commonly generated in some cultures and norms, such as the Thai context. Therefore, PC may be a challenge for HCPs' roles in Thailand.

Nurses' Roles in Palliative Care for Critical Trauma Patients

Regarding the patient and family's GOC and PC in trauma patients during the critical period, they are supposed to be assessed at an appropriate time 17 The American College of Surgeons stated the principle of PC and guidelines for EOL approaches that HCPs need assistance with spiritual, social, and psychological problems as a holistic care.¹³ Also, the American College of Surgeons, as part of the Trauma Quality Improvement Program (TQIP), has contributed the best practice guideline of PC in trauma specifically. The guideline suggests the processes of PC providing at the beginning of PC assessment, the EOL care until terminal care by considering patient-family based and specific traumatic injury in difficulty group approaches. The essential components of PC are described and summarized

in four aspects, which are symptom management, patient-family centered care, and mental and social-spiritual health approach, including effective communication between the interdisciplinary team and family.

The nurse is a professional healthcare provider who provides care closely to patients and their families. Therefore, nurses should have the ability to perform a fundamental nursing role and contribute to caring for patients with PC. The elements of person-centered care, positive interpersonal behaviors, nursing and technical competence, clinical leadership, environmental management, and safety promotion are depicted in the scoping review based on the autonomous nursing role.¹⁰ All those will be integrated with the PC approaches by TQIP suggestion to contribute nursing practices for optimal care and a continuum of trauma care, parallelly to increase patients' QOL as follows:

1) Promoting person-centered care: The unit of PC is meant for patient-family-centered care. Family members and the patient's proxies are the key people who can make the decision on the patient's life, thereby patients may be unconscious and disabled in their self-determination of health when an emergency, serious injury, or life-threatening condition occurs. It leads families to face uncomfortable feelings, such as stress, anxiety, burnout, and fatigue, that may present at any time during a critical period. The nurse should provide nursing care as holistic care as follows:

1.1) Assessing and screening the patient and family's background and need to process for identifying the proxy within 24 hours and demonstrating GOC, and ACP in 72 hours after PC approaches.

1.2) Providing information about the patient's illness, illness progression, including PC information, to aid in understanding this alternative care definition.

1.3) Supporting holistic care, both physical and emotional aspects, to fulfill the patient's wishes and the family's needs.

1.4) Approaching mental and social-spiritual health, cultural diversity, and religion. Nurses should identify the patient's and family's needs in EOL and terminal care. For example, the majority of people in Thai culture believe in Buddhism. For helping the individuals to have a calm transition to their next life, the family will desire a monk to pray by the patient's bed, etc.

1.5) Encouraging patient-family based care. Nurses are supposed to have a sense of compassionate care and awareness of the resilience factor, as well as to promote family participation in bedside care in EOL.

1.6) Providing quality nursing care: Nurses must have knowledge about the patient's diseases and illness trajectories, including signs and symptoms, which will be demonstrated in the critical phase. Nonetheless, they need to have a good attitude and healthy mindset about palliative care, with an awareness of diversity in patients' characteristics and culture. For example, in pediatric palliative patients, the proxy may be the parents, so nurses must inform them about illness information by using effective communication, positive outlook, respectfulness, and empathy regarding their situation. Moreover, the parents may feel guilty about trauma incidents related to parents being careless; therefore, nurses need to understand their difficulty and guilt. In adult palliative patients, the nurse should let the family comprehend the age-related decline, which impacts the patient's condition, leading to worse health outcomes.

2) Fostering therapeutic relationships: Nurses who practice with palliative patients during a critical period should improve their skills to achieve positive interpersonal behaviors and PC acceptance. Due to each patient having their own background and preference, nurses and HCPs need to have responsibility for the patient's history as well as perform nursing care as follows.

2.1) Building up the therapeutic relationship to destroy personal and professional boundaries.

2.2) Increasing active listening skills in response to the emergence of critical period, the proxy and family are going to encounter grief and loss processes. Especially when breaking bad news, they may express feelings of shock and denial. The nurses should listen to them without bias and give them an opportunity to express their sadness and anger.

2.3) Finding the conflict on PC approaches, such as the death and PC in pediatric patients, may differ in acceptance. Thus, the nurse is supposed to help parents and families to identify conflict resolution.

2.4) Providing honest care based on ethical approval and dealing with ethical dilemmas. Nurses should advocate for palliative patients to receive beneficence and non-maleficence care.

2.5) Giving effective communication between interdisciplinary teams and the family. The primary PC may be provided by an interdisciplinary team, such as a physician, nurse, social worker, and psychologist, so the direction of care must be clear and followed by GOC and ACP. When giving the family clinical information, it should be simple and easy to understand, and the level of topical severity should be explained. Also, HCPs need to give patients' families and proxies information about the option of PC and allow them to communicate using a "two-way communication technique" to decrease their pressure. The proxy and family may request the nurse's experience to plan for the patient's care; therefore, the nurse should share any positive experiences with them and practice developing empathy and emotional intelligence.

3) Clinical and technical competence: Pain, dyspnea, and thirst are the common symptoms in a critical period that need management to provide the patient's comfort. During PC approaches, nurses are supposed to focus on symptom management to improve the patient's QOL as well as use research and evidence-based practice to support nursing care.

3.1) Pain management: Nurses must use the appropriate tools for pain measurement, such as applying the Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) in critical patients who are unconscious and cannot communicate for pain assessment, resulting in providing options to secure a patient's pain.

3.2) Dyspnea management: Nurses should assess the signs and symptoms of dyspnea, such as tachypnea, oxygen desaturation, etc. Moreover, providing enough oxygen supplements to prevent dyspnea symptoms. In critical patients, they may have an endotracheal tube or tracheostomy for maintaining their airway. Therefore, nurses should practice by suctioning clear airways.

3.3) Thirst management: Nurses need to assess the patient's thirst feeling, such as dry mouth, because some patients in the EOL stage may not receive an enteral feeding. Thus, nurses should provide parenteral nutrition and intravenous fluids to patients as the doctor orders.

4) Clinical leadership: A professional nurse who works directly with patients should be a leader in collaborating with other professions to provide comprehensive care for PC patients, which will be delivered by the interdisciplinary team. The following are the key roles that nurses are expected to fulfill

4.1) Assessing the proxy and family information needed. During a critical period, patients' health status can change in a minute, so the status should be updated to the proxy and family periodically. Nurse is supposed to be collaborators to promote the meeting between interdisciplinary professions and families every 24, 48, and 72 hours.

4.2) Providing the knowledge and information about the illness trajectory to promote the discharge planning process in palliative cases.

4.3) Being a consultant and supporting a proxy and family in holistic aspects. Nurses should have the ability to identify the complex cases and what they need during PC, including management. Moreover, a nurse must be a coordinator

to collaborate with other multi-disciplinary professionals for transferring complicated cases to receive special care from specialists. For instance. In patients who have PC conflict, the nurse should consult a palliative care specialist to approach them and their family. Also, some families faced with financial difficulties should approach a social worker to find a certain subsidy.

5) Environmental management: Patient-family comfort is concerned with providing care. Most critical patients will be admitted to the ICU; the manipulation for the minimization of noise, appropriate temperature, and lighting is requested during the PC approaches. Therefore, the following practices are essential for nurses to perform.

5.1) Assessing the patient-family needs about the level of privacy: Nurses should allocate and manage the beds to locate the palliative patients in a private zone. It may allow the patient's family to spend time together in EOL in a peaceful environment.

5.2) Having a family meeting or breaking bad news: The setting should maintain a quiet, distraction-free environment. Nurses should ensure the availability of essential comfort items, including facial tissues, chairs, and water, to support a conducive atmosphere during the meeting. HCPs are advised to position themselves at the same level as the patient to foster engagement. Additionally, measures should be taken to keep the door closed and minimize interruptions, such as silencing phone notifications.

5.3) Providing care for the family with flexible hospital policies and rules: During ICU admission, families may experience restrictions on visitation time. Nurses should navigate these regulations with resilience, fostering family bonding and meaningful engagement during the patient's final moments. In cases where family members cannot remain with the patient, nurses must identify the key person responsible for initiating communication when end-of-life decisions become imminent.

A Case Study of Palliative Care in TICU

A girl aged 7-year-olds experienced a high-level fall. She was diagnosed with 1) severe traumatic brain injury, subdural hematoma, subarachnoid hemorrhage, brain swelling with brain herniation; 2) multiple right rib fractures, lung contusion, pneumo-hemothorax; 3) open book pelvic fracture (unstable type), and 4) multiple facial fractures. She presented with unconsciousness (Glasgow coma score = 3), hemodynamic shock, and desaturation.

At emergency room, the patient received the major treatment about 1) intubation endotracheal tube with ventilator support for maintain respiration, 2) wearing pelvic binder for immobilization and control bleeding, 3) resuscitation, receiving blood transfusion and intravenous volume therapy, and 4) receiving vasoconstrict and inotropic drug in high concentration. For overall time around 1 hour of resuscitation, the patient could not overcome the hemorrhage, and the shock stage also had unresponsive treatment. At that time, neurosurgeons, trauma surgeons, and orthopedic surgeons agreed that undergoing surgery would be a risk more than a benefit, and the patient needed to be approached with conservative treatment and palliative care. However, the parent and family still denied that alternative treatment; therefore, the physician decided to admit the patient to the ICU for continuing resuscitation until the family could accept the patient's condition.

During a critical time in the ICU, the patient's condition worsened (Glasgow coma score = 3; E1M1V1), and she presented with disseminated intravascular coagulation (DIC). However, the conservative treatments, such as blood component replacement, the high concentration and volume of inotropic drugs for hemodynamic maintenance, were provided to support the patient and family. At that time, the nurse encouraged the HCP team to do a family meeting to identify GOC and ACP.

The results were to know the proxy, but the family still denied the best supportive and palliative care. After identifying the complexity of PC acceptance, the nurse consulted a palliative care specialist to approach the patient's family. When the family agreed to receive PC, the ACP was identified as "no surgery, no CPR, no tracheostomy, no renal replacement, no blood transfusion, full medication, full IVF, full feeding, fix on inotropic rate and concentration, fix on ventilator setting." Hence, the physician ordered the treatment as 1) on ventilator full support mode: FiO₂ 0.4, PEEP 5, IP 10, RR 14/min; 2) Norepinephrine (4:100) IV rate 30 ml/hr. (Max dose); 3) IVF as NSS 1000 ml IV rate 60 ml/hr. (plan feeding after 24 hrs. of injury); and 4) Fentanyl (25:1) IV rate 2 ml/hr. with PRN dose 25 mcg q 1 hr. In addition, this family had financial difficulties that could require hospital subsidization. The nurse also consulted the social welfare staff to assist with this problem. After admission to the ICU for 8 hours, the patient presented with desaturation, persistent hypotension, bradycardia, and cardiac arrest.

Identifying challenges The patient presented with severe multiple injuries (Injury severity score = 75). After aggressive curative treatments were done, the patient had unresponsiveness to the given treatments; the health care team decided to provide the patient with palliative care and best supportive treatment. However, the conflict was between parents and family, which they could not handle or accept. This case presents challenges in various aspects that nurses need to address. Firstly, the challenge of age is the crucial factor because the parent expects clinical improvement highly. Secondly, the parents and family were in a denial stage in the grief and loss process; informing them of bad news could make them angry and shocked. Lastly, ACP in this case could be performed based on her parents' decision. Even if the patient's condition is so severe that there is a high risk of termination and death, HCPs may provide them full, aggressive treatment

until her parents agree for palliative care. Also, medical treatment should be done with ethical consideration in beneficence and non-maleficence, including justice.

Nursing care provision

1. Information needs: Nurses conducted comprehensive assessments of both the patient's and family's backgrounds to identify their specific informational needs. They provided clear and compassionate explanations regarding the patient's illness trajectory, including the principles and goals of palliative care, to foster understanding of this alternative approach. In collaboration with physicians, nurses facilitated interdisciplinary family meetings within the first 24 hours of admission and continued these discussions daily when feasible. Critical decisions, such as the identification of a proxy decision-maker and the establishment of goals of care, were prioritized within 24 hours, while advance care planning (ACP) was initiated within 72 hours.

2. Holistic care in complicated cases: Nursing care includes both physical and psychological dimensions, emphasizing a holistic approach. Nurses cultivated therapeutic relationships through active listening, allowing families to express emotions and ask questions in a supportive environment. In cases involving complex palliative care issues, nurses consulted with palliative care specialists to explore underlying concerns and resolve conflicts. Once ACP was established, healthcare providers aligned care with the family's values and preferences, ensuring the delivery of optimal supportive care. Environmental adjustments were made to support end-of-life care, including transferring the patient to a private room and allowing family members to remain with the patient. Cultural and spiritual needs were respected, such as facilitating religious rituals and merit-making practices in accordance with the family's Buddhist beliefs. Nurses encouraged family presence during the EOL phase by offering flexible visitation, thereby promoting meaningful time together.

3. Symptom management: Pain assessment in pediatric patients, particularly those aged seven, typically involves tools such as the FACES Pain Scale-Revised (FPS-R) or the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT). However, in this case, the patient was non-communicative and had a Glasgow Coma Scale (GCS) score below the threshold for CPOT use. Consequently, nurses relied on physiological indicators—such as tachycardia, hypertension, and dyspnea—to infer pain levels and administered analgesics as prescribed. Respiratory care included ventilator management and airway suctioning, performed with sensitivity to minimize discomfort. Nurses vigilantly monitored for signs of respiratory distress, including tachypnea, audible secretions, and oxygen desaturation. Intravenous fluid therapy was continued with medical orders, with additional attention to signs of dehydration and thirst. Oral care was provided to maintain comfort and dignity.

4. Family support: Following the patient's death, nurses offered psychosocial support to the family, creating space for emotional expression and grief. They also provided guidance on post-mortem procedures, including autopsy protocols in cases of non-natural death and the process of obtaining a death certificate. Nurses assumed the role of care coordinators, liaising between the family and social welfare personnel to explore available financial and social support resources. This collaborative approach ensured that the family received comprehensive assistance during a profoundly difficult time.

Conclusion

A critical trauma is life-threatening and sudden; the role of PC in trauma patients should be considered. The nurse is a key person who can promote and improve the palliative patient's QOL at the beginning of the PC approach until EOL and terminal care. However, PC in the critical trauma is complex due to the patient's characteristics, and the challenges may occur in PC processes at any

time; thereby, trauma nurses need to have the competency and skill to provide care and practice as a professional nursing role. The integration between the PC approach by nursing role and the TQIP suggestion in PC is described in five roles: 1) promoting person-centered care, 2) fostering therapeutic relationships, 3) clinical and technical competence, 4) clinical leadership, and 5) environment management.

Nursing Implementation and Suggestions

An integrated nursing role for palliative care in trauma patients during a critical period was provided in the present article. There is guidance to perform nursing care that trauma nurses in critical fields can apply the evidence based on proper nursing practice to improve the patient's QOL. However, the area of improvement should be discussed since PC approaches are sensitive and complex.

1. A sustainable system in palliative care can be successful through cooperation in multi-disciplinary teams. Also, the system may link to the hospital, community, and home because a certain patient, after a critical period, may survive, and PC does not end with the patient dying, sometimes. Therefore, the palliative plan needs to be made by community-family-based as well. Nurses are professionals who provide care closely to the patients and their families; they should possess multifunctional skills that aim to be the collaborative mediators among multidisciplinary teams to improve the QOL during PC.

2. A nurse is an important professional who can promote the patient and family's QOL during PC, EOL, and terminal care. The PC approach is sensitive, especially in Thai culture, where people justify the PC as a catastrophe; therefore, nurses need to do self-development as well as emphasize knowledge, and emotions such as empathy, including sympathy in difficult situations. Moreover, the organizational unit should promote PC training for

nurses to encourage them to have more ability to provide quality care, specifically. Additionally, trauma nurses need to renew and update their knowledge frequently and also conduct research on policy management, which is related to practice development, because the previous study noticed that the evidence-based PC policy is rare.¹⁸

Declaration Statements

Conflict of Interest: No

Author Contribution: Prampree Nantawong: Conceptualization, Data curation and synthesis, Project administration, Writing – original draft, Writing – review & editing. **Apitchaya Munketwit:** Conceptualization, Data curation and synthesis, Writing – review & editing. **Traphum Yotpa:** Conceptualization, Data curation, Writing.

AI Use Disclosure: The authors declare that AI was used only for editing purposes.

References

1. Ferre AC, DeMario BS, Ho VP. Narrative review of palliative care in trauma and emergency general surgery. *Ann Palliat Med*. 2022;11(2):936–46. <https://doi.org/10.21037/apm-20-2428> PMID: 34551577
2. Wantonoro W, Suryaningsih EK, Anita DC, Nguyen TV. Palliative care: A concept analysis review. *SAGEOpenNurs*. 2022;8:23779608221117379. <https://doi.org/10.1177/23779608221117379> PMID: 35966230
3. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2020 [cited 2025 Mar 31]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
4. Abe T, Komori A, Shiraishi A, Sugiyama T, Iriyama H, Kainoh T, et al. Trauma complications and in-hospital mortality: Failure-to-rescue. *Crit Care*. 2020;24(1):223. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02951-1> PMID: 32414401
5. American College of Surgeons. Statement of principles of palliative care [Internet]. 2005. [cited 2025 Mar 31]. Available from: <https://www.facs.org/about-acs/statements/principles-of-palliative-care/>
6. Pierce JG, Ricon R, Rukmangadhan S, Kim M, Rajasekar G, Nuño M, et al. Adherence to the TQIP palliative care guidelines among patients with serious illness at a level I trauma center in the US. *JAMA Surg*. 2022;157(12):1125–32. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2022.4718> PMID: 36260298
7. Viera-Ortiz L, Munet C, Nieves-Plaza M. Palliative care consultation and EOL care in trauma patients: A descriptive study (GP798). *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(1):303. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.225>
8. Kunakornvong W, Ngaosri K. Public awareness and attitude toward palliative care in Thailand. *Siriraj Med J*. 2020;72(5):424–30. Available from: <https://doi.org/10.33192/smj.2020.57>
9. Esquibel BM, Waller CJ, Borgert AJ, Kallies KJ, Harter TD, Cogbill TH. The role of palliative care in acute trauma: When is it appropriate? *Am J Surg*. 2020;220(6):1456–61. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.10.002> PMID: 33051066
10. Moran S, Bailey ME, Doody O. Role and contribution of the nurse in caring for patients with palliative care needs: A scoping review. *PLoS One*. 2024;19(8):e0307188. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307188> PMID: 39178200

11. Griffiths A, Baker E. Exploring the experiences of healthcare professionals when breaking bad news in major trauma care. *Emerg Nurse*. 2024;32(6):26–33. <https://doi.org/10.7748/en.2024.e2194> PMID: 39497501
12. Khaitan S. Ethical considerations in trauma care: Balancing patient autonomy and beneficence. *Journal Trauma Critical Care*. 7(4):159. Available from: <https://www.alliedacademies.org/trauma-and-critical-care/>
13. Chotai PN, Kuzemchak MD, Patel MB, Hammack-Aviran C, Dennis BM, Gondek SP, et al. The choices we make: Ethical challenges in trauma surgery. *Surgery*. 2022;172(1):453–9. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2022.01.040> PMID: 35241303
14. Setyoharsih TW, Awaludin S. Non-Maleficence concept in palliative care patient in ICU: A concept analysis. *InternatJrnl*. 2024;7(5):554–8. Available from: <https://doi.org/10.33024/minh.v7i5.310>
15. McLaughlin MF. Ethical challenges in the care of the trauma patient. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2023;35(2):145–9. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2023.02.006> PMID: 37127371
16. Goswami J, Baxter J, Schiltz BM, Elsbernd TA, Arteaga GM, Klinkner DB. Optimizing resource utilization: Palliative care consultations in critically ill pediatric trauma patients. *Trauma Surg Acute Care Open*. 2023;8(1):e001143. <https://doi.org/10.1136/tsaco-2023-001143> PMID: 38020850
17. Edsall A, Howard S, Dewey EN, Siegel T, Zonies D, Brasel K, et al. Critical decisions in the trauma intensive care unit: Are we practicing primary palliative care? *J Trauma Acute Care Surg*. 2021;91(5):886–90. <https://doi.org/10.1097/ta.0000000000003324> PMID 34695065
18. Whitelaw, S., Bell, A., & Clark, D. The expression of ‘policy’ in palliative care: a critical review. *Health policy*. 2022; 126(9), 889–898. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.06.010> PMID: 35840439

ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของ นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา

สุนทร บุบผามาลา ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)¹

สุดา หันกลาง ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)²

บทคัดย่อขยาย

บทนำ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพวัยรุ่น ทั้งในด้านการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการลดผลกระทบดังกล่าว อย่างไรก็ตามการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนั้นอาจไม่ทันเหตุการณ์หากเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศขึ้นแล้ว โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และเกิดขึ้นตามอารมณ์โดยอาจไม่ได้ยั้งคิด การศึกษาความตั้งใจในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จึงเป็นตัวแทนที่เหมาะสมของการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เนื่องจากความตั้งใจเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความตั้งใจในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา และ 2) ศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา

การออกแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย โดยประยุกต์แบบจำลองการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในขั้นตอนที่ 3 ซึ่งเป็นการวินิจฉัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย

การดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 31 ของจังหวัดหนึ่งทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 395 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม 9 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เรื่องเพศ 3) เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น 4) ค่านิยมทางเพศ 5) การเห็นคุณค่าในตนเอง 6) การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศและอารมณ์ 7) การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว 8) อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน และ 9) ความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ แบบสอบถามได้รับการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามส่วนที่ 2-9 เท่ากับ .96, .96, 1.00, .94, 1.00, .82, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70, .72, .72, .80, .93, .88, .94, และ .91 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา; E-mail: sunetr_boo@vu.ac.th

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบสหสัมพันธ์เพียร์แมน และการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกแบบ 2 กลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 15.01 ปี ($SD = 1.82$) เกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 3.57 ($SD = 0.38$) ส่วนใหญ่ไม่มีแฟน/คูรัก (ร้อยละ 79.00) มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 2,683 บาท ($SD = 1,164.65$) ขณะศึกษา นักเรียนส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ที่บ้าน (ร้อยละ 93.20) และอาศัยอยู่ร่วมกับบิดาและมารดา (ร้อยละ 84.60) สถานภาพครอบครัวของนักเรียนส่วนใหญ่ บิดาและมารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 66.30) นักเรียนมีค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับสูง ($M=96.37$, $SD=15.26$) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ คือ เกรดเฉลี่ยสะสม เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ค่านิยมทางเพศ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ($r=.294$, $.313$, $.384$, $.259$, $p<.01$ ตามลำดับ) 2) ปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศและอารมณ์ ($r=.486$, $p<.01$) และ 3) ปัจจัยเสริม คือ การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว และอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน ($r=.209$, $.442$, $p<.01$ ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกแบบ 2 กลุ่ม พบ 4 ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาได้ร้อยละ 35.44 ($R^2 = .354$, $p<.001$) ได้แก่ เกรดเฉลี่ยสะสม ($OR = 4.44$, 95% CI: 1.89–10.43, $p < .01$) เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ($OR = 1.23$, 95% CI: 1.15–1.32, $p < .001$) การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว ($OR = 1.05$, 95% CI: 1.01–1.09, $p < .05$) และอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน ($OR = 1.07$, 95% CI: 1.03–1.10, $p < .01$)

ข้อเสนอแนะ บุคลากรด้านสาธารณสุขและโรงเรียนสามารถนำผลการศึกษานี้ไปวางแผนส่งเสริมความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา โดยส่งเสริมความสามารถและเพิ่มทักษะการเรียนรู้ด้านวิชาการ ปลุกฝังเจตคติที่ดีต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ รวมทั้งส่งเสริมกลุ่มเพื่อนให้มีบทบาทในการแนะนำและสนับสนุนซึ่งกันและกันในทางที่เหมาะสม เพื่อสร้างแรงจูงใจในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ นอกจากนี้ ครอบครัวควรได้รับการสนับสนุนให้มีทักษะการสื่อสารเรื่องเพศและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในครอบครัวให้เป็นเรื่องปกติ เพื่อสร้างความเข้าใจ และความไว้วางใจ นำไปสู่การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาได้

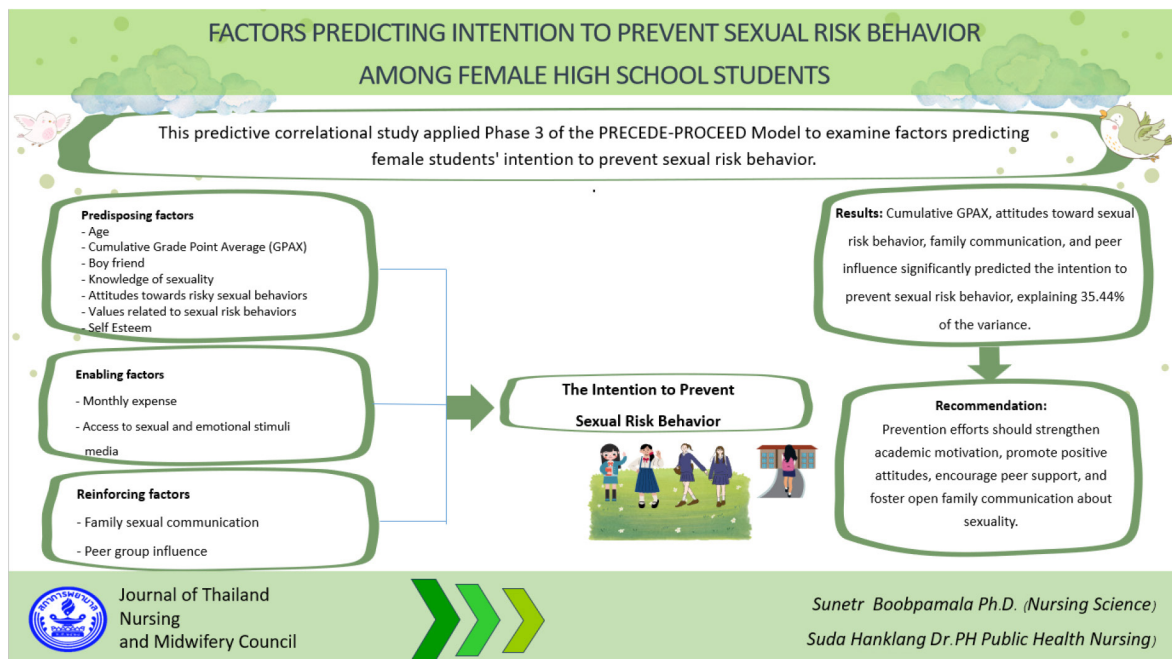
คำสำคัญ ปัจจัยทำนาย นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา ความตั้งใจ การป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
แบบจำลองการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

วันที่ได้รับ 5 ม.ค. 68 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 26 มี.ค. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 20 พ.ค. 68

Factors Predicting Intention to Prevent Sexual Risk Behavior Among Female High School Students

Sunetr Boobpamala Ph.D. (Nursing Science)¹

Suda Hanklang Dr.PH (Public Health Nursing)²



Extended Abstract

Introduction Sexual risk behavior is a significant factor that severely affects adolescent health, particularly through the transmission of sexually transmitted infections (STIs) and unintended pregnancies. Preventing such behavior is therefore an effective strategy to mitigate these adverse outcomes. However, investigating factors predicting sexual risk behavior may be untimely if such behaviors have already occurred, especially among female adolescents in secondary education, a group particularly vulnerable to both engaging in risky sexual behavior and experiencing their consequences. Given that sexual risk behavior is complex, often arising from interpersonal interactions and emotional impulses without prior deliberation. Thus, investigating the intention to prevent sexual risk behaviors serves as an appropriate proxy for studying such behavior, as intention is a key determinant of actual behavior.

Objectives This study aims to: 1) describe the level of intention to prevent sexual risk behavior among female secondary school students, and 2) identify factors predicting intention to prevent sexual risk behavior among female secondary school students.

¹Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima Province, Thailand;
E-mail: Sunetr_boo@vu.ac.th

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima Province, Thailand

Design This study employed a predictive correlational design, applying Phase 3 of the PRECEDE-PROCEED Model, which focuses on the diagnosis of behavioral determinants related to health behavior. The conceptual framework was based on three categories of factors: predisposing, enabling, and reinforcing factors.

Methodology The study participants consisted of 395 female students enrolled in grades 7 to 12 under the jurisdiction of Secondary Educational Service Area Office 31, located in a northeastern province. Participants were selected using a multistage random sampling. Research Instruments included questionnaires consisting of nine sections: 1) General information, 2) Sexual knowledge, 3) Attitudes toward sexual risk behavior, 4) Sexual values, 5) Self-esteem, 6) Access to sexually stimulating media and emotional triggers, 7) Family communication about sexuality, 8) Peer group influence, and 9) Intention to prevent sexual risk behavior. The content validity was assessed by five experts, revealing the content validity index for section 2-9 at .96, .96, 1.00, .94, 1.00, .82, 1.00, and 1.00, respectively. Reliability was tested, revealing Cronbach's alpha coefficient of .70, .72, .72, .80, .93, .88, .94, and .91, respectively. Data were collected through self-administration. Descriptive and inferential statistics were employed for data analysis, including Spearman's Rank Correlation Coefficient and Binary Logistic Regression analysis, with a significance level set at .05.

Results The participants had an average age of 15.01 years (SD = 1.82) and a mean cumulative grade point average (GPAX) of 3.57 (SD = 0.38). The majority reported not having a boy friend (79.00%) and had an average monthly expenditure of 2,683 Baht (SD = 1,164.65). While studying, most students resided at home (93.20%) and lived with both parents (84.60%). Regarding family status, 66.30% of students reported that their parents lived together. The mean score for intention to prevent sexual risk behavior was high (M = 96.37, SD = 15.26). Factors significantly associated with the intention to prevent sexual risk behavior were 1) predisposing factors including GPAX, attitudes toward sexual risk behavior, sexual values, and self-esteem ($r = .294, .313, .384, .259$, respectively; $p < .01$), 2) enabling factors including access to sexually stimulating media and emotional triggers ($r = .486, p < .01$), and 3) reinforcing factors including family communication about sexuality and peer group influence ($r = .209, .442$, respectively; $p < .01$). Binary Logistic Regression Analysis revealed that four factors jointly predicted the intention to prevent sexual risk behavior among female secondary school students, accounting for 35.44% of the variance ($R^2 = .354, p < .001$). These factors were: GPAX (OR = 4.44, 95% CI: 1.89–10.43, $p < .01$), attitudes toward sexual risk behavior (OR = 1.23, 95% CI: 1.15–1.32, $p < .001$), family communication about sexuality (OR = 1.05, 95% CI: 1.01–1.09, $p < .05$), and peer group influence (OR = 1.07, 95% CI: 1.03–1.10, $p < .01$).

Recommendation Public health personnel and schools can utilize the findings of this study to develop strategies aimed at enhancing the intention to prevent sexual risk behavior among female secondary school students. This can be achieved by promoting learning capabilities and skills, fostering positive attitudes toward the prevention of sexual risk behavior, and encouraging peer groups to play a constructive role in providing guidance and mutual support. Such efforts can serve as motivational factors for risky behavioral prevention. Additionally, families should be supported in developing communication skills related to sexuality and sexual risk prevention, normalizing these discussions within the household to foster understanding and trust, ultimately contributing to the prevention of sexual risk behavior among the female secondary school students.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(3) 377-395

Keywords predictive factors/ female secondary school students/ intention/ prevention/ sexual risk behavior/ PRECEDE-PROCEED Model

Received 5 January 2025, Revised 26 March 2025, Accepted 20 May 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นการแสดงออกทางเพศที่เพิ่มโอกาสของผลกระทบทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections: STIs) การติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนี้รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด ทางทวารหนัก หรือทางปาก โดยไม่มีการป้องกัน เช่น การใช้ถุงยางอนามัย หรือการใช้ถุงยางอนามัยอย่างไม่ถูกต้อง และไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น นอกจากนี้ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศยังครอบคลุมถึงการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย การมีคู่นอนหลายคน การเปลี่ยนคู่นอนบ่อยครั้ง¹ และการกระทำหรือการแสดงออกที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามหรือเพศเดียวกัน²

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต และสังคม ในปัจจุบันเป็นยุคที่เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมของเยาวชน เด็กและวัยรุ่น อายุ 6-24 ปี สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้กว้างขวาง ส่งผลให้การรับข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศเป็นไปได้ง่ายขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย การมีความสัมพันธ์ระยะสั้น การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย และการมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงโดยไม่มีการป้องกันการที่เหมาะสม³ การลดลงของอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในวัยรุ่นก็เป็นปัญหาที่น่ากังวล เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) รายงานว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเพิ่มขึ้น

ซึ่งทำให้เยาวชนเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) และการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ ข้อมูลจากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในวัยรุ่นอายุ 15 ปี จำนวนกว่า 242,000 คน ใน 42 ประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2565 ยืนยันว่าแนวโน้มนี้ยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน³

ในช่วงปี พ.ศ. 2561-2566 ทั่วโลกมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอัตราการเกิด STIs โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นในภูมิภาคแอฟริกาและอเมริกาใต้ แม้ว่าข้อมูลเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับอัตราการเกิด STIs ทั่วโลกยังมีจำกัด แต่พบว่า อัตราการเกิดโรคพบในช่วงอายุที่ลดลง⁴ ในประเทศไทย พบว่า โรคซิฟิลิสเพิ่มขึ้น 2.5 เท่าจากปี พ.ศ. 2561 โดยในกลุ่มเยาวชน อายุ 15-24 ปี มีอัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้น 3 เท่า⁵ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยและความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในขณะเดียวกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาสำคัญ โดยองค์การอนามัยโลก รายงานว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ประมาณ 21 ล้านคนต่อปี ทั้งนี้ ร้อยละ 50 ของการตั้งครรภ์เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจ และร้อยละ 55 ของการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจจบลงด้วยการทำแท้ง ซึ่งมักไม่ปลอดภัย ขณะเดียวกันมีทารกเกิดใหม่ประมาณ 12 ล้านคน³ นอกจากนี้ อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ทั่วโลกคิดเป็น 1.5 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี พันคน โดยมีอัตราการคลอดที่สูงในแอฟริกาตอนใต้ ทะเลทรายซาฮารา และละตินอเมริกา³ สำหรับประเทศไทยพบอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี คิดเป็น 18.76 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน⁶ ทั้งนี้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายไว้ที่ไม่เกิน 21 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน⁶ แม้ว่าอัตราที่พบจะต่ำกว่าเป้าหมาย แต่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อสุขภาพของทั้งมารดา

และทารก เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ การติดเชื้อในระยะหลังคลอด และการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ซึ่งมีความเสี่ยงสูงกว่าสตรีในวัย 20-24 ปี^๖

จังหวัดนครราชสีมา เป็นจังหวัดที่มีประชากรอาศัยอยู่มากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7 โรค ได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน เริม ฝีมะม่วง และหูดหงอนไก่ ร้อยละ 25.06⁷ ทั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคซิฟิลิสมากที่สุด จำนวน 779 คน คิดเป็นอัตราป่วย 11.61 ต่อประชากรแสนคน โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ อายุ 15-24 ปี ร้อยละ 33.36 รองลงมาอายุ 25-34 ปี ร้อยละ 20.49 และอายุ 0-4 ปี ร้อยละ 19.61 นอกจากนี้ จังหวัดนครราชสีมายังพบปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นในอัตราค่อนข้างสูง โดยในปี พ.ศ. 2564-2566 พบอัตราคลอดในวัยรุ่นหญิง อายุ 15-19 ปี คิดเป็น 25.80, 21.16 และ 19.02 ต่อวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน ตามลำดับ^๘ บางรายมีการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมด้วย จึงเป็นภาวะวิกฤติทั้งในด้านการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังเป็นผลกระทบที่สำคัญต่อระบบบริการด้านสาธารณสุข^๙

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่น่ากังวล เนื่องจากวัยรุ่น (adolescence) คือ ช่วงอายุ 10-19 ปี เป็นระยะเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงเวลาสำคัญในการพัฒนาทางร่างกาย สติปัญญาและจิตสังคม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมและการตัดสินใจ วัยรุ่นจึงยังขาดวุฒิภาวะและประสบการณ์ในการตัดสินใจ วัยรุ่นจะเริ่มสร้างรูปแบบพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาหาร การออกกำลังกาย การใช้สารเสพติด รวมทั้งกิจกรรมทางเพศ ซึ่งมีผล

ทั้งในปัจจุบันและอนาคต หากพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม อาจนำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว^๑ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่ต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และเกิดขึ้นตามอารมณ์ โดยอาจขาดความยับยั้งชั่งใจ^๑ ซึ่งเมื่อเกิดความเครียดขึ้นแล้วจะไม่สามารถแก้ไขได้ทันเหตุการณ์ ทั้งนี้ มีการศึกษาวิจัยพบว่า ความตั้งใจเป็นตัวกำหนดที่สำคัญ (major determinant) และเป็นตัวแทนที่ดี (good proxy) สำหรับการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ดังการวิเคราะห์เชิงอภิมาน ที่พบค่าความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยจริง อยู่ระหว่าง 4.4-4.5¹⁰

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ กลุ่มเป้าหมายเป็นสตรีวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 31 ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและผลกระทบของพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านั้น การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่ามีค่อนข้างจำกัด โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ในจังหวัดสระบุรี ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพครอบครัว รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ¹¹ ทั้งนี้ การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยพบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ประกอบด้วยปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ¹² ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ¹³ การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อน^{13,14} การเห็นคุณค่าในตนเอง¹⁵ และค่านิยมทางเพศ¹⁶ สำหรับปัจจัยภายนอก ได้แก่ การมีคูรักร¹² การมีคู่นอนหลายคน การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย การไม่สวมถุงยางอนามัยก่อนมีเพศสัมพันธ์¹⁷ การใช้สารเคมีกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ การดื่มของมึนเมา¹⁸ การเปิดรับข่าวสารจากสื่อที่มีลักษณะกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ^{12-14,19} ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน¹⁸ และอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน¹³ การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว และการควบคุมกำกับของครอบครัว¹⁴

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศข้างต้น พบว่ามีความสอดคล้องกับแบบจำลองการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model)²⁰ ในขั้นตอนที่ 3 ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยระบุว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมาจากปัจจัย 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยภายในที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม แนวโน้มทางพันธุกรรม และประสบการณ์ในวัยเด็กที่หล่อหลอมเจตคติ ค่านิยมและการรับรู้ 2) ปัจจัยเอื้อ เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งลักษณะและความสามารถที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้แก่ ทักษะความสามารถที่จะปฏิบัติ รายได้ และ 3) ปัจจัยเสริม เป็นสิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเป็นผลจากการกระทำของตน อาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับ การกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน เป็นต้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำผลการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาถึงระดับ

อุดมศึกษา ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระดับสูงมาศึกษา ทั้ง 3 กลุ่มปัจจัย คือ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ การมีคูรักรหรือแฟน¹² ความรู้เรื่องเพศ เกรตเฉลี่ยสะสม เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ¹³ การเห็นคุณค่าในตนเอง¹⁵ ค่านิยมเกี่ยวกับความเสี่ยงทางเพศ¹⁶ 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ¹⁸ การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศและอารมณ์^{12-14,19} และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน¹³ และการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว¹⁴

ผู้วิจัยตระหนักถึงผลกระทบของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อสตรีวัยรุ่นในจังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีความก้าวหน้า ทันสมัยทางด้านการศึกษา หากสตรีวัยรุ่นมีปัญหาเกิดขึ้นระหว่างการเรียนจะส่งผลกระทบต่ออนาคตและเป็นปัญหาสังคมในที่สุด ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปพัฒนากลุ่มเป้าหมายได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ร่วมทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ (อายุ เกรตเฉลี่ยสะสม การมีคูรักรหรือแฟน ความรู้เรื่องเพศ เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ค่านิยมทางเพศ การเห็นคุณค่าในตนเอง) ปัจจัยเอื้อ (ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศและอารมณ์) และปัจจัยเสริม (การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว และอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน) สามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model²⁰ ในขั้นตอนที่ 3 เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งเป็นขั้นตอนการวินิจฉัยสาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 กลุ่มปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมของบุคคล และมีบทบาทในการกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ปัจจัยดังกล่าวอาจสะท้อนถึงสภาพจิตใจของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นจากประสบการณ์และกระบวนการเรียนรู้ แนวโน้มทางพันธุกรรมและประสบการณ์ในวัยเด็ก 2) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) เป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล 3) ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้รับการสนับสนุน

ซึ่งเป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น อาจช่วยสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพนั้น

การศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา ในครั้งนี้ มุ่งเน้นศึกษาทั้ง 3 กลุ่มปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ (age) เกรดเฉลี่ยสะสม (cumulative grade point average) การมีคูรักหรือแฟน (boy friend) ความรู้เรื่องเพศ (sexual knowledge) เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (attitudes toward sexual risk behavior) ค่านิยมทางเพศ (sexual values) การเห็นคุณค่าในตนเอง (self esteem) 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ (monthly expense) การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศและอารมณ์ (access to sexual and emotional stimulating media) และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว (family communication about sexuality) และอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน (peer group influence) (Figure 1)

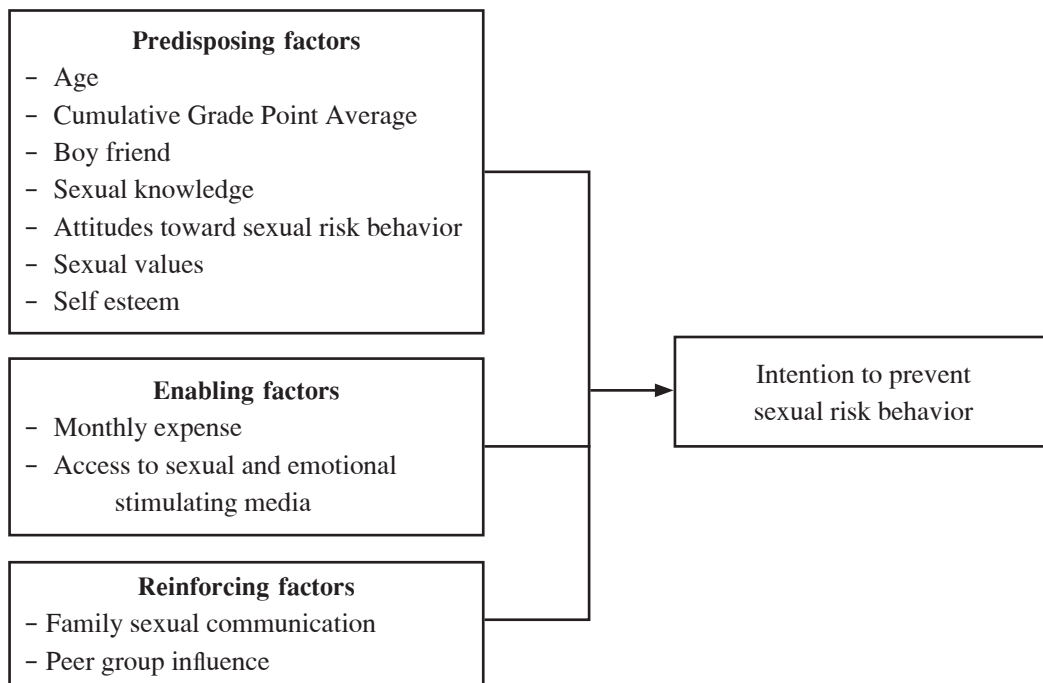


Figure 1 Conceptual framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การออกแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย
(Predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาระดับ
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่
การศึกษามัธยมศึกษาเขต 31 ในพื้นที่ อ.เมือง
จ.นครราชสีมา จำนวน 22,089 คน²¹

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนหญิงที่กำลังศึกษา
ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่
การศึกษามัธยมศึกษาเขต 31 ในพื้นที่อำเภอเมือง
จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 395 คน โดยมีเกณฑ์
การคัดเลือก ดังนี้ 1) นักเรียนหญิงอายุ 12-18 ปี
2) ได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง 3) สามารถสื่อสาร
ทั้งการฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) สะดวก
ในการให้ข้อมูล และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ให้ข้อมูล
ในแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรการ
คำนวณสำหรับการทำนายในเชิง logistic regression
อัตราส่วน 1:30²² เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม
คือ $k \times 30$ ตัวอย่าง โดย k คือ จำนวนตัวแปรอิสระ ซึ่งใน
การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรอิสระ 11 ตัวแปร
จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 330 คน ทั้งนี้ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่าง
อีกร้อยละ 20 เพื่อทดแทนในกรณีที่มีการตอบ
แบบสอบถามไม่สมบูรณ์²³ รวมตัวอย่างทั้งหมด
395 คน

การเลือกตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน
(multistage random sampling) ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1
เลือกสถานศึกษาแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random
sampling) โดยนำโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่

การศึกษามัธยมศึกษาเขต 31 ในพื้นที่อำเภอเมือง
จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 11 โรงเรียน มาแบ่งชั้นภูมิ
จำนวน 4 ชั้นภูมิ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งขนาดสถานศึกษา
ตามจำนวนนักเรียน เป็นโรงเรียนขนาดเล็ก (นักเรียน
< 500 คน) โรงเรียนขนาดกลาง (นักเรียน 500-1,499
คน) โรงเรียนขนาดใหญ่ (นักเรียน 1,500-2,499 คน)
และโรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ (นักเรียน $\geq 2,500$ คน)
จากนั้นสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับสลากโรงเรียน
ทั้ง 4 ขนาด ๆ ละ 1 โรงเรียน ได้ทั้งหมดจำนวน 4 โรงเรียน
และกำหนดจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนของนักเรียน
หญิงแต่ละโรงเรียน ได้จำนวนนักเรียนแต่ละโรงเรียน
ดังนี้ โรงเรียน A (ขนาดใหญ่พิเศษ) จำนวน 180 คน
โรงเรียน B (ขนาดใหญ่) จำนวน 120 คน โรงเรียน C
(ขนาดกลาง) จำนวน 60 คน และโรงเรียน D (ขนาดเล็ก)
จำนวน 35 คน รวมเป็นจำนวน 395 คน ผู้วิจัยกำหนด
สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับชั้นของแต่ละโรงเรียน
เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูล และทำการสุ่มอย่างง่าย
(simple random sampling) เพื่อเลือกตัวอย่างใน
ขั้นตอนสุดท้าย

เครื่องมือวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย
อายุ ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม การมีคูรัก
หรือแฟน ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน โรคประจำตัว
สถานที่พักอาศัยระหว่างศึกษา บุคคลที่พักอาศัยอยู่
ด้วยขณะศึกษา และสถานภาพสมรสของบิดา มารดา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องเพศ จำนวน
15 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการ
ทบทวนวรรณกรรม เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจ
เกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์เพศชายและหญิง การป้องกัน
การตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตลอดจน
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่จะเป็นสาเหตุของการมี
เพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ลักษณะข้อคำถามเป็น

แบบเลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ใช่ (1 คะแนน) และ ไม่ใช่ (0 คะแนน) คะแนนรวมที่เป็นไปได้ 0-15 คะแนน นำเกณฑ์การแปลผลของบลูมมาใช้แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ²⁴ คือ สูง ได้คะแนนร้อยละ 100 - 80 (15.00-12.00 คะแนน) ปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 79-60 (11.99-9.00 คะแนน) และต่ำ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (<8.99 คะแนน) คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้เรื่องเพศในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) ประเมินความเห็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) คะแนนรวมที่เป็นไปได้ 10-50 คะแนน การแปลผลนำเกณฑ์คะแนนของเบสท์²⁵ มาปรับใช้ โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยต่ำสุด และนำมาหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง (50.00-36.68) ปานกลาง (36.67-23.34) และต่ำ (23.33-10.00) คะแนนรวมสูง หมายถึง เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามค่านิยมทางเพศ จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่าที่ประเมินความเห็น 5 ระดับคือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) คะแนนรวมที่เป็นไปได้ 12-60 คะแนน การแปลผลนำเกณฑ์คะแนนของเบสท์²⁵ มาปรับใช้โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยต่ำสุด และนำมาหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง (60.00-44.02) ปานกลาง (44.01-28.01) และต่ำ (28.00-12.00) คะแนนรวมสูง หมายถึง ค่านิยมทางเพศอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 การเห็นคุณค่าในตนเอง จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่าที่ประเมินความเห็น 5 ระดับคือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) คะแนนรวมที่เป็นไปได้ 12-60 คะแนน การแปลผลนำเกณฑ์คะแนนของเบสท์²⁵ มาปรับใช้โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยต่ำสุด และนำมาหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง (60.00-44.02) ปานกลาง (44.01-28.01) และต่ำ (28.00-12.00) คะแนนรวมสูง หมายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 6 การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศและอารมณ์ จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามใช้มาตราประมาณค่าที่ประเมินความเห็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) คะแนนรวมที่เป็นไปได้ 12-60 คะแนน การแปลผลนำเกณฑ์คะแนนของเบสท์²⁵ มาปรับใช้โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยต่ำสุด และนำมาหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง (60.00-44.02) ปานกลาง (44.01-28.01) และต่ำ (28.00-12.00) คะแนนรวมสูง หมายถึง การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศและอารมณ์อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่าที่ประเมินความเห็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) คะแนนรวมที่เป็นไปได้ 13-65 คะแนน การแปลผล

นำเกณฑ์คะแนนของเบสท์²⁵ มาปรับใช้โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยต่ำสุด และนำอาหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง (65.00-47.68) ปานกลาง (47.67-30.34) และต่ำ (30.33-13.00) คะแนนรวมสูง หมายถึง การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่าที่ประเมินความเห็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) คะแนนรวมที่เป็นไปได้ 12-60 คะแนน การแปลผลนำเกณฑ์คะแนนของเบสท์²⁵ มาปรับใช้โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยต่ำสุด และนำอาหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง (60.00-44.02) ปานกลาง (44.01-28.01) และต่ำ (28.00-12.00) คะแนนรวมสูง หมายถึง การได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามความตั้งใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่าที่ประเมินความเห็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) คะแนนรวมที่เป็นไปได้ 25-125 คะแนน แปลผลนำเกณฑ์คะแนนของเบสท์²⁵ มาปรับใช้โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยต่ำสุด และนำอาหารด้วยจำนวนกลุ่มหรือระดับที่ต้องการ ทั้งนี้ในการวิเคราะห์ Binary logistic ได้แบ่งระดับความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศออกเป็น 2 ระดับ คือ คะแนน 125.00-75.01 หมายถึง

ความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ระดับสูง และคะแนน 75.01- 25.00 หมายถึง ความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามทุกส่วนได้รับประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ 3 ท่าน และสาขาการพยาบาลเด็ก และวัยรุ่น 2 ท่าน เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือแล้ว นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับในแต่ละส่วน (scale content validity index, SCVI) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80²⁶ ได้ค่า S-CVI ของแบบสอบถามความรู้เรื่องเพศ เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ค่านิยมทางเพศ การเห็นคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศและอารมณ์ การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน และความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ คือ .96, .96, 1.0, .94, 1.0, .82, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงและนำไปทดสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยแบบสอบถามส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องเพศได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดยการทดสอบด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) สำหรับส่วนอื่น ๆ ทดสอบด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ $\alpha = .7027$ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ของโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน ซึ่งผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เรื่องเพศ เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

ค่านิยมทางเพศ การเห็นคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศและอารมณ์ การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน และความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ คือ .70, .72, .72, .80, .93, .88, .94, และ .91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัสโครงการ NRPH 072 ให้ดำเนินโครงการวิจัยตั้งแต่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ถึง 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียน ซึ่งได้มอบหมายให้ครูฝ่ายวิชาการเป็นผู้ช่วยวิจัยโรงเรียนละ 1 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงโครงการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลพร้อมวิธีการขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างผ่านอาจารย์ประจำชั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงให้ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงข้อมูลรายละเอียดของโครงการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์การดำเนินการและประโยชน์ที่จะได้รับ เมื่อได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจึงเริ่มเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผลการเรียน การวิเคราะห์ข้อมูลทำในภาพรวมไม่มีการระบุชื่อ ข้อมูลเก็บไว้เป็นความลับในที่ปลอดภัยและจะถูกทำลายภายหลังจากผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง โดยผู้ปกครองลงนามในใบยินยอมตนก่อนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล พร้อมแนบหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ถึง

ผู้อำนวยการโรงเรียนขนาด A, B, C และ D เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บข้อมูลวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม รวมถึงการพิทักษ์สิทธิ ความสมัครใจและความยินยอมในการให้ข้อมูล แก่ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นอาจารย์ผู้รับผิดชอบงานวิชาการของแต่ละโรงเรียนที่เข้าร่วมประชุมเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ทั้งนี้ ผู้ช่วยวิจัยประสานงานผ่านอาจารย์ประจำชั้น เพื่อคัดกรองนักเรียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก สอบถามความสมัครใจ และแจ้งข้อมูลต่อผู้วิจัยเพื่อทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3. อาจารย์ประจำชั้นแจ้งกลุ่มตัวอย่างให้นำหนังสือขออนุญาตส่งถึงผู้ปกครองเพื่อลงนามอนุญาต เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว กลุ่มตัวอย่างรับแบบสอบถามจากอาจารย์ประจำชั้น และทำการตอบแบบสอบถามที่โรงเรียนในช่วงที่ไม่มีเรียนการสอน ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที แล้วส่งกลับให้ผู้ช่วยวิจัยของแต่ละโรงเรียน จากนั้นผู้วิจัยติดต่อรับแบบสอบถามจากผู้ช่วยวิจัยหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของแต่ละโรงเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) อธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05

3. การวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกแบบสองกลุ่ม (Binary Logistic Regression) ใช้ Enter method โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ²⁸ คือ 1) ตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรที่มีข้อมูลอยู่ในระดับช่วงและตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม 2) ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเป็นศูนย์ ($e=0$) 3) ไม่มีภาวะร่วมเส้นตรงพหุ 4) จำนวนตัวอย่าง ≥ 30 ผลการตรวจสอบสมการ ค่า $-2LL$ มีความเหมาะสม ค่า χ^2 มีนัยสำคัญ ($p<.001$) ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของโมเดล Hosmer and Lemeshow พบว่า χ^2 ไม่มีนัยสำคัญ ($p=.747$)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 มีอายุเฉลี่ย 15.01 ปี ($SD=1.82$) กว่าครึ่งมีอายุระหว่าง 12-15 ปี (ร้อยละ 58) รองลงมาคือ อายุ 16-19 ปี (ร้อยละ 42) เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 51.90) เกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 3.57 ($SD=0.38$) ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยสะสมระหว่าง 3.51 ถึง 4.00 (ร้อยละ 62.50) รองลงมาคือ 3.00-3.50 (ร้อยละ 32.90) การคบเพื่อนต่างเพศในฐานะแฟน พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีแฟน (ร้อยละ 79.00) ได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 2,683 บาท ($SD=1,164.65$ บาท)

ประมาณครึ่งหนึ่งได้รับค่าใช้จ่ายต่อเดือน <2,500 บาท (ร้อยละ 50.60) ขณะศึกษานักเรียนส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ที่บ้าน (ร้อยละ 93.20) สถานภาพครอบครัวของนักเรียนส่วนใหญ่บิดาและมารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 66.30) รองลงมาคือ หย่าร้างกัน (ร้อยละ 30.40) และบิดาหรือมารดาเสียชีวิต (ร้อยละ 3.30) นักเรียนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา (ร้อยละ 84.60) รองลงมาคืออาศัยอยู่กับญาติ (ร้อยละ 14.90) และพักอาศัยกับเพื่อน (ร้อยละ 0.50)

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับสูง ($M=96.37$, $SD=15.26$) ความรู้เรื่องเพศมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M=12.45$, $SD=1.60$) เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M=39.93$, $SD=4.85$) ค่านิยมทางเพศมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M=42.79$, $SD=5.43$) การเห็นคุณค่าในตนเอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M=43.57$, $SD=6.92$) การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศและอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M=45.84$, $SD=7.98$) และการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M=38.65$, $SD=10.88$) และอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M=48.71$, $SD=8.72$) (Table 1)

Table 1 Description of predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors and intention to prevent sexual risk behavior (n = 395)

Variables	Possible score	Actual score	M	SD	Level
Predisposing factors					
Age (years) (min-max = 12-19)			15.01	1.82	
Cumulative Grade Point Average (min-max = 2.00-4.00)			3.57	0.38	
Boy friend					
No = 312 (79.00%)					
Yes = 83 (21%)					
Sexual knowledge	0.00-15.00	3.00-15.00	12.45	1.60	High
Attitudes toward sexual risk behavior	10.00-50.00	22.00-50.00	39.93	4.85	High

Table 1 Description of predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors and intention to prevent sexual risk behavior (n = 395) (Cont.)

Variables	Possible score	Actual score	M	SD	Level
Sexual values	12.00–60.00	24.00–60.00	42.79	5.43	Medium
Self esteem	12.00–60.00	23.00–60.00	43.57	6.92	Medium
Enabling factors					
Monthly expense (Baht) (min-max =800–10,000; median=2,500)			2,683.75	1,164.65	
Access to sexual and emotional stimulating media	12.00–60.00	19.00–60.00	45.84	7.98	High
Reinforcing factors					
Family communication about sexuality	13.00–65.00	13.00–65.00	38.65	10.88	Medium
Peer group influence	12.00–60.00	12.00–60.00	48.71	8.72	High
Intention to prevent sexual risk behavior	25.00–125.00	49.00–125.00	96.37	15.26	High

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ เกรดเฉลี่ยสะสม และการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก²⁹ ($r=.294$, $p<.01$) เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และค่านิยมเกี่ยวกับความเสี่ยงทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ²⁹ ($r=.313$, $.384$, $p<.01$) ปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศและอารมณ์มีความ

สัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ²⁹ ($r=.486$, $p<.01$) และ ปัจจัยเสริม ได้แก่ อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ²⁹ ($r=.442$, $p<.01$) และการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก²⁹ กับความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ($r=.209$, $p<.01$) (Table 2)

Table 2 Correlation matrix of study variables (n=395)

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Intention to prevent sexual risk behavior	1.000											
2. Age	-.087	1.000										
3. Cumulative Grade Point Average	.294**	-.307**	1.000									
4. Boy friend	-.050	.050	-.177**	1.000								
5. Sexual knowledge	.062	.130*	-.086	.098	1.000							
6. Attitudes toward Sexual risk behavior	.313**	.198**	.091	.022	.172**	1.000						
7. Sexual values	.384**	-.153**	.153**	-.065	.082	.167**	1.000					
8. Self Esteem	.259**	.052	.069	-.042	.120*	.308**	.202**	1.000				
9. Monthly expense	-.074	.153**	.031	.068	.026	.004	-.060	.055	1.000			
10. Access to sexual and emotional stimulating media	.486**	-.159**	.106*	.003	.086	.088	.447**	.222**	-.117*	1.000		
11. Family communication about sexuality	.209**	.036	.051	-.012	-.002	.104*	.022	.275**	.142**	-.027	1.000	
12. Peer group influence	.442**	-.148**	.129*	-.133**	-.002	.185**	.469**	.113*	-.177**	.484**	-.064	1.000

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

ผลการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาได้ร้อยละ 35.44 ($R^2 = .3544, p < .001$) ได้แก่ เกรดเฉลี่ยสะสม (OR = 4.44, 95% CI:

1.89–10.43, $p < .01$) เจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (OR = 1.23, 95% CI: 1.15–1.32, $p < .001$) การสื่อสารเรื่องเพศภายในครอบครัว (OR = 1.05, 95% CI: 1.01–1.09, $p < .05$) และอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน (OR = 1.07, 95% CI: 1.03–1.10, $p < .01$) (Table 3)

Table 3 Factors predicting the intention to prevent sexual risk behavior in the participants using binary logistic regression analysis (n=395)

Variables	β	S.E.	Wald	df	p	OR Exp (B)	95% CI	
							Lower	Upper
Cumulative Grade Point Average	1.49	.44	11.68	1	.001	4.44	1.89	10.43
Attitudes towards risky sexual behaviors	0.21	.03	36.53	1	<.001	1.23	1.15	1.32
Family sexual communication	0.05	.02	6.52	1	.011	1.05	1.01	1.09
Peer group influence	0.07	.02	11.43	1	.001	1.07	1.03	1.11

Nagelkerke $R^2 = .3544$, Predictive correct = 88.61%
 Chi-square (Omnibus Tests of Model) Model = 82.54, $p < .001$
 Chi-square (Hosmer and Lemeshow Test) = 5.10, $p = .747$
 -2Log likelihood = 217.53

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง ซึ่งเอาใจใส่ดูแลบุตรหลานทั้งด้านการเรียนและชีวิตความเป็นอยู่อย่างใกล้ชิด คอยให้คำแนะนำทั้งด้านการเรียนและการใช้ชีวิตอย่างเหมาะสมเพื่อให้ผลการเรียนดี จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการเรียน ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้จากเกรดเฉลี่ยสะสมมีค่าเฉลี่ยค่อนข้างสูง นอกจากนี้โรงเรียนมีกิจกรรมปลูกฝังเรื่องการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศทั้งในการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมหลักสูตร จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ความรู้เรื่องเพศและเจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศ

และอารมณ์ในระดับสูง แต่หากใช้สื่ออย่างรู้เท่าทันจะช่วยส่งเสริมความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ ทั้งนี้ ในสังคมปัจจุบันสื่อต่าง ๆ มีการนำเสนอเรื่องเพศในแง่มุมที่หลากหลาย ผู้รับสารจะต้องใช้วิจารณญาณในการใช้สื่อ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากโรงเรียนและผู้ปกครองจึงน่าจะได้รับการชี้แนะและมีวิจารณญาณในการรับสื่ออย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ในช่วงวัยรุ่นมีกลุ่มเพื่อนเข้ามามีบทบาทต่อความคิด ความรู้สึก และการแสดงออก จากข้อมูลพบว่าอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าเพื่อนเป็นแรงจูงใจที่มีความสำคัญ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่ได้รับการดูแลที่ดี และมีเจตคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ดี จึงมีการชักนำกันไปในทางที่เหมาะสม

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย พบว่า ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาได้ร้อยละ 35.44 ได้แก่ เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ คือ สามารถทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ถึง 4.44 เท่า ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มี GPAX สูง มีความตั้งใจป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่าผู้ที่มี GPAX ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปได้ว่า สถานศึกษาในเขตเมืองที่มีนโยบายส่งเสริมความสามารถด้านวิชาการ และมีบรรยากาศของการแข่งขันด้านวิชาการค่อนข้างสูง ทำให้นักเรียนมีความมุ่งมั่นตั้งใจเรียน ใช้เวลาไปกับการเรียนทั้งการเรียนในโรงเรียน และการเรียนพิเศษมากกว่ากิจกรรมด้านอื่น ดังจะเห็นได้ว่านักเรียนร้อยละ 62.5 มีเกรดเฉลี่ยสะสมสูงมาก อยู่ในช่วง 3.51-4.00 และร้อยละ 79.00 ยังไม่มีการคบเพื่อนต่างเพศในฐานแฟน จึงลดโอกาสที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลงไปได้ นอกจากนี้ เจตคติคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การสื่อสารเรื่องเพศภายในครอบครัว และอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งแต่ละด้านจะมีโอกาสเพิ่มความตั้งใจในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ประมาณ 1 เท่า ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันของณิชาภัทร ปุ่นมีกิจ และคณะ¹³ ที่พบว่า การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ทศนคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อนสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ร้อยละ 42.50¹³ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์¹² ที่พบว่า เกรดเฉลี่ยเทอมล่าสุด และการบริโภคสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ

เป็นปัจจัยทำนายโอกาสเกิดพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา รวมทั้งนวลพรรณ อิศโร และคณะ¹⁴ ที่พบว่า ปัจจัยด้านการเข้าถึงสื่อทางเพศ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อนสนิท การควบคุมกำกับของครอบครัว และทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ร้อยละ 29.8

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในพื้นที่ของจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีความจำเพาะด้านลักษณะประชากร สังคม เศรษฐกิจ จึงเป็นข้อจำกัดในการอ้างอิงข้อมูลไปยังพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

บุคลากรด้านสาธารณสุขและโรงเรียน สามารถร่วมกันวางแผนส่งเสริมความตั้งใจในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาได้ ดังนี้

1. ควรส่งเสริมความสามารถด้านการเรียนทุกระดับชั้น เช่น กิจกรรมที่ช่วยเพิ่มทักษะการเรียนรู้ เพื่อสร้างแรงจูงใจในด้านวิชาการ กิจกรรมที่ชี้แนะแนวทางให้ผู้เรียนสามารถตั้งเป้าหมายในชีวิต และอนาคตของตนเอง และบูรณาการความรู้และทักษะในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อเสริมสร้างความตั้งใจในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

2. ควรปลูกฝังเจตคติให้สตรีวัยรุ่น เพื่อสร้างพฤติกรรมที่สอดคล้องกับคุณค่าทางจริยธรรมและความเหมาะสม ทั้งนี้ควรปรับให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลง

3. ควรส่งเสริมครอบครัวให้การดูแลบุตรหลานอย่างใกล้ชิด เข้าอกเข้าใจ ทั้งนี้ควรพูดคุยเรื่องเพศ การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น และการป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ในครอบครัวให้เป็นเรื่องปกติ เพื่อจะสร้างความเข้าใจ ความไว้วางใจ และสามารถนำไปใช้ได้จริง

4. โรงเรียนควรปลูกฝังกลุ่มเพื่อนที่มีเจตคติที่ดีในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศให้ส่งเสริม และดูแลกัน ช่วยชี้แนะกันไปในทางที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุลที่ ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาที่สละเวลาเข้าร่วมการศึกษาค้างนี้

Declaration Statements

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest

Author Contribution: Sunetr Boobpamala: Conceptualization, Methodology, Data curation, Project administration, Writing – original draft, Writing – review & editing. Suda Hanklang: Conceptualization, Methodology, Data curation, Writing.

AI Use Disclosure: The authors declare that AI was used only for editing purposes.

References

1. Centers for Disease Control and Prevention. Reducing health risks among youth: sexual risk behaviors. 2024. Available from: <https://www.cdc.gov/youth-behavior/risk-behaviors/sexual-risk-behaviors.html>
2. National Statistical Office, Statistics Forecasting Division, Social Statistics Analysis and Forecasting Group. Children and youth situation 2021. Bangkok: National Statistical Office; 2021. Available from: https://www.nso.go.th/public/e-book/Analytical-Reports/Children_Youth_64/4-5/
3. World Health Organization. Alarming decline in adolescent condom use, increased risk of sexually transmitted infections and unintended pregnancies, reveals new WHO report. 2024. Available from: <https://www.who.int/europe/news-room/29-08-2024-alarming-decline-in-adolescent-condom-use--increased-risk-of-sexually-transmitted-infections-and-unintended-pregnancies--reveals-new-who-report>
4. Janeczko LL. Sexually transmitted infections on a 30-year rise worldwide. Medscape. 2022. Available from: https://www.medscape.com/viewarticle/972937#vp_1?form=fpf
5. Department of Disease Control, Office of Risk Communication and Health Behavior Development. “Syphilis” a popular disease transmitted through sex. 2024. Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?deptcode=brc&news=44807&news_views=3116&utm_source=chatgpt.com
6. Department of Health, Health promotion and environmental health information system. Live birth rate for women aged 15–19 years per 1,000 female population aged 15–19 years by regional health. 2024. Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/labor1519n/index?year=2024>
7. Office of disease prevention and control 9th Nakorn Ratchasima, Department of Disease Control. Annual report 2022. Available from: <http://odpc9.ddc.moph.go.th/post/65-report.pdf>

8. World Health Organization. Adolescent health. 2025. Available from: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
9. Turchik JA, Gidycz CA. Prediction of sexual risk behaviors in college students using the theory of planned behavior: a prospective analysis. J Soc Clin Psychol. 2012;31(1):1–12. <https://doi.org/10.1521/jscp.2012.31.1.1>
10. Turchik JA, Gidycz CA. Exploring the intention–behavior relationship in the prediction of sexual risk behaviors: can it be strengthened? J Sex Res. 2012;49(1):50–60. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.578220> PMID: 21660837
11. Tumchuea S. Sexual behaviors and factors related to the intention to prevent pregnancy among teenagers in Saraburi province. Journal of Public Health Nursing. 2015;29(1):97–109. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/36223/30053> (in Thai)
12. Hoyrat P, Wongsawat P. Factors influencing sexual intercourse behaviors among secondary school students. Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(1):149–63. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/241962/164615> (in Thai)
13. Punmeekij N, Toonsiri C, Homsin P. Factors affecting sexual risk behaviors among female lower secondary school students in Pattaya City. Journal of Public Health Nursing. 2020;34(1):13–29. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/244544/165889> (in Thai)
14. Isaro N, Toonsiri C, Srisuriyawet R. Factors predicting appropriated sexual behaviors among lower secondary school students in Chanthaburi Province. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2016;24(2):72–84. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/74189/59880> (in Thai)
15. Bunthai N, Rattanawongkhae A. The relationships among self-esteem, self-control, and sexual risk behaviors of upper secondary school students in a public school, Bangkok. Journal of Psychology. 2021;19(1):42–54. Available from: <https://so07.tci-thaijo.org/index.php/JPsychol/article/view/384/317> (in Thai)
16. Paengthaisong N, Sukonthasap S. Relationships of knowledge, value, and sexual risk behaviors among university students in Bangkok Metropolis. Journal of Sports Science and Health. 2014;15(3):91–104. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/spsc_journal/issue/view/16540/3840 (in Thai)
17. Konggumnerd R, Wiwattanacheewin K, Sindhu S, Maturachon T, Akwarangkoon S, Limruangrong P. Predicting factors of sexual health among Thai adolescents. Journal of Nursing and Health Research. 2022;23(3):1–15. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/258308/174734> (in Thai)
18. Pented P, Chomson S. Factors affecting protection of sexual risk behaviors among high school students in Banklang Subdistrict, Wangthong District, Phitsanulok Province. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal. 2019;11(2):62–79. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/197937/157400> (in Thai)
19. Sabaiying M. Sexual risk behaviors of high school students in contemporary society. Academic Services Journal, Prince of Songkla University. 2019;30(3):121–7. Available from: <https://journal.oas.psu.ac.th/index.php/asj/article/view/1384/1188i> (in Thai)
20. Green LW, Gielen AC, Ottoson JM, Peterson DV, Kreuter MW. Health program planning, implementation, and evaluation: creating behavioral, environmental, and policy change. Baltimore: Johns Hopkins University; 2022.

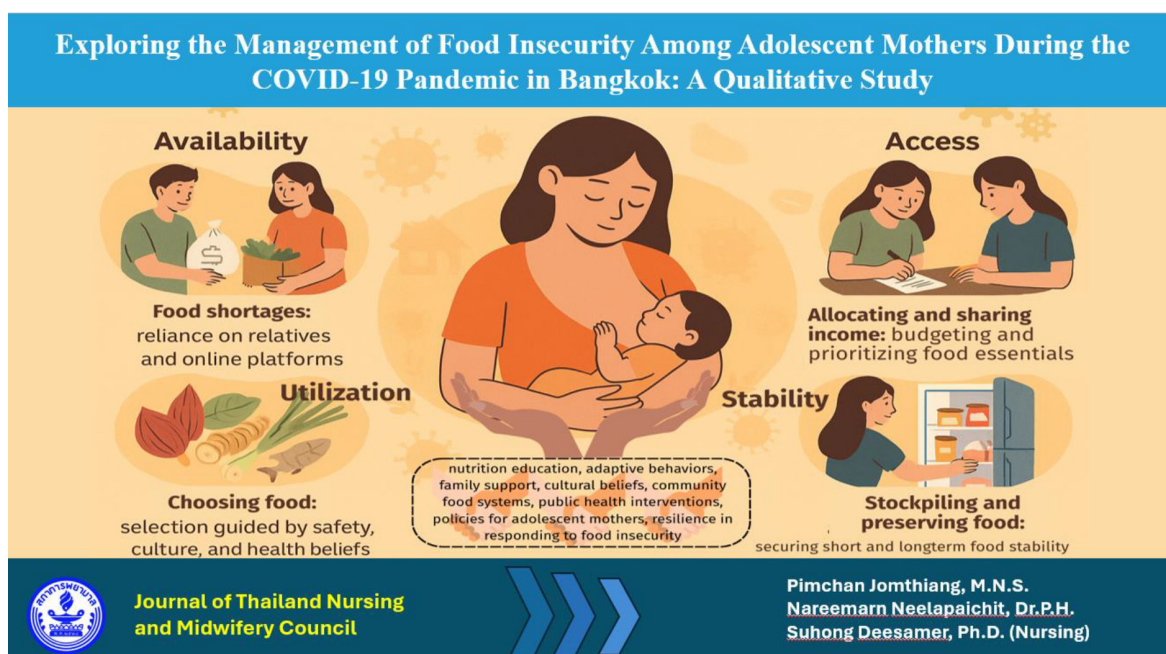
21. Secondary Educational Service Area Office Nakhon Ratchasima. Number of students by grade level. 2023. Available from: <https://spmkorat.go.th/>
22. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol*. 1996;49(12):1373–9. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(96\)00236-3](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(96)00236-3) PMID: 8970487
23. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2016.
24. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
25. Best JW. Research in education. New Jersey: Prentice-Hall; 1981.
26. Davis L. Instrument review: getting the most from your panel of experts. *Appl Nurs Res*. 1992;5(4):194–7. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80008-4](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80008-4)
27. Kline RB. Beyond significance testing: reforming data analysis methods in behavioral research. Washington: American Psychological Association; 2004. Available from: <https://doi.org/10.1037/10693-000>
28. Kaiyawan Y. Principles and use of logistic regression analysis for research. *Rajamangala University of Technology Srivijaya Research Journal*. 2012;4(1): 1–12. Available from: <https://www.repository.rmutsv.ac.th/bitstream/handle/123456789/1252/FullText.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (in Thai)
29. Hinkle DE, Wiersma W, Jurs SG. Applied statistics for the behavioral sciences. 5th ed. Boston: Houghton Mifflin; 2003.

Exploring the Management of Food Insecurity Among Adolescent Mothers During the COVID-19 Pandemic in Bangkok: A Qualitative Study¹

Pimchan Jomthiang, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)²

Nareemarn Neelapaichit, Dr.P.H. (Health Education and Behavioral Sciences)³

Suhong Deesamer, Ph.D. (Nursing)⁴



Extended Abstract

Introduction The COVID-19 pandemic has profoundly disrupted global food systems through border closures, supply chain delays, and economic hardship, thereby exacerbating food insecurity, particularly among vulnerable populations such as adolescent mothers. These adolescent mothers face compounded socio-economic challenges that directly impact their access to food, nutrition, and health. In Thailand, the complexity of food insecurity is further intensified by the

¹Thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

²Student, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

³Corresponding author: Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand; E-mail: nareemarn.nee@mahidol.edu

⁴Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

limitations of targeted policy measures and the lack of comprehensive health data on adolescent mothers during times of crisis. Most existing studies have primarily focused on the general population or adult mothers, resulting in a significant gap in understanding the unique vulnerabilities, coping mechanisms, and management strategies employed by adolescent mothers in urban contexts.

Objective This study aims to explore food insecurity management strategies of adolescent mothers affected by the COVID-19 pandemic in the Bangkok Metropolitan area.

Design This study employed a qualitative descriptive research design, guided by Bronfenbrenner's Ecological Systems Theory, which conceptualizes human development as occurring within nested subsystems, namely the microsystem, mesosystem, exosystem, macrosystem, and chronosystem. This framework highlights how individual experiences are influenced by interactions within the contexts of family, community, society, and time. Additionally, the study integrates the Food and Agriculture Organization's (FAO) four dimensions of food security, including availability, access, utilization, and stability, to explain the multifaceted aspects of food insecurity.

Methodology The study participants consisted of 15 postpartum adolescent mothers aged 15–19 years, recruited from a tertiary hospital in Bangkok through purposive sampling based on predefined inclusion and exclusion criteria. Data were collected through three rounds of in-depth interviews with each participant, guided by a semi-structured interview protocol that had been content-validated by three experts. Additional data were obtained through field notes. Data collection continued until thematic saturation was reached, at which point no new themes emerged in the final interviews. The data were analyzed using content analysis to interpret the participants' experiences and strategies for managing food insecurity within the context of a public health crisis.

Results Content analysis revealed four major themes: 1) Food Shortages: Relying on Relatives and Online Services; 2) Allocating and Sharing Income: budgeting and prioritizing food essentials; 3) Choosing Food, Choosing Sources, Choosing What to Eat; and 4) Stockpiling, Prioritizing, and Preserving Food: securing short- and long-term food stability. These themes align with the four dimensions of food security as defined by the Food and Agriculture Organization (FAO): availability, access, utilization, and stability. Cultural beliefs and community support systems played a significant role in shaping the participants' responses to food insecurity during the crisis.

Recommendation This study emphasizes the critical role of family support in managing food insecurity among postpartum adolescent mothers during the COVID-19 pandemic. While various coping strategies such as budgeting, food sharing, and the use of traditional practices contributed to resilience and adaptive capacity during the crisis, limitations in dietary diversity were still evident. These findings highlight an initial need for targeted policy development aimed at enhancing access to resources, strengthening family and community networks, and promoting culturally appropriate nutrition education. Furthermore, integrating adolescent mothers into future crisis preparedness plans is essential. Additional research is recommended to explore the long-term impacts and to develop sustainable support mechanisms.

Keywords adolescent mothers/ COVID-19/ food insecurity/ qualitative study/ management

Received 18 April 2025, Revised 14 May 2025, Accepted 29 May 2025

การจัดการความไม่มั่นคงทางอาหารของแม่วัยรุ่นในช่วงการระบาดของ โรคโควิด-19 ในกรุงเทพมหานคร: การวิจัยเชิงคุณภาพ¹

พิมพ์จันทร์ จอมเที่ยง, พย.ม (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)²

นริมาลย์ นิละไพจิตร, ส.ด. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์)³

ชูหังษ์ ดีเสมอ, ป.ด. (การพยาบาล)⁴

บทคัดย่อขยาย

บทนำ การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อระบบอาหารทั่วโลกอย่างรุนแรง ผ่านการปิดพรมแดน ความล่าช้าในห่วงโซ่อุปทานและวิกฤตเศรษฐกิจ ส่งผลให้ปัญหาความไม่มั่นคงทางอาหารทวีความรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น แม่วัยรุ่น ซึ่งต้องเผชิญกับปัญหาวิกฤตด้านเศรษฐกิจสังคมที่ส่งผลต่ออาหาร โภชนาการและสุขภาพ สำหรับประเทศไทยปัญหาความมั่นคงทางอาหารมีความซับซ้อนยิ่งขึ้นจากข้อจำกัดด้านมาตรการที่มุ่งเป้าหมายเฉพาะกลุ่มและข้อจำกัดของข้อมูลด้านสุขภาพของแม่วัยรุ่นในช่วงภาวะวิกฤต การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่ประชากรทั่วไปหรือมารดาวัยผู้ใหญ่ จึงยังขาดความเข้าใจในความเปราะบางเฉพาะตัวและกลยุทธ์ในการรับมือและการจัดการของแม่วัยรุ่นในบริบทเมือง

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการจัดการความไม่มั่นคงทางอาหารของแม่วัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ในเขตกรุงเทพมหานคร

การออกแบบวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศของบรอนเฟนเบรเนอร์ ซึ่งมองการพัฒนาของมนุษย์ว่าเกิดขึ้นภายใต้ระบบย่อยที่ซ้อนทับกัน ประกอบด้วย ไมโครซิสเต็ม เมโซซิสเต็ม เอ็กโซซิสเต็ม แมโครซิสเต็ม และโครโนซิสเต็ม สะท้อนให้เห็นว่าประสบการณ์ของแต่ละบุคคลได้รับอิทธิพลจากปฏิสัมพันธ์ในบริบทของครอบครัว ชุมชน สังคม และเวลา นอกจากนี้ยังบูรณาการแนวคิด 4 มิติของความมั่นคงทางอาหารขององค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ ได้แก่ ความเพียงพอของอาหาร การเข้าถึงอาหาร การใช้ประโยชน์ของอาหาร และเสถียรภาพของอาหาร เพื่ออธิบายความซับซ้อนของปัญหาความไม่มั่นคงด้านอาหาร

¹วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

²นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: nareemarn.nee@mahidol.edu

⁴อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

การดำเนินการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย แม่วัยรุ่นหลังคลอด อายุ 15–19 ปี จำนวน 15 คน จากโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายละเอียด 3 ครั้ง โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ได้รับตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และข้อมูลจากการสังเกตภาคสนาม การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินไปจนกระทั่งข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว ซึ่งไม่พบประเด็นใหม่เพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ช่วงสุดท้าย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อแปลความหมายของประสบการณ์และกลยุทธ์ในการจัดการความไม่มั่นคงด้านอาหารภายใต้บริบทวิกฤตสาธารณสุข

ผลการวิจัย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบ 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) อาหารขาดตลาด พึ่งพาญาติและออนไลน์ 2) จัดสรรปันรายได้ 3) เลือกอาหาร เลือกแหล่ง เลือกกิน และ 4) กักตุน จัดลำดับถนอมอาหาร ทั้งนี้ประเด็นที่พบสอดคล้องกับ 4 มิติของความมั่นคงด้านอาหาร ได้แก่ ความเพียงพอของอาหาร การเข้าถึงอาหาร การใช้ประโยชน์ของอาหาร และเสถียรภาพของอาหาร โดยความเชื่อทางวัฒนธรรมและระบบสนับสนุนจากชุมชนมีบทบาทสำคัญในการจัดการปัญหา

ข้อเสนอแนะ การศึกษานี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการสนับสนุนจากครอบครัวในการจัดการความไม่มั่นคงด้านอาหารของแม่วัยรุ่นหลังคลอดในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 แม้ว่ากลยุทธ์ต่าง ๆ เช่น การวางแผนงบประมาณ การแบ่งปันอาหาร และการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น จะช่วยสร้างความเข้มแข็งและความยืดหยุ่นต่อวิกฤต แต่ยังพบข้อจำกัดในด้านความหลากหลายของอาหาร จึงควรรวบรวมเป็นข้อเสนอเพื่อพัฒนานโยบายที่มุ่งเป้าเพื่อเพิ่มการเข้าถึงทรัพยากร เสริมสร้างเครือข่ายครอบครัวและชุมชน และส่งเสริมการศึกษาด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรม รวมถึงการบูรณาการกลุ่มแม่วัยรุ่นในแผนการเตรียมความพร้อมรับมือภาวะวิกฤตในอนาคต และควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อศึกษาผลกระทบในระยะยาวและแนวทางการดูแลช่วยเหลือที่ยั่งยืน

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(3) 396–410

คำสำคัญ แม่วัยรุ่น โรคโควิด-19 ความไม่มั่นคงทางอาหาร การวิจัยเชิงคุณภาพ การจัดการ
วันที่ได้รับ 18 เม.ย. 68 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 14 พ.ค. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 29 พ.ค. 68

Introduction

The COVID-19 pandemic caused global disruptions, including border closures, supply chain interruptions, and labor shortages, severely impacting agricultural and food markets. These disruptions intensified food insecurity, particularly among vulnerable groups like adolescent mothers, who face economic pressures, limited resources, and unique nutritional needs.¹⁻⁴

Food insecurity, defined as inconsistent access to sufficient, safe, and nutritious food, disproportionately affects vulnerable populations. The pandemic worsened inequalities, particularly in low and middle-income countries with weaker social safety nets and reliance on informal markets.⁵ Even in high-income countries, low-income households struggled with rising food prices and reduced employment opportunities.^{6,7}

During pregnancy, food insecurity has severe effects due to increased nutritional demands for supporting fetal growth. Adolescent mothers are especially vulnerable, as their children face a higher risk of nutritional deficiencies, perpetuating a cycle of malnutrition.⁸ Food insecurity is linked to adverse maternal and child health outcomes, including low birth weight, developmental delays, and postpartum complications.⁹⁻¹² Adolescent mothers in Thailand face challenges such as dropping out of school, limited job opportunities, and financial dependence on family.¹³ The pandemic exacerbated these issues by disrupting food systems, increasing reliance on processed foods, and deepening food access inequalities.¹⁴ However, research on how adolescent mothers cope with food insecurity during crises in Thailand remains limited.

Globally, studies on food insecurity during the pandemic have mainly focused on general populations, low-income families, and rural communities.^{15,16} These studies often overlook the specific challenges of adolescent mothers, particularly in urban settings. Existing research on maternal food insecurity tends to center on adult

mothers, neglecting younger mothers' unique vulnerabilities and coping strategies.^{15,17} In Thailand, particularly in the Bangkok Metropolitan Area, where urban poverty and economic disparities persist, postpartum adolescent mothers represent a particularly vulnerable group. The COVID-19 pandemic has intensified food insecurity among this population by disrupting income sources, limiting access to nutritious food, and straining fragile support systems. Research on food security has primarily focused on rural communities, agricultural systems, and food-sharing programs.^{14,18} Research on adolescent mothers in urban contexts is limited, with existing studies focusing mainly on non-crisis situations.¹⁹ There is limited understanding of how adolescent mothers manage food insecurity during crises, especially the COVID-19 pandemic, which has heightened food insecurity and disproportionately affected them. This study addresses these gaps by exploring how adolescent mothers in urban areas navigated food insecurity during the COVID-19 pandemic. Understanding their experiences and management strategies provides insights into the unique challenges faced by this vulnerable group, with the intention of informing targeted, culturally sensitive interventions and policies to address the multifaceted nature of food insecurity and effectively promote maternal and child health outcomes in urban Thai communities.

Research Objective

This study aims to explore how adolescent mothers affected by the COVID-19 pandemic manage food insecurity.

Conceptual framework

This study was grounded in a constructivist paradigm, which assumes that knowledge is co-constructed through individuals' interactions with their social and environmental contexts. It values multiple realities and the subjective meanings that

individuals assign to their lived experiences. Accordingly, the study was guided by Bronfenbrenner's Ecological Systems²⁰ Theory and the Food and Agriculture Organization's (FAO) concept of food security to explore food insecurity among postpartum adolescent mothers during the COVID-19 pandemic.

The ecological perspective enabled an in-depth examination of five interrelated levels- individual, interpersonal, community, cultural, and temporal- demonstrating how these layers shaped the adolescent mothers' experiences of food insecurity. FAO's four dimensions of food security- availability, access, utilization, and stability were applied to analyze how factors at each ecological level influenced food adequacy, resource access, culturally informed food practices, and coping mechanisms during crises. This integrated framework offered a comprehensive lens to understand the complex interactions influencing food insecurity and highlighted the need for contextually responsive interventions for this vulnerable population.

Methodology

Research Design and Paradigm

This study employed a qualitative descriptive design grounded in a pragmatic paradigm to explore postpartum adolescent mothers' experiences with food insecurity during the COVID-19 pandemic. The approach aimed to generate in-depth, practical insights for contextual understanding and health service improvement.

Research Setting and Context

The study was conducted at Bhumibol Adulyadej Hospital, a tertiary hospital in Bangkok, Thailand. Interviews took place in private consultation rooms, participants' homes, or by phone, depending on their preference and convenience, ensuring privacy and comfort during data collection.

Researcher Characteristics and Reflexivity

The principal researcher was a registered nurse and a graduate student in community health

nursing with prior experience in adolescent maternal care. Reflexivity was maintained by acknowledging the researcher's dual role as both clinician and investigator. Personal biases were bracketed to minimize influence on data collection and interpretation.

Sampling Strategy

Purposive sampling was used to recruit adolescent mothers who met the following inclusion criteria: aged 15-19 years; recently gave birth and received care at Bhumibol Adulyadej Hospital between November 17, 2021, and August 12, 2022; monthly personal income under 10,000 Baht (approximately 300 USD); fluent and literate in Thai; identified as impacted by COVID-19; screened as food insecure using validated tools; had access to a mobile phone and the internet. Exclusion criteria included having medical complications requiring ongoing treatment, involvement in legal proceedings, or withdrawal during the interview process. Recruitment continued until thematic saturation was reached, resulting in 15 participants.

Ethical Consideration

Ethical approval was obtained from the Human Research Ethics Committees of Ramathibodi Hospital (ID: 2021/769) and Bhumibol Adulyadej Hospital (ID: 90/64). Written informed consent was obtained from all participants. For minors under 18, parental consent was also required. Participant confidentiality was maintained through anonymization and secure data storage.

Research Instruments

Part I: Screening Instruments

1. Food Insecurity Questionnaire, adapted from Piaseu et al.,²¹ was used as a screening tool to identify eligible participants who had experienced food insecurity during the COVID-19 pandemic. The data obtained from this instrument were not analyzed quantitatively but were used to ensure that all participants met the inclusion criteria.

2. The COVID-19 Impact Screening Tool was developed by researchers based on a literature review to identify individuals affected by the COVID-19 pandemic in ways that could contribute to food insecurity. The tool began with one screening question (“impacted” or “not impacted” by COVID-19) followed by 10 items administered only to those who responded “impacted.” The items assessed aspects such as job loss, income reduction, limited food access, and increased household burden. The results derived from this instrument served to confirm that each participant met the predefined inclusion criteria.

Part II: Data Collection Instruments

1. Personal Questionnaire and Nutritional Data Record adapted from Prommi et al.¹⁹ additional items were adapted to reflect the postpartum context.

2. Nutritional Data Record (adapted from Prommi et al.¹⁹) Additional items were adapted to reflect the postpartum context.

3. The Semi-Structured Interview Guide was developed based on the FAO’s four dimensions of food security and reviewed by three experts to ensure content relevance and clarity. Prior to the main data collection, a pilot test involving two postpartum adolescent mothers with similar characteristics to the study participants was conducted. Their feedback led to minor but meaningful revisions that improved the clarity, sequencing, and overall flow of the interview questions.

Data Collection Procedures

Each participant took part in three rounds of in-depth interviews: 48–72 hours postpartum, 1–2 weeks postpartum, and 6–8 weeks postpartum. Each session lasted approximately 45–60 minutes and began with general questions to build rapport. Interviews were conducted in Thai, audio-recorded with consent, and transcribed verbatim. Field observations and brief questionnaires were used to triangulate interview data. Data collection continued until thematic saturation was achieved.

Data Processing and Analysis

Interview recordings were transcribed verbatim and cross-checked with field notes. The researcher summarized key findings after each session to ensure clarity and consistency. Data were analyzed using content analysis, following the frameworks of Benner.^{22,23} The process involved open coding, identifying subthemes, and synthesizing themes through iterative comparison. Thematic structures were organized into themes, categories, and sub-categories.

Trustworthiness

To ensure the rigor of the study, Lincoln and Guba’s criteria²⁴ for trustworthiness were applied: Credibility: Member checking and peer debriefing; Transferability: Thick description of context and participants; Dependability: Detailed documentation of procedures; Confirmability: Verbatim transcription and advisor validation. These strategies promoted transparency, neutrality, and depth in the findings.

Results

The participants included 15 adolescent mothers aged 15–19, with an average age of 17.2 years. Most of them had no underlying health conditions (86.67%) and lived with their partners (93.33%). In terms of education, 73.33% completed secondary school, and 20.00% were in vocational education. Before pregnancy, participants were students (26.67%) or engaged in small businesses (20.00%). By the postpartum period, 40.00% were unemployed, and 40.00% continued working in sales or small businesses.

Four main themes emerged as described below:

Theme 1: Food Shortages: Relying on Relatives and Online Services

Food shortages during the pandemic forced adolescent mothers to rely heavily on relatives and online services to secure essential supplies. Due to restricted hours and closures of food vendors, adolescent mothers faced food shortages. These

challenges were consistently described during interviews and noted in field observations, such as expressions of stress, tone of voice, and nonverbal gestures when discussing food access. This was supported by field observations, which captured participants' emotional expressions and nonverbal reactions during discussions about food access. As one adolescent mother shared:

"There were more closures. They used to stay open until midnight, but now they close at 8 p.m. We were scared too." (P005)

Participants received food from rural family members or community assistance, such as "Sharing Boxes" or meals from local programs.

"We received meat, vegetables, and rice in sacks from the countryside. It's my partner's father's farm. They send us sacks of rice, enough to eat, so we've never had to buy any." (P004)

"We got a 'Sharing Box' through an online platform with items like instant noodles and canned fish." (P009)

Theme 2: Allocating and Sharing Income

Participants faced significant financial challenges during the COVID-19 pandemic, as many lacked stable income due to leaving work in the later stages of pregnancy. The economic slowdown caused by pandemic restrictions further reduced family incomes and job opportunities, leaving these mothers reliant on family support. Field notes reflected visible worry and tension while recounting these economic hardships. One mother shared her experience of her job during the pandemic:

"There were fewer customers. Sales dropped from tens of thousands a day to just a few thousand. My salary also went down because my aunt still had to cover shop expenses, and when sales were low, wages were reduced." (P014)

Families faced additional expenses for protective personal equipment and baby supplies. To manage limited resources, families allocated income carefully, stocked up on raw ingredients, and cooked at home to save costs. One mother described their frugal approach:

"My mom stocked up on food and froze raw ingredients. We had to eat whatever was available." (P004)

Sometimes, families reduced the variety of meals to save money, opting for simpler dishes or cooking in bulk for multiple servings. Another mother explained:

"We cut down from three-four dishes to just two and started cooking at home instead of buying ready-made food. It was cheaper and lasted for multiple meals." (P005)

Rising food prices during the pandemic significantly influenced purchasing decisions. Families prioritized cheaper options, such as chicken over pork, and bought vegetables in bulk to save money. Participants also cooked large quantities of food for the whole family or relied on home-cooked meals to reduce costs, for example:

"We buy vegetables and stock up. My mom makes soup for my dad, and we buy chicken because pork is expensive now." (P005)

Some used online food delivery services to access meals and groceries, and prioritized affordable options and restaurants nearby to minimize delivery fees:

"I use food delivery apps daily, choosing places nearby to keep delivery fees low." (P015)

Theme 3: Choosing Food, Choosing Sources, Choosing What to Eat

Participants carefully selected food during the pandemic to support breastfeeding and maintain their health. Their decisions were guided by advice from family, friends, online sources, and healthcare professionals, prioritizing foods believed to be nutritious for their child. As one mother shared:

“I choose my food, and I think I’m getting all the nutrients I need. I eat vegetables and pork, and some days I eat basil stir-fry, vegetables, and fish. I don’t really know much, but I follow what people tell me to eat, and my mom also advises me.” (P014)

Safety concerns were prominent, with mothers being cautious about contamination from food markets and stores. They preferred familiar vendors or securely packaged items from convenience stores. One participant explained:

“Sometimes we don’t know if food from outside, like from the market, is clean because COVID can spread through the air. We don’t know if it’s really clean, and even if we wash it, it doesn’t mean all the germs are gone. I worry about whether the food is contaminated. Fresh food might carry germs through the air, or from the stores themselves, but shopping malls are also risky because items are handled by many people.” (P014)

Cultural beliefs also shaped food practices, especially the use of herbs for boosting immunity and preventing illness. Mothers incorporated herbs like fingerroot and lemongrass into their diets, believing in their health benefits. These behaviors were noted during interviews and corroborated in field notes. This was supported by field observations of household practices and health beliefs. One mother stated:

“We used fingerroot, lemongrass, and other herbs, all herbal remedies. After boiling them, we would cover ourselves with a cloth and inhale the steam, letting it rise up for a long time. We did this for months, around my third or fourth month of pregnancy.” (P002)

Some participants focused on foods believed to increase milk production, such as banana blossom and ginger dishes. They consumed these foods based on advice from family, even if they were uncertain of their effectiveness. For example:

“I ate stir-fried ginger with chicken and curry with banana blossom. My mom and dad told me to eat a lot so my milk would be good. Does it really help? I don’t know, but I ate it anyway.” (P003)

“To boost milk supply, I eat things like ginger or similar foods. My mom makes banana blossom curry for me to eat curry with banana blossom, ginger, chicken, Yes, I mostly eat those kinds of foods.” (P005)

Theme 4: Stockpiling, Prioritizing, and Preserving Food

With uncertainties in food availability, the participants resorted to stockpiling, prioritizing, and preserving food to ensure long-term security. Due to the ongoing COVID-19 pandemic, families planned to ensure sufficient food supplies. The duration of stockpiling ranged from two to three days to several months. Fresh food was usually stored for shorter periods, while dry goods could be stockpiled for longer, depending on income, food prices, and the opportunity to receive or purchase food. The distribution of food often depended on the severity of the COVID-19 outbreak. During periods of stricter social distancing measures, such as stay-at-home orders, bans on gatherings, and remote work, there was an increase in food distribution. As the restrictions eased, food distribution decreased, for example:

“I stock up on vegetables and prenatal supplements, drinking water, meat, things like that. I buy it for the day and leave some in the fridge to cook the next day. The longest I stockpile is dry food: rice, instant noodles, porridge, and milk, especially boxed milk.” (P002)

The participants’ families managed their food to make it last longer, especially when they received food from other provinces. They would preserve it for future consumption.

“We get things like meat and vegetables from the countryside. My mom prepares some of it herself, making dried food to store.” (P004)

Field notes collected during and after the interviews were used to triangulate data and supported the thematic development. Observations of participants’ homes, emotional tones, and household routines provided additional insights into food access, coping strategies, and stress responses.

No new codes or themes emerged during the final three interviews, demonstrating that thematic saturation had been achieved. Participant responses became increasingly repetitive, and no new insights were identified across the main themes. The consistency of data confirmed the sufficiency of the sample size and the completeness of thematic development.

Discussion

This study provides valuable insights into how postpartum adolescent mothers managed food insecurity during the COVID-19 pandemic, framed within the Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO)’s four dimensions of food security.²⁵ The findings are discussed under the following themes:

1) Food Availability: Adolescent mothers in this study experienced food shortages due to reduced food sources, limited hours of operation, and disruptions in food distribution channels caused by public health measures. These findings align with global literature, even in countries with robust food systems, where lockdowns limited access to healthy food and increased reliance on lower-quality alternatives, contributing to food insecurity among pregnant women.^{15,26} In Thailand, similar disruptions resulted from the closure of food vendors and supply chain disturbances, driving up food prices.¹⁴

To manage these shortages, adolescent mothers relied on family networks for support, receiving shared meals, homegrown produce, or food packages from rural relatives. This behavior corresponds with findings

by Prommi et al.¹⁹ on the role of family support in non-crisis periods and by Zinga et al.,¹⁶ who reported similar reliance among pregnant women in Australia. Pike et al.²⁷ also emphasized the role of mothers and mothers-in-law in supporting young mothers’ nutritional needs.

Government, private-sector, and community food assistance programs, such as “Sharing Boxes” containing non-perishables, provided critical relief. Families shared homegrown produce or rice from rural areas, emphasizing the importance of close relationships during crises. Community assistance, including meal box distribution and informal food-sharing practices by communities and NGOs, significantly reduced food insecurity.^{14,28} In urban settings, networks like housewife groups were pivotal in addressing the crisis and promoting sustainable food security.²⁸ The reliance on traditional family networks and modern digital tools highlights the importance of informal and formal support mechanisms during crises.

2) Food Access: The findings highlight the significant financial challenges postpartum adolescent mothers faced during COVID-19, compounded by reliance on family support and adaptations to food procurement and consumption behaviors. Pandemic restrictions caused an economic slowdown, reducing family incomes and job opportunities, and leaving many adolescent mothers without stable income as they stopped working during late pregnancy. This aligns with studies by Azevedo et al.,⁶ Pérez-Escamilla et al.,³ and Muluve et al.,²⁹ which found that reduced income and employment during the pandemic disproportionately affected vulnerable groups.

Family support was critical in managing financial constraints. Families reduced expenses, stocked up on raw ingredients, and prepared meals at home to save costs. Strategies like bulk cooking, choosing cheaper options like chicken over pork, and limiting dish variety were common, consistent with Singh et al.,³⁰ who reported similar measures in resource-limited households during crises.

Rising food prices during the pandemic influenced how postpartum mothers managed their budgets, opting for affordable staple foods and limiting food choices to make money last longer. This aligns with findings by Azevedo et al.⁶ and Dolin et al.¹⁵, showing that families prioritized cost-effective food options in crises.

Online food delivery services provided postpartum mothers with convenient access to groceries and meals while minimizing virus exposure.²⁶ Mothers prioritized nearby restaurants to reduce delivery fees and chose inexpensive meals. This strategy echoes findings by Zinga et al.¹⁶, who noted that pregnant women avoided supermarkets and opted for local convenience stores, even at higher costs, to reduce contact and stay safe.

Despite these coping strategies, additional expenses, such as protective personal equipment, COVID-19 tests, and baby supplies, posed significant challenges. Families showcased resilience by managing limited resources effectively, underscoring the importance of family interactions in addressing financial and food insecurity. These findings highlight the need for targeted support programs to address the unique financial and nutritional challenges faced by postpartum adolescent mothers during public health crises.

3) Food Utilization: The findings highlight how postpartum adolescent mothers adapted their food choices during the pandemic, guided by cultural beliefs, family advice, and heightened health concerns. These mothers prioritized foods perceived as beneficial for their child and their own recovery, even with limited nutritional knowledge. This aligns with Prommi et al.,¹⁹ who noted the significant influence of cultural beliefs on food choices during pregnancy and postpartum periods.

In non-crisis situations, cultural beliefs on food use, particularly herbs, focus on postpartum recovery and promoting milk production.¹⁹ During the pandemic, however, herb use expanded to include disease prevention. Herbs such as fingerroot,

lemongrass, and ginger were used not only for traditional postpartum health benefits but also for boosting immunity and protecting against COVID-19. This reflects the adaptive use of cultural practices in addressing emerging health concerns during a public health crisis.

Food safety concerns also shaped behaviors during the pandemic. Mothers avoided foods perceived as risky and opted for packaged or locally sourced items to minimize contamination risks. This aligns with broader global trends where fear of COVID-19 influenced food purchasing and consumption behaviors.²⁶

Adolescent mothers' postpartum food choices were shaped by cultural beliefs, safety concerns, and family influence. While practices such as using herbs for postpartum recovery are deeply rooted in Thai society, the pandemic demonstrated how these traditions evolved to address additional concerns like disease prevention. These findings emphasize the importance of integrating cultural practices into public health strategies and promoting tailored nutritional education for adolescent mothers, particularly during public health crises.

4) Food Stability: Our participants managed food during COVID-19 by stockpiling fresh food for short-term use and dry goods for long-term availability. This strategy was shaped by income, food prices, and access to supplies. Food preservation also played a key role, with families extending the utility of perishables through drying or preserving, particularly when supplies came from rural relatives. These practices reflected concerns over food adequacy and access amid pandemic disruptions. Economic challenges led families to prioritize resource maximization over nutritional quality, focusing on daily consumption to prevent spoilage and reduce costs. Many families cooked at home to save money, while some opted for ready-made meals or trusted food sources, though this often reduced dietary diversity during a critical life stage.^{9,26}

Families supported food management by planning purchases, preserving food, and adapting meal preparation to stretch resources. As with the general population, there was an initial surge in stockpiling staple foods like rice due to fears of shortages. Food consumption patterns shifted as families transitioned to eating at home rather than dining out.²⁶

This study identified four key themes in how postpartum adolescent mothers in Bangkok managed food insecurity during the COVID-19 pandemic: 1) food shortages and reliance on relatives and online platforms; 2) income allocation and sharing; 3) food selection; and 4) food storage and preservation.

These themes reflect the diverse strategies employed to cope with food insecurity, each aligning with the four dimensions of food security as defined by the FAO: availability, access, utilization, and stability. These dimensions are not isolated; rather, they are interconnected and dynamically influence one another.

For instance, limited food availability prompted mothers to seek support from family or register for aid via online platforms. This, in turn, led to financial adjustments (access), such as reallocating income, reducing expenses, and purchasing lower-cost ingredients. These shifts influenced food utilization, including cultural and health-driven choices, such as consuming traditional herbs believed to aid postpartum recovery and lactation. Additionally, uncertainty about future food access encouraged long-term planning, such as stockpiling dry goods and preserving food.

These strategies form an adaptive system shaped by the interplay of individual resources, family support, and sociocultural context. Rather than operating in isolation, these coping mechanisms functioned as an interconnected cycle, where managing shortages led to financial adaptations, which in turn influenced food choices and long-term planning. This continuous feedback loop enabled adolescent

mothers to respond flexibly to evolving circumstances throughout the pandemic. These findings underscore the need for holistic, context-sensitive interventions to support vulnerable groups like adolescent mothers, recognizing the complexity and resilience embedded in their everyday food management.

Limitation

This study had some limitations, including that it targeted postpartum adolescent mothers in a specific hospital, with most participants residing in northern Bangkok, thus limiting the transferability of findings to other settings. Conducted during the COVID-19 pandemic, the findings may not apply to different contexts. The focus on participants living with families excluded the perspectives of those living independently. Additionally, we captured food management practices only within a 6-week postpartum period, missing long-term strategies.

Recommendation

Based on the findings of this study, several recommendations are proposed to address food insecurity among adolescent mothers, particularly during times of crisis such as the COVID-19 pandemic:

1. **Plan for Policy-Level Interventions:** Government agencies and public health organizations should plan to advocate for policy to ensure food accessibility for adolescent mothers. This includes subsidized food programs, direct cash transfers, and integration of food assistance within maternal and child health services.

2. **Strengthening Community Support Networks:** Local communities and civil society organizations should establish and enhance support systems that provide emotional, financial, and food-related assistance for young mothers, particularly those lacking family support.

3. **Youth-Centered Nutritional Education:** Educational programs focusing on affordable,

nutritious meal planning and food preservation techniques should be designed specifically for adolescent mothers, using peer-led models and digital platforms to enhance reach and engagement.

4. Crisis Preparedness and Resilience Programs: National and municipal authorities should incorporate adolescent mothers into emergency preparedness planning, ensuring that this vulnerable group is not overlooked during future public health emergencies or economic downturns.

5. Further Research: Future studies should explore the long-term impacts of food insecurity on adolescent mothers and their children, including nutritional status, mental health, and child development. Comparative studies across urban and rural settings may also yield insights into region-specific interventions.

By implementing these recommendations, stakeholders can enhance the well-being of adolescent mothers, reduce food insecurity, and build more inclusive, resilient health and social support systems.

Acknowledgement

The authors gratefully acknowledge the support of Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, and Bhumibol Adulyadej Hospital, Royal Thai Air Force Medical Department. We thank the adolescent mothers who participated in this study for sharing their experiences. We also appreciate the contributions of the expert panel, who validated the interview questions. No funding was received for this research.

Declaration Statements

Conflict of Interest: No

Author Contribution: Pimchan Jomthiang: Conceptualization, Methodology, Data curation, Draft

the manuscript, Manuscript revision; Nareemarn Neelapaichit: Conceptualization, Methodology, Data curation, Supervision, Review and Editing, Project administration; Suhong Deesamer: Conceptualization, Methodology, Data curation, Supervision, Review and Editing

AI Use Disclosure: The authors declare that AI was used for editing manuscript and for generating the images presented in the graphical abstract.

References

1. Abrahams Z, Boisits S, Schneider M, Prince M, Lund C. 2022. The Relationship Between Common Mental Disorders (CMDs), Food Insecurity, and Domestic Violence in Pregnant Women During the COVID-19 Lockdown in Cape Town, South Africa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(1), 37–46. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02140-7> PMID: 34282488
2. Barbosa MW, de Sousa PR, de Oliveira LK. 2022. The Effects of Barriers and Freight Vehicle Restrictions on Logistics Costs: A Comparison Before and During the COVID-19 Pandemic in Brazil. *Sustainability*, 14(14), 8650. <https://doi.org/10.3390/su14148650>
3. Pérez-Escamilla R, Cunningham K, Moran VH. 2020. COVID-19 and Maternal and Child Food and Nutrition Insecurity: A Complex Syndemic. *Matern Child Nutr*, 16(3), e13036. <https://doi.org/10.1111/mcn.13036> PMID: 32458574
4. Robertson T, Carter ED, Chou VB, Stegmuller AR, Jackson BD, Tam Y, Sawadogo LT, Walker N. 2020. Early Estimates of the Indirect Effects of the COVID-19 Pandemic on Maternal and Child Mortality in Low-income and Middle-income Countries: A modelling study. *Lancet Glob Health*, Available from: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30229-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30229-1/fulltext)

5. Laborde D, Martin W, Swinnen J, Vos R. 2020. COVID-19 Risks to Global Food Security. *Science*, 369(6503), 500–502. Available from: <https://science.sciencemag.org/content/369/6503/50>
6. Azevedo FM, de Morais NS, Silva DLF, Candido AC, Morais DC, Priore SE, et al. 2023. Food Insecurity and its Socioeconomic and Health Determinants in Pregnant Women and Mothers of Children under 2 Years of Age, during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 11, 1087955. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1087955> PMID: 36761119
7. Pereira M, Oliveira AM. 2020. Poverty and Food Insecurity May Increase as the Threat of COVID-19 Spreads. *Public Health Nutrition*, 23(17), 3236–3240. <https://doi.org/10.1017/S1368980020003493> PMID: 32895072
8. Welch C, Wong CK, Lelijveld N, Kerac M, Wrottesley SV. Adolescent Pregnancy is Associated with Child Undernutrition: Systematic Review and Meta-Analysis [preprint]. *medRxiv*. 2023. <https://doi.org/10.1101/2023.05.22.23290329> PMID: 37781871
9. Andrae G, Scott S, Nguyen G, Bell Z, Mehmood H, Sermin-Reed L, et al. 2022. Food Insecurity Among Pregnant Women Living in High-income Countries: A Systematic Review [Special issue]. *The Lancet*, 400, S17. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02227-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02227-9) PMID: 36929959
10. Nagata JM, Gomberg S, Hagan MJ, Heyman MB, Wojcicki JM. 2019. Food Insecurity is Associated with Maternal Depression and Child Pervasive Developmental Symptoms in Low-income Latino Households. *Journal of Hunger & Environmental Nutrition*, 14(4), 526–539. <https://doi.org/10.1080/19320248.2018.1434101> PMID: 31673300
11. Augusto ALP, de Abreu Rodrigues AV, Domingos TB, Salles-Costa R. 2020. Household Food Insecurity Associated with Gestational and Neonatal Outcomes: A Systematic Review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 20:1–11.
12. Hasan SMT, Hossain D, Ahmed F, Khan MA, Begum F, Ahmed T. 2021. Association of Household Food Insecurity with Nutritional Status and Mental Health of Pregnant Women in Rural Bangladesh. *Nutrients*, 13(12), 4303. <https://doi.org/10.3390/nu13124303> PMID: 34959855
13. Department of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Teenage Pregnancy Surveillance Report, 2024 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024 [cited 2025 May 8]. Available from: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/surveillance-report>
14. Rawiwong P. 2021. Impacts and Management of the COVID-19 Pandemic on Food Security in Thailand. *Journal of Dhammawat*, 2(1), 14–22. (in Thai)
15. Dolin CD, Compher CC, Oh JK, Durnwald CP. 2021. Pregnant and Hungry: Addressing Food Insecurity in Pregnant Women during the COVID-19 Pandemic in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM*, 3(4), 100378. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100378> PMID: 33932628
16. Zinga J, McKay FH, Lindberg R, van der Pligt P. 2022. Experiences of Food-insecure Pregnant Women and Factors Influencing their Food Choices. *Maternal and Child Health Journal*, 26(7), 1434–1441. <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03440-3> PMID: 35460501
17. Costa ROM, Poblacion A, Giudice LC, de Moura LCM, Lima AAR, Lima DB, et al. 2022. Factors Associated with Food Insecurity among Pregnant Women Assisted by Universal Health Care in Lavras – Minas Gerais State. *Brazilian Journal of Mother and Child Health*, 22(1), 127–135. <https://doi.org/10.1590/1806-93042022000100008>

*Exploring the Management of Food Insecurity Among Adolescent Mothers During the COVID-19
Pandemic in Bangkok: A Qualitative Study*

18. Promruksa M, Muangpin S. 2021. Food Security During Pregnancy among Pregnant Adolescents at Udon Thani Hospital. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong*, 5(3):68-80. (in Thai)
19. Phrommi P, Piaseu N, Butsriphum B. 2015. Food Security, Nutrition, and Health Management of Pregnant Adolescents in Bangkok. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 28(3), 16-30. Available from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/81689/64968> (in Thai)
20. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design* [Internet]. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1979 [cited 2025 May 8]. Available from: https://khoerulanwarbk.files.wordpress.com/2015/08/urie_bronfenbrenner_the_ecology_of_human_developbocos-z1.pdf
21. Piaseu N, Komindr S, Tantiprasoplap S, Soranansri N, Chareonpanich S. 2016. Development of a Food Insecurity Screening Instrument. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 99(2), 231-238.
22. Benner P. 1994. *Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness*, USA: SAGE Publications. Inc.
23. Arpanantikul M, Lumdubwong A, Unsanit P, Rujiwatthanakorn D, Pornsinsiriruck S, Boonrin P. Experiences of Thai Rural Women Sustaining Self-care in Midlife: A Phenomenological Study. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 2020;24(1):140-54.
24. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park (CA): Sage Publications; 1985.
25. Food and Agriculture Organization of the United Nations. *An Introduction to the Basic Concepts of Food Security* [Internet]. Rome: EC-FAO Food Security Programme; 2008 [cited 2025 May 8]. Available from: <http://www.fao.org/docrep/013/al936e/al936e00.pdf>
26. Kakaei H, Nourmoradi H, Bakhtiyari S, Jalilian M, Mirzaei A. 2022. Effect of COVID-19 on Food Security, Hunger, and Food Crisis. *COVID-19 and the Sustainable Development Goals*, 3-29. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91307-2.00005-5>
27. Pike V, Kaplan Ramage A, Bhardwaj A, Busch-Hallen J, Roche ML. 2021. Family Influences on Health and Nutrition Practices of Pregnant Adolescents in Bangladesh. *Matern Child Nutr*, 17(Suppl. 1): e13159. <https://doi.org/10.1111/mcn.13159> PMID: 34241958
28. Narasri P, Tantiprasoplap S, Mekwiwatanawong C, Sanongdej W, Piaseu N. 2020. Management of Food Insecurity in the COVID-19 Pandemic: A Model of Sustainable Community Development. *Health care for women international*, 41(11-12), 1363-1369. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1823984> PMID: 32966171
29. Muluve E, Karp C, Osuka D, Nanjekho R, Mwanga D, Moreau C, Austrian K. 2024. Experiences of Pregnant and Parenting Adolescents and Young Women During COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Study Among Girls and Women in Kenya. *Journal of Adolescent Health*, 75, S35-S42.
30. Singh DR, Ghimire S, Upadhayay SR, Singh S, Ghimire U. 2020. Food Insecurity and Dietary Diversity among Lactating Mothers in the Urban Municipality in the Mountains of Nepal. *PloS one*, 15(1), e0227873. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227873> PMID: 31935272

ผลของโปรแกรมสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและ อาจารย์ต่อการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาล รายวิชาปฏิบัติ การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต¹

ศิรินทรา ด้วงใส พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)²

ชัตเจน จันทรพัฒน์ ปร.ด. (การพยาบาล)^{2,3}

ปณณพร แก้วกล้า พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)⁴

สายฝน เอกวรังกูร ปร.ด. (การพยาบาล)⁵

เกียรติกำจร กุศล ปร.ด. (อุดมศึกษา)⁵

นัยนา หนูนิล ปร.ด. (การพยาบาล)⁵

บทคัดย่อขยาย

บทนำ การตระหนักรู้ในตนเองเป็นคุณลักษณะสำคัญสูงสุดของพยาบาล ส่งผลต่อการพัฒนาคุณลักษณะส่วนบุคคลและเป็นกุญแจสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งจำเป็นต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดทางการพยาบาล การตระหนักรู้ในตนเองจึงเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการเรียนรู้เพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถรู้จัก ทำทันอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ความต้องการ พฤติกรรม รวมทั้งสื่อสารและควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น การศึกษาผลของโปรแกรมสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์ต่อการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาล รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตซึ่งเป็นการเผชิญสถานการณ์จริงที่ทำนาย ช่วยให้นักศึกษาเกิดการตระหนักรู้เข้าใจตนเองเชื่อมโยงสู่การเข้าใจความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์ และ 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์

¹ทุนอุดหนุนการวิจัยจากศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

²อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

E-mail: chadjane2020@gmail.com

⁴อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

⁵รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลของโปรแกรมสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์ต่อการตระหนักรู้ในตนเอง
ของนักศึกษาพยาบาล รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

การออกแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยบูรณาการแนวความคิดการดูแลจิตใจของชาเขียวร่วมกับการจัดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์มาเป็นกรอบแนวคิดในกระบวนการสะท้อนตนเอง เพื่อพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาลผ่านประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โปรแกรมการสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การระบุเหตุการณ์ ปัญหา หรือพฤติกรรมที่เกิดผลกระทบภายในของตนเอง 2) การสะท้อนความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อเหตุการณ์ด้วยการระบุความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งด้านลบและด้านบวก 3) การคิดวิเคราะห์สังเคราะห์ สรุปประเด็นการเรียนรู้ ควบคู่กับการสำรวจความคิด มุมมอง ความเชื่อ ความคาดหวัง และการเปลี่ยนแปลง ผ่านคำถามที่เกิดขึ้นกับตนเอง มุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงประสบการณ์ จนเกิดการเรียนรู้ใหม่ในเชิงบวก และ 4) การสัมผัสการเติบโต ระบุการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น การนำสิ่งที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตและการปฏิบัติการพยาบาล

วิธีการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 ที่เรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจำนวน 64 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมใช้การเขียนรายงานสะท้อนตนเองและอาจารย์สะท้อนกลับผ่านรายงานตามปกติ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดการตระหนักรู้ในตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .77 3) แบบฟอร์มการสะท้อนตนเอง และ 4) โปรแกรมสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์ ซึ่งผู้วิจัยบูรณาการแนวความคิดการสะท้อนตนเองตามแนวทางของชาเขียวร่วมกับการจัดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม โดยใช้การทดสอบทีแบบอิสระ และ ภายในกลุ่มทดลองโดยใช้การทดสอบทีคู่

ผลการศึกษา 1) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการตระหนักรู้ในตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.380, p < .001$) 2) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการตระหนักรู้ในตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.685, p < .001$)

ข้อเสนอแนะ สถาบันการศึกษาและอาจารย์ควรนำกระบวนการสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์ไปใช้ในกระบวนการจัดการเรียนการสอน เพื่อสนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาลสามารถพัฒนาการตระหนักรู้ตนเองในเชิงประสบการณ์ได้เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ การสะท้อนตนเอง การตระหนักรู้ในตนเอง นักศึกษาพยาบาล การสะท้อนเชิงบวก การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์

วันที่ได้รับ 3 ก.พ. 68 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 25 พ.ค. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 29 พ.ค. 68

Effects of a Self-Reflection Program Combined with Positive Reflection from Peers and Instructors on Nursing Students' Self-Awareness in the Psychiatric and Mental Health Nursing Practicum Course¹

Sirintra Duangsai M.N.S. (Adult Nursing)²

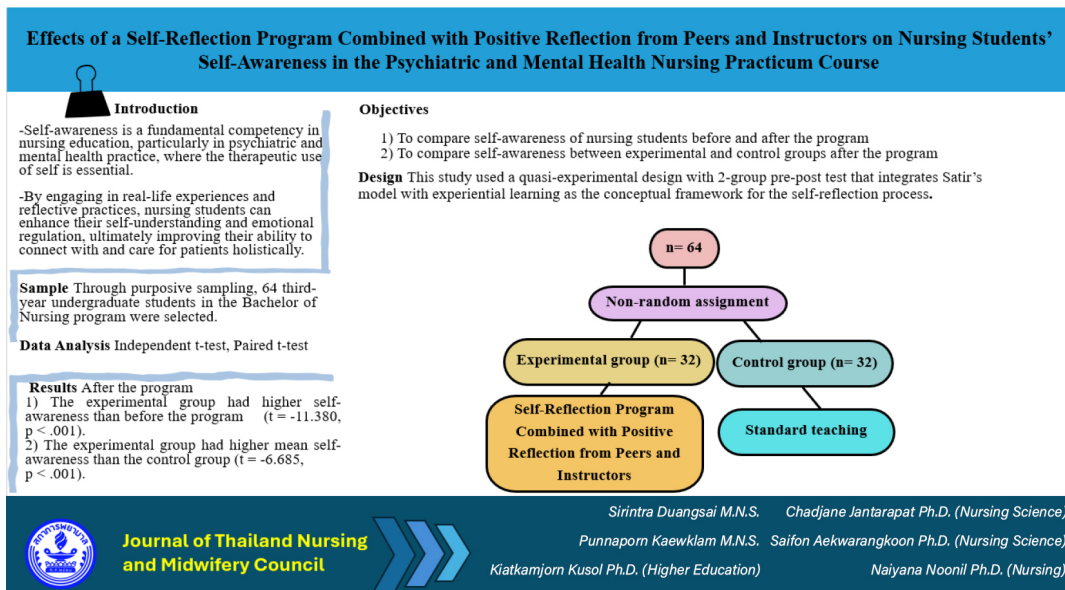
Chadjane Jantarapat Ph.D (Nursing)^{2,3}

Punnaporn Kaewklam M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)⁴

Saifon Aekwarangkoon Ph.D. (Nursing)⁵

Kiatkamjorn Kusol Ph.D. (Higher Education)⁵

Naiyana Noonil Ph.D. (Nursing)⁵



Extended Abstract

Introduction Self-awareness is considered a fundamental attribute for nurses, significantly influencing the development of personal characteristics and serving as a key component in effective nursing practice. This is particularly crucial in psychiatric and mental health nursing practicum course, where the use of self as a therapeutic tool is crucial. Self-awareness forms the foundation of the learning process, enabling nursing students to recognize and understand their own emotions, thoughts, feelings, needs, and behaviors, as well as to communicate and regulate themselves more

¹Supported by the Excellence Center of Community Health Promotion, Walailak University, Nakhonsrithammarat Province, Thailand

²Lecturer, School of Nursing, Walailak University, Nakhonsrithammarat Province, Thailand

³Corresponding author, School of Nursing, Walailak University, Nakhonsrithammarat Province, Thailand, E-mail: chadjane2020@gmail.com

⁴Lecturer, Faculty of Nursing, Thaksin University, Phatthalung Campus, Thailand

⁵Associate Professor, School of Nursing, Walailak University, Nakhonsrithammarat Province, Thailand

effectively in various situations. This study investigates the effects of a self-reflection program combined with positive reflection from peers and instructors on the self-awareness of nursing students enrolled in a psychiatric and mental health nursing practicum. This course presents real-life, challenging situations that encourage students to develop deeper self-understanding, which in turn enhances their ability to empathize with and understand the thoughts, emotions, feelings, and needs of patients and their families.

Objectives This study aims 1) to compare the mean self-awareness of nursing students before and after participating in the self-reflection program combined with positive feedback from peers and instructors, and 2) to compare the mean self-awareness between the experimental group and the control group after the program.

Design This study employs a quasi-experimental design with a two-group pretest and posttest that integrates Satir's model of emotional care with experiential learning as the conceptual framework for the self-reflection process. The aim was to develop self-awareness among nursing students through their experiences in the Psychiatric and Mental Health Nursing Practicum. The developed self-reflection program combined with positive reflection from peers and instructors consists of four steps: 1) Identifying the situation, problems, or behaviors that cause internal impact, 2) Reflecting feelings related to the event identifying all emotions, both negative and positive, 3) Analyzing, synthesizing, and conceptualizing the learning points, alongside exploring thoughts, perspectives, beliefs, expectations, and personal changes through self-questioning. This step emphasizes experiential transformation leading to positive learning, and 4) Yearning and applying, which involves recognizing growth, identifying learning outcomes, and applying them to real life and nursing practice.

Methodology The sample consisted of 64 third-year nursing students enrolled in the Psychiatric and Mental Health Nursing Practicum course during the 2024 academic year. Participants were selected through purposive sampling and assigned to either the experimental group or the control group, with 32 students in each group. The experimental group received a self-reflection program combined with positive reflection from peers and instructors, delivered both individually and in groups. In contrast, the control group engaged in routine self-reflective report writing, with instructor feedback provided through written comments. The research instruments included 1) a personal information questionnaire, 2) a self-awareness scale with a Cronbach's alpha coefficient of .77, 3) a self-reflection form, and 4) a self-reflection program incorporating positive feedback from peers and instructors. This program was developed by integrating Satir's self-reflection framework with experiential learning strategies. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Independent t-tests were used to compare mean scores between groups, while Paired t-tests were employed to compare within-group differences in the experimental group.

Results The experimental group had a significantly higher mean self-awareness after participating in the program compared to before ($t = -11.380, p < .001$). 2) The experimental group also had a significantly higher mean self-awareness than the control group ($t = -6.685, p < .001$).

Recommendation Educational institutions and instructors should incorporate the process of self-reflection combined with positive feedback from peers and instructors into the teaching and learning process, in order to support nursing students in enhancing their experiential self-awareness.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(3) 411-426

Keywords self-reflection/ self-awareness/ nursing students/ positive reflections/ experiential learning

Received 3 February 2025, Revised 25 May 2025, Accepted 29 May 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) เป็นคุณลักษณะสำคัญสูงสุดของพยาบาล ที่ไม่เพียงส่งผลต่อการพัฒนาคุณลักษณะส่วนบุคคลแต่ยังเป็นกุญแจสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งต้องอาศัยการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดทางการพยาบาล (therapeutic use of self)¹ การตระหนักรู้ในตนเองจึงเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการเรียนรู้เพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถรู้จักเท่าทันอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ความต้องการ พฤติกรรม รวมทั้งสื่อสารและควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น เข้าใจที่มาของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับตนเอง ผู้ป่วย และบุคคลอื่น^{2,3} สามารถวิเคราะห์ ประเมิน ยอมรับ พัฒนาจุดแข็งและข้อจำกัดของตนเองได้ตรงตามความเป็นจริง ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงให้เกิดผลเชิงบวกในตนเองและวิชาชีพ⁴ การตระหนักรู้ในตนเองจึงเป็นพื้นฐานสำคัญอย่างยิ่งที่ไม่เพียงช่วยพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้พร้อมสำหรับการปฏิบัติงานในอนาคตแต่ยังเสริมสร้างทักษะในการเรียนรู้ตลอดชีวิต (lifelong learning) ซึ่งจะช่วยให้การพัฒนาตนเองเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีความยั่งยืนในระยะยาว¹

การตระหนักรู้ในตนเองส่งผลต่อความสำเร็จในชีวิตและวิชาชีพพยาบาลที่ต้องให้การดูแลสุขภาพประชาชนในบริบทของสภาพแวดล้อมและสังคมปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาภายใต้เงื่อนไขที่ซับซ้อน⁵ ช่วยเพิ่มความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการเอาใจใส่ดูแลตนเอง ผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน และสังคมรอบข้าง สร้างแนวทางการดูแลแบบองค์รวมมากขึ้น เป็นการวางรากฐานสำคัญเพื่อไปสู่การพัฒนาวิชาชีพและ

การเป็นพยาบาลที่มั่นคง⁶ ตรงกันข้าม นักศึกษาพยาบาลที่ขาดการตระหนักรู้ในตนเองจะขาดความเข้าใจตนเองและผู้อื่น ส่งผลให้เกิดความหวาดกลัว ขาดความมั่นคงปลอดภัย สับสน ไร้คุณค่า ไร้ความสามารถ นำไปสู่ปัญหาด้านการเรียนรู้ การปรับตัว และการใช้ชีวิต⁷ ผลกระทบดังกล่าวไม่เพียงเกิดขึ้นโดยตรงกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่ลดลง แต่ยังส่งผลต่อคุณภาพการเรียนรู้ การปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษา ครอบครัว และความสามารถผลิตบัณฑิตของสถาบันการศึกษาพยาบาลในที่สุด⁸ การค้นหาวิธีการพัฒนการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาลจึงเป็นโจทย์สำคัญของการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสู่คุณลักษณะการเป็นบัณฑิตที่พึงประสงค์

การสะท้อนตนเอง (self-reflection) เป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพสูงในการพัฒนการตระหนักรู้ในตนเอง โดยการสนับสนุนให้บุคคลกลับมาอยู่กับอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ความต้องการของตนเองในเรื่องราวที่สะท้อนใจ (impact) ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและการปฏิบัติการพยาบาล⁹ การทบทวนตนเองอย่างเป็นอิสระช่วยให้บุคคลเกิดการรู้จัก มองเห็น เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ความต้องการ และพฤติกรรมการแสดงออกในแต่ละเหตุการณ์ของตนเอง รวมทั้งสามารถมองเห็นและเข้าใจที่มาและความสัมพันธ์ของพฤติกรรมระหว่างบุคคล นำสู่ความเข้าใจตนเองและผู้อื่น⁷ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเขียนเรื่องราวสะท้อนอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ความต้องการ และพฤติกรรมของตนเองด้วยกระบวนการเชิงบวก เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนการตระหนักรู้ในตนเองผ่านมุมมองภายในเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถวิเคราะห์ตนเองอย่างมีวิจารณญาณ ปรับปรุงกระบวนการคิดวิเคราะห์ทางคลินิก และส่งเสริมความฉลาดทาง

อารมณ์ได้ในเชิงประสบการณ์ (experiential)⁸ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเขียนสะท้อนตนเองช่วยส่งเสริมให้เกิดกระบวนการคิดทบทวนอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับประสบการณ์และการกระทำของตนเอง ส่งเสริมการคิดเชิงวิเคราะห์ การใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ เลือกกระทำหรือไม่กระทำในครั้งถัดไป ส่งผลให้เกิดการเติบโตภายในของบุคคล⁹

วรรณกรรมที่ผ่านมายืนยันว่ากระบวนการสะท้อนตนเองสามารถพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองให้เกิดขึ้นในเชิงบวกและมีประสิทธิภาพมากขึ้น หากนักศึกษาพยาบาลสามารถแลกเปลี่ยนกระบวนการดังกล่าวกับบุคคลรอบข้างที่มีความหมาย โดยเฉพาะจากบุคคลสำคัญ คือ อาจารย์และเพื่อน¹⁰ ช่วยให้เรียนรู้การเปิดเผยตนเอง ยอมรับจุดที่มองไม่เห็น พร้อมมองเห็นโอกาสของการพัฒนา¹¹ ผ่านมุมมอง ความรู้สึก ความคิด ค่านิยมที่หลากหลาย ส่งผลให้เข้าใจความรู้สึกของตนเอง และผู้อื่น เข้าใจสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ จุดแข็ง สามารถปฏิบัติงานทางคลินิกที่ซับซ้อนด้วยความเห็นอกเห็นใจ (empathy) กระบวนการสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์จึงมีบทบาทสนับสนุนการพัฒนาความตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาล¹² การสะท้อนมุมมองที่แตกต่างจากเพื่อนช่วยเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองได้มากขึ้น การสะท้อนจากอาจารย์ที่มีประสบการณ์ช่วยเพิ่มความลึกซึ้งและคุณภาพการตระหนักรู้ในตนเองจนเกิดการเติบโตในตนเองและในวิชาชีพ¹³ ครอบคลุมทั้งการตระหนักรู้ภายใน (internal self-awareness) และการตระหนักรู้ภายนอก (external self-awareness) การตระหนักรู้ภายในเป็นการตระหนักรู้ที่เกิดจากการมองเห็นตนเองว่ามีความรู้สึก มุมมอง ความคิด ความคาดหวัง มีตัวตนอย่างไร ให้คุณค่ากับสิ่งใด และการตระหนักรู้ภายนอกเป็นการรู้จักตนเองผ่าน

มุมมองของผู้อื่นหรือคนรอบข้าง¹⁴ กระบวนการพัฒนาทั้งสองส่วนช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเกิดกระบวนการทบทวนตนเองได้อย่างลึกซึ้ง สามารถมองเห็น เข้าใจ ความรู้สึก ความต้องการ ยอมรับข้อดี ข้อจำกัด และแนวทางพัฒนาตนเอง การพัฒนาความเข้าใจตนเองช่วยให้เกิดความเข้าใจและยอมรับบุคคลอื่นในฐานะมนุษย์ที่เหมือนกัน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพด้านปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม โดยเฉพาะในปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่การตระหนักรู้ตนเองและเข้าใจผู้อื่นช่วยให้การบำบัดทางการพยาบาลเกิดความหมายได้มากขึ้น¹¹ การสนับสนุนให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจึงเป็นความสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลในการปฏิบัติวิชาชีพที่สูงขึ้น¹⁵

ผลการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า แม้จะมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาล^{16,17,18,19} แต่ยังพบช่องว่างในการทำความเข้าใจและการนำไปใช้ โดยการศึกษาจำนวนมากมุ่งเน้นไปที่การสะท้อนตนเองเพียงอย่างเดียว ไม่มีการให้การสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์เกี่ยวกับการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาล ตลอดจนความแตกต่างในด้านของบริบทที่เกี่ยวข้องในการนำมาศึกษา ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวทางเสริมสร้างการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาลที่เกิดจากการสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์ผ่านกระบวนการเชื่อมโยง รับฟัง และใช้คำถามเพื่อนำสู่การเปลี่ยนแปลง การสะท้อนตนเองช่วยให้นักศึกษากลับมาอยู่กับตนเอง ทบทวนประสบการณ์ ความรู้สึก ความคาดหวังที่นำสู่พฤติกรรม จนเกิดการเรียนรู้ เข้าใจ และเติบโตภายในตนเอง

ขณะที่การสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์ช่วยให้มองเห็นตนเองในมุมมองที่แตกต่างและมีความหมายมากขึ้นตามสภาพความเป็นจริงในสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ การสะท้อนทั้งสองส่วนจึงหนุนเสริมให้นักศึกษาพยาบาลสามารถพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองได้อย่างครอบคลุมและลึกซึ้งยิ่งขึ้น การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์ต่อการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาล รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตซึ่งเป็นการเผชิญสถานการณ์จริงที่ทำนายเนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมีความละเอียดอ่อนและซับซ้อนทางจิตใจ กระบวนการดังกล่าวมีความสำคัญในการช่วยให้นักศึกษาเกิดการตระหนักรู้เข้าใจตนเองเชื่อมโยงสู่การเข้าใจความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้มากขึ้น รวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนมุมมอง การรับรู้ที่เพื่อนและอาจารย์มีต่อตนเองเพื่อความเข้าใจและสามารถปรับพฤติกรรมให้เป็นไปตามมุ่งหวัง โดยใช้วิธีการศึกษาทั้งทดลอง เพื่อให้เกิดโปรแกรมที่มีกลไกสำคัญต่อการพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาล ให้เกิดความสามารถเติมเต็มช่องว่างของความรู้ที่สำคัญ ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจความเป็นมนุษย์และส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการตระหนักรู้ในตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์
2. เพื่อเปรียบเทียบการตระหนักรู้ในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์ กลุ่มทดลองมีการตระหนักรู้ในตนเองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์ กลุ่มทดลองมีการตระหนักรู้ในตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยนี้บูรณาการแนวคิดการดูแลจิตใจของซาเทียร์ (Satir Model)^{20,21} ร่วมกับการจัดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning)²² มาเป็นกรอบแนวคิดในกระบวนการสะท้อนตนเอง (self-reflection) เพื่อพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) ของนักศึกษาพยาบาลผ่านประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต การดูแลจิตใจของซาเทียร์เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลได้รับอิทธิพลจากความรู้สึก (feelings) มุมมอง/ความคิด (perceptions/thoughts) ความคาดหวัง (expectations) และความต้องการเติมเต็มความปรารถนาอย่างแท้จริงภายในตนเองหรือเรียกว่าอาหารใจ (yearnings) อาทิ ความรัก การยอมรับ ความรู้สึกมีคุณค่า อิศราภาพ สุขสงบ ความมั่นคงปลอดภัย เป็นต้น การได้มีโอกาสกลับมาอยู่กับตนเอง ทบทวนความอารมณ์ความรู้สึก ความคิด ความคาดหวัง ที่ขับเคลื่อนให้เกิดพฤติกรรมเพื่อให้ได้รับสิ่งที่ตนเองปรารถนาอย่างแท้จริงผ่านกระบวนการสะท้อนตนเองช่วยให้บุคคลตระหนักรู้ในตนเองได้อย่างลึกซึ้ง^{20,21} ทั้งนี้กระบวนการสะท้อนตนเองจะเกิดประสิทธิภาพมากขึ้นหากเป็นไปในเชิงประสบการณ์ (experiential) การจัดการเรียนรู้

ในเชิงประสบการณ์ จึงมีความหมายต่อการสะท้อนตนเอง ประกอบด้วย การได้ทำประสบการณ์ การสะท้อน การคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปประสบการณ์ และการระบุสิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อนำไปปรับใช้ต่อไป²²

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาค้นคว้านี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การระบุเหตุการณ์ ปัญหา หรือพฤติกรรมที่เกิดผลกระทบภายในของตนเอง (situation, problem, behavior) 2) การสะท้อนความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อเหตุการณ์ (reflect feelings) ด้วยการระบุความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งด้านลบ และด้านบวก 3) การคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปประเด็น การเรียนรู้ ควบคู่กับการสำรวจความคิด มุมมอง ความเชื่อ ความคาดหวัง และการเปลี่ยนแปลง (analyze, synthesize, conceptualize) ผ่านคำถามที่เกิดขึ้นกับ

ตนเอง มุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงประสบการณ์ จนเกิดการเรียนรู้ใหม่ในเชิงบวก และ 4) การสัมผัส การเติบโต (yearning and apply) ระบุการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น การนำสิ่งที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิต และการปฏิบัติการพยาบาล กระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอน เริ่มจากนักศึกษาสะท้อนตนเองผ่านการเขียน จากนั้น ร่วมสะท้อนกับอาจารย์เป็นรายบุคคล และสะท้อน ร่วมกับกลุ่มเพื่อน ผ่านกระบวนการเชื่อมโยง รับฟัง และตั้งคำถามที่มุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก กระบวนการดังกล่าวช่วยให้การสะท้อนตนเองเกิดความหมายลึกซึ้งในเชิงประสบการณ์ นำไปสู่การตระหนักรู้ในตนเองเพื่อพัฒนาการเปลี่ยนแปลงในทิศทางบวก^{20,21,22} โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ได้ดัง Figure 1

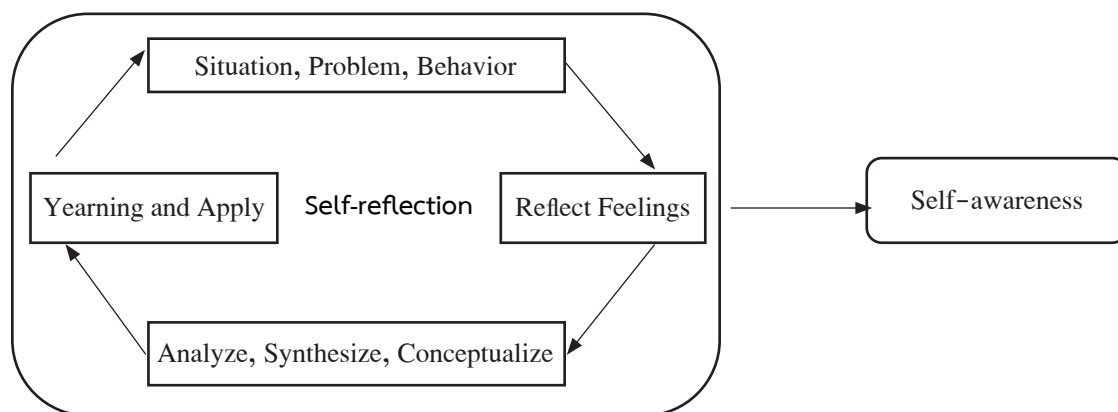


Figure 1 Conceptual Framework

วิธีดำเนินการวิจัย

แบบการวิจัย การศึกษาค้นคว้านี้เป็นแบบทดลอง ชนิด 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (experimental design with two-group pre-post test)

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ที่ฝึกปฏิบัติรายวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ที่ฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) 3 แห่งในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ รพ.สต บ้านสาขา รพ.สต บ้านหาร และ รพ.สต สาธิตวลัยลักษณ์ ระหว่างเดือนมิถุนายน – กันยายน

พ.ศ. 2567 จำนวน 188 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากกลุ่มที่อาจารย์และนักศึกษาสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เป็นไปตามกระบวนการเรียนตามปกติ โดยอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชา ผู้วิจัยดำเนินการประชาสัมพันธ์เพื่อรับสมัครเข้าร่วมวิจัยหลังจากอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาดำเนินการจัดกลุ่มเรียบร้อยแล้วเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 2) อายุ 19-21 ปี 3) ฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนดของรายวิชาร้อยละ 100 และ 4) ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีปัญหาสุขภาพจิตในระดับรุนแรงหรือได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวช 2) ไม่สามารถขึ้นฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตครบตามระยะเวลาที่กำหนด และ 3) อยู่ระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัยอื่น

กำหนดขนาดตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*Power กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size, d) 0.5 จากการศึกษาที่ผ่านมา²³ ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (type I error, α) .05, อำนาจการทดสอบ (Power, $1-\beta$) .63 ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 64 คน จัดเข้ากลุ่มแบบเจาะจงได้กลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์ และส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์ ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดการดูแลด้านจิตใจของซาเทียร์

(Satir Model)^{20,21} ร่วมกับการจัดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning)²² มาใช้เป็นกรอบแนวคิดการสะท้อนคิด (reflection) ได้แก่ การสะท้อนตนเองของนักศึกษาผ่านการเขียนสะท้อนตนเอง (self-reflection) การสะท้อนเชิงบวกรายบุคคลจากอาจารย์ การทดลองสะท้อนตนเองร่วมกับกลุ่มเพื่อนและสะท้อนผลคะแนนการตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) โดยใช้การพัฒนาเชิงบวกโปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การระบุเหตุการณ์ ปัญหา หรือพฤติกรรมที่เกิดผลกระทบภายในของตนเอง 2) การสะท้อนความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อเหตุการณ์ด้วยการระบุทุกความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งด้านลบและด้านบวก 3) การคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปประเด็นการเรียนรู้ควบคู่กับการสำรวจความคิด มุมมอง ความเชื่อ ความคาดหวัง และการเปลี่ยนแปลง ผ่านคำถามที่เกิดขึ้นกับตนเอง มุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงประสบการณ์ จนเกิดการเรียนรู้ใหม่ในเชิงบวก และ 4) การสัมผัสการเติบโต ระบุการเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น การนำสิ่งที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิต และการปฏิบัติพยาบาล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่างจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ความตั้งใจเลือกเรียนพยาบาล เกรดเฉลี่ย จำนวนผู้อยู่อาศัยในครอบครัว หรือผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว เพื่อนสนิท และแหล่งช่วยเหลือเมื่อต้องการคำปรึกษา

2.2 แบบวัดการตระหนักรู้ในตนเอง ที่พัฒนาโดยศุภวดี และคณะ²⁴ มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการตระหนักรู้อารมณ์

ตนเอง (10 ข้อ) ด้านการประเมินตนเองตามความเป็นจริง (10 ข้อ) และด้านความมั่นใจในตนเอง (10 ข้อ) ลักษณะการตอบเป็นแบบ Likert scale 6 ระดับ ได้แก่ จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง และไม่จริงเลย คะแนนที่เป็นไปได้ 30-180 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคือ มีการตระหนักรู้ในตนเองระดับน้อย (30-80 คะแนน) ระดับปานกลาง (81-130 คะแนน) และระดับมาก (131-180 คะแนน)

2.3 แบบฟอร์มการเขียนสะท้อนตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการดูแลด้านจิตใจของซาเทียร์²¹ เพื่อพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง²² ของนักศึกษาพยาบาลผ่านกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การระบุเหตุการณ์ ปัญหา หรือพฤติกรรม 2) การสะท้อนความรู้สึก 3) การคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปประเด็นการเรียนรู้ และ 4) การสัมผัสการเติบโต ซึ่งพัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้โดยสายฝน เอกวรังกูร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือวิจัยส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 3 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน สำหรับแบบวัดการตระหนักรู้ในตนเองได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ในนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .77

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ รหัสโครงการ WU-EC-NU-1-224-67 เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2567 เอกสารรับรองเลขที่อนุมัติ WU-EC-24-214-01 วันสิ้นสุดการอนุมัติ 17 มิถุนายน 2568 ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ชี้แจงรายละเอียดข้อมูลการวิจัย (informed consent) ทั้งด้านประโยชน์และความเสี่ยงที่กลุ่มเป้าหมายอาจได้รับการเข้าร่วม กลุ่มที่สมัครใจทุกคนลงนามยินยอมตนในการเข้าร่วมวิจัย แม้ผู้วิจัยจะเป็นอาจารย์ประจำกลุ่มของนักศึกษา กลุ่มเป้าหมายรับรู้ถึงอิสระในการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผลการศึกษา ผู้วิจัยเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยทำในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น และจะทำลายเอกสารเมื่อการวิจัยได้รับการเผยแพร่

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ถึงอาจารย์ผู้ประสานรายวิชาและทีมอาจารย์ผู้สอน ผู้วิจัยเตรียมอาจารย์ผู้วิจัยร่วมในการทบทวนการใช้แบบประเมินการสะท้อนตนเอง และฝึกประสบการณ์สะท้อนตนเองเชิงบวกจนเข้าใจมั่นใจ และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ก่อนเริ่มการดำเนินการวิจัย ในการดำเนินการวิจัย มีการแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมออกเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 8 คน มีขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินการตระหนักรู้ในตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลอง (pre-test) ด้วยแบบวัดการตระหนักรู้ในตนเอง กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติการสะท้อนตนเอง

ผ่านการเขียนสะท้อนตนเอง พร้อมได้รับมอบหมาย การเขียนสะท้อนตนเองครั้งที่ 1 ในขณะฝึกปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 2 อาจารย์ดำเนินการสะท้อนเชิงบวก กับตัวอย่างกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลโดยนำประเด็น ที่กลุ่มตัวอย่างเขียนสะท้อนตนเองในครั้งที่ 1 มาใช้ในการสะท้อน จากนั้นกลุ่มทดลองสะท้อนตนเองร่วมกับ กลุ่มเพื่อนผ่านการเชื่อมโยง รับฟัง และตั้งคำถาม ที่นำสู่การเปลี่ยนแปลงในทิศทางบวก และมอบหมาย การเขียนสะท้อนตนเองครั้งที่ 2 เพื่อนำมาพูดคุยกัน อีกครั้งในสัปดาห์ถัดไป ในขณะที่กลุ่มควบคุม อาจารย์ เขียนสะท้อนผ่านชิ้นงานจากการบ้านครั้งที่ 1 และ มอบหมายการเขียนสะท้อนตนเองในสัปดาห์ถัดไป

สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินการตามกระบวนการใน สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยสะท้อนเชิงบวกรายบุคคลจากประเด็น การเขียนสะท้อนตนเองครั้งที่ 2 ด้วยการรับฟัง ชื่นชม สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และ ประเมินการตระหนักรู้ในตนเองของตัวอย่างกลุ่ม ทดลองซ้ำด้วยแบบวัดการตระหนักรู้ในตนเองครั้งที่ 2 (post-test) กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยสะท้อนผ่านชิ้นงาน และทำการประเมินการตระหนักรู้ในตนเองของกลุ่ม ตัวอย่างซ้ำด้วยแบบวัดการตระหนักรู้ในตนเองครั้งที่ 2 (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบข้อมูล ส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้ Independent t test 3) เปรียบเทียบการตระหนักรู้ใน ตนเองของตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้ Independent t test และ 4) เปรียบเทียบการ ตระหนักรู้ในตนเองของตัวอย่างภายในกลุ่มควบคุม

และภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้ Paired t test การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และการทดสอบ ความแปรปรวนของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างรวม 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 32 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.9) ทั้งหมดอายุระหว่าง 20-21 ปี ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 90.6) และมีความตั้งใจ เลือกเรียนพยาบาลด้วยตนเอง (ร้อยละ 93.8) มีผล การเรียนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.00-4.00 (ร้อยละ 96.8) อาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 76.6) รายได้ของ ครอบครัวส่วนใหญ่มากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 70.4) ทั้งหมดมีความสัมพันธ์ในครอบครัวสนิทสนมกัน มีโรคประจำตัว ได้แก่ ภูมิแพ้ (ร้อยละ 12.5) ส่วนใหญ่ มีเพื่อนสนิท (ร้อยละ 98.4) และมีแหล่งช่วยเหลือ และคอยให้คำปรึกษา (ร้อยละ 98.4) ผลการเปรียบเทียบ ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ($t = -.354, p = .724$) อายุ ($t = 1.010, p = .316$) ความตั้งใจในการเลือกเรียนพยาบาล ($t = .000, p = 1.000$) ผลการเรียนเฉลี่ย ($t = 1.654, p = .104$)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนน เฉลี่ยการตระหนักรู้ในตนเอง ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อน และอาจารย์เพื่อสร้างเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง ของนักศึกษาพยาบาล

ก่อนได้รับโปรแกรม การตระหนักรู้ในตนเอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

ผลของโปรแกรมสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์ต่อการตระหนักรู้ในตนเอง
ของนักศึกษาพยาบาล รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

($t = 0.232, p = .818$) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้ในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลอง มีการตระหนักรู้ในตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.685, p < .001$) โดย

กลุ่มควบคุมยังคงมีการตระหนักรู้ในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่กลุ่มทดลองมีการตระหนักรู้ในตนเองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางอยู่ในระดับดีมาก (Table 1)

Table 1 Comparisons of self-awareness between control ($n = 32$) and experimental ($n = 32$) groups before and after the program using Independent t-test

Group	Self-awareness				t	p-value
	Min	Max	M	SD		
Before the program						
Control group	104	157	128.53	10.86	0.232	.818
Experimental group	102	161	127.87	11.77		
After the program						
Control group	110	147	128.62	9.41	-6.685	<.001
Experimental group	129	170	144.78	9.91		

ผลการเปรียบเทียบการตระหนักรู้ในตนเอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองมีการตระหนักรู้ในตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.380, p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการตระหนักรู้ในตนเองก่อนและหลังโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ($t = -.075, p = .940$) (Table 2)

Table 2 Comparisons of self-awareness before and after the program using Paired t-test

Group	Before ($n = 32$)		After ($n = 32$)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
Control group	128.53	10.86	128.62	9.41	-0.075	.940
Experimental group	127.87	11.77	144.78	9.91	-11.380	<.001

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุระหว่าง 20-21 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาและอารมณ์ที่ยืดหยุ่นมากขึ้น สามารถพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองซึ่งเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ชี้ให้เห็นว่าการตระหนักรู้ในตนเองจะเกิดประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อพัฒนาการเข้าสู่วัยผู้ใหญ่²⁵ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีความตั้งใจ

เลือกเรียนพยาบาลด้วยตนเองและมีผลการเรียนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.00-4.00 คุณลักษณะดังกล่าวและระดับผลการเรียนของนักศึกษาสะท้อนถึงความสามารถในการคิดวิเคราะห์ แยกแยะ พิจารณาตนเอง แสดงให้เห็นว่าความสามารถด้านการเรียนรู้ส่งผลต่อความสามารถด้านการวิเคราะห์ การรับรู้จุดแข็ง และข้อจำกัดของตนเอง บุคคลที่รับรู้ เข้าใจ และยอมรับในความสามารถของตนเองจะส่งผลให้มีการตระหนักรู้ในตนเองที่ดี²⁶ คุณลักษณะส่วนบุคคลดัง

กล่าวจึงส่งผลต่อการตระหนักรู้ในตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง

การตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาลภายในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์พบว่าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกระบวนการสะท้อนตนเองช่วยให้ผู้สะท้อนกลับมาอยู่กับตนเอง เกิดการคิดทบทวนเรื่องราวหรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ในเชิงประสบการณ์ กระบวนการสำรวจและทำความเข้าใจความรู้สึก ความคิด ความคาดหวัง ความต้องการที่แท้จริง กับที่มาของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริงของตนเองผ่านกระบวนการสะท้อน เชื่อมโยง ทบทวน และตั้งคำถามสร้างกระบวนการตระหนักรู้ ความเข้าใจ และเกิดการเติบโตภายในตนเองได้ในเชิงประสบการณ์^{20,21} นอกจากนี้การได้รับการสะท้อนเชิงบวกจากอาจารย์ผ่านกระบวนการตั้งคำถามเชิงบวก มุ่งเน้นสิ่งที่นักศึกษาทำได้ดีและมีความหมาย ช่วยเปิดพื้นที่ปลอดภัยให้นักศึกษากล้าที่จะเปิดใจทบทวนตนเองมากขึ้นโดยไม่รู้สึกถูกตัดสิน เป็นกระจกที่ช่วยให้นักศึกษามองเห็นตนเองชัดเจนขึ้นผ่านการรับรู้ มุมมอง ความรู้สึก และความคาดหวังจากผู้อื่นตามสภาพความเป็นจริง โดยเฉพาะการสะท้อนจากกลุ่มเพื่อนช่วยให้ผู้เรียนสามารถมองเห็นตนเองในมุมมองใหม่ ๆ อย่างอ่อนโยนจริงใจ และเป็นมิตร ส่งเสริมให้เกิดการสะท้อนตนเองได้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น กลไกการดำเนินงานของโปรแกรมสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์จึงส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มขึ้นของค่าคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การที่นักศึกษาได้บันทึกสะท้อนคิด การได้เขียนความรู้สึกตนเอง

ทำให้ได้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ได้ใคร่ครวญ คิดหาเหตุผลของสถานการณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ทำให้เข้าใจตนเอง มองเห็นแนวทางการพัฒนาตนเองอย่างเข้าใจและมั่นใจเพิ่มขึ้น²⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องรูปแบบการเรียนรู้ด้วยวิธีการสะท้อนคิดต่อการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาลที่พบว่าการตระหนักรู้ในตนเองหลังใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบสะท้อนคิดสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบสะท้อนคิดอย่างมีนัยสำคัญ²³

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการตระหนักรู้ในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการสะท้อนตนเองและการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์ช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเปิดใจ ช่วยให้นักศึกษาได้ทบทวนประสบการณ์และเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้ง ช่วยเสริมแรงภายในและภายนอก อีกทั้งนักศึกษาเข้าใจว่าตนเองว่ามีคุณค่า มีจุดแข็ง และจุดที่สามารถพัฒนาต่อได้อย่างไร ช่วยให้ได้รับการยอมรับ สอดคล้องกับแนวคิดของซาเตียร์^{20,21} ซึ่งเน้นการสร้างพลังบวกจากการยืนยันคุณค่าในตนเอง การได้รับความรัก การยอมรับ และความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน สามารถนำไปสู่การพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองได้ดียิ่งขึ้น แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับเพียงการสะท้อนในรูปแบบการเขียนสะท้อนผ่านชิ้นงาน ทำให้การตระหนักรู้ในตนเองยังคงอยู่ในระดับเดิม สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การสะท้อนเชิงบวกจากบุคคลใกล้ชิดร่วมกับการสะท้อนตนเองอย่างเป็นระบบช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการตระหนักรู้ในตนเองได้มากกว่าการสื่อสารผ่านการเขียน นอกจากนี้จำนวนครั้งของการสะท้อนเชิงบวกผ่านการสื่อสารร่วมกันอย่างจริงใจเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้บุคคลเกิดการพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองได้มาก

ยิ่งขึ้น¹⁴ และการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการสะท้อนตนเอง และการมีโอกาสร่วมเรียนรู้มุมมองจากกลุ่มเพื่อนและอาจารย์ที่มุ่งเน้นการพัฒนาเชิงบวกส่งผลให้เกิดพลังการเปลี่ยนแปลงในเชิงประสบการณ์ได้มากกว่าการได้รับการบ้านให้เขียนสะท้อนตนเองเพียงวิธีการเดียว การสะท้อนร่วมกับคำขอบคุณและชื่นชมเป็นกลยุทธ์สำคัญต่อการสร้างการตระหนักรู้ในตนเองได้²⁷ รวมถึงการเล่าประสบการณ์แลกเปลี่ยนกับเพื่อนในกลุ่มช่วยตอกตรึงความเข้าใจกันมากขึ้น¹⁸ การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสะท้อนที่ประกอบไปด้วยการได้พูดคุยถึงเรื่องราว ความรู้สึก ความคิด การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การได้รับคำถามในทิศทางบวก ได้ค้นหาทรัพยากรที่มีภายในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง อาทิ ความรัก การยอมรับ ความมีคุณค่า ความสุข กลุ่มตัวอย่างได้รับการชื่นชมให้กำลังใจ ค้นหาสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนให้นักศึกษาได้พัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองขึ้น เป็นกระบวนการที่มองทบทวนตนเอง ผ่านเรื่องราวหรือสถานการณ์ การที่พบระหว่างฝึกปฏิบัติ²⁸ อีกทั้งการสะท้อนคิดเป็นการสะท้อนของความเชื่อ การให้คุณค่าและความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ ช่วยให้นักศึกษาสามารถสะท้อนอารมณ์ ความคิด และความสามารถที่จะเปิดเผยตัวตนต่อบุคคลอื่น²⁹ สามารถเห็นตัวตนภายในของตนเองตามความเป็นจริงอย่างลึกซึ้ง นั่นคือมีการตระหนักรู้ในตนเองเกิดขึ้น และมองตนเองว่าเป็นผู้ที่สามารถพัฒนาได้ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและความเชื่อบางอย่างภายในตนเอง จนสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม²⁸ เพื่อเสริมความมั่นใจในตนเอง สร้างอัตลักษณ์และความสามารถทางวิชาชีพ

ข้อค้นพบของงานวิจัยครั้งนี้ สนับสนุนว่าการเข้าร่วมโปรแกรมสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์เพื่อสร้างเสริมการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาล เป็นกระบวนการ

ที่ส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง การตระหนักรู้ในตนเองทำให้ได้ค้นหาแนวทางที่เหมาะสมก่อนที่จะด่วนสรุปหรือตัดสินใจในการแก้ปัญหา ซึ่งมีความสำคัญต่อกระบวนการคิดเพื่อการแก้ปัญหา นอกจากนี้ยังเป็นการดูแลจิตใจตนเองให้แข็งแรง ทำให้นักศึกษารู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่ด้อยค่าผู้อื่น เมื่อปฏิบัติกรพยาบาลกับผู้ป่วยก็จะปฏิบัติด้วยการให้คุณค่าเช่นกัน²³ หากได้ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีได้เรียนรู้และเข้าใจตนเองผ่านกระบวนการสะท้อนคิดจะเป็นประโยชน์แก่นักศึกษาและวิชาชีพต่อเนื่อง ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวัดผลการตระหนักรู้ในตนเองเพียงครั้งเดียว ดังนั้นควรมีการศึกษาติดตามการตระหนักรู้ในตนเองเป็นระยะ เพื่อทราบประสิทธิภาพของการคงไว้ นอกจากนี้ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ที่ตามมาจากการเกิดการตระหนักรู้ในตนเองในนักศึกษาพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจัดให้มีการใช้การบันทึกการสะท้อนคิดร่วมกับการการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อน และอาจารย์ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอื่น ๆ เพื่อพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษา

2. ควรจัดให้มีการฝึกอบรมการเขียนบันทึกการสะท้อนคิดให้กับนักศึกษา และฝึกทักษะการสะท้อนเชิงบวกให้กับอาจารย์ผู้สอนทุกท่านก่อนนำไปใช้ปฏิบัติจริง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน

Declaration Statements

Conflict of Interest: No

Author Contribution: **Sirintra Duangsai** Conceptualization, Methodology, Data curation, Manuscript writing and editing, approval of final draft; **Chadjane Jantarapat** Conceptualization, Methodology, Data curation, Manuscript writing and editing, Supervision, Approval of final draft; **Punnaporn Kaewklam** Conceptualization, Methodology, Manuscript writing and editing, Approval of final draft; **Saifon Aekwarangkoon** Conceptualization, Methodology, Manuscript writing and editing, Approval of final draft; **Kiatkamjorn Kusol** Conceptualization, Methodology, Approval of final draft; **Naiyana Noonil** Conceptualization, Methodology, Approval of final draft

AI Use Disclosure: The authors use ChatGPT through OpenAI only for editing purposes.

References

1. Wright MK. Exploring the Therapeutic Relationship in Nursing Theory and practice. *Mental Health Practice* 2021;24(8):e1561. <https://doi.org/10.7748/mhp.2021.e1561>
2. Hartung P. The Impact of Self-Awareness on Leadership Behavior. *Journal of Applied Leadership and Management* 2020;8:1–21.
3. Li T, Jiang T, Shi G, Song C, Shi T. Correlation Between Self-awareness, Communication Ability and Caring Ability of Undergraduate Nursing Students/A Cross-Sectional Study. *Nurse Education Today* 2022;116: 105450.
4. Matshaka L. Self-reflection: A Tool to Enhance Student Nurses' Authenticity in Caring in a Clinical Setting in South Africa. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 2021;15:100324.
5. Harley J. Developing Self-awareness for Effective Nurse Leadership. *Nursing Management* 2024;31(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.7748/nm.2024.e2124>
6. Barbagallo M. Nursing Students' Perceptions and Experiences of Reflective Practice: A Qualitative Meta-synthesis. *Teaching and Learning in Nursing* 2020;16(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.teln.2020.07.006>
7. Younas A, Rasheed SP, Sundus A, Inayat S. Nurses' Perspectives of Self-Awareness in Nursing Practice: A Descriptive Qualitative Study. *Nursing & Health Sciences* 2020; 22(2):398–405.
8. Khorphon S, Pankeaw J, Sarobol T, Choopun K, Chomchan, Boonlue N. Promoting Critical Thinking Skills in Nursing Students Through Reflective Thinking. *Nursing Journal* 2019; 46(1): 87–101. (in Thai)
9. Wanchaitanawong W, Yottavee W, Chaiwongnakkapun C. Development of Awareness in Values of Life for Nursing Students. *Boromarajonani College of Nursing Uttaradit Journal* 2017;9(2):112–27. (in Thai)
10. Wei W, Cheong CM, Zhu X, Lu Q. Comparing Self-reflection and Peer Feedback Practices in an Academic Writing Task: A Student Self-Efficacy Perspective. *Teaching in Higher Education* 2022. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13562517.2022.2042242>
11. Rasheed SP, Younas A, Sundus A. Self-awareness in Nursing: A Scoping Review. *Journal of Clinical Nursing* 2018;28(5–6):762–74.
12. Boontham A, Songsawangthum M, Anan K, Chaopipat Y, Boaleung T. Empathy in Bachelor of Nursing Science Students. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center* 2018;35(3):296–303. (in Thai)
13. Tornwall J. Peer Assessment Practices in Nurse Education: An Integrative Review. *Nurse Education Today* 2018;71(3):266–75.

**ผลของโปรแกรมสะท้อนตนเองร่วมกับการสะท้อนเชิงบวกจากเพื่อนและอาจารย์ต่อการตระหนักรู้ในตนเอง
ของนักศึกษาพยาบาล รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**

14. Duval S, Wicklund RA. A Theory of Objective Self Awareness. Academic Press; 1972.
15. Sousa ID, Wytenbroek L, Bailey E, Campbell SH. “They bring the topic [of social justice] but stop there”: Nursing Students’ Perceptions of Teaching Practices that Develop Awareness and Engagement with Social Justice. Nurse Education Today 2024; 139:106241.
16. Reljic NM, Pajnikhar M, Fekonja Z. Self-reflection During First Clinical Practice: The Experiences of Nursing Students. Nurse Education Today 2019; 72:61–6.
17. Zhan TT, Wang LL, Yan Wang, Sun CJ. Master of Nursing Specialist Experiences of an Internship Through the Use of Written Reflections: A Qualitative Research Study. Heliyon 2023;28;9(2):e13299.
18. Wiangperm S, Sangsai W, Baramee S, Sosueb P. Learning Through Reflection after Nursing Practice Training for People with Mental Health Problems. Journal of Health Science 2020;29(6):1095–102. (in Thai)
19. Shin S, Lee I, Kim J, Oh E, Hong E. Effectiveness of a Critical Reflection Competency Program for Clinical Nurse Educators: A Pilot Study. BMC Nurse 22;69. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01236-6>
20. Satir V. The Satir Model. California: Science and Behavior Books, Inc; 1991. Okur S. Satir Transformational Systemic Therapy and Spirituality. Spiritual Psychology and Counseling 2020;5(1): 45–64.
21. Kolb AY, Kolb DA. Learning Styles and Learning Spaces: Enhancing Experiential Learning in Higher Education. Academy of Management Learning & Education 2005;4(2):193–212.
22. Hamtanon P, Ampansirira, A. The Effectiveness of Reflection Learning Model on Self-awareness in Nursing Students. Journal of MCU Nakhondhat 2020;7(7): 275–88.
23. Thaewpia S, Kulprateepunya K, Meenongwah J, Tonglor A, Khammathit Intolo S, et al. Self-awareness, Empathy, and Spiritual Well-Being of Students in the North Eastern College Network Under the Jurisdiction of the Praboromarajchanok Institute. Journal of Health and Nursing Education 2022; 28(2): e257740.
24. Sneed JR, Whitbourne SK. Identity Processing and Self-Consciousness in Middle and Later Adulthood. The Journals of Gerontology 2003;58(6):313–9.
25. Julia G, & Rebecca J, Jonathan P. Defining Self-Awareness in The Context of Adult Development: A Systematic Literature Review. Journal of Management Education 2021;46(1):140–77.
26. Gessler R, Ferron L. Making the Workplace Healthier, One Self-Aware Nurse at a Time. American Nurse Today 2012;41–3.
27. Kaewprom C. Improving Nursing Students’ Reflection Skills by the Use of Reflective Journal on the Subject of Teaching and Counseling in Health. Journal of Phrapokklao Nursing College 2013;24(2):12–20.
28. Enuku CA, Evawona–Enuku U. The Need to Incorporate Reflective Practice into Nursing Education Curriculum in Nigeria. Nurs Health Sci 2013;1(2): 57–62.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อทัศนคติการใช้ พืชกระท่อมของวัยรุ่น¹

บุปผา ใจมั่น ปร.ด.(จิตวิทยาประยุกต์)²

พิษฐานิกา เชื้อกาญจน์ พย.ม.(การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)³

เกษราภรณ์ เคนบุปผา ปร.ด. (การพยาบาล)⁴

ปภาดา น้อยวงศ์ ส.ม. (การจัดการระบบสุขภาพ)⁵

วิจิตรา จิตรักษ์ พย.ม.(การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)⁶

บทคัดย่อขยาย

บทนำ พืชกระท่อมเป็นกลุ่มพืชที่มีสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ที่มีการแพร่ระบาดในวัยรุ่นอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรง เป็นสาเหตุของอาการแทรกซ้อนทางร่างกาย และระบบประสาทที่รุนแรง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติการใช้พืชกระท่อมในวัยรุ่นภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และ 2) เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติการใช้พืชกระท่อมในวัยรุ่นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

การออกแบบการวิจัย การวิจัยแบบทดลองชนิดสองกลุ่มวัดซ้ำ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพและความสามารถที่มีอยู่ในตัวตน และอีกทั้งยังส่งผลให้เกิดความตระหนักรู้ในตนเองด้วย เนื่องจากความตระหนักรู้ในตนเองเป็นผลมาจากกระบวนการทางปัญญา เมื่อบุคคลได้เรียนรู้และถูกกระตุ้นผ่านกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอน ก็จะเกิดความรู้และนำไปสู่ความตระหนักรู้ในที่สุด อีกทั้งความตระหนักรู้ยังส่งผลต่อความสามารถในการรับรู้และเข้าใจความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อและทัศนคติ ดังนั้นการพัฒนการตระหนักรู้และการเพิ่มพลังอำนาจสามารถส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติและลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 10-15 ปี ที่กำลังเรียนในโรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดแห่งหนึ่งทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 50 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย สุ่มเข้า

¹ได้รับทุนสนับสนุนจากเงินรายได้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ผู้ประพันธ์บทความ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

E-mail: pitchayanika@bcnsp.ac.th

⁴⁻⁶อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

กลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้พืชกระท่อม 3) แบบประเมินทัศนคติต่อการใช้พืชกระท่อม และ 4) โปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการใช้พืชกระท่อมของวัยรุ่น ตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินทัศนคติต่อการใช้พืชกระท่อม และโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการใช้พืชกระท่อม เท่ากับ .79 และ .93 ตามลำดับ การเข้าร่วมโปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม ใช้เวลาประมาณ 18 วัน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติที่มีต่อการใช้พืชกระท่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางวัดซ้ำ และเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยสถิติ Bonferroni

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68) มีอายุเฉลี่ย 12.68 ปี ($SD = 1.62$) เหตุผลที่เลือกใช้พืชกระท่อมครั้งแรกคือ เพื่อนชักชวน (ร้อยละ 56) กว่าครึ่งใช้พืชกระท่อมแบบน้ำสกัด (ร้อยละ 52) แหล่งที่มาของพืชกระท่อมที่นำมาใช้ได้มาจากการซื้อด้วยตนเอง (ร้อยละ 60) กลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการเห็นผลดีจากการใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับมาก ($M=2.77, SD=0.78$) ระยะหลังการทดลองทันทีที่อยู่ในระดับน้อย ($M=2.23, SD=0.58$) และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์อยู่ในระดับน้อย ($M=2.02, SD=0.57$) ด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงิน และครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.81, SD=1.17$) ระยะหลังการทดลองทันทีอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.34, SD=1.08$) และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์อยู่ในระดับมาก ($M=4.08, SD=0.97$) และด้านความต้องการใช้พืชกระท่อมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.65, SD=1.00$) ระยะหลังการทดลองทันทีอยู่ในระดับน้อย ($M=2.19, SD=1.03$) และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์อยู่ในระดับน้อย ($M=1.86, SD=0.93$) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 2 ทางวัดซ้ำ พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยด้านการเห็นผลดีจากการใช้พืชกระท่อม ด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงินและครอบครัว และด้านความต้องการใช้พืชกระท่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 45.321, F = 38.651, F = 42.108$ ตามลำดับ, $p < .001$) และเมื่อวิเคราะห์ผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 18.254, F = 22.485, F = 24.356$ ตามลำดับ, $p < .001$)

ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้สามารถช่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติการใช้พืชกระท่อมของวัยรุ่นได้ บุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ โดยปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับชนิดของสารเสพติด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ พฤติกรรม ความตระหนักรู้ ทัศนคติ พืชกระท่อม วัยรุ่น

วันที่ได้รับ 18 ธ.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 18 เม.ย. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 12 มิ.ย. 68

Effects of an Awareness Enhancement Program on Adolescents' Attitudes Toward Kratom Use¹

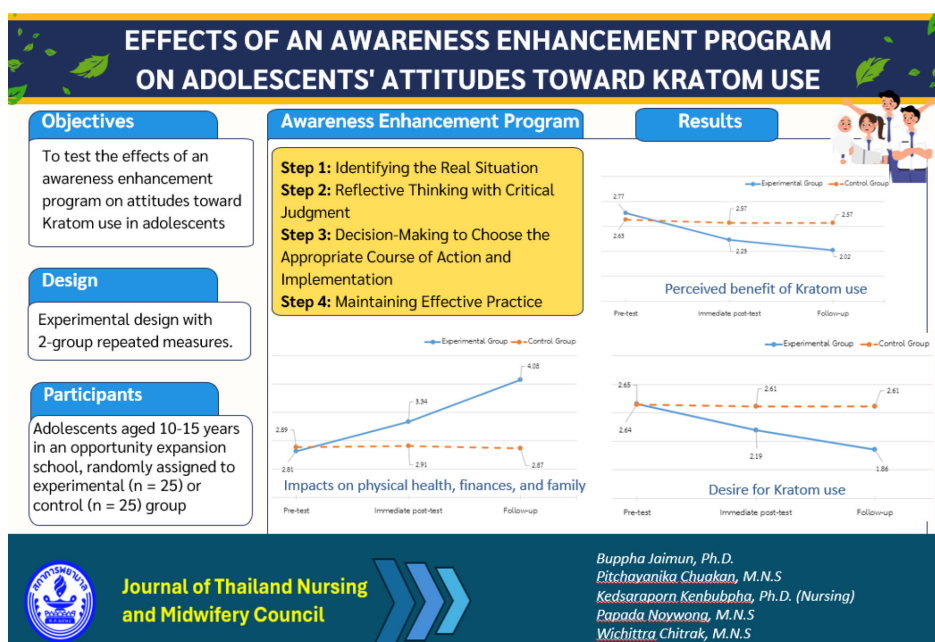
Buppha Jaimun, Ph.D. (Applied Psychology)²

Pitchayanika Chuakan, M.N.S (Psychiatric and Mental Health Nursing)³

Kedsaraporn Kenbubpha, Ph.D. (Nursing)⁴

Papada Noywong, M.P.H. (Health System Management)⁵

Wichitra Chitrak, M.N.S (Psychiatric and Mental Health Nursing)⁶



Extended Abstract

Introduction Kratom is a group of psychoactive plants that has rapidly spread among adolescents, posing serious health risks. Its consumption can lead to severe physical and neurological complications, significantly increasing the risk of mortality.

Objectives This study aimed 1) to compare adolescents' attitudes toward kratom use within the experimental group at three time points: before the program, immediately after the program, and at a 4-week follow-up; and 2) to compare adolescents' attitudes toward kratom use between the experimental and control groups at three time points: before the program, immediately after the program, and at a 4-week follow-up.

¹ This research was supported by funding from the revenue budget of Boromarajonani College of Nursing, Sanpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.

² Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sanpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

³ Corresponding author, Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sanpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand E-mail: pitchayanika@bcnsp.ac.th

⁴⁻⁶ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sanpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

Research Design This study employed experimental design with a two-group repeated measures, integrating Gibson's Empowerment theory, which consists of four key stages: 1) discovering reality, 2) critical reflection, 3) taking charge: making decisions, selecting appropriate activities, and taking action, and 4) holding on: maintaining effective practices. This process aims to foster individuals' confidence in their inherent potential and capabilities, while also enhancing self-awareness. Self-awareness emerges through cognitive processes; when individuals engage in and are stimulated by these four stages, they acquire knowledge that ultimately leads to heightened self-awareness. Furthermore, self-awareness influences the ability to perceive and understand one's thoughts, beliefs, and attitudes. Therefore, the development of self-awareness and empowerment can contribute to attitude transformation and the reduction of risk behaviors among adolescents.

Methods The sample in this study consisted of 50 students aged between 10 and 15 years, currently enrolled in extended opportunity schools in a northeastern province. Participants were randomly recruited through simple random sampling, then were randomly assigned into two groups: an experimental group ($n = 25$) and an a control group ($n = 25$). The experimental group participated in the program, while the control group received routine care. The instruments used in this study included: 1) a general information questionnaire, 2) a kratom use behavior questionnaire, and 3) an attitude assessment scale toward kratom use. The content was validated by five experts revealing the Index of Item Objective Congruence (IOC) of the attitude toward kratom use and the awareness-enhancement program for adolescent kratom use behavior at .79 and .93, respectively. The program consists of six activities conducted over approximately 18 days. Data analysis for general information employs descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. The mean attitudes toward kratom use are compared between the experimental and control groups using Two-way ANOVA with repeated measures analysis of variance. Pairwise comparisons are performed using Bonferroni.

Results The majority of participants were male (68%), with an average age of 12.68 years ($SD = 1.62$). The primary reason for initial kratom use was peer influence (56%). More than half of the participants consumed kratom in the form of extract (52%), and 60% obtained kratom through personal purchase. Within the experimental group, the mean score for perceived benefits of drug use was high before the program ($M = 2.77$, $SD = 0.78$), decreased to a low level immediately after the program ($M = 2.23$, $SD = 0.58$), and remained low at the 4-week follow-up ($M = 2.02$, $SD = 0.57$). Regarding the perceived impacts on physical health, finances, and family, the mean score was moderate before the program ($M = 2.81$, $SD = 1.17$), increased to a moderate level immediately after the program ($M = 3.34$, $SD = 1.08$), and reached a high level at the 4-week follow-up ($M = 4.08$, $SD = 0.97$). The desire to use kratom was moderate before the program ($M = 2.65$, $SD = 1.00$), decreased to a low level immediately after the program ($M = 2.19$, $SD = 1.03$), and remained low at the 4-week follow-up ($M = 1.86$, $SD = 0.93$). Two-way ANOVA with repeated measures analysis revealed statistically significant differences across time in the mean perceived benefits of drug use, perceived impacts on physical health, finances, and family, and desire to use kratom ($F = 45.321$, $F = 38.651$, and $F = 42.108$, respectively; $p < .001$). And when analyzing the results between the experimental group and the control group, it was found that there was a significant difference ($F = 18.254$, $F = 22.485$, $F = 24.356$ respectively, $p < .001$).

Recommendation The findings of this study indicate that an awareness enhancement program can effectively modify adolescents' attitudes toward kratom use. Health professionals may adapt this program for use with adolescents who engage in forms of substance use, tailoring the content to suit the specific substance involved. Such adaptation can lead to sustainable outcomes and contribute to more effective prevention and intervention strategies for addressing substance use issues among adolescents.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(3) 427-447

Keywords behavior/ awareness/ attitude/ Kratom/ adolescents

Received 18 December 2024, Revised 18 April 2025, Accepted 12 June 2025

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

พืชกระท่อม (*Mitragyna Speciosa* Korth) จัดอยู่ในกลุ่มพืชที่มีสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สามารถพบได้ในเขตร้อนและกึ่งร้อนของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และทวีปแอฟริกา¹ ประเทศไทยเป็น 1 ใน 7 ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีรายงานการพบ *Mitragyna Speciosa* ในแหล่งธรรมชาติ ซึ่งเป็นพืชกระท่อมสายพันธุ์เดียวที่มีสารออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท โดยสารที่สกัดได้จากกระท่อมสายพันธุ์นี้จะเคลื่อนผ่านเยื่อแบ่งกั้นระหว่างระบบหมุนเวียนเลือดและระบบประสาทไปออกฤทธิ์ในสมอง ช่วยลดความเจ็บปวดและลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร นอกจากนี้ยังกระตุ้นที่ตัวรับชนิด 42-adrenoceptor ซึ่งสามารถลดการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติทางระบบประสาทบางอย่างได้² จากการสำรวจปี พ.ศ. 2562 วัยรุ่นในสหรัฐอเมริกาจำนวน 13,397 คน พบวัยรุ่นอายุ 12–17 ปี ร้อยละ 0.44 ใช้พืชกระท่อม โดยการใช้พืชกระท่อมของวัยรุ่นกลุ่มนี้มีความสัมพันธ์กับการใช้บุหรี่และกัญชา³ ในรัฐเคดาห์ ประเทศมาเลเซีย พบวัยรุ่น อายุ 13–19 ปี ใช้พืชกระท่อมร้อยละ 47.8 ของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยสาเหตุหลักมาจากเพื่อน เพื่อเพิ่มความทนทานทางร่างกาย และลดอาการปวดตามลำตัว⁴ เมื่อประเทศไทยได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติกระท่อมในปี พ.ศ. 2565 ให้ประชาชนสามารถครอบครอง บริโภค และใช้ประโยชน์จากกระท่อมได้ โดยห้ามจำหน่ายให้บุคคลกลุ่มเสี่ยง และห้ามนำไปผสมกับยาเสพติดชนิดอื่น จึงจะนำไปสู่การใช้กระท่อมในทางที่ผิด⁵ ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยพบนักเรียนใช้พืชกระท่อมในกรุงเทพฯ ร้อยละ 9.3 โดยเพศชายมีอัตราการใช้สูงกว่าเพศหญิง⁶ จากการศึกษาของสถาบันนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลตำรวจ พบผู้เสียชีวิต

ที่เกี่ยวข้องกับการใช้กระท่อม 90 คน มักมีการใช้ร่วมกับยาเสพติดหรือยาแผนปัจจุบันอื่นๆ โดยนำน้ำใบกระท่อมไปผสมกับยาแก้ไอ น้ำอัดลม กาแฟ และเครื่องดื่มอื่นๆ เพื่อแต่งรส ซึ่งเป็นที่รู้จักกันในชื่อ 4 คุณ 100 หากได้รับในปริมาณที่สูงมากจะทำให้เกิดการกดประสาทและกดการหายใจจากฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยาและภาวะเสริมฤทธิ์ของยาหลายชนิดร่วมกัน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้⁷

การใช้กระท่อมในวัยรุ่นมีความเชื่อมโยงกับความบกพร่องทางการรู้คิดในหลายด้าน โดยเฉพาะความจำ สมาธิ และหน้าที่บริหารของสมอง (executive function) งานวิจัยพบว่าการใช้กระท่อมในระยะยาวสามารถส่งผลให้เกิดความบกพร่องในความจำเชิงภาพและการเรียนรู้สิ่งใหม่ ซึ่งแสดงให้เห็นผ่านผลการทดสอบ Paired Associates Learning task ที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ⁸ ความผิดปกติเหล่านี้อาจสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในระดับของเมทาบอลิต์ในสมอง เช่น กรดอะราคิโดนิค กรดแพนโทเทนิก และทริปโตเฟน ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการทำงานของสมอง⁹ ผลกระทบด้านทางอารมณ์จากการใช้กระท่อมในวัยรุ่นมีความซับซ้อน และอาจแตกต่างกันไปตามบริบทและรูปแบบการใช้ บางงานวิจัยระบุว่ากระท่อมอาจมีฤทธิ์ลดความวิตกกังวล (anxiolytic effect) โดยผู้ใช้บางรายรายงานว่ามีความวิตกกังวลลดลงและอารมณ์ดีขึ้นหลังใช้¹⁰ อย่างไรก็ตามงานวิจัยอื่นพบว่าการใช้กระท่อมสามารถกระตุ้นหรือทำให้อาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตอยู่ก่อนแล้ว¹¹ นอกจากนี้การใช้กระท่อมในวัยรุ่นยังมีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านพฤติกรรมหลายประการ เช่น ความหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ความต้องการแสวงหาสิ่งแปลกใหม่ (novelty-seeking) และความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการใช้สารเสพติด

(substance use disorders) วัยรุ่นที่ใช้กระท่อมมักมีแนวโน้มสูงที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน (polysubstance use) และมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการพัฒนาภาวะการติดสารในระยะยาว¹²⁻¹³ การใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดอาการติดและมีอาการถอนยาได้^{4,14} เช่น จิตหวาดระแวง อารมณ์รุนแรง ร่างกายไม่มีแรง อ่อนเพลีย ทำงานไม่ได้ ปวดเมื่อยตัว ปวดกล้ามเนื้อและกระดูก มีอาการกระดูกของแขน ขา ไม่อยากอาหาร ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ และพบว่า การใช้กระท่อมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจะทำให้มีสีผิวคล้ำขึ้น กระเพาะขยายตัว ผิวแห้ง และริมฝีปากคล้ำได้ จะเห็นได้ว่าการใช้กระท่อมของวัยรุ่นตั้งแต่อายุน้อยนำไปสู่ปัญหาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านอารมณ์ อารมณ์ไม่คงที่หรือแปรปรวนได้ง่าย ส่วนพัฒนาการด้านสังคม มีการแสดงออกในแต่ละบริบทแตกต่างกัน และหากวัยรุ่นพบกับสถานการณ์ที่ไม่มั่นคงมักจะไม่สามารถเกิดการปรับตัวเพื่อที่จะสามารถเผชิญกับสภาพปัญหาได้เหมาะสมเหมือนวัยผู้ใหญ่ อีกทั้งยังเป็นวัยที่อยากรู้อยากลอง หากบุคคลในครอบครัว เพื่อน เป็นตัวแบบก็จะส่งผลให้เกิดแรงขับทั้งภายในและภายนอกก่อให้เกิดพฤติกรรม การเลียนแบบ ส่วนหนึ่งเกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงที่ได้พบเห็น คลุกคลี และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น จึงเป็นสาเหตุการชักนำในการใช้พิษกระท่อมได้ง่าย¹⁵ สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการใช้พิษกระท่อม ได้แก่ ผลการเรียนรู้ต่ำ การมีเพื่อนสนิทที่ใช้สารเสพติด การใช้กัญชา บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ไฟฟ้า และยาเสพติดอื่นๆ⁶ จากการศึกษาเกี่ยวกับการเสพติดน้ำกระท่อมของ ศุภกิตต์ เลขวิชิตร์ และคณะ¹⁶ พบว่าการเสพติดพิษกระท่อมของวัยรุ่นเกิดจากความอยากรู้อยากลอง

การรับรู้ข้อมูลที่เป็นเท็จ เช่น น้ำกระท่อมที่มีส่วนผสมของน้ำอัดลมไม่เป็นอันตรายใดๆ ช่วยบรรเทาและรักษาอาการเจ็บป่วยของโรคต่างๆ ทั้งนี้จากการศึกษาของวารสินธุ์ หัยอาเล็ม และคณะ¹⁷ ยังพบว่าการเสพติดน้ำกระท่อมของกลุ่มวัยรุ่นมักนิยมเสพกันเป็นกลุ่ม ซึ่งวัยรุ่นที่เสพติดน้ำกระท่อมจะมีความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อที่ต้องการการยอมรับในกลุ่มเพื่อน ดังนั้นทัศนคติในการเสพติดน้ำกระท่อม สามารถเปลี่ยนแปลงจากเดิมได้ ทั้งการเปลี่ยนไปในทางเดียวกัน และตรงกันข้ามกัน โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ เช่น การยินยอม การเลียนแบบ และความต้องการที่จะเปลี่ยน

การพัฒนาการตระหนักรู้และการเพิ่มพลังอำนาจสามารถส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติและลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁸⁻¹⁹ โดยการวิเคราะห์ห่อภิมานล่าสุดของ Thomas และคณะ²⁰ ยืนยันว่าโปรแกรมที่เน้นการพัฒนาทักษะและการตระหนักรู้มีประสิทธิภาพในการป้องกันการบริโภคสารเสพติดในวัยรุ่นมากกว่าโปรแกรมที่เน้นการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995)²¹ กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการพัฒนาคนและกลุ่มบุคคล โดยใช้กระบวนการที่เน้นให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพและความสามารถที่มีอยู่ในตัวตน อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดความตระหนักรู้ใน

ตนเองด้วย เนื่องจากความตระหนักรู้ในตนเองเป็นผลมาจากกระบวนการทางปัญญา เมื่อบุคคลได้เรียนรู้และถูกกระตุ้นผ่านกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอน ก็จะเกิดความรู้และนำไปสู่ความตระหนักรู้ในที่สุด อีกทั้งความตระหนักรู้ยังส่งผลต่อความสามารถในการรับรู้และเข้าใจความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อและทัศนคติ ซึ่งการพัฒนาการตระหนักรู้และการเพิ่มพลังอำนาจสามารถส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติและนำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้ แต่ละขั้นตอนมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความสามารถในการคิด วิเคราะห์ และควบคุมพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้พืชกระท่อมในวัยรุ่น การศึกษาของ Brito และคณะ²² และ Swift และคณะ²³ สนับสนุนว่ากระบวนการเพิ่มพลังอำนาจสามารถช่วยเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และความสามารถในการควบคุมตนเอง (self-regulation) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด

วัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้อยากลอง มีพฤติกรรมการเล่นแบบซึ่งเกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงที่ได้พบเห็นและเกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น ซึ่งเป็นสาเหตุการชักนำให้เกิดการใช้พืชกระท่อมได้ง่าย การที่เสริมสร้างพลังอำนาจให้วัยรุ่นมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อมจะช่วยให้วัยรุ่นเกิดกระบวนการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดด้วยตนเอง ก่อเกิดเป็นประสบการณ์ใหม่ที่จะนำไปสู่การเลือกแสดงพฤติกรรมที่ลดซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการใช้พืชกระท่อม และจากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่างานวิจัยที่ศึกษาในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กระท่อมในวัยรุ่น ยังไม่มีการเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อทัศนคติ

การใช้พืชกระท่อมของวัยรุ่น คณะผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อทัศนคติการใช้พืชกระท่อมของวัยรุ่น เพื่อสร้างความตระหนักรู้ความเข้าใจ และลดภาวะเสี่ยงจากการใช้กระท่อม ช่วยให้มีความรู้พฤติกรรมที่ดีขึ้นอันจะนำไปสู่การป้องกันปัญหาทั้งสุขภาพทางกายและใจ โดยเฉพาะปัญหาทางจิตที่เป็นผลมาจากการใช้พืชกระท่อม

จังหวัดอุบลราชธานี มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดต่อการใช้ใบกระท่อมผิดวัตถุประสงค์ ในช่วงปี พ.ศ. 2566–2567 อย่างไรก็ตามก็ยังพบว่า มีร้านค้าที่ลักลอบขายน้ำกระท่อมผสมยาอย่างต่อเนื่อง มีการบุกทลายร้านขายใบกระท่อมกลางเมืองอุบลราชธานี ที่ลักลอบจำหน่ายน้ำต้มใบกระท่อมผสมยาแก้ไอให้วัยรุ่นนำไปทำ “4x100” โดยยึดของกลางได้เป็นจำนวนมาก เช่น ยาแก้ไอ/ยาแก้แพ้จำนวนมาก นอกจากนี้ยังพบว่ามีกรจับกุมร้านน้ำกระท่อม เปิด 24 ชั่วโมงใกล้สถาบันการศึกษา ที่มีการขายน้ำต้มใบกระท่อมให้กลุ่มนักศึกษาและเยาวชน จึงล่อซื้อและเข้าจับกุม ยึดของกลางน้ำกระท่อมบรรจุขวดขนาด 1 ลิตรได้ 310 ขวด²⁴ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นการบ่งบอกถึงการแพร่กระจายของการใช้พืชกระท่อมในวัยรุ่นอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้งานวิจัยเชิงสำรวจในปี พ.ศ. 2565–2566 พบว่า มีร้านจำหน่ายพืชกระท่อมที่มีการจำหน่ายยากลุ่มเสี่ยง ถูกดำเนินคดีมากที่สุด ในอำเภอเมืองอุบลราชธานี 6 แห่ง (ร้อยละ 14.29) รองลงมาคืออำเภวารินชำราบ 3 แห่ง (ร้อยละ 7.14) และอำเภอเขมราฐกับอำเภอบุณฑริก อำเภอละ 1 แห่ง (ร้อยละ 2.38) โดยร้านเหล่านี้ตั้งอยู่ใกล้โรงเรียนถึงร้อยละ 66.67 ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ ทั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้ใช้ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลรัฐจากอาการไม่พึงประสงค์

หลังดื่มน้ำต้มกระท่อมร่วมกับยา Tramadol มีมากที่สุด (ร้อยละ 67.51) รองลงมาคือ Dextromethorphan (ร้อยละ 18.05) และ Diphenhydramine (ร้อยละ 14.44) โดยผู้ใช้ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นในพื้นที่อำเภอขนาดใหญ่ และอำเภอชายแดน จึงมีความจำเป็นต้องทำการศึกษาในครั้งนี้²⁵

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติการใช้พืชกระท่อม (ด้านการเห็นผลดีของการใช้กระท่อม ด้านความต้องการการใช้กระท่อม และด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงิน และครอบครัว) ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติการใช้พืชกระท่อม (ด้านการเห็นผลดีของการใช้กระท่อม ด้านความต้องการการใช้กระท่อม และด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงิน และครอบครัว) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใน ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง มีคะแนนทัศนคติการใช้พืชกระท่อม (ด้านการเห็นผลดีของการใช้กระท่อม ด้านความต้องการการใช้กระท่อม และด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงิน และครอบครัว) น้อยกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติการใช้พืชกระท่อม (ด้านการเห็นผลดีของ

การใช้กระท่อม ด้านความต้องการการใช้กระท่อม และด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงินและครอบครัว) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995)¹² ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการพัฒนาคน และกลุ่มบุคคล โดยใช้กระบวนการที่เน้นให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ใช้วิธีการสนทนา แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ร่วมกันระบุปัญหาของตนเอง วิเคราะห์สาเหตุความเป็นมาของปัญหา โดยใช้วิจารณ์ญาณในการมองภาพที่ต้องการและร่วมกันพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และลงมือปฏิบัติ (taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพและความสามารถที่มีอยู่ในตัวตน ส่งผลให้เกิดความตระหนักรู้ในตนเอง เนื่องจากความตระหนักรู้ในตนเองเป็นผลมาจากกระบวนการทางปัญญา เมื่อบุคคลได้เรียนรู้และถูกกระตุ้นผ่านกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอน จะเกิดความรู้และนำไปสู่ความตระหนักรู้ในที่สุด อีกทั้งความตระหนักรู้ยังส่งผลต่อความสามารถในการรับรู้และเข้าใจความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อและทัศนคติ ดังนั้นการพัฒนาการตระหนักรู้และการเพิ่มพลังอำนาจสามารถส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติและลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้ (Figure 1)

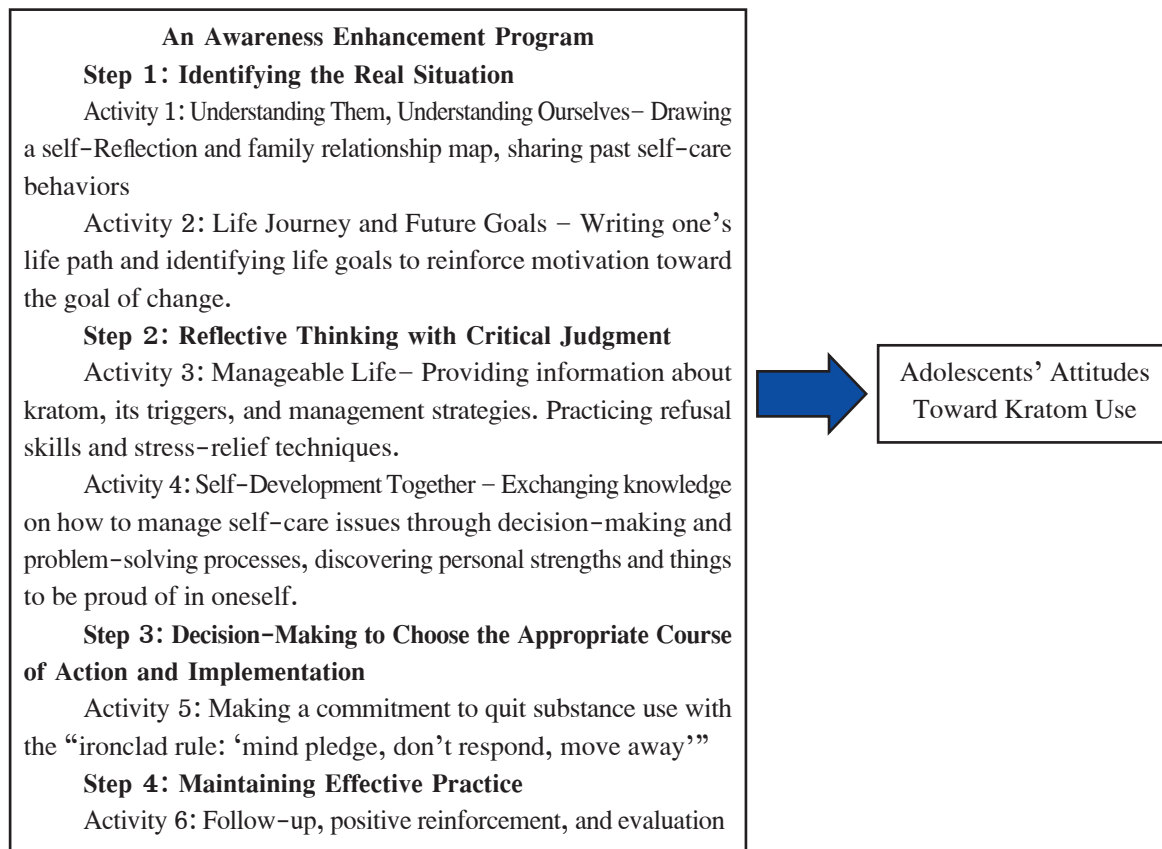


Figure 1 Conceptual framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลองชนิดสองกลุ่มวัดซ้ำ (Experimental design with two-group repeated measures)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นอายุ 10-15 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีการใช้พืชกระท่อม

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นอายุ 10-15 ปี โรงเรียนขยายโอกาสในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีการใช้พืชกระท่อม ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) มีการ

ใช้กระท่อมในปัจจุบัน 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีในปี พ.ศ. 2564-2567 3) เข้าใจภาษาไทยและสามารถตอบแบบสอบถามได้ 4) เป็นผู้ที่สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือตลอดการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกกิจกรรม 2) ไม่สามารถให้ข้อมูลการตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ และ 3) ปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรม

การกำหนดขนาดตัวอย่าง (sample size determination) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of the test) .85 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .005 และอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect size, $f = 0.25$)

ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 2 ทางวัดซ้ำ ได้กลุ่มตัวอย่าง 50 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานที่พักอาศัย เหตุผลการใช้กระท่อมครั้งแรก และระยะเวลาใช้กระท่อม จนถึงปัจจุบัน โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

1.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีต่อการใช้กระท่อม ที่นำมาจากของวิจัยของ กุสุมาลย์ น้อยผา และคณะ¹³ จำนวน 7 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist)

1.3 แบบประเมินทัศนคติต่อการใช้กระท่อม ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากงานของนิรันดร์ โชติวงกุล¹⁴ จำนวน 13 ข้อ มี 3 ด้าน คือ 1) ด้านการเห็นผลดีของการใช้กระท่อม จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านความต้องการการใช้กระท่อม จำนวน 3 ข้อ 3) ด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงิน ครอบครัว จำนวน 4 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยให้คะแนน 5,4,3,2,1 ตามลำดับ แปลผลโดยแบ่งช่วงค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีทัศนคติ

อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับน้อยที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อทัศนคติการใช้กระท่อมของวัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดการสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1995)¹² ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนรวม 6 กิจกรรมเป็นรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยขอให้ตัวอย่างกลุ่มทดลองวาดภาพสะท้อนตนเองและสัมพันธภาพในครอบครัว บอกเล่าพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผ่านมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มเพื่อทบทวนตนเอง และส่งเสริมความเข้าใจตนเองและครอบครัว ผ่านกิจกรรม “เข้าใจเขา เข้าใจเรา”

กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยขอให้ตัวอย่างกลุ่มทดลองเขียนเส้นทางชีวิตตนเองลงในกระดาษผ่านการวาดภาพถนนชีวิต ปลายเส้นทางให้ระบุเป้าหมายในชีวิต นำเสนอภายในกลุ่มและร่วมแลกเปลี่ยนกับสมาชิก ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกภายในกลุ่มได้พูดกระตุ้นกำลังใจซึ่งกันและกันในการบรรลุเป้าหมายของชีวิต ผ่านกิจกรรม “เสริมแรงจุดใจสู่เป้าหมายการเปลี่ยนแปลงเส้นทางชีวิต เป้าหมายในอนาคต”

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ

กิจกรรมที่ 3 ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อม ผลกระทบและการจัดการ การผ่อนคลายความเครียด ให้ข้อมูลเรื่องหลักการปฏิเสธหลังจากนั้นจำลองสถานการณ์ให้สมาชิกได้ฝึกทักษะการปฏิเสธ และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม ผ่านกิจกรรม “ชีวิตที่จัดการได้”

กิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยกระตุ้นให้ตัวอย่างกลุ่มทดลองได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงวิธีการจัดการกับปัญหาการดูแลตนเองตามกระบวนการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา กระตุ้นให้สมาชิกได้บอกเล่าและค้นหาข้อดีและสิ่งที่น่าภูมิใจในตนเอง ผ่านกิจกรรม “พัฒนานตนเองร่วมกัน”

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยขอให้ตัวอย่างกลุ่มทดลองให้คำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับการเลิกเสพยาพิษกระท่อมด้วยตนเองอย่างชัดเจนและมีความเป็นไปได้ ผ่านกิจกรรม ให้คำมั่นสัญญาการเลิกเสพยา ด้วยกฎเหล็ก “สัญญาใจ ไม่ตอบรับ ชัยบหนี”

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยติดตามกระตุ้นเสริมแรงบวก ติดตามประเมินผลการนำความรู้ และทักษะที่ได้รับจากการบำบัดตามโปรแกรมไปใช้ได้ ในสถานการณ์จริง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาจิตเวช และสุขภาพจิต 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาเด็ก และวัยรุ่น 1 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเท่ากับ .79 และโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักผู้ต่อต้านการใช้พืชกระท่อมของวัยรุ่นเท่ากับ .93 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้โปรแกรมกับวัยรุ่นอายุ 10-15 ปีที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบการนำโปรแกรมไปใช้

ด้านรูปแบบ เนื้อหา ระยะเวลา และความเหมาะสมของกิจกรรม ปรับปรุงให้มีความเหมาะสม พร้อมทั้งจัดทำคู่มือเพื่อนำไปใช้ในระยะทดลอง การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินทัศนคติต่อการใช้กระท่อมได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษารั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โครงการวิจัยตามเอกสารเลขที่ SSJ.UB 2567-97 (วันที่รับรอง 13 พฤษภาคม 2567 วันหมดอายุ 12 พฤษภาคม 2568) เมื่อผ่านการอนุมัติรับรอง ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการวิจัยโดยละเอียด พร้อมทั้งชี้แจงประโยชน์ของการวิจัย รวมถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ในขณะที่ยังเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวจากการวิจัยสามารถทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัยหรือเผยแพร่เป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจึงดำเนินการดังต่อไปนี้

1. **ขั้นเตรียมการวิจัย**

1.1 ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงเรียน และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ขั้นตอน วิธีการดำเนินการศึกษา และขอความร่วมมือผู้ประสานงานเพื่อให้ข้อมูลกับผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า

1.2 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของทีมวิจัยและผู้ช่วยวิจัยในด้านความรู้ และบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ในการศึกษาครั้งนี้ ทีมวิจัย 4 คนเป็นผู้ดำเนินการหลัก และมีผู้ช่วยวิจัย 2 คนที่เป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยชี้แจงความเป็นมา วัตถุประสงค์ของการวิจัย และรูปแบบโปรแกรม อธิบายกระบวนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้อง

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยให้ทราบ ซึ่งในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาเมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องการ

2.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างสนใจและยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมตนเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองกับกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมให้ความร่วมมือ โดยใช้แบบสอบถามเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน (pre-test)

2.3 ผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการทดลองตามกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมดำเนินการห่างกัน 3 วัน ใช้เวลา 60 นาทีต่อกิจกรรม

3. ขั้นตอนการดำเนินการหลังการวิจัย

3.1 ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินทัศนคติต่อการใช้พืชกระท่อม (post-test) และติดตามในระยะ 4 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรม

3.2 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ ก่อนบันทึกข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่ทัศนคติต่อการใช้พืชกระท่อม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 2 ทางวัดซ้ำ (Two -way ANOVA with Repeated measures) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ไม่มีการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น โดยการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบปกติ ความแปรปรวนและความแปรปรวนร่วมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (homogeneity of variance) และความสัมพันธ์ของตัวแปรที่วัดซ้ำไม่แตกต่างกัน และความแปรปรวนในการวัดซ้ำแต่ละครั้งไม่แตกต่างกัน (compound symmetry) ทดสอบด้วย Mauchly's test of Sphericity ไม่แตกต่างกัน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยสถิติ Bonferroni

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 12.68 (SD = 1.62) จำนวนสมาชิกในครอบครัวอาศัยอยู่ด้วยกันจำนวน 4-7 คน ทั้งหมดมีที่พักอาศัยเป็นบ้านของตนเอง เหตุผลที่เลือกใช้พืชกระท่อมครั้งแรกเกิดจากเพื่อนชักชวนร้อยละ 56 รองลงมาคืออยากลองดื่มด้วยตนเอง ร้อยละ 40 และคนในครอบครัวดื่มร้อยละ 12 ระยะเวลาที่ใช้พืชกระท่อม ใช้เป็นเวลา 1 ปี ร้อยละ 40 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ได้แก่ อายุ ($\chi^2 = 6.857$, $p = .231$) เพศ ($\chi^2 = 0.397$, $p = .754$) และระยะเวลาที่ใช้ฟิซกระท่อม ($\chi^2 = 11.010$, $p = .088$)

การใช้ฟิซกระท่อมครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่างพบว่า เริ่มใช้ครั้งแรกอยู่ในช่วงอายุเฉลี่ย 13.68 (SD = 8.76) รูปแบบที่ใช้ฟิซกระท่อมแบบน้ำสักด ร้อยละ 52 ความถี่ใช้ฟิซกระท่อม วันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 92 ความต่อเนื่องของการใช้ฟิซกระท่อม 3 วัน /สัปดาห์ ร้อยละ 72 แหล่งที่มาของฟิซกระท่อมที่นำมาใช้ได้มาจากการซื้อด้วยตนเอง ร้อยละ 60 สิ่งที่เหมาะสมลงในน้ำฟิซกระท่อม ใช้น้ำเกลือ และน้ำอิตลม ร้อยละ 82 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลพฤติกรรมการใช้ฟิซกระท่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุที่เริ่มใช้ ($\chi^2 = 2.409$, $p = .492$) รูปแบบที่ใช้ ($\chi^2 = 4.883$, $p = .181$) ความถี่ที่ใช้ ($\chi^2 = 1.030$, $p = .597$) และปริมาณที่ใช้ ($\chi^2 = 3.270$, $p = .352$)

ทัศนคติต่อการใช้ฟิซกระท่อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล จำแนกตามรายด้าน ด้านการเห็นผลดีจากการใช้กระท่อม ด้านผลกระทบต่อการร่างกาย การเงินของครอบครัว ด้านความต้องการใช้ฟิซกระท่อม ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน 2 ทางแบบวัดซ้ำ พบว่า ทัศนคติด้านเห็นผลดีการใช้ฟิซกระท่อม ก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($F=45.321$, $p<.001$) โดยมีขนาดอิทธิพล (Partial η^2) เท่ากับ 0.439 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาและโปรแกรมมีผลต่อด้านเห็นผลดีการใช้ฟิซกระท่อมมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=26.117$, $p<.001$) และเมื่อวิเคราะห์ผลระหว่างกลุ่มพบว่าทัศนคติด้านเห็นผลดีการใช้ฟิซกระท่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=18.254$, $p<.001$) ด้านผลกระทบต่อการร่างกาย การเงิน ครอบครัว พบว่า ก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=38.652$, $p<.001$) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาและโปรแกรมมีผลต่อผลกระทบต่อการร่างกาย การเงิน ครอบครัว มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=30.675$, $p<.001$) และเมื่อวิเคราะห์ผลระหว่างกลุ่มพบว่าผลกระทบต่อการร่างกาย การเงิน ครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=22.485$, $p<.001$) และด้านความต้องการใช้ฟิซกระท่อมพบว่า ก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=42.108$, $p<.001$) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาและโปรแกรมมีผลต่อความต้องการใช้ฟิซกระท่อม มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=33.177$, $p<.001$) และเมื่อวิเคราะห์ผลระหว่างกลุ่มพบว่าความต้องการใช้ฟิซกระท่อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=24.356$, $p<.001$) (Table 1)

Table 1 Two-way ANOVA with repeated measures analysis of attitude toward Kratom use (n=50)

Source of Variation	SS	df	MS	F	p	Partial η^2
Perceived benefits of Kratom use						
Within group						
Time	2.850	2	1.425	45.321	<.001	0.439
Group*Time	1.642	2	0.821	26.117	<.001	0.311
Error	3.644	116	0.031			
Between group						
Group	1.485	1	1.485	18.254	<.001	0.239
Error	4.720	58	0.081			
Impacts on physical health, finances, and family						
Within group						
Time	8.974	2	4.487	38.652	<.001	0.400
Group*Time	7.123	2	3.562	30.675	<.001	0.346
Error	13.470	116	0.116			
Between group						
Group	5.894	1	5.894	22.485	<.001	0.279
Error	15.207	58	0.262			
Desire for Kratom use						
Within group						
Time	3.156	2	1.578	42.108	<.001	0.421
Group*Time	2.485	2	1.243	33.177	<.001	0.364
Error	4.348	116	0.037			
Between group						
Group	2.789	1	2.789	24.356	<.001	0.296
Error	6.638	58	0.114			

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยการทดสอบ Bonferroni พบว่า ทัศนคติด้านการเห็นผลดีการใช้พืชกระท่อม ก่อนทดลองและระยะสิ้นสุดการทดลองที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ก่อนการทดลองและระยะติดตามผลมีความแตกต่างกัน ($p<.001$) แต่ระยะหลังการทดลองที่กับระยะติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงิน ครอบครัว ก่อนทดลองและระยะสิ้นสุดการทดลองที่มีความแตกต่างกัน ($p<.001$) ก่อนการทดลองและระยะติดตาม

ผลความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และระยะหลังการทดลองที่กับระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ด้านความต้องการใช้พืชกระท่อมก่อนทดลองและระยะสิ้นสุดการทดลองที่มีความแตกต่างกัน ($p<.001$) ก่อนการทดลองและระยะติดตามผลมีความแตกต่างกัน ($p<.001$) และระยะหลังการทดลองที่กับระยะติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 2, Figure 1–3)

Table 2 Multiple comparison of attitude toward Kratom use using Bonferroni

Time (I)	Time (J)	Mean difference (I-J)	SE	p
Perceived benefits of Kratom use				
Before	After	0.540	0.089	<.001
Before	Follow up	0.750	0.093	<.001
After	Follow up	0.210	0.067	.008
Impacts on physical health, finances, and family				
Before	After	-0.530	0.142	<.001
Before	Follow up	-1.270	0.148	<.001
After	Follow up	-0.740	0.134	<.001
Desire for Kratom use				
Before	After	0.460	0.125	<.001
Before	Follow up	0.790	0.131	<.001
After	Follow up	0.330	0.108	.009

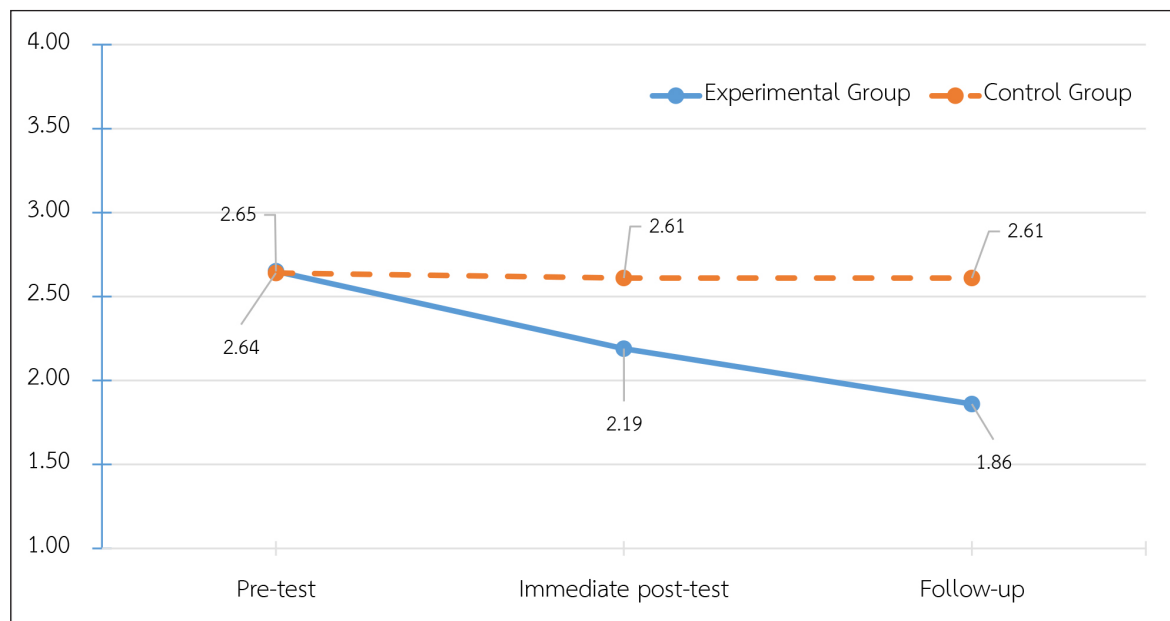


Figure 1 Changes in perceived benefits of Kratom use

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อทัศนคติการใช้พืชกระท่อมของวัยรุ่น

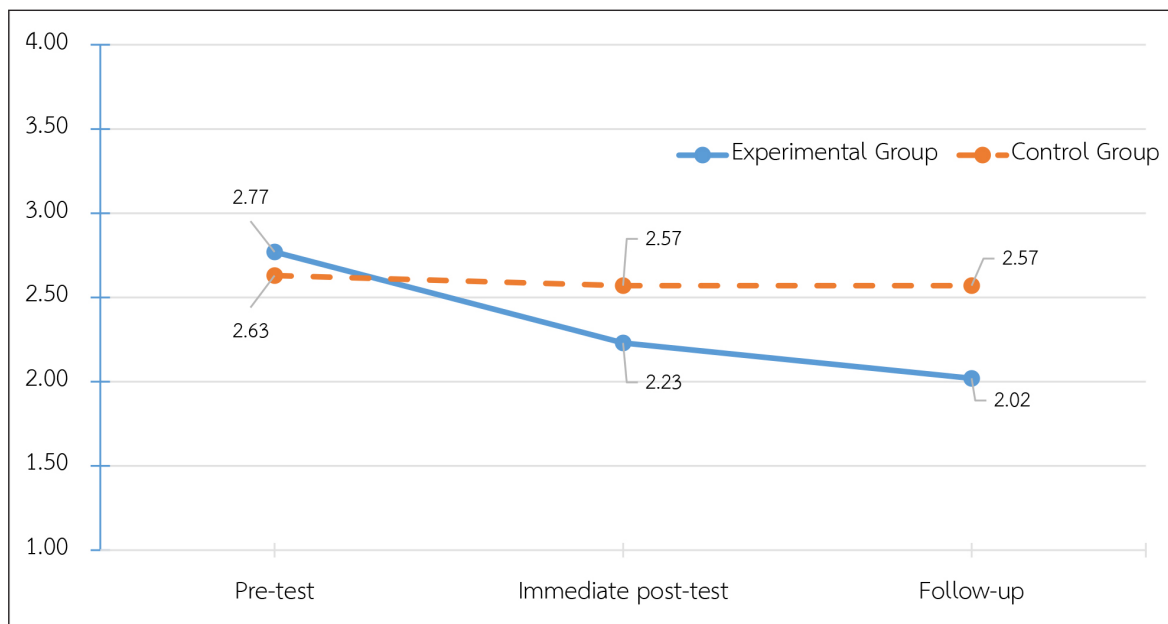


Figure 2 Changes in impacts on physical health, finances, and family

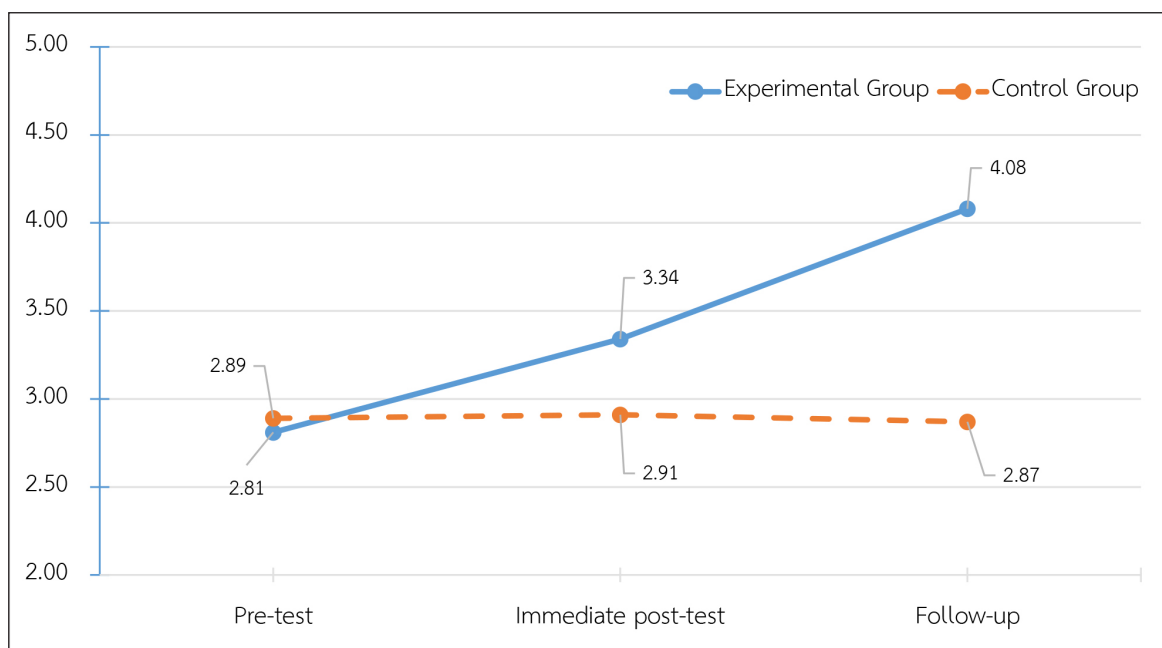


Figure 3 Changes in desire for Kratom use

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า คะแนนทัศนคติต่อการใช้พืชกระท่อม ด้านการเห็นผลดีจากการใช้พืชกระท่อมในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับหลังการทดลองและติดตามผล ในขณะที่ค่าเฉลี่ยหลังการทดลองและติดตามผลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อทัศนคติการใช้พืชกระท่อมของวัยรุ่นตามแนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson)¹² มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนการรับรู้ของวัยรุ่นเกี่ยวกับผลดีจากการใช้พืชกระท่อม และผลการเปลี่ยนแปลงนี้ยังคงอยู่ต่อเนื่องจนถึงระยะติดตามผล

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายได้จากกระบวนการของโปรแกรมฯ โดยเฉพาะในขั้นตอนที่ 1: การค้นพบสถานการณ์จริง (กิจกรรม “เข้าใจเขา เข้าใจเรา” และ “เส้นทางชีวิตเป้าหมายในอนาคต”) ซึ่งเปิดโอกาสให้วัยรุ่นสำรวจและเข้าใจตัวเอง รวมถึงบริบทครอบครัวและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ส่งผลต่อทัศนคติ ต่อเนื่องด้วย ขั้นตอนที่ 2: การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (กิจกรรม “ชีวิตที่จัดการได้” และ “พัฒนาตนเองร่วมกัน”) ซึ่งช่วยให้วัยรุ่นได้ตั้งคำถามกับความเชื่อเดิมเกี่ยวกับพืชกระท่อม ผ่านการให้ข้อมูลความรู้ และการฝึกคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cruz, Emery และ Turkheimer¹⁸ และ Fadu และคณะ¹⁹ พบว่า การพัฒนาการตระหนักรู้และการเพิ่มพลังอำนาจสามารถส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติและลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ การที่ค่าเฉลี่ยหลังการทดลองและติดตามผลไม่มีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกิจกรรมขั้นตอนที่ 3: การตัดสินใจ

เลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (กิจกรรม “ให้คำมั่นสัญญาเลิกเสพยา ด้วยกฎเหล็ก ‘สัญญาใจไม่ตอบรับ ชัยบ่หนี’”) และ ขั้นตอนที่ 4: การคงไว้ ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (กิจกรรม “การติดตามกระตุ้นเดิม และเสริมแรงบวก”) ที่ช่วยเสริมสร้างความยั่งยืนของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Ojonuba, Rahman, Zaremohzzabieh, and Zulkefli (2022)²⁶ พบว่า โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment Education Intervention) มีผลทำให้ทัศนคติเชิงบวกต่อยาเสพติดของวัยรุ่นลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเปลี่ยนแปลงนี้ยังคงอยู่ในช่วงติดตามผล 3 เดือน

ในด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงิน ครอบครัว พบว่าค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองไม่แตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แตกต่างจากระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยหลังการทดลองมีความแตกต่างจากระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากการรับรู้ผลกระทบจากพืชกระท่อมในกลุ่มวัยรุ่นต้องอาศัยเวลาในการคิด ทบทวน และประมวลผลด้วยตนเอง การเปลี่ยนแปลงทัศนคติจึงเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป

สำหรับด้านความต้องการใช้พืชกระท่อมนั้น พบว่าค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองไม่แตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แตกต่างจากการติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยหลังการทดลองไม่แตกต่างจากระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทัศนคติด้านความต้องการใช้พืชกระท่อมเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยภายหลังการทดลอง และเปลี่ยนแปลงชัดเจนมากขึ้นในระยะติดตามผล ซึ่งเมื่อพิจารณาจากกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ

เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ของโปรแกรม ที่วัยรุ่นจะให้คำมั่นสัญญาในการเลิกใช้พืชกระท่อมด้วยตนเอง และนำสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง โดยมีการติดตามกระตุ้นและเสริมแรงทางบวกจากผู้บำบัด โดยเฉพาะในขั้นตอนที่ 3 วัยรุ่นจะมีโอกาสฝึกตัดสินใจและพัฒนาทางเลือกที่สอดคล้องกับเป้าหมายชีวิตของตนเอง ซึ่งตามแนวคิดของกิบสันระยะนี้ต้องใช้เวลาและความพยายามอย่างมาก เนื่องจากต้องเผชิญกับความไม่แน่ใจ การต่อต้านหรือความกดดันจากสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลรอบข้าง รวมทั้งความล้มเหลวในระหว่างเรียนรู้ทักษะใหม่ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติด้านความต้องการใช้พืชกระท่อมจึงอาจต้องใช้เวลานานกว่าการเปลี่ยนแปลงด้านอื่น แต่หากวัยรุ่นสามารถก้าวผ่านขั้นตอนนี้ไปได้ ก็จะเป็นรากฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนได้ ซึ่งสอดคล้องการศึกษาที่ผ่านมา^{22,23} ที่สนับสนุนว่ากระบวนการเพิ่มพลังอำนาจสามารถช่วยเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และความสามารถในการควบคุมตนเอง (self-regulation) เป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด รวมถึงจากการศึกษาของ Kocak และ Ozcan (2022)²⁷ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ วัยรุ่นมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการปกป้องตนเองจากการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคงอยู่ในระยะติดตามผล

ข้อจำกัดของการศึกษา

งานวิจัยครั้งนี้ศึกษาที่โรงเรียนขยายโอกาสเพียงแห่งเดียว อาจมีโอกาสเกิดการปนเปื้อนข้าม (cross contamination) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อทัศนคติการใช้พืชกระท่อมของวัยรุ่น ส่งผลให้วัยรุ่นที่ใช้พืชกระท่อมได้ตระหนักถึงข้อเสียและผลกระทบการใช้พืชกระท่อม ปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการใช้พืชกระท่อมได้ บุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดชนิดอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และควรส่งเสริมการตระหนักรู้ถึงข้อเสียและผลกระทบการใช้พืชกระท่อมให้กับครอบครัวเพื่อป้องกันการบริโภคในครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ และบุคลากรทุกท่าน รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ช่วยทำให้ผลงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

Declaration Statements

Conflict of Interest: No

Author Contribution: **Buppha Jaimun:** Conceptualization, Methodology, Project administration, Data curation, Manuscript writing and editing, Final draft approval; **Pitchayanika Chuakan:** Conceptualization, Methodology, Project administration, Data curation, Manuscript writing and editing, Final draft approval; **Kedsaraporn Kenbubpha:** Conceptualization, Manuscript writing, Final draft approval; **Papada Noywong:** Conceptualization, Data curation, Manuscript writing, Final draft approval; **Wichittra Chitrak** Conceptualization, Data curation, Manuscript writing, Final draft approval

AI Use Disclosure: The authors only use AI assistance for editing purposes.

References

- Grundmann R. The problem of expertise in knowledge societies. *Minerva*. 2017;55(1):25–48. <https://doi.org/10.1007/s11024-016-9308-7>
- Kruegel AC, Grundmann O. The medicinal chemistry and neuropharmacology of kratom: a preliminary discussion of a promising medicinal plant and analysis of its potential for abuse. *Neuropharmacology*. 2018;134:108–20. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2017.08.026> Epub 2017 Aug 19. PMID: 28830758
- Sharma V, Cottler LB, Bares CB, Lopez-Quintero C. Kratom use among U.S. adolescents: analyses of the 2019 national survey on drug use and health. *J Adolesc Health*. 2022;70(4):677–681. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.10.009> Epub 2021 Nov 23. PMID: 34836801
- Khalid K, Ku Md Saad S, Soelar SA, Mohamed Yusof Z, Warijo O. Exploring adolescents' practice and perspective on the use and misuse of kratom in northwest Malaysia. *J Ethn Subst Abuse*. 2023;22(1):121–132. <https://doi.org/10.1080/15332640.2021.1906816> Epub 2021 Mar 30. PMID: 33784945
- Krathom Plants Act, 2565 BE (2022 CE). Government Gazette. 2022;139(52ก):1–14. (in Thai)
- Thepthien BO, Jayasvasti I, Ham E. The prevalence of kratom use and association with co-occurring substance use among adolescents: a 2022 Bangkok behavioral surveillance survey, Thailand. *J Ethn Subst Abuse*. 2024; 20:1–15. <https://doi.org/10.1080/15332640.2024.2367233> Epub ahead of print. PMID: 38900672
- Chodchoy Ph, Sinchai Th. The study of patterns of kratom abuses ang manner of death in Thai cadavers from Institute of Forensic Medication (IFM) in Thailand. *Journal of Criminology and Forensic Science*. 2021;7(1):151–162. Available from: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/forensic/article/view/245736> (in Thai)
- Singh, D., Narayanan, S., Müller, C. P., Vicknasingam, B., Yücel, M., Ho, E. T. W., Hassan, Z., & Mansor, S. M. Long-term cognitive effects of kratom (*Mitragyna speciosa* Korth.) use. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2019;51(1):19–27. <https://doi.org/10.1080/02791072.2018.1555345> Epub 2018 Dec 15. PMID: 30556488
- Zul Aznal, A. N., Mohamad Nor Hazalin, N. A., Hassan, Z., Mat, N. H., Chear, N. J. Y., Teh, L. K., Salleh, M. Z., & Suhaimi, F. W. Adolescent kratom exposure affects cognitive behaviours and brain metabolite profiles in Sprague–Dawley rats. *Frontiers in Pharmacology*. 2022; 13:1057423. <https://doi.org/10.3389/fphar.2022.1057423> PMID: 36518677
- Grundmann, O., Veltri, C. A., Morcos, S., Smith, K. E., Singh, D., Corazza, O., Cinosi, E., Martinotti, G., Walsh, Z., & Swogger, M. T. Correlations of kratom (*Mitragyna speciosa* Korth.) use behavior and psychiatric conditions from a cross–sectional survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2023. <https://doi.org/10.1037/pha0000632> Epub 2023 Jan 12. PMID: 36634016
- Bachu, A., Singal, P., Griffin, B., Harbaugh, L., Prasad, S., jain, lakshita, Mohiuddin, S., Papudesi, B. N., Nagi, T., Youssef, N. A., Chopra, A., & Ahmed, S. Kratom use and mental health: a systematic literature review and case example. *Journal of Addictive Diseases*. 2023; 1–12 <https://doi.org/10.1080/10550887.2023.2273192>. Epub 2023 Nov 9. PMID: 37942896

12. Thepthien, B., Jayasvasti, I., & Ham, E. The prevalence of kratom use and association with co-occurring substance use among adolescents: a 2022 bangkok behavioral surveillance survey, Thailand. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*. 2024;1–15. <https://doi.org/10.1080/15332640.2024.2367233> Epub ahead of print. PMID: 38900672
13. Kamaludin, N. N., Noor, M. A., Muhamad, R., Yudin, Z. M., & Naw, N. I. M. Kratom dependence in adolescents: Is methadone a lifesaver? *Bangladesh Journal of Medical Science*. 2021;20(3):673–677. <https://doi.org/10.3329/BJMS.V20I3.52816>
14. Bunsupa S. Kratom: A plant that everyone wants to know [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 5]. <https://www.pharmacy.mahidol.ac.th/knowledge/files/0354.pdf> (in Thai)
15. Charoenratana S, Anukul C, Aramrattan A. Attitudes towards Kratom use, decriminalization, and the development of a community-based Kratom control mechanism in Southern Thailand. *Int J Drug Policy*. 2021; 95:103197. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103197> Epub 2021 May 12. PMID: 33991888
16. Lekwijit, S., Damrongwatana, J., Onchan, P., & Prathum, B. (2020). Behaviors of youth addicted to kratom juice: A case study of a group of youths in Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Social Sciences Development*, 3(1), 16–29. <https://so07.tci-thaijo.org/index.php/JSSD/article/view/143> (in Thai)
17. Warasin Y, Nirarat S, Sukarun W. The effect of integrated group counseling on attitude change toward kratom use among university students. In: *The 9th National Research Conference of Sukhothai Thammathirat Open University*; 2019 Nov 29; Sukhothai Thammathirat Open University. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2019. <https://shorturl.asia/v2Xui> (in Thai)
18. Cruz, J. E., Emery, R. E., & Turkheimer, E. Peer network influences on adolescent substance use: a systematic review of ecological momentary assessment studies. *Psychological Bulletin*. 2022; 148(3–4):233–57. <https://doi.org/10.1037/bul0000356>
19. Fatus, M. C., Squeglia, L. M., Valadez, E. A., Tomko, R. L., Bryant, B. E., & Gray, K. M. Adolescent substance use disorder treatment: current evidence and future directions. *Current Psychiatry Reports*. 2022;24(2): 99–107. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01316-5>
20. Thomas, R. F., McLellan, J., & Pereira, R. Effectiveness of school-based skills-training interventions for the prevention of adolescent substance use: a meta-analysis. *Prevention Science*. 2021;22(4):496–517. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01195-3>
21. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *J Adv Nurs*. 1995;21(6): 1201–10.
22. Brito, A. L., McCutcheon, K., & Reynolds, F. Empowerment-based interventions for youth: a meta-analysis of intervention effectiveness. *Journal of Community Psychology*. 2022;50(3):1103–22. <https://doi.org/10.1002/jcop.22722>
23. Swift, S. L., Katitja, H. T., Jones, M. F., & Guerrero, A. P. S. Cultural adaptations of empowerment interventions for youth substance abuse prevention: a systematic review. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 2022;28(2):170–83. <https://doi.org/10.1037/cdp0000476>
24. Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office. Report on the Sustainable Subdistrict Project and the Drug Use Situation in Ubon Ratchathani Province, Fiscal Year 2023. Ubon Ratchathani: Ministry of Public Health; 2024.
25. Thongthai K. The problem of using high-risk medications in kratom-selling shops in Ubon Ratchathani Province. *J Healthc Pharm Pract*. 2004; 4(1):284–95. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JOHCP/article/view/266864/184148>

26. Ojonuba HS, Abdul Rahman H, Zaremohzzabieh Z, Mohd Zulkefli NA. The Effectiveness of an Empowerment Education Intervention for Substance Use Reduction among Inner-City Adolescents in Nigeria. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb 20;20(4):3731. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043731> PMID: 36834427
27. Kocak Uyaroglu, A., & Ozcan, A. (2022). The effect of empowerment training in protecting adolescents from substance abuse on self-efficacy, self-esteem, and assertiveness levels. *addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 9(3), 269–276. <https://doi.org/10.5152/ADDICTA.2022.22007>

การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด

พิชชาอร นามเพ็ง พย.บ.¹

วุฒิชัย สมกิจ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)²

บทคัดย่อขยาย

บทนำ โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะฟื้นฟูที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู จึงมีความสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและยังเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลอีกด้วย

วัตถุประสงค์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด และ 2) ทดสอบการใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โดยเปรียบเทียบสมรรถนะทางการพยาบาล และการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างก่อนกับหลังการใช้รูปแบบฯ

การออกแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีเชิงระบบ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต รวมถึงข้อมูลป้อนกลับเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินการวิจัย การวิจัยและพัฒนาแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการการพัฒนา ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลฯ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ระยะที่ 3 นำรูปแบบการดูแลฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล และระยะที่ 4 ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างในการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้รูปแบบ จำนวน 40 คน และกลุ่มหลังใช้รูปแบบ 40 คน และ 2) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 คน ที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .95 2) แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม 3) แบบประเมินโครงสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู 4) แบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .98 5) แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .96 6) แบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด

² ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก E-mail: copywuttichai@gmail.com

เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .95 มีค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 และ 7) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .98 มีค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 ตามลำดับ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึง เดือนพฤษภาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกแบบพหุ การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบวิลคอกซัน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ (1) ปัจจัยนำเข้าที่สำคัญ ได้แก่ การดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ นโยบายและแผนการดูแล บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ดูแลสมรรถนะทางการพยาบาล และการสนับสนุนที่เอื้อต่อระบบการดูแล (2) กระบวนการ เป็นการดำเนินการตามกรอบ T-K-L-H ประกอบด้วย T การจัดตั้งทีมและกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน K การส่งเสริมความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง L การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยใช้เครือข่ายสหสาขาวิชาชีพ และ H การติดตามประเมินผลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังจำหน่ายกลับบ้านอย่างต่อเนื่อง และ (3) ผลลัพธ์ เป็นการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการให้การดูแลเพื่อประเมินโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู หลังการใช้รูปแบบพบว่า อัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบลดลง (จาก 23.07 เป็น 5.76 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอนโรงพยาบาล, $p < .001$) อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะลดลง (จาก 9.61 เป็น 1.92 ครั้ง ต่อ 1,000 วันใส่สายสวนปัสสาวะ, $p < .001$) อัตราการเกิดแผลกดทับลดลง (จาก 17.30 เป็น 3.84 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอนโรงพยาบาล, $p < .001$) เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมพบว่า ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูลดลง (จาก 26 เป็น 6 ครั้ง, $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) พยาบาลวิชาชีพทุกคน ปฏิบัติตามรูปแบบที่กำหนด ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อคุณภาพของรูปแบบฯ ในระดับดี (ร้อยละ 71.42) และมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ อยู่ในระดับมาก ($M = 4.43$, $SD = 0.48$)

ข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง ควรกำหนดให้รูปแบบฯ นี้ เป็นแนวทางหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู และจัดทำระบบการติดตามเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาว รวมทั้งการทดสอบประสิทธิผลของการใช้รูปแบบฯ โดยการออกแบบวิจัยเชิงทดลองอย่างเต็มรูปแบบ โรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงสามารถนำรูปแบบฯ นี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ให้สอดคล้องตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในระบบสุขภาพ

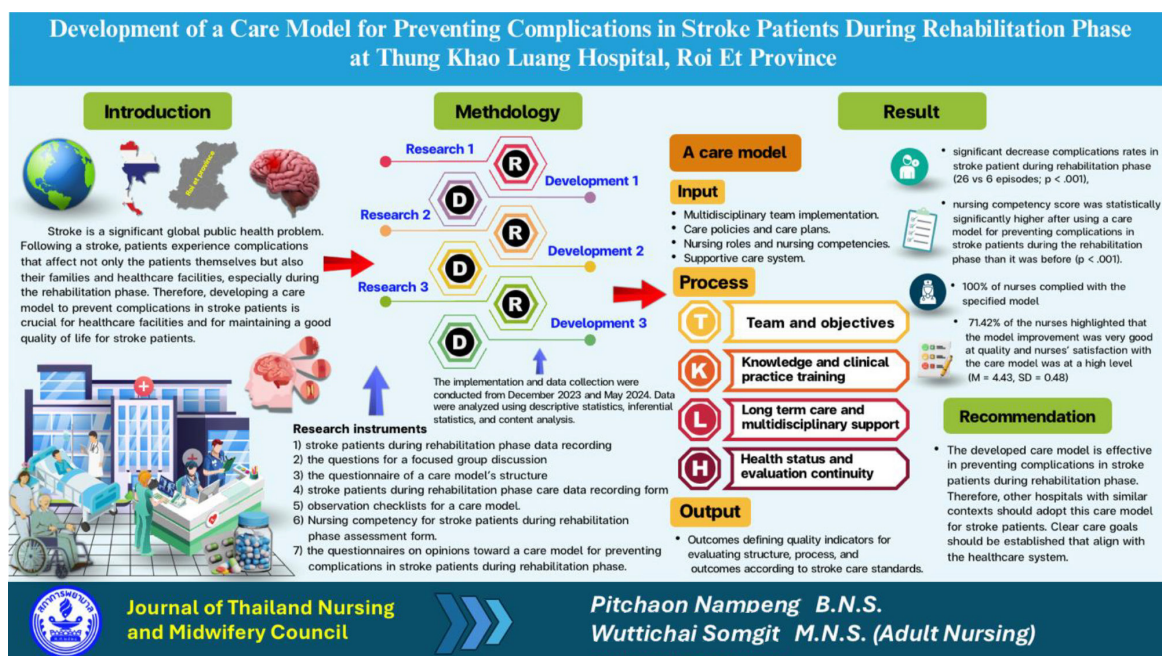
คำสำคัญ รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ภาวะแทรกซ้อน
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

วันที่ได้รับ 7 ธ.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 23 มิ.ย. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 23 มิ.ย. 68

Development of a Care Model for Preventing Complications in Stroke Patients During Rehabilitation Phase at Thung Khao Luang Hospital, Roi Et Province

Pitchaon Nampeng B.N.S.¹

Wuttichai Somgit M.N.S. (Adult Nursing)²



Extended Abstract

Introduction Stroke is a major global public health problem with substantial impacts on families and health service systems. These challenges are particularly evident during the rehabilitation phase, when stroke patients are vulnerable to developing complications. Therefore, the development of a care model aimed at preventing complications in stroke patients during rehabilitation is crucial for preventing such complications, maintaining a good quality of life for stroke patients, and enhancing the overall quality of hospital services.

Objectives This study aims to 1) develop a care model for preventing complications in stroke patients during the rehabilitation phase at Thung Khao Luang Hospital, Roi Et Province, and 2) test the effects of a care model for preventing complications in stroke patients during the rehabilitation phase by comparing nursing competencies and the incidence of complications before and after the implementation of the model.

Design This study employs Research and Development (R & D), applying systems theory which includes input, process, and output, as well as feedback mechanisms to facilitate continuous improvement.

¹ Registered Nurse, Professional Level Nursing, Services Organization, Thung Khoa Luang Hospital, Roi-et Province, Thailand

² Corresponding author, Lecturer, Adult and Gerontological Nursing Division, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Prabormarajchanok Institute, Roi-et Province, Thailand; E-mail: copywuttichai@gmail.com

Methodology This R & D consists of 4 phases. Phase 1 involved an in-depth exploration of the current situation, identifying existing problems and assessing the needs for model development. Phase 2 focused on the design and development of the care model, which was carried out through three sub-stages to ensure a comprehensive and contextually appropriate framework. Phase 3 entailed the implementation of the developed model in a clinical setting to assess its effectiveness in real-world practice. Phase 4 consisted of a thorough evaluation of the model, including refinement and validation to confirm its quality and applicability. To test the effectiveness of the model, purposive sampling was employed to select the study participants. The sample included two groups of stroke patients in the rehabilitation phase: 40 patients who received standard care prior to the implementation of the model, and 40 patients who received care under the newly developed model. Additionally, seven professional nurses working in the inpatient ward at Thung Khao Luang Hospital participated in the study. Research instruments include 1) a stroke rehabilitation data recording form with a content validity index (CVI) = .95, 2) semi-structured interview guidelines for focus group discussions, 3) a structural evaluation form for the care model, 4) a care documentation form for stroke rehabilitation (CVI = .98), 5) an adherence assessment form for the care model (CVI = .96), 6) a nursing competency evaluation form specific to stroke rehabilitation care (CVI = .95; Cronbach's alpha coefficient = .80), and 7) a questionnaire assessing opinions toward the care model (CVI = .98; Cronbach's alpha coefficient = .82). The implementation and data collection were conducted from December 2023 and May 2024. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, multiple logistic regression, Chi-square test, and Wilcoxon signed-rank test. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Results The care model for preventing complications in stroke patients during the rehabilitation phase at Thung Khao Luang Hospital, Roi-Et Province, consists of 3 main components: (1) Key inputs, including multidisciplinary team implementation, institutional policies, and care plans, the defined roles and responsibilities of nurses, nursing competencies, and supportive systems that facilitate effective care delivery, (2) Process, which is guided by the T-K-L-H framework: T: Team and objectives for care implementation, K: Knowledge and clinical practice training in stroke care, L: Long term care and multidisciplinary support, and H: Health status monitoring and evaluation continuity, and (3) Outcomes, which are measured using quality indicators to assess the structure, process, and results in accordance with standards for stroke rehabilitation care. After implementing the model, significant improvements were observed. The incidence of pneumonia decreased markedly (from 23.07 to 5.76 episodes per 1,000 hospital days; $p < .001$). Similarly, the incidence of urinary tract infections declined (from 9.61 to 1.92 episodes per 1,000 urinary catheter days; $p < .001$), and the occurrence of pressure ulcers was reduced (from 17.30 to 3.84 episodes per 1,000 hospital days; $p < .001$). Overall, the total number of complications among stroke patients in the rehabilitation phase significantly decreased (from 26 to 6 episodes; $p < .001$). In addition, professional nurses demonstrated significantly higher average scores in nursing competency related to stroke rehabilitation care after the model was implemented ($p < .001$). All participating nurses adhered to the care model, and 71.42% rated the quality of the model as good. The average satisfaction for the care model was high ($M = 4.43$, $SD = 0.48$).

Recommendation Thung Khao Luang Hospital should adopt this care model as a primary guideline for managing stroke patients during the rehabilitation phase. Furthermore, a monitoring system should be established to evaluate the long-term sustainability of the outcomes. The effectiveness of the model should be tested through an experimental research with full-scale implementation. Hospitals with similar contextual settings are encouraged to implement this model in their stroke rehabilitation care practices. It is also recommended that care goals for stroke patients be aligned with the broader healthcare system to ensure consistency and integration across services.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(3) 448-470

Keywords care model/ rehabilitation phase stroke patients/ complications/ complication prevention

Received 7 December 2024, Revised 23 June 2025, Accepted 23 June 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย โดยเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการ โดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมากกว่า 101 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน¹ โดยอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอายุและมีแนวโน้มเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ การดื่มแอลกอฮอล์และโรคหลอดเลือดหัวใจ² สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในประเทศไทยทั้ง 13 เขตสุขภาพ ปี พ.ศ. 2560-2565 ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 278.49, 303.20, 318.89, 328.01, 330.22 และ 330.72 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ³ เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย รวมถึงเกิดผลกระทบต่อครอบครัว และสถานพยาบาล ได้แก่ 1) ผลกระทบทางด้านร่างกายผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยบางรายที่รอดชีวิตจะเกิดความพิการชั่วคราวหรือทุพพลภาพถาวร ร้อยละ 20.7-30.00² เกิดภาวะแทรกซ้อน อาทิ ด้านการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ² เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ⁴ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งพบได้ตั้งแต่ระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล^{4,5,6} เกิดแผลกดทับในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งพบได้ตั้งแต่ระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล⁷ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการทากิจวัตรประจำวันที่บกพร่อง อันเนื่องมาจากภาวะข้อติด กล้ามเนื้อลีบ และการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ^{5,8} และ 2) ผลกระทบทางด้านจิตใจ ซึ่งสามารถพบได้ในช่วงระยะ 6 เดือน

ถึง 2 ปีแรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง⁹ ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยตลอดจนคุณภาพชีวิตที่ลดลง ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลงจากการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น¹⁰ และเกิดการเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ใหม่ที่มีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว⁹

จากข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 13 เขตสุขภาพของประเทศไทย พบองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 องค์ประกอบหลัก¹¹ ได้แก่ 1) ความพร้อมด้านบุคลากร 2) นโยบายของโรงพยาบาล และ 3) นโยบายของเขตสุขภาพ ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่แรกรับจนถึงการดูแลหลังจำหน่ายกลับบ้าน จำเป็นต้องมีการทำงานประสานกันในทุกด้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน อันนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพการพยาบาลและคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย¹¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู (rehabilitation phase) หรือระยะกลาง (intermediate care; IMC) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพหลังผ่านพ้นภาวะวิกฤต โดยผู้ป่วยจะมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่าสมรรถภาพร่างกายจะฟื้นกลับมาใกล้เคียงกับภาวะปกติ อันเป็นการลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ และกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถือเป็น 1 ใน 3 ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญในการดูแลระยะฟื้นฟูหรือระยะกลาง¹²

โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง เป็นโรงพยาบาล ทุติยภูมิขนาดเล็ก ที่เปิดให้บริการในด้านการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา จากการทบทวนสถิติการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง พบอุบัติการณ์ต่าง ๆ ได้แก่ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในระหว่างการนอนพักรักษาตัว เช่น เกิดภาวะปอดอักเสบ ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ เป็นผลให้ผู้ป่วยมีอาการแย่งระหว่างนอนพักรักษาตัว และพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (recurrent stroke) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วย กลับมารักษาซ้ำ¹³ และข้อมูลจากการสังเกตการปฏิบัติงาน ของพยาบาลผู้ดูแล ร่วมกับการสัมภาษณ์พยาบาลที่ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู พบว่า 1) แม้กลุ่มการพยาบาลได้มีการถ่ายทอดนโยบายใน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้พยาบาลทุกคน นำไปปฏิบัติ แต่กระบวนการดังกล่าวยังไม่สามารถ สร้างความรู้ ความเข้าใจและพัฒนาทักษะที่จำเป็นแก่ พยาบาลทุกคนให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ 2) การ มอบหมายงาน นิเทศ กำกับและติดตามจากผู้บริหาร ทางการพยาบาลและ/หรือพยาบาลหัวหน้าทีมยังไม่เป็น ลำดับขั้นตอนตามที่กำหนด ขอบเขตการบริการพยาบาล ไม่ชัดเจน รวมถึงยังไม่มีภาระระบุประเด็นสำคัญของ การบริการพยาบาล 3) แนวทางการพยาบาลเพื่อการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู มีความ ไม่ครอบคลุมในบางประเด็น เช่น การป้องกันภาวะ แทรกซ้อน การให้ความรู้ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน การติดตามประเมินผลการดูแล 4) ขาดการวิเคราะห์ ข้อมูลการปฏิบัติงานเพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนา คุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 5) สมรรถนะ ของบุคลากรพบว่ายังไม่มีพยาบาลที่จบเฉพาะทาง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 6) ขาด

ความชัดเจนในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้เพื่อ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านลบทั้งความปลอดภัยและ การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย การใช้ทรัพยากรต่าง ๆ มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น รวมถึงไม่บรรลุเป้าหมาย ตามนโยบายผู้ป่วยปลอดภัยที่กำหนดไว้¹³

จากสถานการณ์ปัญหาและความเสี่ยงดังกล่าว ทีมผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ศึกษาและติดตามตัววัดการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง จึงมีความสนใจ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ แทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โดยจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่าองค์ความรู้ ที่สามารถทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง เกิดประสิทธิผลตาม การวิเคราะห์บริบทของประเทศไทย¹¹ ควรประกอบด้วย สมรรถนะทางการพยาบาลที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล¹⁴ มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตาม ระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองของกระทรวงสาธารณสุข¹⁵ มาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของสถาบัน รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) และแนวคิด Synergy for 3P Safety Goals ซึ่ง ประกอบด้วย patient safety คือ การไม่มีอันตรายที่ ป้องกันได้ต่อผู้ป่วยในระหว่างขั้นตอนการดูแลสุขภาพ personnel safety คือ การไม่มีอันตรายที่ป้องกันได้ต่อ บุคลากรในระหว่างขั้นตอนการทำงาน และ people safety คือ การไม่มีอันตรายที่ป้องกันได้ต่อผู้คนจาก ระบบการรักษาพยาบาลและระบบสุขภาพ¹⁶ โดย ผู้วิจัยคาดหวังว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลในครั้งนี้ จะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายผู้ป่วย ปลอดภัย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

**การพัฒนาแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู
โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด**

สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและเป้าหมายของหน่วยงาน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การบริการที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อทดสอบผลของการใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยเปรียบเทียบสมรรถนะทางการพยาบาล และการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างก่อนกับหลังการใช้รูปแบบฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการใช้รูปแบบฯ สมรรถนะทางการพยาบาลฯ มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ
2. หลังการใช้รูปแบบฯ การเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีเชิงระบบ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และ ผลผลิต (output) รวมถึงข้อมูลป้อนกลับเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง¹⁷ เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการพัฒนารูปแบบฯ ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง โดยนำข้อมูลแนวคิดทางพยาธิสรีรวิทยาการเกิดภาวะ

แทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการพัฒนา รวมถึงแนวคิด นโยบาย มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกี่ยวข้อง มากำหนดเป็นองค์ประกอบปัจจัยนำเข้า ส่วนองค์ประกอบของกระบวนการ เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โดยยึดหลักการจัดตั้งทีมและกำหนดเป้าหมายในการดำเนินการ ส่งเสริมความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยใช้เครือข่ายสหสาขาวิชาชีพที่มีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี และการติดตามประเมินผล ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังจำหน่ายกลับบ้านอย่างต่อเนื่อง ภายใต้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R & D) ที่มีกระบวนการวิจัย (research) และกระบวนการพัฒนา (development) ควบคู่กัน จนเกิดเป็นรูปแบบการดูแลที่มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง และองค์ประกอบของผลลัพธ์ผู้วิจัยได้นำแนวคิดสมรรถนะทางการพยาบาลของสภาการพยาบาล¹⁴ มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามระบบบริการสุขภาพ (service plan)¹⁵ มาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของ สรพ. และแนวคิด Synergy for 3P Safety Goals¹⁶ มาใช้ในการกำหนดผลลัพธ์และค่าเป้าหมาย ซึ่งมีความครอบคลุมทั้ง 3 มิติ ได้แก่ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) (Figure 1)

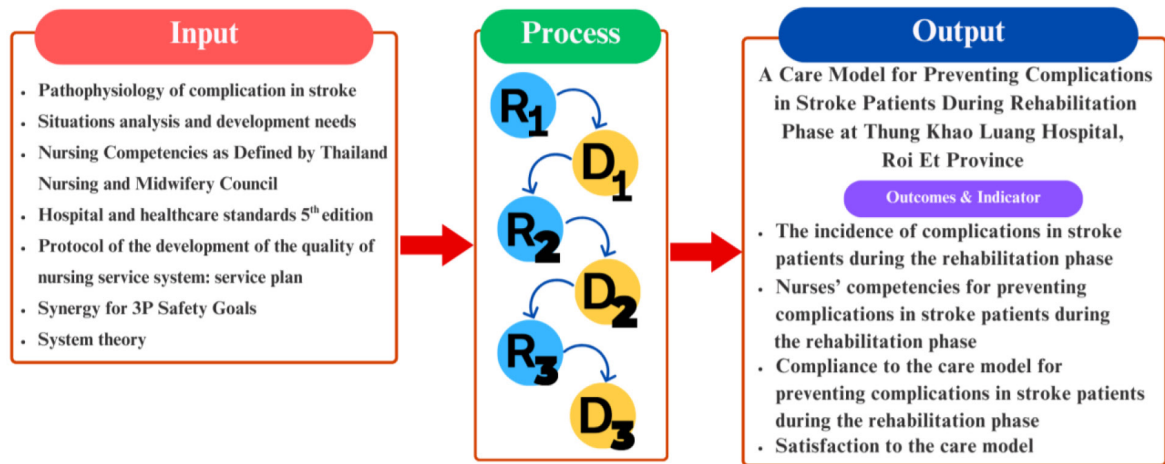


Figure 1 Conceptual Framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การออกแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (R & D) ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ (R₁) ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ ซึ่งมี 3 ขั้นตอนย่อย (D₁, R₂, D₂) ระยะที่ 3 นำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล (R₃) และระยะที่ 4 ประเมินผลปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพรูปแบบฯ (D₃) โดยระยะที่ 1-2 เป็นกระบวนการพัฒนารูปแบบ และระยะที่ 3-4 เป็นการประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ธันวาคม 2566 ถึง สิงหาคม 2567

กระบวนการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ระยะที่ 1-2 ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ (R₁) ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งที่ตีพิมพ์เผยแพร่แบบสื่อสิ่งพิมพ์และในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 2) ศึกษาอุบัติการณ์ และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู จากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่นอนพัก

รักษาตัวที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2565 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวนทั้งสิ้น 136 ราย โดยใช้เครื่องมือการวิจัยที่กำหนด 3) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบฯ โดยการสนทนากลุ่ม กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จำนวน 5 คน ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 45 นาที โดยขออนุญาตบันทึกเทปการสนทนา จากนั้นทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และตรวจสอบคุณภาพข้อมูลโดยการฟังเสียงสะท้อนจากกลุ่มที่ศึกษา (playback method) ซึ่งได้ตรวจสอบและรับรองความถูกต้องโดยการอ่านข้อมูลที่ผู้วิจัยบันทึกไว้ แก้ไขและลงชื่อรับรอง และมีการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ ซึ่งมี 3 ขั้นตอนย่อย (D₁, R₂, D₂) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 (D₁) ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ที่ 1) โดยนำข้อมูลผลการศึกษาจากการวิจัยระยะที่ 1 มาจัดทำร่างองค์ประกอบและ

รายละเอียดของรูปแบบ จากนั้นผู้วิจัยนำรูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ที่ 1) ที่พัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรมระบบประสาท 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน และพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพเกี่ยวกับความเหมาะสมและความสอดคล้องของโครงสร้างรูปแบบฯ โดยใช้แบบประเมินโครงสร้างรูปแบบฯ ผลการตรวจสอบคุณภาพของโครงสร้างรูปแบบฯ พบว่ามีความเหมาะสมโดยรวมในระดับดี ภายหลังการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ที่ 1) ตามคำแนะนำ จนได้ร่างรูปแบบฯ ที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 (R2) ผู้วิจัยทดลองใช้รูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ที่ 2) กับกลุ่มเป้าหมาย (pilot study) ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน ที่มีขนาดใกล้เคียงกัน ในจังหวัดร้อยเอ็ด แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 10 ราย และพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และคุณภาพเบื้องต้นของรูปแบบฯ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ด้วย

ขั้นตอนที่ 3 (D2) ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ที่ 2) หลังทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายจนได้ร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์

การประเมินผลลัพท์ ประกอบด้วย ระยะที่ 3-4 ดังนี้

ระยะที่ 3 นำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล (R3) โดยดำเนินการศึกษาประสิทธิผลของร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ ลักษณะเชิงเปรียบเทียบแบบ retrospective and prospective uncontrolled before and after intervention ในกลุ่ม

ตัวอย่างที่กำหนด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น (retrospective group) จำนวน 40 คน และกลุ่มหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น (prospective group) จำนวน 40 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 80 คน และพยาบาลวิชาชีพดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จำนวน 7 คน เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและหัวหน้าหอผู้ป่วย ในช่วงของการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ด้วย

ระยะที่ 4 ประเมินผลปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพรูปแบบฯ (D3) ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพรูปแบบฯ โดยการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง รวมจำนวน 8 คน โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียนเกี่ยวกับการใช้ร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ด้วย จากนั้นนำร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพรูปแบบฯ โดยการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ (connoisseurship) โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ จนได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูที่มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง และสามารถขยายผลการนำรูปแบบฯ ไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพใกล้เคียงกันได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ที่นอนพักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาล

ทุ่งเขาหลวง และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ที่นอนพักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น (retrospective group) จำนวน 40 คน และกลุ่มหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น (prospective group) จำนวน 40 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 80 คน ซึ่งผู้วิจัยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจากระยะเวลาการวิจัย และข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเจาะจง มีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ (1) อายุตั้งแต่ 18 ปี แต่ไม่เกิน 70 ปี (2) สัญญาฉันทน์ที่ มีอาการทางระบบประสาทที่คงที่หรือดีขึ้น หรือ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา (3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับที่บริเวณต่าง ๆ ที่วินิจฉัยโดยแพทย์ (4) มีระดับการรับรู้ดี สื่อความหมายเข้าใจกันได้ การมองเห็น และการได้ยินปกติ (5) มีระยะเวลาตั้งแต่เกิดโรคไม่เกิน 6 เดือนขณะเข้ารับการรักษา มีเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ (1) เป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และ (2) มีภาวะเจ็บป่วย หรือมีประวัติโรคที่เป็นอุปสรรคในการดูแล และเกณฑ์การยกเลิกการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (discontinuation criteria) คือ (1) ขอลถอนตัวออกจากการศึกษา (2) เสียชีวิต และ (3) ย้ายโรงพยาบาล

กลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จำนวน 7 คน คัดเลือกด้วย

วิธีเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ (1) มีประสบการณ์ในการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูอย่างน้อย 3 ปี และ (2) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และเกณฑ์การยกเลิกการเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ ขอลถอนตัวออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบ

1.1) แบบบันทึกข้อมูลโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ข้อมูลปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อน และข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งได้จากการวินิจฉัยโดยแพทย์จากการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ การตรวจพิเศษ ประกอบด้วย ภาวะปอดอักเสบ ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ และส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Barthel Activity of Daily Living Index; ADL) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 18 ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

1.2) แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม ใช้สำหรับสอบถามเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนา ประกอบด้วย แนวคำถามหลัก 3 ข้อ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูในโรงพยาบาล ทุ่งเขาหลวง เป็นอย่างไรบ้าง 2) สถานการณ์ระบบในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนใน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูในโรงพยาบาล
ทุ่งเขาหลวง ที่เป็นอยู่ปัจจุบัน เป็นอย่างไรบ้าง และ
3) มีปัญหาและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพ
การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ในโรงพยาบาล
ทุ่งเขาหลวง ที่เป็นอยู่ปัจจุบัน เป็นอย่างไรบ้าง

1.3) แบบประเมินโครงสร้างรูปแบบการ
ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง
ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินโครงสร้างรูปแบบ
การจัดการทางการพยาบาลของ Pukkaeraka และคณะ⁷
ใช้สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของ
โครงสร้างรูปแบบฯ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1
เป็นการประเมินความเหมาะสมของโครงสร้างรูปแบบ
จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตร
ประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด
น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนที่ 2 เป็นการ
ประเมินความสอดคล้องของโครงสร้างรูปแบบ จำนวน
20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 3 ระดับ
ได้แก่ มีความเห็นว่าเป็นไม่สอดคล้อง (ให้คะแนน -1)
มีความเห็นว่าเป็นไม่แน่ใจ (ให้คะแนน 0) และมีความเห็นว่าเป็น
สอดคล้อง (ให้คะแนน +1) ส่วนที่ 3 เป็นข้อเสนอแนะ
มีลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์

2.1) แบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก
การทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ
ส่วนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ข้อมูลปัจจัย
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 11 ข้อ มี
ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ
และส่วนที่ 2 ข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งได้
จากการวินิจฉัยโดยแพทย์จากการตรวจร่างกายและ
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ การตรวจพิเศษ

ประกอบด้วย ภาวะปอดอักเสบ ภาวะติดเชื้อในระบบ
ทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะ
คำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

2.2) แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบ
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ผู้วิจัย
สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 6 ด้าน
ได้แก่ ด้านการประเมินความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน
ด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านการ
ส่งเสริมโภชนาการ ด้านการจัดการจิตใจและอารมณ์
ด้านการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง และ
ด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ รวมจำนวน 25 ข้อ
มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่า ปฏิบัติ หรือ
ไม่ปฏิบัติ โดยผู้วิจัยและหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้เก็บ
รวบรวมข้อมูล

2.3) แบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล
เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู
ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินโครงสร้างรูปแบบ
การจัดการทางการพยาบาล ของ Pukkaeraka และ
คณะ⁷ ใช้สำหรับการประเมินสมรรถนะของพยาบาล
ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู
แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะ
คำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ จำนวน 7 ข้อ
และส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลฯ
ครอบคลุม 3 ประเด็น ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ เจตคติ
และทักษะปฏิบัติ มีทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ (1) ด้าน
การประเมินความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน (2) ด้าน
การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (3) ด้านการ
ส่งเสริมโภชนาการ (4) ด้านการจัดการจิตใจและอารมณ์
(5) ด้านการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง
และ (6) ด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ รวมจำนวน
30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า
5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง
มาก และมากที่สุด

2.4) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง ประกอบด้วย 2 มิติ คือ 1) มิติระดับคุณภาพของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น จำนวน 1 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของสห. ¹⁶ ซึ่งแปลจาก Hospital Survey on Patient Safety Culture ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ แบ่งเป็น ระดับตก ไม่ดี ดี ดีมาก และดีเยี่ยม และ 2) มิติความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบริหารจัดการระบบการดูแล ด้านการให้ความรู้ และด้านการสนับสนุนการปฏิบัติงาน รวมจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5

2.5) แนวคำถามที่โครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพเพื่อสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น มีคำถามหลัก 3 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง ความเหมาะสมของรูปแบบฯ และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงรูปแบบฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่ 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 และ 2.4 ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .95, .98, .96, .95 และ .98 ตามลำดับ เช่นเดียวกับแบบสอบถามที่ 1.3 ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ .50 ขึ้นไป ซึ่งได้ทั้งหมด 30 ข้อ เครื่องมือวิจัยที่ 2.2 ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะฟื้นฟู

จำนวน 10 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยง โดยวิธี interrater reliability เท่ากับ 1.00 เครื่องมือวิจัยที่ 2.3 และ 2.4 ในมิติความพึงพอใจ มีความเที่ยงโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80 และ .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด รหัส HE 2566-12-20-118 ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2566 ก่อนการเก็บข้อมูลการวิจัยทุกครั้งผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามระยะการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ (R1) ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ ซึ่งมี 3 ขั้นตอนย่อย (D1, R2, D2) ระยะที่ 3 นำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล (R3) และระยะที่ 4 ประเมินผลปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพรูปแบบฯ (D3) ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) วิเคราะห์อุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยคำร้อยละ

2) ข้อมูลปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู วิเคราะห์อำนาจการทำนายแบบตัวแปรเดียวโดยใช้สถิติ simple

logistic regression โดยผู้วิจัยจัดลักษณะตัวแปรตาม การทบทวนวรรณกรรม คัดเลือกตัวแปรที่มี p -value $< .20$ จากการวิเคราะห์อำนาจการทำนายแบบตัวแปรเดียว เข้าสู่สมการวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ¹⁹ คัดเลือกตัวแปรต้น เข้าวิเคราะห์โดยวิธี backward method วิเคราะห์อำนาจการทำนายแบบตัวแปรพหุ โดยใช้สถิติ multiple logistic regression กำหนดระดับช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของ Adjusted OR (95% CI of ORAdj) และ คำนัยสำคัญที่ระดับ .05 ทดสอบ multicollinearity ในโมเดลสุดท้ายโดยพิจารณาจากค่า variance inflation factor (VIF) ของตัวแปรต้นทุกตัวน้อยกว่า 10 หรือ ค่า tolerance น้อยกว่า .10

3) ข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ด้วยความถี่ และร้อยละ

4) เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบ ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ ระหว่างก่อนกับ หลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ด้วย Chi-square test และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

5) ข้อมูลการปฏิบัติตามรูปแบบฯ วิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ

6) เปรียบเทียบสมรรถนะทางการพยาบาลฯ ระหว่างก่อนกับหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูล ไม่มีการแจกแจงเป็นแบบปกติและกำหนดระดับ นัยสำคัญที่ .05

5) ความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยบรรยายเหตุการณ์ในลักษณะ พรรณนาความ (description) แล้วสร้างเป็นข้อสรุป

ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) เพื่อให้เกิดความเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยครอบคลุม (1) ข้อมูลที่เป็นความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล และ (2) ข้อมูลที่เป็นรายละเอียดหรือบอกเล่าของผู้ให้ ข้อมูลหลัก ตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพโดยผู้วิจัย ซึ่งพิจารณาจากผู้ให้ข้อมูล และการตรวจสอบอคติ ของผู้ให้ข้อมูล²⁰

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ

1.1 การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ของโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง ได้แก่ แนวคิด 3P safety Goals ของ สรพ. มาตรฐานการพยาบาลของ สภาการพยาบาล แนวทางการดูแลผู้ป่วยตามระบบ สุขภาพ (service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในระยะกลางของกระทรวง สาธารณสุข และงานวิจัยที่พิมพ์ก่อนหน้านี้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู

1.2 การศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยทำนาย การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จากจำนวน ตัวอย่าง 136 คน พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 58.09 แบ่งเป็น ปอดอักเสบ ร้อยละ 44.30 แผลกดทับ ร้อยละ 32.91 การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 13.92 และภาวะข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ร้อยละ 8.86 ส่วนปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาล ทุ่งเขาหลวง ได้แก่ เพศชาย (OR Adj 3.56; 95% CI = 1.33, 9.54; $p = .012$) คะแนน ADL 25 – 45 คะแนน

(OR Adj 7.38; 95% CI = 1.48, 36.89; $p = .015$)
คะแนน ADL 75 – 90 คะแนน (OR Adj 4.64; 95%
CI = 1.08, 19.86; $p = .039$) ปัญหาการเคี้ยวกลืน
(OR Adj 9.06; 95% CI = 2.66, 30.85; $p < .001$)
และปัญหาด้านการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ
(OR Adj 9.35; 95% CI = 1.41, 61.86; $p = .020$)

1.3 จากการสนทนากลุ่มพยาบาลพบประเด็น
ต่าง ๆ อาทิ (1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ของพยาบาลยังแตกต่างกันและยังไม่เป็นแนวทาง
เดียวกัน (2) การทำงานเป็นเครือข่ายกับสหวิชาชีพ
ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน (3) รูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะ
ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ยังไม่ชัดเจน และ (4) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ชัดเจน
ดังคำกล่าว

“การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่
โรงพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพมักไม่ค่อยได้คุย
กันเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
ต่าง ๆ” (RN1)

“หน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง ส่วนตัวมองว่ายังไม่ชัดเจน
พยาบาลยังทำตามคำสั่งแพทย์เป็นส่วนใหญ่”
(RN2)

“เรามีแคร์แมพ (care map) ของกระทรวง
ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ตอนนี้
ทีมสหสาขาวิชาชีพยังต่างคนต่างทำ และขาด
การติดตามอย่างต่อเนื่อง” (RN3)

“แบบแผนการให้ข้อมูลไม่มี พยาบาลให้ตาม
ประสบการณ์ไม่ได้ทวนสอบญาติว่าทำได้มั้ย”
(RN4)

“ยังไม่เคยมีการพัฒนานวัตกรรมที่มาใช้ใน
การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
ในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาล
ของเราเลย” (RN5)

นอกจากนี้กลุ่มพยาบาลวิชาชีพเห็นพ้องต้องกันว่า
ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิด
ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน
ระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง ซึ่งประกอบด้วย
องค์ประกอบดังกล่าวข้างต้น

ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบการดูแล
เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาล
ทุ่งเขาหลวง

ผู้วิจัยได้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย
3 องค์ประกอบหลัก คือ

1) ด้านปัจจัยนำเข้าที่สำคัญ ได้จาก
ผลการวิจัยระยะที่ 1 ประกอบด้วย การป้องกันภาวะ
แทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ
ฟื้นฟู ต้องดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การกำหนด
นโยบายขององค์กรพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ
ฟื้นฟูซึ่งสอดคล้องกับแผนการดำเนินงานของ service
plan กระทรวงสาธารณสุข การกำหนดแผนการดูแล
บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู การพัฒนา
สมรรถนะทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู และ
กำหนดปัจจัยสนับสนุนที่เอื้อต่อระบบการดูแลใน
การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองในระยะฟื้นฟู ซึ่งทั้งหมดมาจากการกำหนด
ร่วมกันจากการประชุมองค์การพยาบาลร่วมกับทีม
สหสาขาวิชาชีพ

2) ด้านกระบวนการ คือ การดำเนินการตาม T-K-L-H framework โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(1) การจัดตั้งทีมและกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน (Team and Objectives : T) ประกอบด้วยกิจกรรม (1) กำหนดโครงสร้างคณะกรรมการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โดยมีหัวหน้าพยาบาลเป็นประธานคณะกรรมการ (2) กำหนดกระบวนการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ประกอบด้วยด้านให้ความรู้/ทักษะ ด้านสนับสนุนให้กำลังใจ และด้านคุณภาพ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าเวรและมีการรายงานผลการดำเนินทุก 1 เดือน (3) การจัดกิจกรรม stroke morning talk ในทุกเช้า โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าเวรนำเสนอข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู และ (4) การกำหนดแผนเพื่อสนับสนุนด้านการจัดวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ อัตรากำลัง และแผนงบประมาณ

(2) การส่งเสริมความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู (Knowledge and clinical practice training: K) ประกอบด้วยกิจกรรม (1) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาทักษะการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ (re-skill & up-skill) ได้แก่ การป้องกันภาวะปอดอักเสบ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ และข้อติดกล้ามเนื้อโครงร่าง ครอบคลุมทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านการส่งเสริมโภชนาการ ด้านการจัดการจิตใจและอารมณ์ ด้านการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง และด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ทั้งแบบ online และ onsite

(2) การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน อาทิ หมอนรองกัน เข็มปรับองศาเตียง และนาฬิกาเปลี่ยนท่า เป็นต้น (3) การจัดทำกิจกรรม grand round โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และ nursing round เพื่อทบทวนการดูแลและนำเสนอข้อมูลผลการดูแล (4) การจัดทำแผนการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนสมรรถนะในหน่วยงานอื่น ๆ อาทิ การอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสั้น และการพยาบาลเฉพาะทางหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (4 เดือน)

(3) การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยใช้เครือข่ายสหสาขาวิชาชีพ (Long term care and multidisciplinary support: L) ประกอบด้วยกิจกรรม (1) กำหนดให้มีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke nurses) ซึ่งจะเป็นผู้ประสานงานหลักของทีมสหสาขาวิชาชีพ (2) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และใช้ปัจจัยที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 มาร่วมกำหนดเป็นแนวปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการป้องกันการติดเชื้อ ด้านการจัดการจิตใจและอารมณ์ ด้านการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง และด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ (3) การจัดทำ flow chart และ check list ในการดูแลผู้ป่วยด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ซึ่งประยุกต์ใช้ care map การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของกระทรวงสาธารณสุข (4) การพัฒนาระบบการรายงานการเกิดภาวะแทรกซ้อนแบบออนไลน์ โดยใช้ google form

(4) การติดตามประเมินผลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังจำหน่ายกลับบ้านอย่างต่อเนื่อง (Health status monitoring and evaluation continuity: H) ประกอบด้วยกิจกรรม

(1) การจัดทำโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ก่อนกลับบ้าน ตามแนวหลัก D-METHOD ในลักษณะ สื่อให้ความรู้ และวีดิโอคลิป และกำหนดให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะนอนพักรักษาตัว
(2) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อฝึกอบรมให้บุคลากรใช้โปรแกรม NEMOCARE ในการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งเป็นโปรแกรมหลักที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดกำหนดให้ใช้ในการติดตามข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้โปรแกรม NEMOCARE ดังกล่าวจะเชื่อมต่อข้อมูลกับโปรแกรม HOSxp. ซึ่งเป็นโปรแกรมการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง และเชื่อมต่อกับระบบ line application ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเช่นกัน

3) ด้านผลลัพธ์ เป็นการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพตามมาตรฐาน กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ประกอบด้วย การประเมินผลลัพธ์ในส่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ได้แก่ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการประเมินผลลัพธ์ของพยาบาลผู้ให้การดูแล ได้แก่ สมรรถนะทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู การปฏิบัติตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น และความคิดเห็นต่อรูปแบบและความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 3 การตรวจสอบประสิทธิผลรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด

3.1 ด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่าง 80 คน พบว่าส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.28 อายุเฉลี่ย 68.92 ปี (SD = 12.15) ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.28 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 89.50 ส่วนมากมีผู้ดูแล ร้อยละ 75.41 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรหรือ รับจ้าง ร้อยละ 89.24 เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน (ischemic stroke) ร้อยละ 85.35 และโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) ร้อยละ 14.65 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 89.54 พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90.91 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 72.61

3.1.1 เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่าภาวะปอดอักเสบมีอัตราการเกิดลดลง (23.07 vs 5.76 episode per 1,000 hospital days; $p < .001$) ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมีอัตราการเกิดลดลง (9.61 vs 1.92 episode per 1,000 urinary catheter days; $p < .001$) และการเกิดแผลกดทับมีอัตราการเกิดลดลง (17.30 vs 3.84 episode per 1,000 hospital days; $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และน้อยกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวมพบว่าภายหลังใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (26 vs 6 episode; $p < .001$) (Table 1)

**การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู
โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด**

Table 1 Comparisons of incidence of complications in stroke patients during rehabilitation phase before and after developing the care model using Chi-square test (n = 80)

Incidence of Complications	Indicator Criteria	Before (n=40)	After (n=40)	p-value
Pneumonia (episode)		12	3	
Pneumonia (episode per 1,000 hospital days)	≤ 7 per 1,000 hospital days	23.07	5.76	< .001
Urinary tract infection (episode)		5	1	
Urinary tract infection (episode per 1,000 urinary catheter days)	≤ 1.5 per 1,000 urinary catheter days	9.61	1.92	< .001
Pressure injury (episode)		9	2	
Pressure injury (episode per 1,000 hospital days)	≤ 3 per 1,000 hospital days	17.30	3.84	< .001
Total complications (episode)		26	6	< .001

3.2 ด้านพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ จำนวน 7 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 38.24 ปี (SD = 5.40) ทั้งหมดจบระดับปริญญาตรี ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะสั้น 5 วัน ของเขตสุขภาพที่ 7 เพียงร้อยละ 10.25 อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 70.50) มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 4.57 ปี (SD = 2.37) ค่ามัธยฐาน (median) 5 ปี

3.2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย สมรรถนะทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่าหลังการใช้รูปแบบฯ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางการพยาบาลฯ ภาพรวมในระดับมาก (M = 4.22, SD = .44) และมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางการพยาบาลฯ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) (Table 2)

Table 2 Comparisons of nurse competencies before and after development of the care model using Wilcoxon signed-rank test (n = 7)

Domains of Nurses' Competencies	Before		After		Mean Rank	z	p-value
	M	SD	M	SD			
Risk assessment of complications	3.10	0.38	4.16	0.43	1.06	-3.763	< .001
Preventing complications	3.32	0.45	4.65	0.43	1.33	-3.744	< .001
Nutrition promotion	3.36	0.41	4.87	0.48	1.51	-3.735	< .001
Emotional management in patients and care givers	3.29	0.45	4.80	0.47	1.51	-3.730	< .001
Discharge planning and continuing care	3.32	0.46	4.65	0.43	1.33	-3.759	< .001
Health education for patients and care givers	3.49	0.41	4.78	0.43	1.29	-3.782	< .001
Total	3.52	0.38	4.22	0.44	0.70	-3.73	< .001

3.2.2 ด้านการปฏิบัติตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นของพยาบาลวิชาชีพ (n=7) พบว่าพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดปฏิบัติตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (มากกว่าร้อยละ 80)

3.2.3 ด้านความคิดเห็นต่อรูปแบบและความพึงพอใจ พบว่าภายหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นพยาบาลมีความคิดเห็นต่อคุณภาพของรูปแบบฯ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.42 ระดับดีมาก และดีมากที่สุด ร้อยละ 14.29 เท่ากัน มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ด้านบริหารจัดการระบบการดูแล ระดับมาก (M = 4.45, SD = 0.51) ด้านการให้ความรู้ระดับมาก (M = 4.47, SD = 0.50) และด้านการสนับสนุนการปฏิบัติงาน ระดับมาก (M = 4.40, SD = 0.49) และมีค่าเฉลี่ยความพอใจโดยรวม อยู่ในระดับมาก (M = 4.43, SD = 0.48)

ระยะที่ 4 ประเมินผลปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด

การประเมินผลหลังการนำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น (ร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์) ไปใช้ พบว่าทุกองค์ประกอบของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน ผลจากการสนทนากลุ่มตัวแทนพยาบาลวิชาชีพได้สะท้อนว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น สามารถพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูได้ และผลจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิพบว่ามีความจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องและความสมบูรณ์ของการเขียนและการใช้ภาษาเท่านั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ ตามคำแนะนำ จนได้รูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ และวางแผนขยายผลการนำ

รูปแบบฯ ไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูในโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

การอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รูปแบบฯ ที่มีองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ รวมถึงข้อมูลป้อนกลับเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง โดยมีการดำเนินการพัฒนารูปแบบอย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่อง ตั้งแต่กระบวนการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ กระบวนการพัฒนาร่างรูปแบบ ทดลอง ปรับปรุง และกระบวนการประเมินผล และป้อนกลับข้อมูลเป็นระยะตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดและหลักการของทฤษฎีระบบที่กล่าวถึง ความสัมพันธ์ของ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ในระบบจำเป็นต้องมีการป้อนกลับข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานแต่ละระยะ เพื่อนำมาปรับปรุงปัจจัยนำเข้าและกระบวนการต่อไป¹⁷ สำหรับองค์ประกอบผลลัพธ์ของรูปแบบฯ ที่พัฒนาในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดองค์ประกอบหลักด้านผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดคุณภาพตามมาตรฐาน กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ที่สอดคล้องกับสมรรถนะทางการพยาบาลของสภาการพยาบาล มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตาม service plan และมาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของสพ. ซึ่งมีความครอบคลุมผลลัพธ์ทั้งด้านโครงสร้าง ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการเป็นการปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบ T-K-L-H framework ที่มีความสอดคล้องกับองค์ประกอบกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ เป็นการประเมินผลการเกิดภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล สมรรถนะทาง

การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู
โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด

การพยาบาล ความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ทั้งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู และในพยาบาลผู้ให้การดูแล

ขั้นตอนการพัฒนาแบบฯ ของการศึกษานี้ พบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า เริ่มตั้งแต่ กระบวนการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ กระบวนการพัฒนารูปแบบ ทดลอง ปรับปรุง ไปจนถึง กระบวนการประเมินผล อาทิ พบว่าอุบัติการณ์เกิด ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน ระยะฟื้นฟูมีใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้า^{4,8,21,22} และมีความใกล้เคียงกับการศึกษาในบริบทของ ประเทศไทยที่ศึกษาอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ ขนาดเล็ก²¹ และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูที่ได้จาก การศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาก่อน หน้า^{23,24,25,26} ข้อมูลการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ที่พบประเด็นปัญหาของระบบการทำงานในด้านต่าง ๆ มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา อาทิ การศึกษา ของ Narongrat และ Ankhani²⁷ ที่ศึกษาประสิทธิผล ของการพัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริหาร ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วย สมองบาดเจ็บ และผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง พบว่า ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง หรือระยะฟื้นฟู คือ การมีระบบที่ไม่ชัดเจน ปัญหาด้าน สมรรถนะของเจ้าหน้าที่ ขาดข้อมูลผู้ป่วย ระบบการ ส่งต่อข้อมูลไม่ต่อเนื่องถึงผู้ที่เกี่ยวข้อง และญาติไม่เข้าใจ ความสำคัญของการดูแล การศึกษาของ Phrai-in, Perkdetch และ Leelawattanagul²⁸ ที่พบว่าการจัดการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูที่ ขาดการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ

กับผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ต่อเนื่อง นอกจากนี้พบว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความสอดคล้องกับนโยบายคุณภาพสถานพยาบาล สมรรถนะทางการพยาบาล และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย^{14,15,16} และ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู หรือการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง^{27,28,29} ซึ่งประกอบด้วย ระยะการวิเคราะห์สภาพปัญหา ระยะการพัฒนารูปแบบฯ ระยะการทดลองใช้รูปแบบฯ และระยะประเมินผลลัพธ์ โดยรูปแบบฯ ที่มีประสิทธิภาพต้องมีความครอบคลุม ทั้งนโยบายขององค์กร บุคลากร และผู้ป่วยและญาติ

หลังใช้รูปแบบฯ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะฟื้นฟูมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่า ก่อนใช้รูปแบบฯ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ ทางการพยาบาลฯ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 100 ปฏิบัติตาม รูปแบบฯ ที่กำหนด และมีความคิดเห็นต่อคุณภาพของ รูปแบบฯ ในระดับดี รวมถึงมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อ รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยรวมในระดับมาก อธิบาย ได้ว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้ มีเนื้อหาและกิจกรรมที่ได้ จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ครอบคลุม ทุกมิติของการพยาบาล และทุกปัญหาการเกิด ภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับบริบทการพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูและสอดคล้องกับ แนวคิดผู้ป่วยปลอดภัย ที่มุ่งเน้นกระบวนการจัดการ เพื่อลดความเสี่ยงจากภัยหรืออันตรายที่ไม่ควรเกิดขึ้น จากการบริการสุขภาพ หรือเกิดขึ้นน้อยที่สุดเท่าที่จะ สามารถยอมรับได้¹⁶ นอกจากนี้ภายใต้ต้องประกอบ ปัจจัยนำเข้าของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้ ผู้วิจัยได้นำ การนิเทศทางการพยาบาลและการพัฒนาสมรรถนะ ทางการพยาบาลมาใช้ในการเสริมสร้างทักษะปฏิบัติ

การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และติดตามกำกับคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกับผู้ป่วย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พยาบาลมีสมรรถนะทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ดีขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูหรือการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง^{25,26,27} ที่พบว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาจากข้อมูลความต้องการของพื้นที่ รวมถึงจากการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่วยให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ทำการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ซึ่งมีความจำกัดในด้านของทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ บุคลากร และอัตรากำลัง ดังนั้นการนำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้จึงจำกัดอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กเท่านั้น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง ควรมีนโยบายกำหนดให้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นแนวทางหลักของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โดยกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจน สอดคล้องกับ service plan สาขาโรคหลอดเลือดสมอง และจัดทำระบบการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาว และโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัยนี้ ควรมีการนำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น จากการศึกษา

ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ทั้งนี้ควรมีการกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ชัดเจน และมีความสอดคล้องกับระบบสุขภาพ อาทิ กำหนดตัวชี้วัดตาม service plan สาขาโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการคงอยู่ของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง โดยการติดตามประเมินในลักษณะเปรียบเทียบระยะเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ชาญชัย วันทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง และขอขอบคุณ พว.รัตดาภรณ์ บุญกิจ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ให้คำปรึกษา รวมถึงให้กำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้ จนงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

Declaration Statements

Conflict of Interest: No

Author Contribution: Pitchaon Nampeng: Conceptualization, Software, Data curation, Resources, Supervision, and Project administration. **Wuttichai Somgit:** Conceptualization, Methodology, Validation, Formal analysis, Investigation, Writing original draft, Writing-review & editing, Visualization, Funding acquisition

AI Use Disclosure: The authors declare that AI was used only for editing purposes.

References

1. World Stroke Organization. Learn about stroke. [Internet]. [cited 2023 July 23]. Available from: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/why-strokematters/learn-about-stroke>
2. Wang S, Zou XL, Wu LX, Zhou HF, Xiao L, Yao T, et al. Epidemiology of intracerebral hemorrhage: A systematic review and meta-analysis. *Front Neurol*. 2022;13:915813. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.915813> PMID: 36188383 PMCID: PMC9523083
3. Tiamkao S. Stroke: Situation report. *Thai Journal of Neurology*. 2022;39(2): 39–46. Available from: http://neurothai.org/images/journal/2023/vol39_no2/06%20Original%20Somsak%20Ubatkarn.pdf (in Thai)
4. Elkind MSV, Boehme AK, Smith CJ, Meisel A, Buckwalter MS. Infection as a stroke risk factor and determinant of outcome after stroke. *Stroke*. 2020; 51(10):3156–68. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.030429> PMID: 32897811 PMCID: PMC7530056
5. Somgit W, Srisawas P, Phuthikhamin N. Factors predicting pneumonia in stroke patients: A systematic review. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2021; 48(3):742 – 58. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/view/253412> (in Thai)
6. Badve MS, Zhou Z, van de Beek D, Anderson CS, Hackett ML. Frequency of post-stroke pneumonia: Systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Stroke*. 2019;14(2):125–36. <https://doi.org/10.1177/1747493018806196>. Epub 2018 Oct 22. PMID: 30346258
7. Pukkaeraka W, Somgit W, Vibulchai N, Dejsiri S. Development of a nursing management model for preventing pressure ulcers among neurosurgical critical patients. *JPNC [internet]*. 2022;33(2): 81–98. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/article/view/259146> (in Thai)
8. Tater P, Pandey S. Post-stroke movement disorders: Clinical spectrum, pathogenesis, and management. *Neurol India*. 2021;69(2):272–83. <https://doi.org/10.4103/0028-3886.314574> PMID: 33904435
9. Schwarzbach CJ, Grau AJ. Komplikationen nach Schlaganfall : Klinische herausforderungen in der Schlaganfallnachsorge [Complications after stroke : Clinical challenges in stroke aftercare]. *Nervenarzt*. 2020;91(10):920–25. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00988-9> PMID: 32914296
10. Jullamate P. Geriatric nursing, cerebrovascular disease. Chonburi: Burapha University; 2021. (in Thai)
11. Tiamkao S. Stroke: Situation report. *Thai Journal of Neurology*. 2021;37(4): 54–60. Available from: https://neurothai.org/images/journal/2021/vol37_no4/07%20Nana%20Sara%20Somsak.pdf (in Thai)
12. Health Administration division Office of Permanent Secretary. Guideline for intermediate care. Born to Be Publishing; 2019. Available from: <https://http://49.231.15.21/crhfileload/upload/files/nurse F256211180709218536.pdf> (in Thai)
13. Thung Khoa Luang Hospital. Statistics report: Incidence report. Thung Khoa Luang Hospital; 2022. (in Thai)

14. Thailand Nursing and Midwifery Council. Announcement of the Nursing Council on core competencies of graduate bachelor's degree master's degree doctoral degree in nursing advanced nursing training course higher than the diploma level and obtaining a certificate/approval letter showing specialized knowledge and expertise nursing and midwifery and specialized nursing in the field of nursing science; 2018. [cited 2023 July 23]. Available from: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/112.pdf> (in Thai)
15. Nursing Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Protocol of the development of the quality of nursing service system: Service Plan. Publishing of Suetawan. 2018; 70-3. [cited 2023 July 23]. Available from: <http://49.231.15.21/crhfileload/upload/files/nurseF256211180709218536.pdf> (in Thai)
16. The Healthcare Accreditation Institute. Hospital and healthcare standards 5th edition. The Healthcare Accreditation Institute; 2022. Available from: <https://https://backend.ha.or.th/fileupload/DOCUMENT/00148/77c77e3f-ed2f-41a9-90d4-22164a69a871.pdf> (in Thai)
17. Anderson BR. Improving health care by embracing systems theory. J Thorac Cardiovasc Surg. 2016; 152(2):593-4. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2016.03.029> PMID: 27113625 PMCID: PMC4947551
18. Neurological Institute of Thailand, Department of Medical Service, Ministry of Public Health. Clinical practice guidelines for stroke rehabilitation. 3rd ed. Bangkok: Thana Press; 2016. (in Thai)
19. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 2000.
20. Buasan R. Qualitative research in education. Bangkok: Khamsamai Publishing House; 2008. (in Thai)
21. Xu CY, Ye HW, Chen B, Wu YF, Cao Z, Ding Z, et al. Analysis of risk factors and prognosis of post-stroke pulmonary infection in integrated ICU. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021;25(2): 856-65. https://doi.org/10.26355/eurev_202101_24654 PMID: 33577040
22. Cicek ED, Alkan AÖ, Yukselen NP, Onal Y, Karakas HM, Vural A. Pressure ulcer development in patients treated for acute ischaemic stroke. J Wound Care. 2024;33(6):441-9. <https://doi.org/10.12968/jowc.2020.0331> PMID: 38843015
23. Pairohsathien S. Association between the severity of acute ischemic stroke and its complications after hospitalization. Singburi Hosp J. 2023;23(1): B1-B13. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/262661> (in Thai)
24. Ahmad M, Ayaz Z, Sinha T, Soe TM, Tutwala N, Alrahaheh AA, et al. Risk factors for the development of pneumonia in stroke patients: A systematic review and meta-analysis. Cureus. 2024;16(3):e57077. <https://doi.org/10.7759/cureus.57077> PMID: 38681338 PMCID: PMC11052642
25. Gu M, Huang H. Effect of early rehabilitation nursing on neurological function and quality of life of patients with hemiplegia after stroke: A meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2023;102(34): e34919. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034919> PMID: 37653810 PMCID: PMC10470741

**การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู
โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด**

26. Chohan SA, Venkatesh PK, How CH. Long-term complications of stroke and secondary prevention: An overview for primary care physicians. Singapore Med J. 2019;60(12):616–20. <https://doi.org/10.11622/smedj.2019158> PMID:31889205 PMCID:PMC7911065
27. Narongrat W, Ankhani M. Effectiveness of seamless service system development in the care of rehabilitation for intermediate care in Roi Et province network. Srinagarind Med J. 2023;38(1): 45–56. Available from: <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/255561> (in Thai)
28. Phrai-in P, Perkdetch B, Leelawattanagul P. Development of a care model for stroke patients during rehabilitation. J Thai Nurse Midwife Counc. 2022;37(4):73–94. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/259458> (in Thai)
29. Siriprapap S, Panprasert S, Didsaprae S. Development of a care system for hemorrhagic stroke patients from hypertension at Somdetphraphut-thaloetla hospital, Thailand. J. HEALTH Sci. 2022;31(2): S353–S364. Available from: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/12595> (in Thai)

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลก่อนคลอด ต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระับความรู้สึก ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

มลิวลัย รัตยา, พย.ม. (การผดุงครรภ์)¹

อรวรรณ ฤทธิมนตรี, พย.ม. (การผดุงครรภ์)^{1,2}

บทคัดย่อขยาย

บทนำ การผ่าตัดคลอดเป็นวิธีการคลอดบุตรที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันโดยเฉพาะในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์หรือการคลอดหรือในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาแล้ว แม้การผ่าตัดคลอดจะเป็นวิธีที่ปลอดภัยเมื่ออยู่ภายใต้การดูแลของทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แต่หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ทั้งในด้านความเจ็บปวด ผลข้างเคียงจากยาระับความรู้สึก ความเสี่ยงของการผ่าตัด ตลอดจนความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดถือเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ อาจส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังคลอด ความร่วมมือในการดูแลรักษา ตลอดจนประสบการณ์โดยรวมในการคลอดบุตร ดังนั้น การพัฒนาแนวทางต่าง ๆ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลดังกล่าวเป็นสิ่งจำเป็น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอสำหรับหญิงตั้งครรภ์ปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล

วัตถุประสงค์การวิจัย 1) เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และ 2) เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังการทดลองของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การออกแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แนวคิดความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กที่อธิบายความหมาย สิ่งกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล ระดับของความวิตกกังวล และการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดและใช้ทฤษฎีปรับตนเองของลิเวนทาล และจอห์นสันในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดความวิตกกังวล ประกอบด้วย การสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจ หรือภาพในจินตนาการ ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจที่ซับซ้อนที่มนุษย์สร้างขึ้นจากประสบการณ์ที่ผ่านมา โดยแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่สร้างขึ้นจะเป็นตัวชี้นำความสนใจของมนุษย์เพื่อเป็นแนวทางในการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและใช้ข้อมูลที่มีอยู่นำไปสู่การกระทำพฤติกรรมอย่างมีเป้าหมาย โดยหญิงตั้งครรภ์จะตอบสนองด้วยการแสวงหาข้อมูล

¹อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ; E-mail: orawan@bcnnakhon.ac.th

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลก่อนคลอดต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์
ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

เพื่อความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์ และพิจารณาแนวทางการตอบสนองด้านพฤติกรรม อารมณ์ ทำให้บุคคลสามารถตัดสินใจเลือกวิธีเผชิญกับสถานการณ์ได้

การดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่นัดมาผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดทางภาคใต้ จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือก ประกอบด้วย อายุ 18 ปี ขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อน นอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมการผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน ก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัด และได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว หรือเฉพาะส่วนระหว่างผ่าตัด มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นหรือการได้ยิน และสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จัดเข้ากลุ่มกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน แบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลก่อนคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งใช้รูปแบบของการให้ข้อมูลคือ แผนการสอน และเอกสารคู่มือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะขั้นตอน และวิธีการระงับความรู้สึก ประวัติของหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับการผ่าตัด และการระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะและหลังได้รับยาระงับความรู้สึก และ 2) แบบวัดความวิตกกังวล ในการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลก่อนคลอดในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้รับยาระงับความรู้สึก โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและแจกเอกสารคู่มือ ภายหลังการผ่าตัดกลุ่มทดลองได้รับยาระงับความรู้สึกต่ออีก 1 วันและได้รับการตรวจเยี่ยมที่หอผู้ป่วยและตอบแบบวัดความวิตกกังวลหลังได้รับยาระงับความรู้สึกอีกครั้งภายในเวลา 1 วัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, Independent t-test, Wilcoxon Signed Ranks test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 30.70 ปี (SD= 0.94) และ 30.83 ปี (SD = 0.77) ตามลำดับ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 65 (Max=72, Min=60) ซึ่งอยู่ในระดับสูง หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่ามัธยฐานของความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ 34 (Max=37, Min=29) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($Z = 4.790, p=.001$) และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = 6.686, p = .001$)

ข้อเสนอแนะ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลก่อนคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งมุ่งเน้นการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีประสิทธิผลในการลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลในรูปแบบปกติได้ การศึกษาครั้งต่อไปควรออกแบบโดยใช้การวิจัยเชิงทดลอง

คำสำคัญ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอด ความวิตกกังวล หญิงตั้งครรภ์
การผ่าตัดคลอด

วันที่ได้รับ 28 ม.ค. 68 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 23 มิ.ย. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 24 มิ.ย. 68

Effects of Prenatal Care Preparation Program on Anxiety in Pregnant Women Undergoing Cesarean Section with Anesthesia

Maliwan Rattaya, M.N.S. (Midwifery Nursing)¹
Orawan Ritmontree, M.N.S. (Advanced Midwifery)^{1,2}

Effects of Prenatal Care Preparation Program on Anxiety in Pregnant Women Undergoing Cesarean Section With Anesthesia

Objective: To examine the effects of prenatal care preparation program on anxiety in pregnant women undergoing cesarean section under anesthesia

Design: Quasi-experimental design with two-group pretest and posttest
Sample: 60 pregnant women who were scheduled for a cesarean section, receiving general or regional anesthesia at a general hospital in a southern province of Thailand

Control group (n=30)

Routine care



Experimental group (n=30)

Prenatal Care Preparation Program

- 1) Establishing knowledge and understanding
 - Provide information about types and procedures of anesthesia
 - Patient's self-care before and after cesarean section and anesthesia, and potential complications
 - Provide a handbook of pre-anesthesia and cesarean section preparation
- 2) Considering response strategies to the situation
 - Pregnant women's response to anesthesia and cesarean section

Results: The anxiety level in the experimental group after the program (median = 34) was significantly lower than before the program (median = 65, $p = .001$).

The anxiety level in the experimental group after the program (mean rank = 15.50) was significantly lower than the control group (median rank = 45.50, $p = .001$).

Recommendation:

- This program, with an emphasis on structured information provision, can be additionally applied to routine care in the study setting.
- Future research should be conducted using an experimental design.



Journal of Thailand Nursing
and Midwifery Council



Maliwan rattaya, M.N.S.
Orawan Ritmontree, M.N.S.

Extended Abstract

Introduction Cesarean section has become an increasingly common method of childbirth, particularly in cases involving pregnancy or delivery complications, or among pregnant women with a history of previous abdominal cesarean section. Although cesarean section is considered a safe procedure when performed under the supervision of a specialized medical team, most pregnant women experience preoperative anxiety. This anxiety often stems from concerns about pain, side effects of anesthesia, surgical risks, and potential impacts on the fetus. Preoperative anxiety is a condition that can affect both the psychological and physical health of pregnant women, potentially influencing postpartum recovery, cooperation with medical care, and the overall childbirth experience. Therefore, developing strategies to alleviate such anxiety is essential. This study aims to develop and examine the effects of a prenatal care preparation program on the anxiety levels of pregnant women undergoing cesarean section with anesthesia. The program provides accurate and sufficient information to help pregnant women adapt and respond effectively to anxiety-inducing situations.

¹Lecturer, Boromarajonani Nursing College Nakhon Si Thammarat, Nakhon Si Thammarat Province, Thailand

²Corresponding author, E-mail: orawan@bcnnakhon.ac.th

*ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลก่อนคลอดต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์
ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง*

Objectives 1) To compare the anxiety level of pregnant women in the experimental group before and after participating in the Prenatal Care Preparation Program, and 2) To compare the anxiety level after participating in the Prenatal Care Preparation Program between the experimental group and the control group.

Design This study employed a quasi-experimental design with two-group pretest and posttest. The study was guided by Spielberger's concept of anxiety, which includes the definition, stimuli that trigger anxiety, levels of anxiety, and responses to stress-inducing stimuli. Additionally, Leventhal and Johnson's self-regulation theory was utilized to develop an anxiety-reduction program. This program involved the construction of cognitive schemas or mental images; complex cognitive structures formed from past experiences. These schemas serve as frameworks that guide human attention, facilitate systematic information storage, and enable the use of existing knowledge to inform goal-directed behavior. Pregnant women respond by seeking information to enhance their understanding of the situation and by evaluating behavioral and emotional coping strategies. This process enables them to make informed decisions about how to confront anxiety-inducing circumstances.

Methodology The participants consisted of 60 pregnant women scheduled for cesarean section at a general hospital in a southern province of Thailand. The participants were selected through purposive sampling based on the following inclusion criteria: aged 18 years or older; no pregnancy complications; hospitalized for at least one day prior to surgery; receiving either general or local anesthesia during the procedure; mentally alert; able to communicate in Thai; no visual or auditory impairments; and voluntarily agreeing to participate in the study. Participants were purposively assigned to two groups: an experimental group ($n = 30$) and a control group ($n = 30$). The instruments used in this study included: 1) a prenatal care preparation program for pregnant women undergoing cesarean section with anesthesia. This program focused on information provision, consisting of a teaching plan and a booklet containing information about types of anesthesia and procedures, patient history relevant to anesthesia administration, pre- and postoperative patient self-care instructions, and possible complications during and after anesthesia; 2) an anxiety assessment scale. In the data collection process, the control group received routine care, while the experimental group participated in the prenatal care preparation program through structured information delivery and were provided with the booklet. After surgery, they also received anesthesia for one additional day, were visited in the inpatient unit, and completed the anxiety assessment scale within one day after anesthesia. Data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-square test, Independent t-test, Wilcoxon Signed Ranks test, and the Mann-Whitney U test.

Results The control and experimental groups had mean ages of 30.70 years ($SD = 0.94$) and 30.83 years ($SD = 0.77$), respectively. Demographic data, as well as pregnancy and childbirth-related information, showed no statistically significant differences between the two groups. The experimental group had a median prenatal anxiety score of 65 ($Max = 72$, $Min = 60$) prior to participating in the program, indicating a high level of anxiety. After participating in the program, the median anxiety score was 34 ($Max = 37$, $Min = 29$), reflecting a low level of anxiety. After the program, the experimental group exhibited significantly lower anxiety levels compared to before the program ($Z = 4.790$, $p = .001$), and significantly lower than those of the control group ($U = 6.686$, $p = .001$).

Recommendation The prenatal care preparation program for pregnant women undergoing cesarean section with anesthesia, which emphasizes structured information delivery, has proven effective in reducing anxiety. This program can be adapted for use in routine clinical care. Future studies should be designed using an experimental research approach.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(3) 471-487

Keywords preparation program/ anxiety/ pregnant women/ cesarean section

Received 28 January 2025, Revised 23 June 2025, Accepted 24 June 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแม้ว่าจะเป็นวิธีการคลอดที่มีความปลอดภัยต่อมารดาและทารกค่อนข้างสูงแต่การคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่¹ มีความเสี่ยงจากการผ่าตัดมากเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับความบอบช้ำ มีการสูญเสียเลือด การได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไปหรือยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนร่วมกับมีการรบกวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ขณะผ่าตัดทำให้ลำไส้หยุดทำงานชั่วคราวหลังผ่าตัด² มีผลกระทบต่อความสุขสบายทางด้านร่างกายและจิตสังคมของสตรีหลังผ่าตัดคลอดอย่างมากโดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงถึง 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด³ การผ่าตัดไม่จำเป็นการผ่าตัดเล็กหรือผ่าตัดใหญ่ล้วนเป็นภาวะวิกฤตในชีวิตทั้งนั้น เพราะทำให้เกิดภาวะตึงเครียดทางอารมณ์ กลัว และวิตกกังวล ส่งผลกระทบต่อชีวิตปกติของหญิงตั้งครรภ์⁴ ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงความกลัวระดับรุนแรง ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้อัตราการผ่าตัดคลอดที่เพิ่มขึ้นส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากหญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาแล้ว การตั้งครรภ์ครั้งต่อไปจึงจำเป็นต้องผ่าตัดซ้ำ

หญิงตั้งครรภ์ที่รอเข้ารับการผ่าตัดคลอดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและมากกว่าร้อยละ 80 พบว่ามีความวิตกกังวลสูง เนื่องจากต้องระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบ หรือการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (spinal block) ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้ในผู้ที่มารับบริการผ่าตัดคลอดบุตร วิทยาลัยแพทย์จะใช้วิธีการฉีดยาเข้าทางน้ำเกลือเพื่อนำสลบ ผู้ป่วยจะหลับ หลังจากนั้นจึงจะบริหารยาสลบต่อ ผู้ป่วยจะหลับสนิทไม่รู้สึกตัวระหว่างการผ่าตัดจนกระทั่งการผ่าตัดเสร็จสิ้น⁵

หรือบางรายวิสัญญีแพทย์จะฉีดยาระงับความรู้สึกเข้าไขสันหลัง ซึ่งบางรายอาจมีผลข้างเคียงได้ เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำที่พบได้มากที่สุด ภาวะคลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ ภาวะกดการหายใจ การผ่าตัดเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตทั้งต่อตัวหญิงตั้งครรภ์เองและทารกในครรภ์ จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น แม้ว่าจะเป็น การผ่าตัดที่ทราบล่วงหน้าก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีอาการทางคลินิกเนื่องจากความกลัวการคลอด ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลเป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดจากการรับรู้และประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ และเป็นความรู้สึกตึงเครียดที่เกิดจากการรับรู้ เนื่องจากกระบวนการทางความคิดขณะที่มีสิ่งเร้ามากระตุ้น โดยบุคคลประเมินว่าสิ่งเร้านั้นจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามต่อบุคคล และสิ่งเร้านั้นอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง อาจเป็นเพียงการคาดการณ์ หรือคาดคะเนว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งมีผลต่อกระบวนการทางความคิด และส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ด้านจิตใจ และพฤติกรรม ซึ่งระดับของความวิตกกังวลจะแตกต่างกันตามการรับรู้ และกระบวนการทางความคิดของแต่ละบุคคล⁷ ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดจะมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่จะเกิดกับตนเองและทารกในครรภ์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์หลังผ่าตัดคลอดรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดในแง่ลบ ในส่วนความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์เป็นภาวะที่เกิดจากการคาดคะเนหรือการประเมินสิ่งเร้าของบุคคล มีผลทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ ไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่นหรือกลัวการเกิดอันตราย จากสิ่งคุกคามทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ⁶ ที่พบในหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องคือ ความวิตกกังวลต่อหัตถการการรักษา

*ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลก่อนคลอดต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์
ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง*

ที่ไม่คุ้นเคย ความเจ็บปวดระหว่างทำหัตถการ ความทุกข์ทรมานหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และวิตกกังวลเกี่ยวกับคำรักษาพยาบาล จึงพบเห็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์หลายรูปแบบโดยเฉพาะที่เป็นปัญหาต่อการทำหัตถการ เช่น ความสมดุลของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป และเกิดการตอบสนองของบุคคลต่อตัวกระตุ้นซึ่งการตอบสนองนั้นจะแสดงออกส่งผลต่อการทำหัตถการ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่าย เคยได้รับการผ่าตัดอื่น ๆ มาก่อน ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และลักษณะแผลจากการผ่าตัดคลอด และยังวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง ที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดคลอด⁸

ทฤษฎีความวิตกกังวลของสไปล์เบอร์เกอร์ ที่ว่าความวิตกกังวลเป็นลักษณะความเครียดหวาดหวั่นตื่นตระหนก ไม่สบายใจต่อสภาพที่เป็นอยู่ และบุคคลรู้สึกถึงความมั่นคงปลอดภัยของตนถูกคุกคาม ซึ่งสิ่งที่มาคุกคามนั้นอาจจะมีอยู่จริง หรือมาจากการคาดเดาเหตุการณ์ ระดับความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของสิ่งที่บุคคลประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามและความสามารถในการประเมินของแต่ละคน ความวิตกกังวลแต่ละระดับจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมตอบสนอง และมีการแสดงออกที่แตกต่างกันไป มีตั้งแต่ทำให้ตื่นตัวอยากที่จะรับรู้ มีการแสวงหาข้อมูลไปจนถึงมีการรับรู้ที่แคบลง และไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยตัวเองได้ อาจถึงขั้นทำให้มีพฤติกรรมตอบสนองที่ผิดปกติและไม่เหมาะสม หรือทำให้มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ยังขึ้นกับความวิตกกังวลแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ และประสบการณ์ของบุคคลในอดีตอีกด้วย โดยสถานการณ์ในการศึกษาครั้งนี้ คือการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไปและการผ่าตัด

คลอด สถานการณ์นี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์

การพยาบาลเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่จะเข้ารับการผ่าตัด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการใช้โปรแกรมดนตรีผ่อนคลายและสมาธิอย่างง่ายเป็นเพลงบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง มีเสียงธรรมชาติ ทำนองราบเรียบ นุ่มนวล ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางมีระดับความเครียดลดลงขณะรอการผ่าตัดได้⁹ นอกจากนี้ ยังมีการจัดการความวิตกกังวลและกลัวการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังของหญิงตั้งครรภ์ โดยอาจใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่าง ๆ เช่น การฝึกหายใจลึก ๆ การฝึกสมาธิ เป็นต้น ซึ่งวิธีการดังกล่าวช่วยลดความวิตกกังวลได้เบื้องต้น แต่ความวิตกกังวลยังสามารถเพิ่มขึ้นได้อีกหากหญิงตั้งครรภ์คาดเดาเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นโดยขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง จึงมีความจำเป็นในการให้ความรู้และคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวางแผนการผ่าตัดคลอดเพื่อลดความวิตกกังวลและเลือกวิธีระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง โดยเฉพาะการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดคลอด ประโยชน์ของการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจและตัดสินใจจัดการกับความวิตกกังวลของตนเองได้อย่างเหมาะสม¹⁰ และตามทฤษฎีปรับตนเองของลีเวนทาล และจอห์นสัน¹¹ ซึ่งมีมีโนทัศน์หลักเกี่ยวกับการสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (schema) หรือภาพในจินตนาการ (mental image) ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (cognitive structure) ที่ซับซ้อนที่มนุษย์สร้างขึ้นจากประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมา โดยแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่สร้างขึ้นจะเป็นตัวชี้นำ ความสนใจของมนุษย์เพื่อเป็นแนวทาง

ในการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและใช้ข้อมูลที่มีอยู่ นำไปสู่การกระทำพฤติกรรมอย่างมีเป้าหมาย โดยหญิงตั้งครรภ์จะตอบสนองด้วยการแสวงหาข้อมูล เพื่อความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์และพิจารณาแนวทางการตอบสนองด้านพฤติกรรม อารมณ์ ทำให้บุคคลสามารถตัดสินใจเลือกวิธีเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

ดังนั้น การให้ข้อมูลด้านต่าง ๆ อย่างครบถ้วน ครอบคลุม ตรงตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปจะส่งผลต่อการรับรู้ การเรียนรู้อย่างเป็นระบบทำให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่สภาวะทางกาย จิต และอารมณ์พร้อมที่จะเผชิญต่อสถานการณ์ที่จะได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปซึ่งก็คือการลดความวิตกกังวลจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งผลของการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่รอรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อลดความวิตกกังวลให้น้อยลง ส่งผลให้สามารถปรับตัวได้ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังการทดลองของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอด

ทางหน้าท้องและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ความวิตกกังวลหลังการทดลองของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดความวิตกกังวลของสปีลเบิร์ก¹¹ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดเพื่ออธิบายความหมาย สิ่งกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล ระดับของความวิตกกังวล และการตอบสนองต่อความเครียด ดังได้กล่าวแล้วข้างต้น และใช้ทฤษฎีปรับตัวของลีเวนทาล และจอร์ฮันสัน¹¹ เป็นแนวคิดในการพัฒนาแนวทางลดความวิตกกังวล โดยสถานการณ์ในการศึกษาครั้งนี้ คือการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไป สถานการณ์นี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์และตามทฤษฎีปรับตัวของลีเวนทาล และจอร์ฮันสัน¹¹ ซึ่งมีมีโนทัศน์หลักเกี่ยวกับการสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (schema) หรือภาพในจินตนาการ (mental image) ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (cognitive structure) ที่ซับซ้อนที่มนุษย์สร้างขึ้นจากประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมา โดยแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่สร้างขึ้นจะเป็นตัวชี้นำความสนใจของมนุษย์เพื่อเป็นแนวทาง

**ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลก่อนคลอดต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์
ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง**

ในการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและใช้ข้อมูลที่มีอยู่ไปสู่การกระทำพฤติกรรมอย่างมีเป้าหมาย โดยหญิงตั้งครรภ์จะตอบสนองด้วยการแสวงหาข้อมูลเพื่อความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์ และพิจารณาแนวทางการตอบสนองด้านพฤติกรรม อารมณ์ ทำให้บุคคลสามารถตัดสินใจเลือกวิธีเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ดังนั้นการให้ข้อมูลด้านต่าง ๆ อย่างครบถ้วน

ครอบคลุม ตรงตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป จะส่งผลต่อการรับรู้ การเรียนรู้อย่างเป็นระบบทำให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่สภาวะทางกาย จิต และอารมณ์พร้อมที่จะเผชิญต่อสถานการณ์ที่จะได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปซึ่งก็คือการลดความวิตกกังวล (Figure 1)

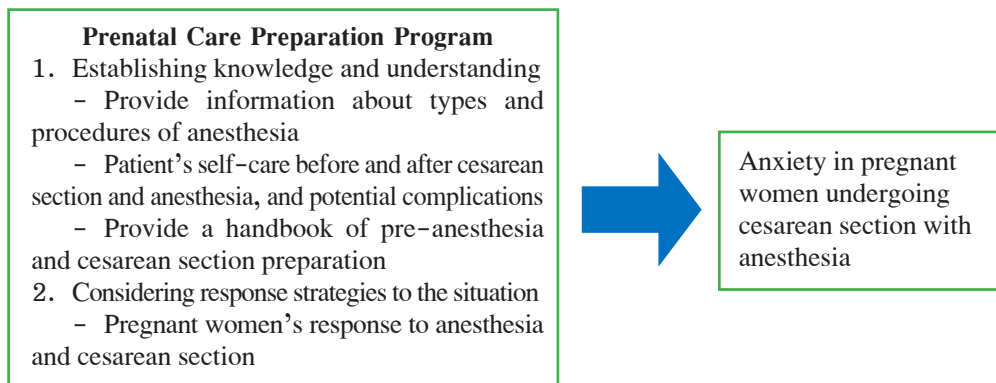


Figure 1 Conceptual Framework

การดำเนินการวิจัย

แบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่นัดมาผ่าตัดคลอดและได้รับยาระงับความรู้สึก ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดคลอด เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนกันยายน 2567 ถึง มกราคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

หญิงตั้งครรภ์ที่นัดผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

กลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ที่นัดผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดทางภาคใต้ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนนอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมการผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน ก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัด และได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว หรือเฉพาะส่วน ระหว่างผ่าตัด มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นหรือการได้ยิน และสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

ตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดไว้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีการเลื่อนผ่าตัดไปเกิน 1 วัน ผู้ที่ไม่สามารถอดทนต่อช่วยหายใจได้หลังผ่าตัด รวมถึงผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลในแผนกผู้ป่วยวิกฤต และมีภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อน ขณะ หรือภายหลัง การผ่าตัด ส่วนเกณฑ์ในการยุติการเข้าร่วมวิจัย คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีเหตุจำเป็นหรือไม่สะดวกที่จะเข้าร่วม การวิจัยต่อไปได้ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยวิธีการ วิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน¹² โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัย ของวรางคณา พุทธิรักษ์¹³ ซึ่งรายงานขนาดอิทธิพล เท่ากับ 3.81 ซึ่งมีขนาดใหญ่ (large effect size) แต่ เพื่อให้การศึกษาครั้งนี้มีความน่าเชื่อถือจึงใช้ค่า ขนาดอิทธิพลที่ .80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .95 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 โดยเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโพลิตและ เบค¹⁴ ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 60 คน จัดเข้า กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน แบบเจาะจง

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม การเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พัฒนาโดยผู้วิจัย ใช้รูปแบบของการให้ข้อมูล ประกอบด้วย แผนการสอน และเอกสารคู่มือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ลักษณะขั้นตอน และวิธีการระงับความรู้สึก ประวัติของ หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับการผ่าตัด

และการระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้ในขณะและหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป พัฒนา โดยผู้วิจัย ประกอบด้วย คำถามปลายเปิดและเลือกตอบ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ระดับการศึกษา สูงสุด อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และประวัติครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคลอด พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย จำนวนครั้ง ของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ชนิดการคลอดที่ผ่านมา ประสบการณ์การผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึก

ส่วนที่ 3 แบบวัดความวิตกกังวล ซึ่งพัฒนา โดยสปีลเบิร์กและคณะ¹⁵ ฉบับภาษาไทยแปลโดย นิตยา คชภักดี และคณะ¹⁶ ซึ่งเป็นการวัดความวิตกกังวล ขณะเผชิญ (State Anxiety Scale) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น ความรู้สึกทางบวก และทางลบอย่างละ 10 ข้อ ลักษณะการตอบเป็น มาตรฐานประเมินค่า 4 อันดับ ตั้งแต่ไม่รู้สึกเลย รู้สึกบ้าง รู้สึกค่อนข้างมาก และรู้สึกมากที่สุด และแปลผล ตามคะแนนรวมโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 20 - 39 หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ คะแนน 40 - 59 หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และคะแนน 60 - 80 หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเชิง เนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลห้องคลอด 1 ท่าน และ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบ

**ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลก่อนคลอดต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์
ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง**

ความถูกต้องเหมาะสม ความครอบคลุม ความชัดเจนของเนื้อหา ความชัดเจนของข้อความ และความถูกต้องของภาษาที่ใช้ เมื่อผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยทำการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความวิตกกังวล ที่ได้ปรับเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แล้วคำนวณหาความเที่ยงจากความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ตามเอกสารรับรองเลขที่ SCPHYLIB-2567/298 ลงวันที่ 23 สิงหาคม 2567 ในการศึกษาครั้งนี้ได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิประโยชน์ ความถูกต้องและความยุติธรรม โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความเสี่ยงและประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย แจ้งสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น การเก็บรักษาและทำลายข้อมูลหลังการวิจัยเสร็จสิ้น โดยที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถขอออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่ควรได้รับตามปกติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ได้ทำหนังสือขอความ

อนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ภายหลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แนะนำตัวเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แจ้งสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย อ่านและลงลายมือชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง

2.2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด และแบบวัดความวิตกกังวลภายในช่วงเวลา 1 วันก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยเก็บข้อมูลพร้อมกันทั้งสองกลุ่ม

กลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกตามปกติ ภายหลังการผ่าตัด และได้รับยาระงับความรู้สึก 1 วัน ภายหลังผ่าตัดคลอดได้รับการตรวจเยี่ยมหลังได้รับยาระงับความรู้สึกตามปกติที่หอผู้ป่วย และตอบแบบวัดความวิตกกังวลหลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยตนเองอีกครั้งภายในเวลา 1 วัน

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก และได้รับการแจกเอกสารคู่มือ ก่อนการผ่าตัด และได้รับยาระงับความรู้สึก 1 วัน ภายหลังผ่าตัดคลอดได้รับการตรวจเยี่ยมหลังได้รับยาระงับความรู้สึกตามปกติที่หอผู้ป่วย และตอบแบบวัดความวิตกกังวลหลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยตนเองอีกครั้งภายในเวลา 1 วัน ภายหลังผ่าตัดคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Chi-square test และ Independent t-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยใช้ Wilcoxon Signed Ranks test เนื่องจากผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยใช้ Mann-Whitney U test เนื่องจากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ

ผลการวิจัย

ตัวอย่างกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน มีอายุ 30-34 ปีมากที่สุด ร้อยละ 36.67 ($M=30.70$, $SD=0.94$) และ ร้อยละ 43.33 ($M=30.83$, $SD=0.77$) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีน้ำหนักปัจจุบัน 51-60 กิโลกรัม ร้อยละ 56.67 ($M=61.80$, $SD=1.00$) ในขณะที่กลุ่มทดลอง ร้อยละ 46.67 มีน้ำหนักอยู่ในช่วง 51-60 กิโลกรัม และ 61-70 กิโลกรัม ($M=62.67$, $SD=1.39$) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 66.67 และ 83.33 ตามลำดับ ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 43.33 และ ร้อยละ

50.00 ตามลำดับ มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 10,000-20,000 บาท ร้อยละ 43.33 ($M=29,100$, $SD=2342.68$) และ ร้อยละ 30.00 ($M=32,076.67$, $SD=2,175.65$) ตามลำดับ ซึ่งมีความเพียงพอในการใช้จ่าย ร้อยละ 66.67 และ ร้อยละ 70.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่แต่งงานและแยกครอบครัวมาอยู่กับสามี ร้อยละ 63.33 และ ร้อยละ 76.67 ตามลำดับ และ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 83.33 และ ร้อยละ 80.00 ตามลำดับ

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตั้งครรภ์เป็นครั้งที่ 2 ร้อยละ 43.33 และ ร้อยละ 43.33 ตามลำดับ มีการคลอดครบกำหนดจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 50.00 และ ร้อยละ 46.67 ตามลำดับ มีอายุครรภ์เมื่อคลอด 38 สัปดาห์ ร้อยละ 73.33 ($M=38.23$, $SD=0.13$) และ ร้อยละ 63.33 ($M=34.43$, $SD=7.37$) ตามลำดับ มีน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 45-50 กิโลกรัม ร้อยละ 43.33 ($M=53.30$, $SD=0.90$) และ ร้อยละ 43.33 ($M=54.17$, $SD=1.34$) ตามลำดับ มีค่าดัชนีมวลกาย 18.50-22.90 ร้อยละ 86.67 ($M=21.12$, $SD=0.33$) และ ร้อยละ 83.33 ($M=21.49$, $SD=0.49$) ตามลำดับ ไม่เคยมีประวัติการแท้ง ร้อยละ 83.33 และ ร้อยละ 63.33 ตามลำดับ มีประวัติการฝากครรภ์ 7 ครั้ง ร้อยละ 43.33 และ ร้อยละ 56.67 ตามลำดับ มีประวัติเคยได้รับยาระงับความรู้สึก ร้อยละ 83.33 และ ร้อยละ 76.67 ตามลำดับ ประวัติการเจ็บป่วยของหญิงตั้งครรภ์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.33 และ ร้อยละ 96.67 ตามลำดับ และ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 73.33 และ ร้อยละ 80.00 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 1)

*ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลก่อนคลอดต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์
ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง*

Table 1 Comparisons of personal characteristics, and pregnancy and childbirth data between the experimental (n=30) and control (n=30) groups

Characteristics	Control Group		Experimental Group		p-value
	n	%	n	%	
Age (years)	M= 30.70, SD= 0.94 Min-Max = 20-42		M= 30.83, SD = .77 Min-Max = 22-41		.310
20-29	11	36.67	12	40.00	
30-39	18	60.00	16	53.33	
40-49	1	3.33	2	6.67	
Current weight (kgs)	M = 61.80, SD = 1.000 Max=73, Min=54		M = 62.67, SD = 1.390 Max=88, Min=51		.695
51-70	29	96.67	28	93.33	
71-90	1	3.33	2	6.67	
Education level					.343
Secondary school	1	3.33	1	3.33	
Certificate/Associated degree	7	23.33	25	83.33	
Bachelor's degree	20	66.67	2	6.67	
Master's degree	2	6.67	2	6.67	
Occupation					.140
General employee	7	23.33	9	30.00	
Trading	13	43.33	15	50.00	
Agriculture	5	16.67	0	0.00	
Government service/ State enterprise	5	16.67	6	20.00	
Monthly family income (baht)	M= 29,100, SD=2342.68 Min-Max=10,000-50,000		M=32,076.67, SD= 2,175.65 Min-Max=15,000-50,000		.758
10,000-20,000	13	43.33	9	30.00	
20,001-30,000	6	20.00	7	23.33	
>30,000	11	36.67	14	46.67	
Income adequacy					.580
Enough	20	66.67	21	70.00	
Not enough and no debt	7	23.33	8	26.67	
Not enough and in debt	3	10.00	1	3.33	.260
Current marital status					
Married and living with parents	11	36.67	7	23.33	
Married and living with husband	19	63.33	23	76.67	.739
Religion					
Buddhism	25	83.33	24	80.00	.987
Muslim	5	16.67	6	20.00	
Pregnancy					
1 st - 3 rd pregnancy	27	90.00	26	86.67	.713
≥ 4 th pregnancy	3	10.00	4	13.33	
Number of full- term births (times)					
Never	5	16.67	7	23.33	.713
1	15	50.00	14	46.67	
2	9	30.00	9	30.00	
3	1	3.33	0	0.00	

Table 1 Comparisons of personal characteristics, and pregnancy and childbirth data between the experimental (n=30) and control (n=30) groups (Cont.)

Characteristics	Control Group		Experimental Group		p-value
	n	%	n	%	
Gestational age at birth (weeks)	M= 38.23, SD=0.13		M= 34.43, SD= 7.37		.366
36	1	3.33	0	0.00	
37	0	0.00	3	10.00	
38	22	73.33	19	63.33	
39	5	16.67	6	20.00	
40	2	6.67	2	6.67	
Pre-pregnancy weight (kgs)	M= 53.30, SD= .902		M= 54.17, SD= 1.34		.683
	Min-Max=46-62		Min-Max=45-80		
45-62	30	100.00	28	93.33	
63-80	0	0.00	2	6.67	.793
BMI (kg/m ²)	M= 21.12, SD= .33		M= 21.49, SD= .49		
	Min-Max=17.96-25.83		Min-Max=17.57-31.25		
Less than 18.50	1	3.33	1	3.33	
18.50-22.90	26	86.67	25	83.33	
23.00-24.90	2	6.67	1	3.33	
25.00-29.90	1	3.33	2	6.67	
More than 30.00	0	0.00	1	3.33	
History of miscarriage (times)					.291
Never	25	83.33	19	63.33	
miscarriage	5	16.67	11	36.67	
1	4	13.34	9	30.00	
2	1	3.33	1	3.33	
3	0	0.00	1	3.33	
ANC History (times)					.639
4	3	10.00	1	3.33	
5	2	6.67	2	6.67	
6	3	10.00	1	3.33	
7	13	43.33	17	56.67	
8	9	30.00	9	30.00	
History of receiving anesthesia					.519
No	5	16.67	7	23.33	
Yes	25	83.33	23	76.67	.221
Medical conditions of pregnant women					
No underlying diseases	28	93.33	29	96.67	
Diabetes	2	6.67	0	0.00	
High blood pressure	0	0.00	1	3.33	.769
Family medical history					
No illness	22	73.33	24	80.00	
Diabetes	3	10.00	2	6.67	
High blood pressure	2	6.67	3	10.00	
Epilepsy	2	6.67	1	3.33	
Twin pregnancy	1	3.33	0	0.00	

**ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลก่อนคลอดต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์
ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง**

กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 65 (Max=72, Min=60) ระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง และภายหลังได้รับโปรแกรมฯ คะแนนความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์เท่ากับ 34 (Max=37, Min=29) ระดับความวิตกกังวลในระดับต่ำ เมื่อทดสอบการแจกแจงของข้อมูลพบว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วม

โปรแกรมของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign Rank test ผลพบว่า คะแนนมัธยฐานของความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์หลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=4.790$, $p=.001$) ดังแสดงใน Table 2

Table 2 Comparison of anxiety in the experimental group before and after the program (n = 30)

	Before			After			Z	p-value
	Max	Min	Median	Max	Min	Median		
Anxiety	72	60	65	37	29	34	4.790	.001

ภายหลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน

ความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mann-Whitney $U=6.686$, $p=.001$) (Table 3)

Table 3 Comparison of anxiety between control (n = 30) and experimental (n = 30) groups after the program

	Control group			Experimental group			Mann-Whitney U	p-value
	M	SD	Mean Rank	M	SD	Mean Rank		
Anxiety	66.60	2.77	45.50	33.40	2.77	15.50	6.686	.001

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่นัดมาผ่าตัดคลอดและได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่าโปรแกรมฯ

ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์สามารถลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ได้ โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อจัดการกับความกลัวและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ โดยทฤษฎีของลีเวนทาล และจอห์นสัน¹¹ สามารถอธิบายได้ว่าความรู้ความเข้าใจที่เกิดขึ้นจากการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องทำให้บุคคลที่เคยรับรู้ เคยมีประสบการณ์การเรียนรู้หรือความรู้ที่เกิดจากความเข้าใจของตนเองจนนำมาใช้

เป็นแนวทางในการปรับตัวเพื่อลดความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวล สร้างความรู้ความเข้าใจใหม่ ทำให้บุคคลสามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า และสามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ โดยใช้กระบวนการการปรับตัวเองเมื่อต้องเผชิญกับภาวะคุกคามในชีวิต และสามารถถึงประสบการณ์ที่เคยใช้จัดการกับความวิตกกังวลที่มีประสิทธิภาพมาใช้ ซึ่งการให้ความรู้โดยการบรรยายประกอบกับคู่มือ การเตรียมตัวก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกสำหรับการ หึงตั้งครรภ์ที่นัดมาผ่าตัดคลอดและได้รับยาระงับ ความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งครอบคลุม การให้ข้อมูล ได้แก่ วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ขั้นตอน การเตรียมตัวก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ข้อมูลความ เจ็บป่วยที่ควรแจ้งให้แพทย์ทราบล่วงหน้า ภาวะแทรกซ้อน ที่ควรทราบ และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ส่งผลให้ หึงตั้งครรภ์ที่นัดมาผ่าตัดคลอดและได้รับยาระงับ ความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เข้าร่วม โปรแกรมมีคะแนนมาตรฐานของความวิตกกังวลน้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแล หึงตั้งครรภ์ ช่วยให้หึงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับ ความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีความ วิตกกังวลลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติและความวิตกกังวลของหึงตั้งครรภ์ กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อม ของหึงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดทาง หน้าท้องในโรงพยาบาลโยธธ¹⁷ และการศึกษาผลของ การใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมระดับความรู้สึก แบบนิตยาชาเข้าช่องไขสันหลังต่อความรู้และพฤติกรรม

การปฏิบัติตนของหึงตั้งครรภ์ครรภ์แรกนัดผ่าคลอด ที่โรงพยาบาลหนองคาย¹⁸ พบว่า โปรแกรมการเตรียม ความพร้อมระดับความรู้สึกแบบนิตยาชาเข้าช่อง ไขสันหลัง เป็นทางเลือกหนึ่งเพื่อใช้ในการเตรียม ความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพิ่มพูนความรู้ และ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง การจัดการ เตรียมความพร้อมโดยการบรรยายให้ความรู้โดยมีสื่อ เป็นคู่มือ มีการวางแผนการสอนที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ลักษณะขั้นตอน และวิธีการระดับความรู้สึก ประวัติ ของหึงตั้งครรภ์ที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับการผ่าตัด และการระดับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้ในขณะและหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ส่งผลให้ หึงตั้งครรภ์ได้รับความรู้ แนวทางในการปฏิบัติตัว ที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ ที่ยังไม่เกิดขึ้นลดลงได้ พร้อมทั้งสามารถสอบถาม ข้อสงสัยในสิ่งที่วิตกกังวลได้ และสามารถนำคู่มือไป อ่านทบทวน เพื่อเตรียมตนเองก่อนผ่าตัดได้อย่าง เหมาะสม

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลพร้อมกันทั้ง 2 กลุ่ม อาจทำให้เกิดการปนเปื้อน (contamination) ของข้อมูลได้และการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการใน โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในพื้นที่เดียวอาจไม่สามารถ นำไปใช้อ้างอิงผลการวิจัยในพื้นที่โรงพยาบาลอื่น ๆ ในระดับแตกต่างกันได้ นอกจากนี้ การวัดความวิตกกังวล ในช่วงเวลา 24 ชม. ก่อนผ่าตัดนั้น อาจไม่สะท้อน ความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดเท่าการประเมินความ วิตกกังวล 1 ชม. ก่อนทำการผ่าตัด แต่เนื่องจากเป็น สถานการณ์ที่หึงตั้งครรภ์อาจไม่พร้อม เนื่องจากเป็น ช่วงเวลาที่จำเป็นต้องได้รับการทำหัตถการต่าง ๆ ตาม มาตรฐานการดูแลเพื่อเตรียมเข้ารับการผ่าตัด

**ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลก่อนคลอดต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์
ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง**

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในช่วงก่อนผ่าตัด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลสูง การเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบจะช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจ และรู้สึกปลอดภัย ส่งผลให้กระบวนการดูแลและการให้บริการทางการพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล การวิจัยครั้งต่อไปควรออกแบบโดยใช้การวิจัยเชิงทดลอง ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาต่อยอดงานวิจัยการวางแผนและให้การดูแลลดความวิตกกังวลแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอด รวมถึงการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในรูปแบบอื่น ๆ หรือกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อเตรียมความพร้อมเพราะเป็นกลุ่มที่อาจได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ทุกท่านสำหรับความร่วมมืออย่างดี จินงานวิจัยสำเร็จ ลุล่วงอย่างดี

Declaration Statement

Conflict of Interest: No conflict of interest

Author Contribution: Maliwan Rattaya: Conceptualization, Methodology, Software, Validation, Formal analysis, Investigation, Resources, Data curation, Writing original draft, Writing– review & editing, Visualization, Project administration; **Orawan Ritmontree:**

Conceptualization, Methodology, Software, Formal analysis, Investigation, Resources, Writing original draft, Writing– review & editing, Visualization.

AI Use Disclosure: AI was used for editing purposes and assisting with photos used in the geographical abstract.

References

1. Turksal E, Alper I, Sergin D, Yuksel E, Ulukaya S. The effects of preoperative anxiety on anesthetic recovery and postoperative pain in patients undergoing donor nephrectomy. *Braz J Anesthesiol*. 2020 May–Jun; 70(3):271–7. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2020.03.010> PMID: 32653228 PMCID: PMC9373665
2. Chularee S. Incidence of post-operative complications, nursing management and outcomes in patients at post anesthesia care unit. *Journal of Nursing and Health Care*. 2017;35(4):194–203. available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/111877> (in Thai)
3. Chaikongkiat P, Bunlap P, Harnnarong A. Factors related to breastfeeding self-efficacy of mothers after cesarean section. *Nursing Public Health and Education Journal*. 2020 Jan–Apr;21(1):16–28. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/download/230064/164368/836954> (in Thai)
4. Anuwutnawin S. Surgical abortion. In: Vanichpongphan B, Rasmijaroen K, Lertbanpong T, editors. *Obstetrics textbook*. Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; P.A. Living Co., Ltd.; 2017. p.368–383. (in Thai)
5. Heather N, Lisa L. Anesthesia for cesarean delivery. In: Chestnut DH, editor. *Chestnut's obstetric anesthesia*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2023. p. 545–93.

6. Fakherpour A, Ghaem H, Fattahi Z, Zaree S. Maternal and anaesthesia-related risk factors and incidence of spinal anaesthesia-induced hypotension in elective caesarean section: A multinomial logistic regression. *Indian J Anaesth* 2018;62(1):36-46. https://doi.org/10.4103/ija.IJA_416_17 PMID: 29416149 PMCID: PMC5787888
7. Sittipa K, Baosoung C, Sansiriphun N. Anxiety, social support, and postpartum functional status among first-time mothers. *Nursing Journal*. 2017;44(3): 31-40. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunnursing/article/view/115311> (in Thai)
8. Pinchaleaw D, Bhooasahas P. Factors related to women's distress after cesarean section. *J Royal Thai Army Nurses* [internet]. 2015;16(1):101-8. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JR-TAN/article/view/36165> (in Thai)
9. Somphet S, Noonart T. Effects of training with a simple relaxation music and meditation program on the level of anxiety of pregnant women while waiting for a cesarean section. *Thai Journal of Public Health and Health Education* [Internet]. 2024 May-Aug;4(2):1-15. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjphe/article/view/268179> (in Thai)
10. Boonma P, Buranakit T. Effects of a program for preparing pregnant women before spinal anesthesia on knowledge, attitude, and anxiety among first-time mothers who gave birth by C-Section at Lamphun hospital. *Journal of Environmental and Community Health*. 2025 Jan-Feb;10(1):76-84. available from: <https://he03.tcithaijo.org/index.php/ech/article/view/3811> (in Thai)
11. Leventhal H, Johnson JE. Laboratory and field experiment of a theory of self-regulations. In: Wooldridge PJ, Schmitt MH, Skipper JK, Leonard RC, editors. *Behavioral science and nursing theory*. St. Louis: Mosby; 1983. p. 189-262.
12. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge; 1988. Available from: <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
13. Puttaruk W. The effect of readiness pattern of care for patients undergoing general anesthesia on state anxiety in Srisangwornasukhothai hospital Sukhothai province. *Nursing Journal*. 2021 Jan-Mar;48(1): 269-80. Available from: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/cmunnursing/article/download/248694/170118> (in Thai)
14. Polit DF, Beck CT. *Essential of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
15. Spielberger CD (Ed.). *Anxiety and behavior*. Academic Press; 1966.
16. Kotchabhakdi N, Vorrakitpokatorn S, Nisaisuk M. State-trait anxiety inventory. In: Prasert Y, Namjuntra R. *Effects of self-regulation program via line application on anxiety, cooperative behaviors, and duration of examination in patients undergoing bronchoscopy*. *Thai J Cardio-Thorac Nurs*. [internet]. 2023 Aug;28;34(1):57-73. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view/259855> (in Thai)
17. Satiantanasat N. Effects of pre-operative preparation program of pregnant woman undergoing cesarean section in Yasothon hospita. *Yasothon Medical Journal* [Internet]. 2024;26(1):169-182. Available from: <https://he04.tcithaijo.org/index.php/hciyasohos/article/view/1073> (in Thai)
18. Ingthaisong T. The effectiveness of using pre-anesthetic preparation program on knowledge and behavior of primigravida mothers receiving spinal anesthesia for cesarean section. *Nursing, Health, and Education Journal* [Internet]. 2021 May-Aug; 4(2):15-24. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/article/view/251385> (in Thai)

ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความผูกพันของชุมชนในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสุรินทร์¹

นริศรา เสามั่น พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)²

สุทธิพร มูลศาสตร์ ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)³

กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา ปร.ด. (การพยาบาล)⁴

บทคัดย่อขยาย

บทนำ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลก การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดยให้แกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเครือข่ายสุขภาพ และชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมโดยการประสานความร่วมมือ จะช่วยให้การป้องกันโรคได้ผลดีโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความผูกพันของชุมชนในการป้องกันการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม ได้แก่ ความผูกพันของแกนนำชุมชน ความรู้ในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสมรรถภาพปอด (อัตราการไหลสูงสุดของอากาศออกจากปอดขณะหายใจออกและระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที) ของกลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดสุรินทร์

การออกแบบวิจัย การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดความผูกพันของชุมชนของมาร์ท วอคเกอร์ ในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความผูกพันของชุมชนเพื่อป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) การจัดตั้งเวทีประชาคม เป็นกระบวนการในการวางแผนงานร่วมกับชุมชน 2) การเลือกแนวทางการแก้ปัญหาเป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น 3) การวางแผนการปฏิบัติงานและแผนการประเมินผลการดำเนินงาน และ 4) การดำเนินการและประเมินผล เป็นระยะของการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) แกนนำสุขภาพชุมชน เลือกแบบเจาะจงจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน อย่างเจาะจง และ 2) กลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน โดยจับคู่อายุและเพศ

¹วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

²นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

⁴ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ E-mail: kitsanaporn.t@ku.th

เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย 2) แบบสอบถามความผูกพันของชุมชน 3) แบบสอบถามความรู้ในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 5) การประเมินสมรรถภาพปอด ด้วยเครื่องเป่าปอดและทดสอบการเดิน 6 นาที และ 6) โปรแกรมการสร้างเสริมความผูกพันของชุมชน ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการและการอภิปรายกลุ่ม การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมและแบบสอบถามความผูกพันของแกนนำชุมชน แบบสอบถามความรู้ในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับ .89, .94, .92, และ .98 ตามลำดับ การตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความผูกพันของแกนนำชุมชน แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับ .84, .93 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีอิสระและการทดสอบทีคู่

ผลการวิจัย กลุ่มแกนนำชุมชนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.5 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม อายุเฉลี่ย 67.45 ปี (SD = 4.51) และ 51.33 ปี (SD = 0.33) ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.1 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 48.74 ปี (SD = 5.47) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 49.57 ปี (SD = 5.19) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม แกนนำชุมชนกลุ่มทดลองมีความผูกพันต่อชุมชนในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($M = 4.26$, $SD = 0.43$) มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 2.28$, $SD = 0.19$) และมากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 2.11$, $SD = 0.15$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองมีความรู้ในการป้องกันการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($M = 12.62$, $SD = 1.46$) มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 7.25$, $SD = 0.97$) และมากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 8.57$, $SD = 0.69$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) พฤติกรรมโดยรวมในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($M = 4.00$, $SD = 0.10$) มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 2.75$, $SD = 0.18$) และมากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 2.78$, $SD = 0.18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีสมรรถภาพปอดมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ โปรแกรมการสร้างเสริมความผูกพันของชุมชนที่มุ่งเน้นบทบาทของแกนนำชุมชนในการศึกษาครั้งนี้มีประสิทธิผลที่ดี สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนที่มีบริบทคล้ายกันเพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง

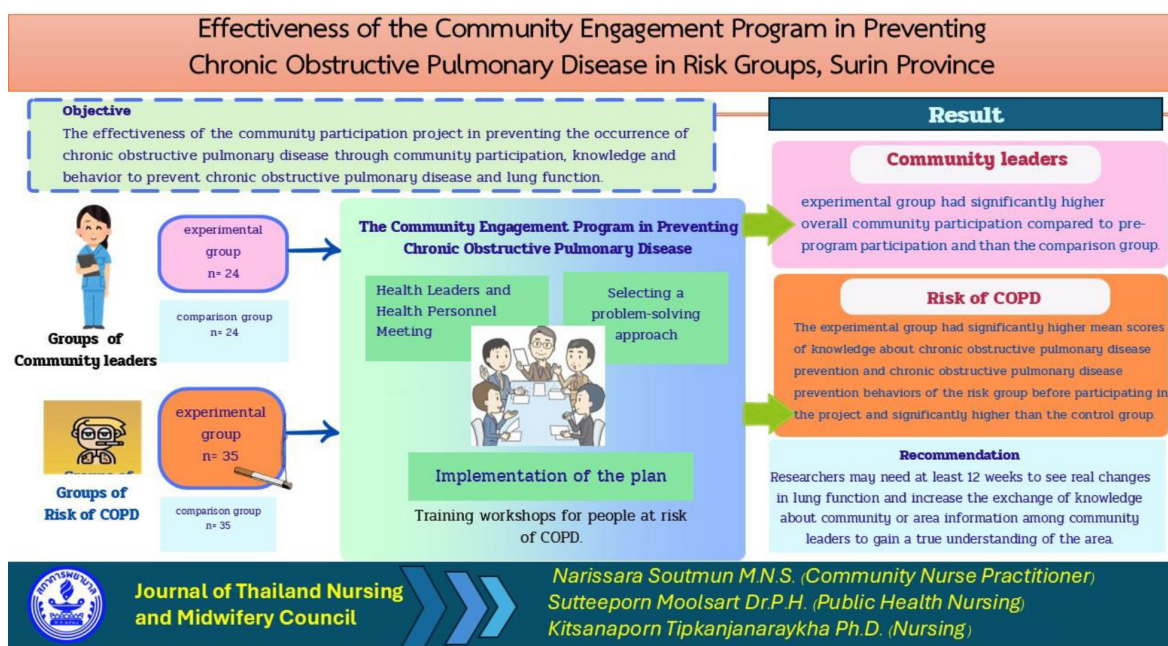
คำสำคัญ ความผูกพันของชุมชน การป้องกัน กลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สมรรถภาพปอด
วันที่ได้รับ 11 กุมภาพันธ์ 68 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 28 พ.ค. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 28 พ.ค. 68

Effectiveness of the Community Engagement Program in Preventing Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Risk Groups, Surin Province¹

Narissara Soutmun M.N.S. (Community Nurse Practitioner)²

Sutteeporn Moolsart Dr.P.H. (Public Health Nursing)³

Kitsanaporn Tipkanjanaraykha Ph.D. (Nursing)⁴



Extended Abstract

Introduction Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a significant public health problem in both Thailand and globally. Promoting community engagement in the management of COPD at the local level, particularly through the involvement of community health leaders, caregivers, and health network stakeholders, can enhance the effectiveness of disease prevention efforts. Community engagement among these groups is especially crucial for improving outcomes among people at risk for developing COPD.

Objectives This study aimed to investigate the effectiveness of a community engagement program in preventing COPD among people at risk by comparing outcomes both between and within groups, including community engagement of community leaders, knowledge on COPD prevention, COPD preventive behaviors, and pulmonary function (peak expiratory flow rate and the six-minute walk distance) of risk groups in a community located in Surin Province, Thailand.

¹Thesis in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand

²Students in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand

³Associate Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Thailand

⁴Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Kasetsart University, Bangkok, Thailand. E-mail: kitsanaporn.t@ku.th

Design A quasi-experimental design with two-group pretest and posttest was used. The researchers applied Martha Walker's concept of community engagement to develop a community engagement program in preventing COPD. The program was divided into four steps: 1) health leaders and health personnel meeting, serving as a collaborative planning process with the community; 2) selecting a problem-solving approach, which entailed gathering relevant data on the issues and their impacts; 3) implementation of the plan and plan for evaluation; and 4) evaluation the plan as process in accordance with the established plan.

Methods The study participants consisted of two groups: 1) community leaders, selected through purposive sampling and assigned to either the experimental or control group, with 24 participants in each group; and 2) people at risk of COPD, selected through simple random sampling and matched by age and gender, with 35 participants in both the experimental and control groups. The research instruments included: a simplified COPD screening tool, a community engagement questionnaire, a knowledge questionnaire on COPD prevention, a COPD preventive behavior questionnaire, pulmonary function assessments using a spirometer and a six-minute walk test, and an 8-week community engagement program in preventing COPD, comprising workshops and group discussions. Content validity was assessed by experts, revealing content validity index (CVI) of .89 for the program, and .94, .92, and .98 for the community engagement, knowledge, and behavior questionnaires, respectively. Reliability was confirmed using Cronbach's alpha coefficients, which were .84 for the community engagement questionnaire, .93 for the knowledge questionnaire, and .90 for the behavior questionnaire. Data analysis was conducted using descriptive statistics, Independent t-tests, and Paired t-tests.

Results The majority of participants in both the experimental and control groups of community leaders were female, accounting for 87.5% in each group. Their mean ages were 67.45 years (SD = 4.51) and 51.33 years (SD = 0.33), respectively. Similarly, in the at-risk group for COPD, 87.1% of participants in both the experimental and control groups were female. The experimental group had a mean age of 48.74 years (SD = 5.47), while the control group had a mean age of 49.57 years (SD = 5.19); the difference between the two groups was not statistically significant. After participating in the program, community leaders in the experimental group demonstrated significantly higher levels of community engagement in COPD prevention (M = 4.26, SD = 0.43) compared to before the program (M = 2.28, SD = 0.19) and the control group (M = 2.11, SD = 0.15), with statistical significance ($p < .001$). Participants in the at-risk experimental group showed significantly greater knowledge of COPD prevention (M = 12.62, SD = 1.46) than before the program (M = 7.25, SD = 0.97) and the control group (M = 8.57, SD = 0.69), with statistical significance ($p < .001$). Their overall preventive behavior (M = 4.00, SD = 0.10) was also significantly higher than before the program (M = 2.75, SD = 0.18) and those in the control group (M = 2.78, SD = 0.18) ($p < .001$). Additionally, pulmonary function in the experimental group improved significantly compared to both their baseline and the control group.

Recommendation The community engagement program in preventing COPD, which emphasized the role of community leaders, demonstrated strong effectiveness in this study. It holds potential for adaptation and implementation in communities with similar contexts to prevent or delay the onset of COPD among at-risk populations.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(3) 488-505

Keywords community engagement/ prevention/ chronic obstructive pulmonary disease risk group/ pulmonary function

Received 11 February 2025, Revised 28 May 2025, Accepted 28 May 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ของโลก โดยในปี ค.ศ. 2021 (พ.ศ. 2564) มีผู้เสียชีวิต 3.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 592 ล้านคน ภายในปี ค.ศ. 2050 (พ.ศ. 2593)¹ ก่อให้เกิดปัญหาต่อระบบสุขภาพในการดูแลทั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรักษาในหัตถ์ฉุกเฉิน ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก² ในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2558-2560 พบประชากรป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี และมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคนี้เพิ่มสูงขึ้น¹⁶ จังหวัดสุรินทร์ พบอัตราเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่จำนวน 15.92, 14.93 และ 13.78 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ และอำเภอเมืองสุรินทร์ พบอัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่สูงเป็นอันดับที่ 1 ของจังหวัดสุรินทร์ อัตราป่วย 9.32, 7.53 และ 8.06 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ⁶ จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่พบในผู้ที่เป็กลุ่มเสี่ยง จำนวน 6,434, 5,311 และ 5,852 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้สูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 76.51, 84.56 และ 73.98 ตามลำดับ และจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว พ.ศ. 2565-2566 พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 89.62, 87.31, และ 88.67 ตามลำดับ¹⁵ จากสาเหตุดังกล่าวเนื่องจากผู้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจนในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย บางรายมีอาการเตือนเพียงเล็กน้อย โดยทั่วไปยังสามารถดำเนินชีวิตและใช้ชีวิตได้อย่างปกติ และไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากผู้นำด้านสุขภาพใน

ชุมชน ดังนั้น การจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกภาคส่วนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นที่การจัดการอาการในกลุ่มที่เจ็บป่วยแล้ว และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการได้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุยังคงมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี การวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การจัดการกับกลุ่มเสี่ยงของโรคและกลุ่มป่วยให้ลดอาการกำเริบลง สามารถลดภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้โดยตรง และสามารถจัดการกับกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เกิดโรคในชุมชนได้ จากการบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อการควบคุมป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับชุมชน และการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นการสร้างการรับรู้และเกิดข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินงานด้วยระบบดิจิทัล ทำให้แกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เข้ามามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น¹¹ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการประสานความร่วมมือมีผลต่อตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น⁹ และการให้ความรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบแบบบูรณาการทุกภาคส่วนในชุมชนพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปรับพฤติกรรมให้ดีต่อสุขภาพ และปรับปรุงคุณภาพอากาศในร่มและกลางแจ้ง ช่วยลดอาการกำเริบและการลดภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้โดยตรง จากการบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อการควบคุมป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับชุมชน¹⁵ การศึกษาครั้งนี้จึงได้นำเอาความร่วมมือในชุมชนมาใช้ในการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับชุมชน โดยการเชื่อมโยงบูรณาการการป้องกันโรค

จากแกนนำชุมชน เชื่อมโยงสู่หน่วยบริการสุขภาพ และครอบครัว ให้ตอบสนองความต้องการของประชาชน กลุ่มเสี่ยงและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความผูกพันของชุมชนในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความผูกพันต่อชุมชนในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของแกนนำสุขภาพชุมชนกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบความผูกพันต่อชุมชนในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของแกนนำสุขภาพชุมชนกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
4. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม
5. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
6. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม
7. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดของกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

8. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดของกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. ความผูกพันต่อชุมชนในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของแกนนำสุขภาพชุมชนกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมความผูกพันต่อชุมชนในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของแกนนำสุขภาพชุมชนกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม
3. ความรู้ในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
4. หลังเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม
5. พฤติกรรมในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
6. หลังเข้าร่วมโปรแกรมพฤติกรรมในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม
7. สมรรถภาพปอดของกลุ่มเสี่ยงกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
8. หลังเข้าร่วมโปรแกรมสมรรถภาพปอดของกลุ่มเสี่ยงกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความผูกพันของชุมชน (community engagement) ของมาร์ธา วอคเกอร์⁹ มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริม

ความผูกพันของชุมชนเพื่อป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (community engagement program in preventing chronic obstructive pulmonary disease) ในกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) การจัดตั้งเวทีประชาคม (health leaders and health personnel meeting) เป็นกระบวนการในการวางแผนงานร่วมกับชุมชน 2) การเลือกแนวทางการแก้ปัญหา (selecting a problem-solving approach) เป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น 3) การวางแผนการปฏิบัติงานและแผนการประเมินผลการดำเนินงาน

(implementation of the plan) และ 4) การดำเนินการและประเมินผล (evaluation) เป็นระยะของการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ซึ่งส่งผลต่อความผูกพันของแกนนำชุมชน (community engagement of community leaders) ความรู้ในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (knowledge on COPD prevention) พฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD preventive behaviors) สมรรถภาพปอด (pulmonary function: %PEFR, 6MWT) (Figure 1)

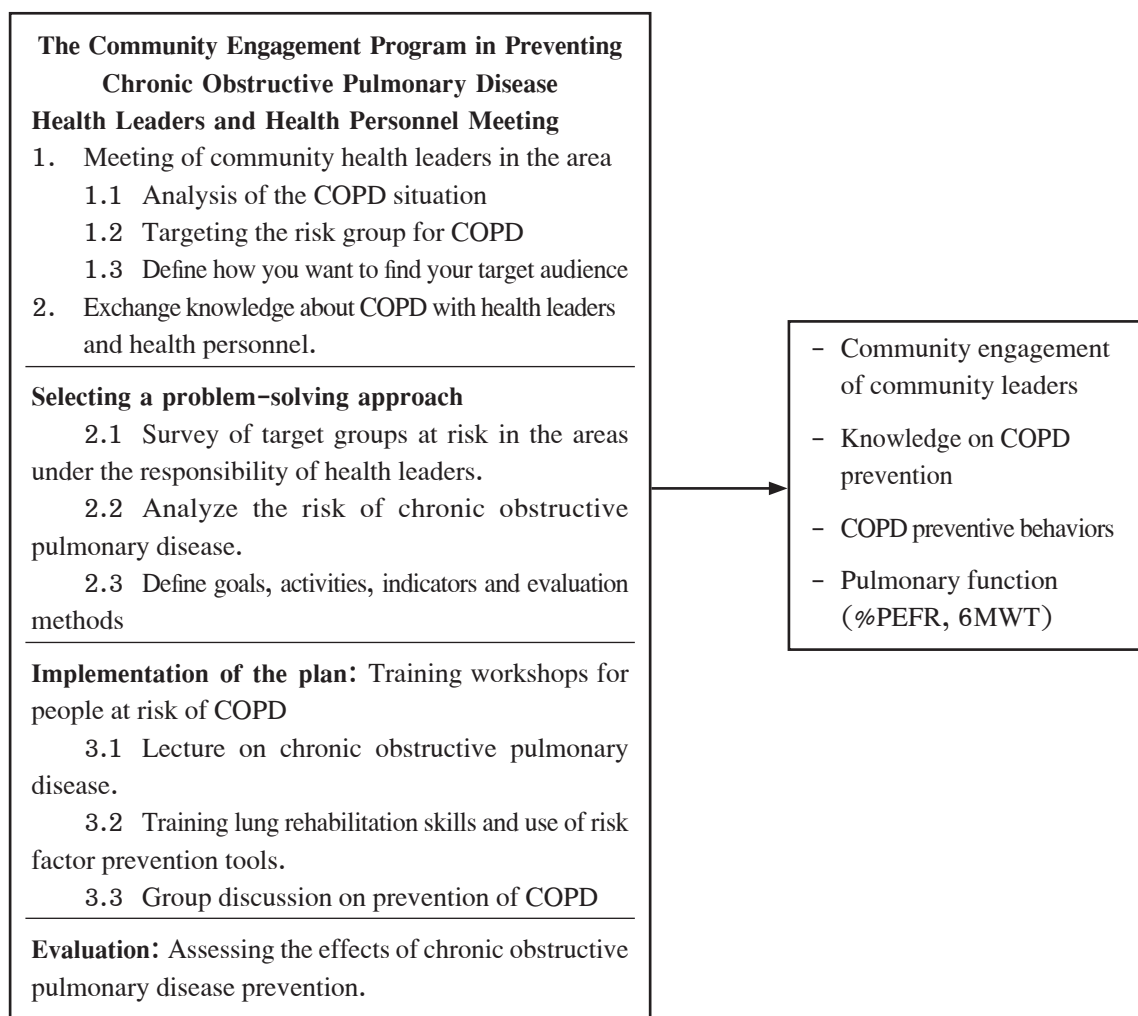


Figure 1 Conceptual framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง

ประชากร คือ 1) กลุ่มแกนนำสุขภาพชุมชนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 630 คน และ 2) กลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นกลุ่มประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 2,829 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) กลุ่มแกนนำสุขภาพชุมชน 40 คนเป็น อสม.ที่มีอายุระหว่าง 40 – 60 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ 2) กลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 70 คน เป็นประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่า 10 ปีขึ้นไป ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

ขนาดตัวอย่าง กำหนดโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ระดับอำนาจการทดสอบ (power of the test) .95 และขนาดอิทธิพล (effect size) 1.18 ที่ได้จากผลการวิจัยของสิริวิทย์ ศรีคำภา¹⁴ ได้ขนาดตัวอย่างของกลุ่มแกนนำสุขภาพชุมชนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ได้จำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน รวมทั้งสิ้น 48 คน และได้ขนาดตัวอย่างของกลุ่มเสี่ยงทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน รวมทั้งสิ้น 70 คน

การเลือกตัวอย่าง

การเลือกตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มแกนนำสุขภาพชุมชน เป็นการ

เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) มีประสบการณ์การทำงาน 5 ปีขึ้นไป 2) ไม่มีโรคประจำตัวที่อยู่ในระยะรุนแรง 3) มีสมาร์ทโฟนหรืออุปกรณ์ที่สามารถเข้าใช้โซเชียลมีเดียได้ 4) มีทักษะในการคิดคำนวณ กลุ่มที่ 2 กลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่า 10 ปีขึ้นไป ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ 2) สูบบุหรี่ ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อปีมากกว่า 20 ซอง/ปี 3) ใช้เตาถ่านหรือการเผาขยะในครัวเรือนมามากกว่า 10 ปี 4) มีค่าสมรรถภาพปอด (% PEFR) อยู่ในช่วง 69 – 80 % 5) ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ หรือโรคที่อยู่ในระยะรุนแรง ผู้วิจัยคัดเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งสุ่มได้ตำบลท่าสว่างเป็นกลุ่มทดลอง และตำบลโคโคเป็นกลุ่มควบคุม เพราะเป็นตำบลที่มีประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ใกล้เคียงกัน และมีบริบทชุมชน วัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 1) เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบง่าย (COPD easy screening) 2) เครื่อง Peak Flow Meter ประเมินสมรรถภาพปอด (% PEFR) โดยใช้เครื่อง Mini-Wright Standard Peak Flow Meter จากบริษัทเดียวกันตลอดการวิจัย

2. เครื่องมือดำเนินการวิจัย พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการสร้างเสริมความผูกพันของชุมชนในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงเป็นชุดกิจกรรมที่พัฒนาความสามารถหรือสมรรถนะของแกนนำสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง โดยประยุกต์ทฤษฎีความผูกพันของชุมชนของมาร์ทวาคเกอร์¹⁵ ประกอบด้วย 4 ระยะ

คือ 1) การจัดตั้งเวทีประชาคม 2) การเลือกแนวทางการแก้ปัญหา 3) การดำเนินการตามแผน 4) การประเมินผล โดยมีระยะดำเนินการทั้งหมด 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 8 โดยให้แกนนำสุขภาพชุมชน เป็นผู้ให้คำแนะนำ ติดตามเยี่ยม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม และเครื่องมือตรวจสอบสมรรถภาพปอด ดังนี้

3.1 แบบสอบถามความผูกพันของชุมชนในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำหรับแกนนำสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา (2) ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์และระยะเวลาในการเป็น อสม. ประสบการณ์อบรมความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 กระบวนการสร้างเสริมความผูกพันต่อชุมชนของกลุ่มแกนนำสุขภาพชุมชน ในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง จำนวน 12 ข้อ และข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แปลผลคะแนน ดังนี้ ระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ระดับน้อย (1.51-2.50) ระดับปานกลาง (2.51-3.50) ระดับมาก (3.51-4.50) และระดับมากที่สุด (4.51-5.00)

3.2 แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรม การป้องกันการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำหรับกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 มี 2 ส่วนคือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน และ 2) ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่

การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การป้องกัน และการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลักษณะการตอบเป็นแบบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ แปลผลคะแนน ดังนี้ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ระดับความรู้ต่ำ คะแนนร้อยละ 60 - 79 หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง คะแนนสูงกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ระดับความรู้สูง⁴

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้านคือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการป้องกันการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลักษณะการตอบเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แปลผลคะแนน ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึงระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึงระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึงระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึงระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด¹⁴

3.3 การทดสอบสมรรถภาพปอดของกลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) การทดสอบสมรรถภาพปอดของกลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยเครื่องทดสอบสมรรถภาพปอด Mini - Wright Standard peak flow meter ตั้งค่าเครื่องไปที่ 0 ให้กลุ่มตัวอย่างยืนหรือนั่งตัวตรง หายใจเข้าลึก ๆ อมปากกระบอกเครื่อง เป่าลมออกจากปอดให้แรงและเร็วที่สุด ทำซ้ำ 3 ครั้ง และใช้ค่าที่ดีที่สุด

2) ประเมินด้วยการเดิน 6 นาที (Six-minute walk test) โดยผู้วิจัยวัดชีพจร ความดันโลหิต และ

ระดับออกซิเจนปลายนิ้วของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มทดสอบ เริ่มจับเวลาเมื่อเริ่มเดิน โดยให้เดินเร็วที่สุดเท่าที่สามารถทำได้อย่างปลอดภัย ผู้วิจัยวัดระดับความเหนื่อยโดยใช้ Borg scale (ระดับความเหนื่อยตั้งแต่ระดับ 0 ถึงระดับ 10) ทุก 1 นาที เมื่อครบ 6 นาทีให้หยุดและบันทึกระยะทางที่เดินได้เป็นเมตร วัดชีพจร ความดันโลหิต และระดับความเหนื่อยอีกครั้งภายหลังหยุดเดินและประเมินด้วย Borg scale อีกครั้งหนึ่ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการสร้างเสริมความผูกพันของชุมชนในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงและแบบสอบถามความผูกพันของแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสำหรับกลุ่มเสี่ยง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชน 3 ท่าน ได้คำดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .89, .94, .92 และ .98 ตามลำดับ นำแบบสอบถามไปทดสอบกับแกนนำสุขภาพชุมชน จำนวน 30 คน และกลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 คนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ความเที่ยง (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .84, .93 และ .90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ 17/2566 วันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรม ความปลอดภัย ความเสี่ยง และขอความยินยอมในการให้ข้อมูลเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยมีบทบาทหลักในการเตรียมแผนการสอน เตรียมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ของทั้ง 2 กลุ่ม จำนวน 6 คน เป็นผู้ช่วยวิจัย

2. ผู้วิจัยประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงรายละเอียด ขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มแกนนำสุขภาพชุมชนทั้ง 2 กลุ่ม ผู้วิจัยได้ชี้แจงการเข้าร่วมโปรแกรม ภายหลังที่แกนนำสุขภาพชุมชนลงนามยินยอมตนเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมสร้างเสริมความผูกพันของแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มทดลอง ระหว่างวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 รวม 8 สัปดาห์ สถานที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงโคกเพชรและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสว่าง ตามขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแกนนำสุขภาพชุมชน กิจกรรมประกอบด้วย การวิเคราะห์สาเหตุและปัญหาการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของชุมชน และกำหนดวิธีการค้นหากลุ่มเป้าหมายในชุมชน แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มแกนนำสุขภาพและบุคลากรสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 4 ฐาน ได้แก่ (1) ฐานการให้ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (2) ฐานการให้ความรู้เรื่องป้องกันการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในครอบครัวและชุมชน (3) ฐานการใช้เครื่องมือ COPD easy screening และ (4) ฐานการทำ six minute walk test และการบริหารปอด

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมให้ความรู้ประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ฝึกทักษะปฏิบัติเรื่องการป้องกัน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดยแบ่งเป็น 3 ฐาน ดังนี้ (1) ฐานผลิตหน้ากากผ้ากันฝุ่นอุ่นใจ การปฏิบัติตัว เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง โดยใช้นวัตกรรมหน้ากาก ผ้ากันฝุ่น (2) ฐานปฏิบัติการทดลองสูบบุหรี่ไปมีอะไร ในปอด (3) ฐานทักษะการบริหารปอดด้วยขวดน้ำใสใจ สุขภาพปอด ฝึกปฏิบัติการบริหารปอด และอภิปรายกลุ่ม (group discussion) วิเคราะห์ประเด็นหาปัจจัยเสี่ยง ของตนเองและครอบครัว วิเคราะห์หาแนวทางการ แก้ไขปัญหาและนำเสนอผลการอภิปรายกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 3-7 แคนนำชุมชนติดตามผลการ ดำเนินกิจกรรม วิเคราะห์ปัญหาระหว่างดำเนินกิจกรรม และการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังรายบุคคลและการบริหารปอดทุกสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 8 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง “แนวทางการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน” ให้กับแกนนำชุมชนและกลุ่มเสี่ยง ถาม-ตอบปัญหา และข้อสงสัยในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลังสิ้นสุดกิจกรรม ดำเนินการตอบแบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (posttest) และแบบสอบถามการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (posttest)

4. กลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามความผูกพัน ของแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มเสี่ยง ครั้งที่ 1 ให้การพยาบาลตามมาตรฐาน การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข สัปดาห์ที่ 8 ตอบ แบบสอบถามหลังเข้าร่วมโปรแกรมและประเมิน สมรรถภาพปอดด้วยการเป่า peak flow meter และการประเมิน six-minute walk test

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา เปรียบเทียบความผูกพันของ ชุมชนในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรม การป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและสมรรถภาพปอด ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Independent t-test และ Paired t-test ส่วนความรู้ในการป้องกันโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง ข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ จึงใช้สถิติ non-parametric statistics (Mann-Whitney U test)

ผลการศึกษา

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มแกนนำชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.5 ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวน เท่ากัน กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 67.45 ปี (SD = 4.51) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 51.33 ปี (SD = 0.33) ทั้งสองกลุ่มมีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51 - 55 ปี สถานภาพสมรส กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรสคู่ ร้อยละ 87.5 กลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 79.2 ระดับการศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 57.14) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75.0) ระยะเวลาในการเป็น อสม. กลุ่มทดลอง มีระยะเวลาในการเป็น อสม. 5 - 10 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 37.5) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลา ในการเป็น อสม. นาน 5 - 10 ปี และ 11 - 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.2 เท่ากัน ประสพการณ์อบรมเรื่อง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่เคยมี ประสพการณ์อบรมเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 95.8) เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมที่ส่วนใหญ่ไม่เคยมี ประสพการณ์อบรมเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

(ร้อยละ 91.7) และประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 79.2) เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 87.5)

2. กลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.1 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 48.74 ปี (SD = 5.47) อายุอยู่ระหว่าง 40-45 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 49.57 ปี (SD = 5.19) อายุอยู่ระหว่าง 46-50 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.4 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม

ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 48.6) ในขณะที่กลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 48.6) อาชีพปัจจุบันของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 54.3) ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 57.1)

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า แก่นนำชุมชนในกลุ่มทดลองมีความผูกพันในชุมชนโดยภาพรวมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 1-2)

Table 1 Comparisons of community engagement in COPD prevention between experimental (n = 24) and control (n = 24) groups before and after the program using Independent t-test

Community engagement	Experimental group			Comparison group			t	p
	M	SD	Level	M	SD	Level		
Health leaders and health personnel meeting								
Before	2.12	0.26	low	1.90	0.24	low	2.813	.007
After	4.22	0.46	high	2.07	0.26	low	19.795	<.001
Selecting a problem-solving approach								
Before	2.56	0.40	moderate	2.26	0.38	low	2.673	.010
After	4.19	0.50	high	2.55	0.27	moderate	19.170	<.001
Implementation of the plan								
Before	2.63	0.35	moderate	2.21	0.27	low	6.459	<.001
After	4.30	0.48	high	2.20	0.23	low	14.310	<.001
Evaluation								
Before	2.50	0.53	low	2.18	0.43	low	2.223	.031
After	4.31	0.52	high	2.29	0.46	low	14.084	<.001
Overall								
Before	2.45	0.24	low	2.11	0.15	low	5.921	<.001
After	4.26	0.43	high	2.28	0.19	low	20.507	<.001

Table 2 Comparisons of community engagement in COPD prevention before and after the program using Paired t-test

Community engagement	Before			After			t	p
	M	SD	Level	M	SD	Level		
Health leaders and health personnel meeting								
Experimental group	2.15	0.26	low	4.22	0.46	high	21.59	<.001
Control group	2.00	0.27	low	1.98	0.27	low	4.00	<.001

Table 2 Comparisons of community engagement in COPD prevention before and after the program using Paired t-test (Cont.)

Community engagement	Before			After			t	p
	M	SD	Level	M	SD	Level		
Selecting a problem-solving approach								
Experimental group	2.61	0.40	moderate	4.19	0.49	high	14.03	<.001
Control group	2.27	0.33	low	2.55	0.27	moderate	4.1430	<.001
Implementation of the plan								
Experimental group	2.97	0.50	moderate	4.30	0.48	high	14.68	<.001
Control group	2.23	0.28	low	2.20	0.23	low	-1.49	.148
Evaluation								
Experimental group	2.50	0.53	moderate	4.31	0.52	high	13.20	<.001
Control group	2.18	0.43	low	2.26	0.19	low	1.73	.096
Overall								
Experimental group	2.48	0.24	low	4.26	0.43	high	19.91	<.001
Control group	2.17	0.17	low	2.26	0.19	low	4.71	<.001

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและพฤติกรรมการป้องกัน
การป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง
การป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ
พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันทางสถิติ (Table 3-4)

Table 3 Comparisons of knowledge on COPD prevention and COPD preventive behaviors between experimental (n = 35) and comparison (n = 35) groups before and after the program using Independent t-test

Variables	Experimental group			Control group			t	p
	M	SD	Level	M	SD	Level		
Knowledge on COPD prevention								
Before	7.25	0.91	low	7.02	0.85	high	-1.196	.232
After	12.62	1.46	high	8.57	0.73	moderate	-7.200	<.001
COPD preventive behaviors								
Prevention								
Before	2.58	0.22	moderate	2.57	0.19	moderate	.051	.959
After	3.49	0.23	moderate	2.62	0.20	moderate	16.50	<.001
Exercise								
Before	2.72	0.35	moderate	2.71	0.34	high	.132	.895
After	4.48	0.18	moderate	2.74	0.33	moderate	26.82	<.001
Diet								
Before	2.96	0.23	moderate	2.95	0.24	high	.872	.386
After	4.02	0.19	moderate	2.98	0.23	moderate	20.28	<.001
Overall								
Before	2.75	0.18	moderate	2.73	0.17	high	.495	.622
After	4.00	0.10	moderate	2.78	0.18	moderate	34.21	<.001

Table 4 Comparisons of knowledge on COPD prevention and COPD preventive behaviors before and after the program in experimental and control groups using Paired t-test

Knowledge	Before			After			t	p
	M	SD	Level	M	SD	Level		
Knowledge on COPD prevention								
Experimental group	7.25	0.97	low	12.62	1.46	high	-5.184	<.001
Control group	7.02	0.89	low	8.57	0.69	moderate	-4.891	<.001
COPD preventive behaviors								
Prevention								
Experimental group	2.58	0.22	moderate	3.50	0.23	high	16.64	<.001
Control group	2.58	0.19	moderate	2.62	0.20	moderate	1.527	.136
Exercise								
Experimental group	2.72	0.35	moderate	4.48	0.19	high	24.91	<.001
Control group	2.71	0.28	moderate	2.74	0.33	moderate	1.556	.129
Diet								
Experimental group	2.96	0.23	moderate	4.02	0.19	high	20.30	<.001
Control group	2.91	0.25	moderate	2.98	0.23	moderate	1.809	.079
Overall								
Experimental group	2.75	0.18	moderate	4.00	0.10	high	35.92	<.001
Control group	2.73	0.17	moderate	2.78	0.18	moderate	3.089	.004

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอด (%PEFR) ของกลุ่มเสี่ยง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดมากกว่าหลังทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระยะทางในการทดสอบเดิน 6 นาที (6MWD) ของกลุ่มเสี่ยง พบว่า กลุ่มทดลอง เพศชายมีค่าเฉลี่ยระยะทางการเดิน 6 นาที หลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างจากก่อนโปรแกรมและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มทดลองเพศหญิง มีค่าเฉลี่ยของระยะทางการเดิน 6 นาที หลังเข้าร่วม โปรแกรมมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 5-6)

Table 5 Comparisons of pulmonary function (%PEFR) and physical function (6MWT) in risk groups between experimental (n = 35) and control (n = 35) groups using Independent t-test

Variables	Experimental group		Control group		t	p
	M	SD	M	SD		
Pulmonary function						
Before	72.68	3.81	72.17	4.31	.518	.606
After	74.78	4.40	72.56	3.82	2.26	.027
Physical function						
Before						
Men	516.77	65.12	502.27	61.98	.684	.498
Women	461.41	64.88	465.41	57.70	2.60	.081
After						
Men	533.44	58.68	498.77	59.91	-.190	.851
Women	491.23	52.27	460.23	55.24	1.68	.040

Table 6 Comparisons of Pulmonary function (%PEFR) and physical function (6MWT) in risk groups before and after the program using Paired t-test

Variables	Before		After		t	p
	M	SD	M	SD		
Pulmonary function						
Experimental group	72.68	3.81	74.78	4.40	2.35	.024
Control group	72.17	4.31	72.56	3.82	.339	.692
Physical function						
Experimental group						
Men	516.77	65.12	533.44	58.68	-1.651	.117
Women	461.41	64.88	491.23	52.27	-2.928	.010
Control group						
Men	502.27	61.98	498.77	59.91	.846	.409
Women	465.41	57.70	460.23	55.24	.639	.532

การอภิปรายผล

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม แก่นนำสุขภาพกลุ่มทดลองมีความผูกพันกับชุมชนโดยภาพรวม ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มเสี่ยงกลุ่มทดลองมีความรู้ในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยภาพรวม ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความผูกพันโดยกิจกรรมในโปรแกรมได้รับการพัฒนาให้มีความหลากหลาย ทั้งการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การอภิปรายกลุ่ม การสอนและการสาธิต การทดลองลงมือปฏิบัติ การตรวจสอบสมรรถภาพปอดด้วยตนเองของแก่นนำสุขภาพชุมชน เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ทุกฝ่ายร่วมกันวางแผน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความผูกพันของชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁹ ที่พบว่า การสร้างให้องค์กรหรือชุมชนเกิดความผูกพันขึ้นในองค์กร โดยการทำข้อตกลงร่วมกัน วางแผนร่วมกัน เพื่อให้ทุกฝ่ายบรรลุวัตถุประสงค์ ดังนั้น การส่งเสริมให้แก่นนำสุขภาพชุมชนมีความสามารถในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยการเป่า peak flow meter การลงพื้นที่คัดกรองด้วย COPD easy screening ด้วยตนเอง การทดสอบความสามารถทางร่างกายด้วยการเดิน 6 นาที ทำให้ชุมชนเกิดความเชื่อมั่นและให้การยอมรับโดยการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมนำมาซึ่งความรู้สึกรับเป็นเจ้าของกิจกรรมอย่างแท้จริง สร้างความผูกพันของแก่นนำสุขภาพให้กับชุมชนมากขึ้น³ แต่พบข้อสังเกตว่าระดับคะแนนในด้านการจัดเวทีประชาคมยังมีค่าคะแนนที่ไม่สูงมากที่สุด อันเนื่องมาจากระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมมีน้อย กระบวนการดำเนินกิจกรรมยังทำให้กลุ่มแก่นนำเข้าถึงได้ยาก การวิเคราะห์ปัญหาในบางประเด็นมีความยากเกินกว่าการทำความเข้าใจ

หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการป้องกัน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้จากการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิด

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้แก่กลุ่มเสี่ยงมีการจัดกิจกรรม การให้ความรู้ นำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเอง จากโรคซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่พึงปฏิบัติ¹⁰ ได้แก่ ด้านการป้องกันการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้าน การออกกำลังกายและการบริหารปอด และด้านการ รับประทานอาหาร โดยมีรูปแบบของการดำเนินกิจกรรม คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งรายบุคคลและรายครอบครัว การป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้วยกระบวนการเลิกบุหรี่ โดยใช้นวัตกรรมปอดเทียม การป้องกันด้วยการสวม ใส่หน้ากากผ้าฝ้าย 3 ชั้น รวมถึงการฝึกปฏิบัติการทำ หน้ากากผ้าด้วยตนเอง การดูแลสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน และชุมชนทั้งการใช้เตาถ่าน การเผาขยะ การเผาป่า หรือตอซังข้าว การบริหารปอดและการออกกำลังกาย โดยใช้นวัตกรรมขวดน้ำเป่าปอด และสถิติการหายใจ อย่างถูกต้อง รวมถึงการออกกำลังกายเพื่อบริหารกล้ามเนื้อ ช่วยหายใจ การให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร นำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากโรคซึ่ง ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่พึงปฏิบัติ

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมี สมรรถภาพปอด (%PEFR) มากกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ในส่วนของการทดสอบการเดิน (6MWT) พบว่า กลุ่มทดลองเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของระยะทาง การเดิน 6 นาที หลังเข้าร่วมโปรแกรมก่อนเข้าร่วม โปรแกรมและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ แต่ในเพศชายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา จึงกล่าวได้ว่า การบริหารปอดในโปรแกรม ไม่สามารถช่วยให้มี ระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาทีเพิ่มขึ้นแต่ช่วยรักษา ความสามารถทางกายไม่ให้เสื่อมลง¹⁰ การบริหารปอด และฝึกการออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยเพิ่มความแข็งแรงและความทนทาน ของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ⁸ การบริหารปอดและ

การออกกำลังกายโดยใช้นวัตกรรมขวดน้ำเป่าปอด และสถิติการหายใจอย่างถูกต้อง รวมถึงการออกกำลังกาย เพื่อบริหารกล้ามเนื้อช่วยหายใจ การให้ความรู้เรื่อง การรับประทานอาหาร นำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อการ ป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ทำการศึกษาในบริบทของชุมชน อากาศในช่วงของการทำวิจัยมีฝุ่นมาก อากาศเย็น อาจส่งผลต่อการควบคุมสิ่งแวดล้อมในการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

โปรแกรมการสร้างเสริมความผูกพันของชุมชน ที่มุ่งเน้นบทบาทของแกนนำชุมชนในการศึกษาครั้งนี้ มีประสิทธิภาพที่ดี สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชน ที่มีบริบทคล้ายกันเพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง การวิจัยครั้งต่อไป ควรออกแบบโดยใช้แบบวิจัยเชิงทดลอง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน เป็นอย่างยิ่ง

Declaration Statements

Conflict of Interest: No

Author Contribution: Narissara Soutmun: Conceptualization, Methodology, Formal analysis, Data curation, Writing original draft & editing, Approval of final manuscript; Sutteeporn Moolsart: Conceptualization, Methodology, Investigation, Resources, Approval of final manuscript; Kitsanaporn Tipkanjanaraykha: Conceptualization, Methodology, Investigation, Resources, Editing, Approval of final manuscript

AI Use Disclosure: AI was used for editing purposes only.

References

1. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. 2008 [cited 2024 Nov6]; Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
2. American Lung Association. Breathless in America: new survey reveals impact of chronic obstructive pulmonary disease [Internet]. 2012 [cited 2023 Dec4]; Available from: <https://www.lung.org/lung-health-diseases/lung-disease-lookup/copd>
3. American Thoracic Society & European Respiratory Society. Standard for the diagnosis and management of patients with chronic obstructive pulmonary disease [Internet]. 2011 [cited 2023 Dec4]. Available from: <https://www.thoracic.org/statements/resources/respiratory-disease-adults/copdexecsum.pdf>
4. Bloom, B. S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: Graw-Hill Book Company.
5. Gilmore B, Ndejjo R, Tchetchia A, de Claro V, Mago E, Diallo AA, et al. Community engagement for COVID-19 prevention and control: a rapid evidence synthesis. BMJ Glob Health [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan5]; 5(10):e003188. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003188>
6. Poonkan C. Develop a participatory action research model for continuous care for patients with chronic obstructive pulmonary disease from hospital to community with a digital system in the district, health center service area 11. Health Center Research 11 Nakhon Si Thammarat Province. 2017.
7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention: a guide for health care professionals. 2021 ed. Macquarie University, Sydney, Australia; 2021.
8. Information Technology and Communication Center, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Report group standards of major noncommunicable diseases [Internet]. 2018 [cited 2023 Oct 5]; Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/62cdb786f231afbaaaaaac1d5ff844b0>
9. Walker MA. Community engagement. Virginia Cooperative Extension; 2011.
10. Sutat P, Montha K, Tharadol K, and Benjama C. Effects of a self-management program for pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Public Health. 2017. 47(2). 200-219.
11. Sunthongthao P. Effects of respiratory muscle training on pulmonary function and repetitive maximal running ability in futsal athletes [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017.
12. Yasamut P, Muenma W, Srisuwannoppakul P, Prommarat C, Wongprom N, Chottinun A. Development of holistic and comprehensive care for patients with chronic obstructive pulmonary disease through the participation of health service network partners: Ban Hong District, Lamphun Province. Public Health Acad J 2020 ; 29(2) : 281-92.
13. Saongkwao S. Factors affecting the prevention of acute exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2022.
14. Srikampa S, Moolsart S, Tipkanjanaraykha K. Development of a community-based chronic obstructive pulmonary disease management model: Tha Hat Yao Subdistrict, Phon Sai District, Roi Et Province. J Health Nurs Res 2022 ; 38(1) : 197-212.

15. Strategy and Planning Group, Non-Communicable Disease Division, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. 5-year National Strategic Plan for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (2017-2021). Bangkok: Emotion Art; 2017.
16. Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage. Guidelines for the diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in Thailand: revised ed. 2022. Bangkok: Thai Thoracic Society; 2022.14.
17. Zhou Y, Hu G, Wang D, Wang S, Wang Y, Liu Z, et al. Community-based integrated intervention for prevention and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Guangdong, China: cluster randomized controlled trial. *BMJ (Clin Res Ed)*. 2010;341:c6387. <https://doi.org/10.1136/bmj.c6387>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัย¹

อรพินท์ สุทธิสหัส พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)²

พรนภา หอมสินธุ์ ปร.ด. (การพยาบาล)³

รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ ปร.ด. (การพยาบาล)⁴

บทคัดย่อขยาย

บทนำ การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มนักศึกษา ระดับอุดมศึกษา เนื่องจากมีความสามารถในการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้มากและอาจมีการรับรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในด้านบวก การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาของไทยยังมีจำกัด เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ จึงมีความจำเป็นต้องทำการศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยภายในตัวบุคคล (เพศ ผลสัมฤทธิ์การเรียน ความเครียด การสูบบุหรี่มวน ความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้า) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม (ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า) และปัจจัยทางสังคม (การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า การมีเพื่อนสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของครอบครัว การยอมรับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของครอบครัว การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า การเข้าถึงสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้ราคาบุหรี่ไฟฟ้า การพักอาศัยอยู่กับครอบครัว) กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง

การออกแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ โดยใช้ทฤษฎีอิทธิพลสามทางเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยแบ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยออกเป็น 3 กลุ่มปัจจัย คือ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล 2) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม และ 3) ปัจจัยทางสังคม

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับอุดมศึกษาของมหาวิทยาลัย 3 แห่งในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 374 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป และ 2) มีโทรศัพท์หรืออุปกรณ์ที่สามารถเข้าถึงแบบสอบถามออนไลน์ได้ และเกณฑ์การคัดออก คือ มีปัญหาสุขภาพที่เป็นข้อจำกัดของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคปอดอักเสบ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนตุลาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดยการ

¹ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์จากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

²นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: phomsin09@gmail.com

⁴รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองผ่าน google form ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การสูบบุหรี่มวนและบุหรี่ไฟฟ้า ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความเครียด ความมั่นใจตนเองในการ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression)

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 20.3 ปี (SD = 1.35) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.6) มีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 21.9 โดยสูบบุหรี่ทุกวันร้อยละ 11.5 อายุเฉลี่ยที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ไฟฟ้า เท่ากับ 16.7 ปี (SD = 2.46) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การมีเพื่อนสูบบุหรี่ (OR = 11.37, 95%CI = 4.468 – 28.919) การสูบบุหรี่มวน (OR = 10.41, 95%CI = 5.955 – 18.210) ทศนคติที่เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (OR = 8.32, 95%CI = 4.541 – 15.226) ความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่ำ (OR = 7.54, 95%CI = 4.242 – 13.409) การยอมรับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของครอบครัว (OR = 6.16, 95%CI = 3.354 – 11.320) เพศชาย (OR = 5.62, 95%CI = 3.330 – 9.494) ผลสัมฤทธิ์การเรียนต่ำ (OR = 2.87, 95%CI = 1.735 – 4.739) การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า (OR = 2.21, 95%CI = 1.344 – 3.631) การสูบบุหรี่ของครอบครัว (OR = 2.13, 95%CI = 1.262 – 3.593) และการเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า (OR = 1.87, 95%CI = 1.140 – 3.071)

ข้อเสนอแนะ ทีมสุขภาพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรติดตามเฝ้าระวังกลุ่มนักศึกษา โดยเฉพาะนักศึกษา เพศชาย ผู้ที่มีผลการเรียนต่ำ ผู้ที่สูบบุหรี่มวน โดยให้ความสำคัญในการควบคุมปัจจัยดังกล่าวและ การส่งเสริมสมรรถนะภายในตัวบุคคลให้มีความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ฝึกทักษะ การปฏิเสธหรือต่อรองเมื่อถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า และการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในนักศึกษา นอกจากนี้ควรมีการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าหรือสูบบุหรี่มวนให้เลิกสูบ เพื่อให้ สังคมเพื่อนเป็นสิ่งแวดล้อมที่วัยรุ่นใกล้ชิดมากที่สุด เป็นสังคมปลอดบุหรี่ และสนับสนุนให้ครอบครัว มีส่วนร่วมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

คำสำคัญ บุหรี่ไฟฟ้า นักศึกษามหาวิทยาลัย วัยรุ่น

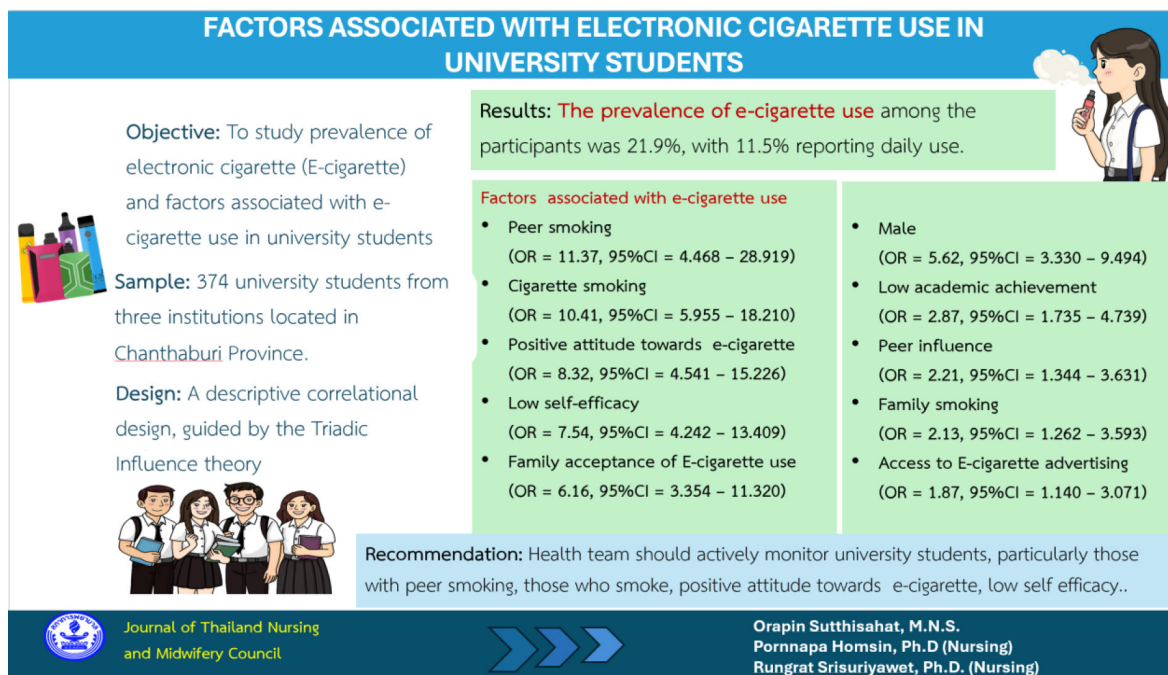
วันที่ได้รับ 3 มี.ค. 68 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 28 เม.ย. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 28 เม.ย. 68

Factors Associated with Electronic Cigarette Use in University Students¹

Orapin Sutthisahat, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)²

Pornnapa Homsin, Ph.D. (Nursing)³

Rungrat Srisuriyawet, Ph.D. (Nursing)⁴



Extended Abstract

Introduction The use of electronic cigarettes (e-cigarette) has emerged as a growing public health problem among university students. This trend is attributed to the increased accessibility of e-cigarettes and the potential perception of their use in a positive way. However, research on the factors associated with e-cigarette use among Thai university students remains limited, as most existing studies have been conducted in international contexts. Therefore, this study is necessary to address this gap.

Objective This study aims to: 1) examine the prevalence and behavioral patterns of e-cigarette use among the participants, and 2) investigate the associations between e-cigarette use and various factors, including intrapersonal factors (gender, academic achievement, stress, cigarette smoking,

¹This study was funded by Tobacco Control Research and Knowledge Management Center

² Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi province, Thailand

³Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi province, Thailand
E-mail : phomsin09@gmail.com

⁴Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi province, Thailand

and self-efficacy in abstaining from smoking), cultural environment/ attitudinal factors (attitudes toward e-cigarette), and social factors (peer influence, peer smoking behaviors, family smoking behaviors, family acceptance of e-cigarette use, access to e-cigarettes, access to E-cigarette advertising, perceived price of e-cigarettes, and living arrangement).

Design This study employs a descriptive correlational design, guided by the Triadic Influence theory as its conceptual framework. The factors associated with e-cigarette use among university students are categorized into three groups: (1) intrapersonal factors, (2) cultural-environmental/ attitudinal factors, and (3) social factors.

Methodology The sample consisted of 374 university students from three institutions located in Chanthaburi Province. A multistage random sampling technique was employed. Inclusion criteria were: 1) being 18 years of age or older, and 2) having a mobile phone or device capable of accessing an online questionnaire. Exclusion criteria included health conditions that contraindicate e-cigarette use, such as asthma, heart disease, pneumonia, or chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Data were collected between October and November 2024 through self-administered questionnaires distributed via Google Forms. The questionnaire comprised sections on demographic data, traditional and e-cigarette use, attitudes toward e-cigarette use, stress levels, and self-efficacy in abstaining from smoking. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and binary logistic regression analysis.

Results The mean age of the participants was 20.3 years (SD = 1.35), with the majority being female (70.6%). The prevalence of e-cigarette use among the participants was 21.9%, with 11.5% reporting daily use. The mean age at initiation of e-cigarette use was 16.7 years (SD = 2.46). Factors significantly associated with e-cigarette use included: peer smoking (OR = 11.37, 95% CI = 4.468–28.919), traditional cigarette smoking (OR = 10.41, 95% CI = 5.955–18.210), favorable attitudes toward e-cigarette use (OR = 8.32, 95% CI = 4.541–15.226), low self-efficacy in abstaining from smoking (OR = 7.54, 95% CI = 4.242–13.409), family acceptance of e-cigarette use (OR = 6.16, 95% CI = 3.354–11.320), male (OR = 5.62, 95% CI = 3.330–9.494), low academic achievement (OR = 2.87, 95% CI = 1.735–4.739), peer influence to use e-cigarette (OR = 2.21, 95% CI = 1.344–3.631), family smoking behavior (OR = 2.13, 95% CI = 1.262–3.593), and access to e-cigarette advertising (OR = 1.87, 95% CI = 1.140–3.071).

Recommendation Health professionals and related stakeholders should actively monitor and support university students, particularly male students, those with low academic achievement, and those who smoke traditional cigarettes. An emphasis should be placed on addressing these risk factors and enhancing intrapersonal competencies, such as self-efficacy in resisting e-cigarette use. This includes training in refusal and negotiation skills when faced with peer influence to use e-cigarette, as well as promoting attitude change toward e-cigarette use. Additionally, support should be provided to students who currently use e-cigarettes or traditional cigarettes to help them quit. Creating a smoke-free peer environment is essential, as peers represent a primary social context for adolescents. Furthermore, families should be encouraged to actively participate in the prevention of e-cigarette use.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(3) 506–524

Keywords E-cigarette/ university students/ adolescence

Received 3 March 2025, Revised 28 April 2025, Accepted 28 April 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ศูนย์ป้องกันโรคเรื้อรังและส่งเสริมสุขภาพแห่งสหรัฐอเมริกา¹ รายงานว่าพบการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 18 - 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.0 สอดคล้องกับรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ² ที่พบกลุ่มประชากรอายุ 15 - 24 ปี โดยมีสัดส่วนการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงที่สุดถึงร้อยละ 30.5 เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า เยาวชนที่กำลังศึกษาระดับอุดมศึกษาเป็นกลุ่มที่มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากที่สุดถึงร้อยละ 44.0³ ดังนั้นเยาวชนในสถาบันอุดมศึกษาจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่สำคัญ

นักศึกษาระดับอุดมศึกษามีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูง เนื่องจากมีความสามารถในการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้มาก จากการย้ายมาศึกษาไกลจากครอบครัว อยู่ตามลำพังกับเพื่อน บริหารเงินด้วยตนเอง ร่วมกับมีทัศนคติต่อบุหรี่ไฟฟ้าในทางบวก เช่น สูบบุหรี่ไฟฟ้าแล้วสุขภาพดีกว่าสูบบุหรี่มวน บุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัย เนื่องจากสามารถเลือกปริมาณนิโคตินเองได้⁴ ไม่ทำให้เสพติด และเชื่อว่าไม่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด⁵ จึงทำให้เยาวชนจำนวนมากหันมาสูบบุหรี่ไฟฟ้าโดยที่ไม่เคยสูบบุหรี่มวนมาก่อน ยิ่งเริ่มต้นสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยจะทำให้โอกาสสูบบุหรี่ชนิดอื่น ๆ หรือติดบุหรี่ตามมาได้ และวัยรุ่นที่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสที่จะเริ่มสูบบุหรี่ชนิดอื่น ๆ มากกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ 4 เท่า⁶

การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นอันตรายต่อผู้สูบและผู้ที่ได้รับการสัมผัสจากละอองฝอย โดยสารนิโคตินเป็นอันตรายต่อพัฒนาการสมองของวัยรุ่น ทำให้มีอารมณ์แปรปรวน สมาธิสั้นและมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น 2 เท่า⁷ นอกจากนี้บุหรี่ไฟฟ้าถือเป็นประตูด่านแรกนำไปสู่การใช้ยาเสพติดชนิดอื่น ๆ

พบว่าเยาวชนใช้บุหรี่เป็นสารเสพติดชนิดแรกสูงถึงร้อยละ 80.7⁸ อีกทั้งการสูบบุหรี่ไฟฟ้ายังเพิ่มต้นทุนทางรัฐบาลจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลและค่าเสียโอกาสเป็นการสูญเสียกำลังสำคัญของประเทศชาติอีกด้วย⁹

แม้ว่าประเทศไทยจะมีมาตรการควบคุมการผลิตภัณฑยาสูบ ห้ามขายหรือให้ผลิตภัณฑยาสูบแก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์และห้ามมีการแจกจ่ายตัวอย่างผลิตภัณฑยาสูบและกำหนดให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าต้องห้ามนำเข้าในราชอาณาจักร หากฝ่าฝืนจะได้รับโทษตามกฎหมาย แต่การสูบบุหรี่ในเยาวชนไทยยังคงสูงและมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น เนื่องมาจากบริษัทผู้ผลิตบุหรี่ไฟฟ้ามีกลยุทธ์ทางการตลาด โดยโฆษณาว่า บุหรี่ไฟฟ้าเบาและอ่อนโยน มีการออกแบบผลิตภัณฑสวยงาม สีสันดึงดูด พกพาง่าย ประทัดกลิ่นและรสชาติ ดูเหมือนว่า ไม่อันตราย เพิ่มช่องทางการขาย และแจกตัวอย่างผลิตภัณฑ บุหรี่ไฟฟ้า ให้เงินเพื่อสนับสนุนโครงการต่าง ๆ เพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีและให้ประชาชนรับรู้ถึงความดีของบริษัทบุหรี่ไฟฟ้า แต่แฝงการโฆษณาและทำการตลาด¹⁰ เยาวชนไทยจึงตกเป็นเหยื่อหรือกลุ่มเป้าหมายหลักของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่าย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ทั้งการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนเป็นพหุปัจจัย และการศึกษาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทยพบจำนวนน้อยมากโดยเป็นการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา^{3,11-12} นักเรียนอาชีวศึกษา^{13,14} ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาถึงสถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้า ที่เน้นปัจจัยทางการตลาดและปัจจัยส่วนบุคคลเป็นหลัก และการศึกษาล่าสุดในนักศึกษาระดับระดับอุดมศึกษา ในภาคเหนือ¹⁵ โดยศึกษา

เฉพาะปัจจัย เพศ ผลการเรียนรู้ คณะที่กำลังศึกษา รายได้ เพื่อนสนิทสูบบุหรี่ไฟฟ้า การพบเห็นสื่อโฆษณา บุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้ความรุนแรงของบุหรี่ไฟฟ้า การใช้ บุหรี่ไฟฟ้าในการเลิกบุหรี่มวน การใช้บุหรี่ไฟฟ้าใน การเสริมภาพลักษณ์ การรับรู้กฎหมายของบุหรี่ไฟฟ้า องค์ความรู้ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า สำหรับเยาวชนไทยที่ศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยใน ปัจจุบัน และข้อมูลจังหวัดจันทบุรีมีอยู่อย่างจำกัด การศึกษาที่ผ่านมามุ่งเน้นศึกษาภาพรวมระดับประเทศ หรือในเมืองขนาดใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานครและ ปริมณฑล แต่ยังขาดการศึกษาในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งมี ลักษณะประชากร วัฒนธรรมและบริบททางสังคม ที่แตกต่างกัน อีกทั้งจังหวัดจันทบุรีเป็นจังหวัดที่มี เศรษฐกิจที่เกี่ยวกับการเกษตร การค้าอัญมณีและ เครื่องประดับ การท่องเที่ยว อาจทำให้การเข้าถึง บุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนจังหวัดจันทบุรีแตกต่างจาก พื้นที่อื่น และยังไม่มีการวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ ของปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยทางสังคม และ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าใน กลุ่มนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในพื้นที่นี้ ผู้วิจัยจึงสนใจ ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและปัจจัยที่ มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา ระดับอุดมศึกษา จังหวัดจันทบุรี ซึ่งศึกษาครอบคลุม ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เพศ ผลสัมฤทธิ์ ทางการเรียน ความเครียด การสูบบุหรี่มวน ความมั่นใจ ตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ทางวัฒนธรรม ได้แก่ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และ ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การถูกเพื่อนชักชวนให้ สูบบุหรี่ไฟฟ้า การสูบบุหรี่ของเพื่อน การสูบบุหรี่ของ ครอบครัว การยอมรับการสูบบุหรี่ของครอบครัว การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า การเข้าถึงสื่อโฆษณา การรับรู้ ราคาบุหรี่ไฟฟ้า และการพักอาศัยระหว่างศึกษา

การศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการพัฒนาโปรแกรม ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าใน นักศึกษาระดับอุดมศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยภายใน ตัวบุคคล (เพศ ผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ ความเครียด การสูบบุหรี่มวน ความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยง การสูบบุหรี่ไฟฟ้า) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม (ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า) และปัจจัยทางสังคม (การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า การมีเพื่อน สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของครอบครัว การยอมรับ การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของครอบครัว การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า การเข้าถึงสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้ราคาบุหรี่ไฟฟ้า การพักอาศัยอยู่กับครอบครัว) กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ของกลุ่มตัวอย่าง

สมมติฐานการวิจัย

- 1) กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้า มากกว่าเพศหญิง
- 2) กลุ่มตัวอย่างที่ผลสัมฤทธิ์ การเรียนต่ำมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่ผลสัมฤทธิ์การเรียนสูง
- 3) กลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดสูง มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มี ความเครียดต่ำ
- 4) กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มวนมีโอกาส สูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่มวน
- 5) กลุ่มตัวอย่างที่มีความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยง การสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่ำมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยง การสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูง
- 6) กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติ เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้า

มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า 7) กลุ่มตัวอย่างที่ถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ถูกเพื่อนชักชวน 8) กลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสูบบุหรี่มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ 9) กลุ่มตัวอย่างที่มีการสูบบุหรี่ของครอบครัวมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีครอบครัวสูบบุหรี่ 10) กลุ่มตัวอย่างที่ครอบครัวมีการยอมรับการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ครอบครัวไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า 11) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่ายมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ยาก 12) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้ามากมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าน้อย 13) กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีราคาบุหรี่ไฟฟ้าถูกมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีราคาแพง และ 14) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่กับครอบครัวมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่พักอาศัยอยู่กับครอบครัว

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The triadic influence theory)¹⁶ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นไม่ได้เกิดขึ้นจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น แต่เกิดขึ้นจากหลายปัจจัยร่วมกัน โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (intrapersonal influences) เป็นปัจจัยทางพันธุกรรมและลักษณะเฉพาะบุคคล มีอิทธิพลต่อความคิดและสมรรถภาพของแต่ละคน ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจและการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง 2) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม (cultural environment/attitudinal influences) เป็นปัจจัยที่เกิดจากบริบทสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม โดยจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กันและทำให้เกิดประสบการณ์จากการเรียนรู้ และ 3) ปัจจัยทางสังคม (social/interpersonal influences) เป็นปัจจัยจากบริบททางสังคมหรือสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัว เกิดขึ้นจากการสังเกตและพฤติกรรมเลียนแบบ โดยเฉพาะกับบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิดกัน ปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มนี้ จะส่งผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในจังหวัดจันทบุรี (Figure 1)

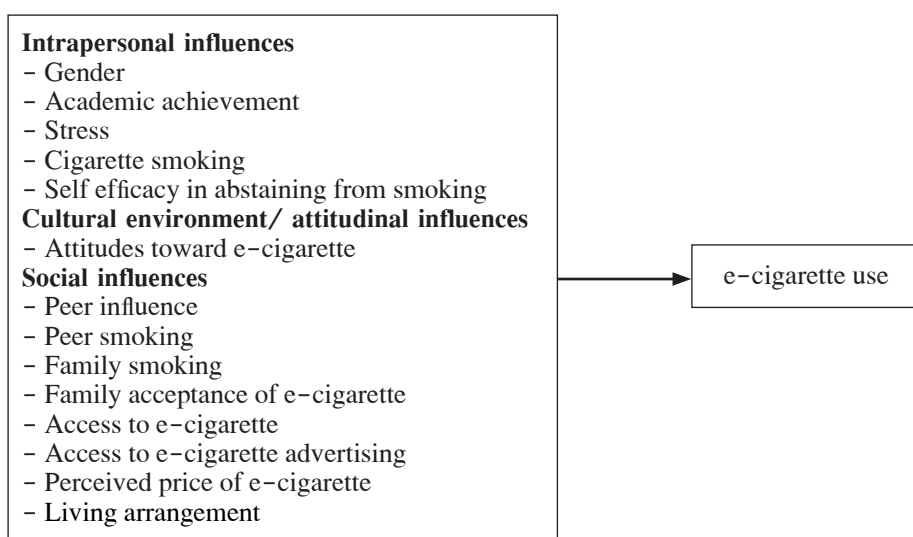


Figure 1 Conceptual Framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาระดับอุดมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 4 ที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัย ในจังหวัดจันทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับอุดมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 4 ที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัย 3 แห่งในจังหวัดจันทบุรี ได้แก่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก วิทยาเขตจันทบุรี จำนวน 37 คน มหาวิทยาลัยบูรพา วิทยาเขตจันทบุรี จำนวน 103 คน และมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จำนวน 234 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 374 คน ในช่วงเดือน ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรที่ใช้ในการสำรวจเพื่อการประมาณสัดส่วนของ Parell¹⁷ ที่กำหนดค่าสถิติมาตรฐานใต้โค้งปกติ (Z) = 1.96 สัดส่วนของการสุบบุหรี่ไฟฟ้า จากการศึกษาของศรีรัช ลาภใหญ่³ (p) เท่ากับ 0.43 ค่าความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์ (d) เท่ากับร้อยละ 5.0 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 356 คน อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงเพิ่มตัวอย่างร้อยละ 5.0 ได้ตัวอย่างทั้งสิ้นเท่ากับ 374 คน

วิธีการเลือกตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เลือกตัวอย่างโดยใช้ การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สถานศึกษาในกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) จังหวัดจันทบุรี มีจำนวน 3 แห่ง

ขั้นตอนที่ 2 ในแต่ละมหาวิทยาลัย แบ่งออกเป็นกลุ่มสาขาวิชาต่าง ๆ ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster random sampling) จากแต่ละกลุ่มสาขาวิชา 1 คณะ โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (simple random sampling without replacement) เพื่อเป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่มสาขาวิชา ได้ดังนี้ 1) มหาวิทยาลัยแห่งที่ 1 ได้คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรมและการเกษตร 2) มหาวิทยาลัยแห่งที่ 2 ได้คณะวิทยาศาสตร์และศิลปศาสตร์ และ 3) มหาวิทยาลัยแห่งที่ 3 ได้คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

ขั้นตอนที่ 3 คำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนจากประชากรของนักศึกษาได้แก่ มหาวิทยาลัยแห่งที่ 1 จำนวน 387 คน มหาวิทยาลัยแห่งที่ 2 จำนวน 995 คน และมหาวิทยาลัยแห่งที่ 3 จำนวน 5,355 คน รวมประชากรจำนวนทั้งสิ้น จำนวน 6,737 คน

ขั้นตอนที่ 4 ในแต่ละคณะที่สุ่มได้มีการเรียนการสอนแบ่งออกเป็นชั้นปีต่าง ๆ สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) ในแต่ละชั้นปี ตามสัดส่วนชั้นปีที่คำนวณไว้

สำหรับนักศึกษาที่สุ่มได้แต่ไม่มาในวันและเวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยทำการสุ่มนักศึกษาเพิ่มทดแทนโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling without replacement)

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป และมีโทรศัพท์หรืออุปกรณ์ที่สามารถเข้าถึงแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) ได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ มีปัญหาสุขภาพที่เป็นข้อจำกัดในการสุบบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคปอดอักเสบ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็น ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา คณะที่กำลังศึกษา ศาสนา ผลสัมฤทธิ์ การเรียน การพักอาศัยระหว่างศึกษา การศึกษา อาชีพ และสถานภาพของบิดามารดา และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการสูบบุหรี่ ได้แก่

2.1 การสูบบุหรี่มวน จำนวน 1 ข้อ เป็นการสอบถามถึงประสบการณ์การสูบบุหรี่มวนที่ผ่านมา มี 2 คำตอบให้เลือก คือ เคย และไม่เคย

2.2 การสูบบุหรี่ไฟฟ้าจำนวน 1 ข้อ เป็นการสอบถามถึงการสูบบุหรี่ไฟฟ้าปัจจุบันในช่วง 30 วัน ที่ผ่านมา มี 2 คำตอบให้เลือก คือ สูบ และไม่สูบ รวมทั้งสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ การเริ่มต้นสูบ สาเหตุที่สูบ สถานที่สูบ การได้มาของ บุหรี่ไฟฟ้า และจำนวนที่สูบ

2.3 การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 1 ข้อ เป็นข้อคำถามถึงการเคยหรือไม่เคย มีประสบการณ์ถูกเพื่อนพูดชักชวน หรือโน้มน้าวให้ สูบบุหรี่ มี 2 คำตอบให้เลือก คือ เคย และไม่เคย

2.4 การสูบบุหรี่ของครอบครัว จำนวน 1 ข้อ เป็นข้อคำถามถึงการมีหรือไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ สูบบุหรี่มวนหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นประจำโดย สูบอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา ญาติ พี่ น้อง มี 2 คำตอบให้เลือก คือ มี และ ไม่มี

2.5 การสูบบุหรี่ของเพื่อน จำนวน 1 ข้อ เป็นข้อคำถามถึงการมีหรือไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ สูบบุหรี่มวนหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นประจำโดยสูบ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งของเพื่อนสนิท มี 2 คำตอบ ให้เลือก คือ มี และ ไม่มี

2.6 การยอมรับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของ ครอบครัว ใช้แบบสอบถามการยอมรับการสูบบุหรี่ ของครอบครัวของ พรนภา หอมสินธุ์ และ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์¹⁹ จำนวน 1 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการคาดการณ์ถึงการแสดงออกของคนในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา ญาติ พี่ น้อง ที่เป็นสมาชิกใน ครอบครัวที่ต่อต้านหรือสนับสนุนการสูบบุหรี่ไฟฟ้า มี 5 คำตอบให้เลือก คือ ต่อด้าน ไม่ยอมรับ ไม่แน่ใจ ยอมรับได้ และสนับสนุน

2.7 การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 1 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความยากง่าย ในการหาบุหรี่ไฟฟ้า มาสูบ มี 4 คำตอบให้เลือก คือ ง่าย ค่อนข้างง่าย ค่อนข้างยาก และยาก

2.8 การเข้าถึงสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความถี่ในการได้รับ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าจากสื่อต่าง ๆ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะการตอบเป็นมาตรวัดแบบ ประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคยเลย คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 0 – 24 การแปลผลแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ การเข้าถึง สื่อโฆษณามาก (คะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ย) และการเข้าถึง สื่อโฆษณาน้อย (คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย)

2.9 การรับรู้ราคาบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 1 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ราคาบุหรี่ไฟฟ้าว่า ราคาแพงหรือราคาถูก มี 4 คำตอบให้เลือก คือ แพง ค่อนข้างแพง ค่อนข้างถูก และถูก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการ สูบบุหรี่ไฟฟ้า เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึก และการปฏิบัติ วัดโดย แบบสอบถามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของ กิตติพงษ์ เรือนเพ็ชร และคณะ¹³ ที่มีค่าความตรงตามเนื้อหา

เท่ากับ .87 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 เป็นข้อความเชิงบวก จำนวน 18 ข้อ และข้อความเชิงลบ จำนวน 2 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนที่เป็นไปได้คือ 20–80 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (คะแนนมากกว่า mean + 1SD) และ ไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ mean + 1SD)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเครียด¹⁸ จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินประสบการณ์อาการและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ สมารถสันนิษฐานได้ เพื่อ การไม่ต้องการพบปะผู้อื่นในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะการตอบเป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (rating scale) มี 4 คำตอบให้เลือก คือ แทบไม่มี เป็นบางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0 – 15 การแปลผล คือ เครียดน้อย (0 – 7 คะแนน) และ เครียดมาก (8 – 15 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า วัดโดยใช้แบบสอบถามความมั่นใจในการไม่สูบบุหรี่ของพรนภา หอมสินธุ์ และ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์¹⁹ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98 ลักษณะการตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (likert scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0 – 20 การแปลผลแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ มีความมั่นใจมาก (คะแนนมากกว่า mean – 1SD) และมีความมั่นใจน้อย (คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ mean – 1SD)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ทั้งหมด เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการพัฒนาแล้ว จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาระดับอุดมศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน จากนั้นนำแบบสอบถามที่สนคิตต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การเข้าถึงสื่อโฆษณา และความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74 , .89 และ .96 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ระดับบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยบูรพา รหัส G-HS 067/2567 วันที่ 16 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารแสดงความยินยอม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธการตอบแบบสอบถามโดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิประโยชน์ที่มีและแบบสอบถามไม่มีการระบุตัวตนและอีเมลของผู้ตอบ ข้อมูลถูกเก็บไว้ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ มีเพียงผู้วิจัยคนเดียวเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยและบทความได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในช่วงเดือนตุลาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยประสานงานกับตัวแทนนักศึกษาแต่ละคณะและชั้นปี เพื่อนัดหมายวันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในห้องเรียนที่มีการจัดที่นั่งเว้นระยะห่างให้มีความเป็นส่วนตัว กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมจากนั้นตอบแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) ผ่านโทรศัพท์มือถือของตนเอง หลังตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยทำการมอบของที่ระลึกให้กลุ่มตัวอย่างทุกคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าด้วยสถิติ Binary logistic regression ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI ตรวจสอบข้อตกของเบื้องต้น พบว่า ตัวแปรตามเป็นข้อมูลแบบไบนารี ตัวแปรอิสระไม่มี multicollinearity

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 374 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.6) มีอายุเฉลี่ย 20.3 ปี (SD = 1.35) กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 – 4 ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 23.0 – 28.3) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.6) มีเกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 3.14 (SD = 0.50) พักอาศัยอยู่กับบิดามารดามากที่สุด (ร้อยละ 32.4) ใกล้เคียงกับเช่าบ้าน/พักอาศัยอยู่กับเพื่อนและ

อยู่คนเดียว (ร้อยละ 31.0) เมื่อพิจารณาข้อมูลของบิดามารดา พบว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนใหญ่อยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 63.4) บิดาและมารดาจบการศึกษาสูงสุดในระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 27.2 และ 27.8 ตามลำดับ บิดาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 26.7 ส่วนมารดาประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 23.5

กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบัน ร้อยละ 21.9 มีความถี่ในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าใน 30 วันที่ผ่านมา โดยสูบทุกวันร้อยละ 11.5 รองลงมาสูบ 10 – 19 วัน ร้อยละ 3.5 ส่วนใหญ่เริ่มต้นสูบบุหรี่ไฟฟ้าในช่วงวัยรุ่นตอนกลาง (ร้อยละ 67.1) อายุที่เริ่มต้นสูบต่ำสุดคือ 11 ปี สูงสุดคือ 23 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มต้นสูบเท่ากับ 16.7 ปี (SD = 2.47) โดยสาเหตุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ไฟฟ้าคือ อยากรู้อยากลอง (ร้อยละ 54.9) สถานที่ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ครั้งแรก คือ หอพัก/บ้านและสถานศึกษา ร้อยละ 39.0 และ 24.4 ตามลำดับ แหล่งที่มาของบุหรี่ไฟฟ้าคือเพื่อนให้ (ร้อยละ 45.1) รองลงมาคือซื้อจากแหล่งขายออนไลน์ (ร้อยละ 32.9)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในช่วงความเชื่อมั่น 95% โดยเรียงตามขนาดของความสัมพันธ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 11.37 เท่า (OR = 11.37, 95%CI = 4.468 – 28.919) ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มวนมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 10.41 เท่า (OR = 10.41, 95%CI = 5.955 – 18.210) ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่มวน กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 8.32 เท่า (OR = 8.32, 95%CI = 4.541 – 15.226) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า กลุ่มตัวอย่าง

ที่มีความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้าน้อย มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 7.54 เท่า (OR = 7.54, 4.242 – 13.409) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความมั่นใจในการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามาก กลุ่มตัวอย่างที่ครอบครัวยอมรับการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 6.16 เท่า (OR = 6.16, 95%CI = 3.354 – 11.320) ของกลุ่มตัวอย่างที่ครอบครัวไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 5.62 เท่า (OR = 5.62, 95%CI = 3.330 – 9.494) ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 2.87 เท่า (OR = 2.87, 95%CI = 1.735 – 4.739) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง กลุ่มตัวอย่าง

ที่ถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 2.21 เท่า (OR = 2.21, 95%CI = 1.344 – 3.631) ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า กลุ่มตัวอย่างที่มีการสูบบุหรี่ของครอบครัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 2.13 เท่า (OR = 2.13, 95%CI = 1.262 – 3.593) ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้ามากมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 1.87 เท่า (OR = 1.87, 95%CI = 1.140 – 3.071) ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าน้อย สำหรับปัจจัยที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในช่วงความเชื่อมั่น 95% ได้แก่ ความเครียด การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้ราคาบุหรี่ไฟฟ้า และการพักอาศัยขณะศึกษา (Table 1)

Table 1 Description of the sample and crude odds ratio of factors associated with E-Cigarette (n = 374)

Factors	Non-smoker (n = 292)		Smoker (n = 82)		Crude OR	95% CI
	n	%	n	%		
Intrapersonal influences						
Gender						
Female ^(R)	231	87.5	33	12.5	1.00	
Male	61	55.5	49	44.5	5.62**	3.330 – 9.494
Academic achievement						
High ^(R)	208	84.6	38	15.4	1.00	
Low	84	65.6	44	34.4	2.87**	1.735 – 4.739
Stress						
Low ^(R)	182	80.5	44	19.5	1.00	
High	110	74.3	38	25.7	1.43	0.872 – 2.343
Cigarette smoking						
Never ^(R)	237	90.8	24	9.2	1.00	
Ever	55	48.7	58	51.3	10.41**	5.955 – 18.210
Self-efficacy in abstaining from smoking						
High ^(R)	262	85.6	44	14.4	1.00	
Low	30	44.1	38	55.9	7.54**	4.242 – 13.409

Table 1 Description of the sample and crude odds ratio of factors associated with E-Cigarette (n = 374) (Cont.)

Factors	Non-smoker (n = 292)		Smoker (n = 82)		Crude OR	95% CI
	n	%	n	%		
Cultural environment/Attitudinal influence						
Attitude towards e-cigarette						
Disagree ^(R)	268	85.1	47	14.9	1.00	
Agree	24	40.7	35	59.3	8.32**	4.541 – 15.226
Social/Interpersonal influences						
Peer influence						
Never ^(R)	185	83.7	36	16.3	1.00	
Ever	107	69.9	46	30.1	2.21**	1.344 – 3.631
Peer smoking						
No ^(R)	124	96.1	5	3.9	1.00	
Yes	168	68.6	77	31.4	11.37**	4.468 – 28.919
Family smoking						
No ^(R)	141	84.9	25	15.1	1.00	
Yes	151	72.6	57	27.4	2.13**	1.262 – 3.593
Family acceptance of e-cigarette						
Disapprove ^(R)	267	83.7	52	16.3	1.00	
Approve	25	45.5	30	54.5	6.16**	3.354 – 11.320
Access to e-cigarette						
Not easy ^(R)	145	79.7	37	20.3	1.00	
Easy	147	76.6	45	23.4	1.20	0.734 – 1.962
Access to e-cigarette advertising						
Low ^(R)	170	82.9	35	17.1	1.00	
High	122	72.2	47	27.8	1.87**	1.140 – 3.071
Perceived price of e-cigarettes						
Expensive ^(R)	198	76.2	62	23.8	1.00	
Cheap	94	82.5	20	17.5	0.68	0.388 – 1.190
Living arrangement						
Living with family ^(R)	107	75.4	35	24.6	1.00	
Not living with family	185	79.7	47	20.3	0.78	0.472 – 1.278

** p value <.01, (R) Reference group

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 21.9 สูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา (ร้อยละ 18.1)¹⁹ เล็กน้อย อาจเนื่องมาจากการศึกษาที่ผ่านมาดังกล่าวทำการศึกษามหาวิทยาลัยเพียงแห่งเดียวและมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพถึงร้อยละ 30.3¹⁹ ซึ่งนักศึกษาในกลุ่มนี้มีบริบททางสังคมและการเรียนที่แตกต่างจากนักศึกษาสาขาอื่น ๆ มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคจากปัจจัยเสี่ยง อีกทั้งนักศึกษากลุ่มนี้อาจมีแนวคิดการเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชน จึงส่งผลให้มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่น้อยกว่า อย่างไรก็ตามอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในการศึกษานี้ต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมาในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาที่พบอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงถึงร้อยละ 43.8³ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการทำการศึกษาในเมืองหลวงและจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางของแต่ละภาค ซึ่งบริบทนี้ทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้อยู่ในศูนย์กลางแห่งความเจริญ สถาบันทางรวมถึงเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่ส่งผลให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่ายมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษานี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา สอดคล้องกับทฤษฎีอิทธิพลสามทาง ที่เชื่อว่าพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นนั้นเป็นเรื่องที่มีความสลับซับซ้อน ไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁴ ที่สนับสนุนว่า การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมและปัจจัยทางสังคม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในการศึกษานี้สามารถอภิปรายได้ดังนี้ การมีเพื่อนสูบบุหรี่

มีความสัมพันธ์สูงสุดกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของเพื่อน ซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาสอดคล้องกับการวิเคราะห์อภิมานที่พบว่าการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนจำเป็นต้องมีพฤติกรรมที่คล้ายกันกับเพื่อน²⁰ และสอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยทางภาคเหนือ¹⁹ การศึกษาในนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดบุรีรัมย์¹³ และการศึกษาในนักศึกษาประเทศประเทศกาตาร์²¹ รองลงมา คือ การสูบบุหรี่มวนซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล การสูบบุหรี่มวนทำให้ได้รับสารนิโคตินซึ่งจะกระตุ้นให้สมองหลั่งสารโดปามีนทำให้รู้สึกสบายและมีความสุขอยู่ขณะหนึ่ง แต่เมื่อไม่ได้รับนิโคตินสมองจะหยุดหลั่งสารโดปามีน ส่งผลให้เกิดความกระวนกระวายและอยากสูบบุหรี่ เมื่อสูบบุหรี่ต่อสมองมีการปล่อยสารโดปามีนออกมาอีกครั้ง จึงนำไปสู่การเสพติดในที่สุด²² กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มวนจึงมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่มวน สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัย จังหวัดนครราชสีมาที่พบว่าการสูบบุหรี่มวนมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²³ และการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยประเทศอินโดนีเซีย²⁴

ทัศนคติเป็นการรับรู้ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม²⁵ หากนักศึกษามีทัศนคติเชิงบวกต่อบุหรี่ไฟฟ้า ย่อมมีแนวโน้มจะสูบบุหรี่ไฟฟ้า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า นักศึกษาอุดมศึกษาภาคกลางของไทยที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 1.15 เท่าของนักศึกษาที่มีทัศนคติเชิงลบต่อบุหรี่ไฟฟ้า²⁶ และเนื่องจากการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้ว่าตนสามารถกระทำสิ่งนั้นได้หรือไม่²⁷ ดังนั้นบุคคลที่มั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้าย่อมมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าน้อยกว่า

สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทราที่พบว่านักศึกษาที่รับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้าหรือไฟฟ้าต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 2.37 เท่า ของนักศึกษาที่รับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูง²⁸

การยอมรับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งให้เห็นว่าสภาพแวดล้อมในครอบครัว มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา หากผู้ปกครองมีทัศนคติที่ติดต่อบุหรี่ไฟฟ้าและยอมรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของบุตร มีแนวโน้มที่นักศึกษาจะสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้น²⁹ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าวัยรุ่นสหรัฐอเมริกาที่อยู่ในครอบครัวที่ไม่มีกฎระเบียบหรือข้อบังคับประจำบ้าน มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 1.39 เท่าของครอบครัวที่มีกฎระเบียบหรือข้อบังคับประจำบ้าน³⁰ และวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวที่พ่อแม่สูบบุหรี่ทำให้มองว่าเป็นเรื่องปกติ เพราะคุ้นชินในชีวิตประจำวัน³¹ ย่อมมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนอาชีวศึกษาและนักศึกษาอุดมศึกษา จังหวัดอุดรธานี ที่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ไฟฟ้า มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 11.21 เท่าของนักเรียนและนักศึกษาที่ไม่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ไฟฟ้า¹⁴

เพศมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เนื่องจากวัยรุ่นชายมองว่าการสูบบุหรี่เป็นสัญลักษณ์ของความเป็นชาย³² และสังคมไทยก็ยอมรับพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆที่เกิดขึ้นในเพศชายมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัย จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²³ เช่นเดียวกับการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยชาย ประเทศอินโดนีเซีย²⁴

วัยรุ่นที่มีผลการเรียนต่ำอาจนำไปสู่การทำพฤติกรรมเสี่ยงเนื่องจากการนับถือตนเองต่ำ และต้องการการยอมรับ อีกทั้งส่งผลให้มีการตัดสินใจที่บกพร่อง ร่วมกับมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงได้น้อย จึงอาจนำไปสู่การสูบบุหรี่ได้³³ สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยภาคเหนือ ที่พบว่าผลการเรียนต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 1.93 เท่า (AOR = 1.93, 95%CI = 1.14 – 3.28) ของนักศึกษาที่มีผลการเรียนสูงกว่าค่าเฉลี่ย¹⁹

การเข้าถึงสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า เนื่องจากในปัจจุบันเทคโนโลยีที่ทันสมัยเอื้อให้มีการโฆษณาและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์หลายแพลตฟอร์ม ทำให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงสื่อได้ง่าย และเกิดความเชื่อที่ผิดต่อบุหรี่ไฟฟ้า³⁴ ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้สอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนอาชีวศึกษาและนักศึกษาอุดมศึกษา จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่านักเรียนและนักศึกษาที่เคยพบเห็นสื่อโฆษณามือถือไฟฟ้า มีโอกาสในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 3.22 เท่าของนักเรียนและนักศึกษาที่ไม่เคยพบเห็นสื่อโฆษณามือถือไฟฟ้า¹⁴

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า ความเครียด การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้ราคาบุหรี่ไฟฟ้า และการพักอาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 60.4 มีความเครียดน้อย ทำให้มีแรงผลักดันที่จะสามารถเอาชนะปัญหาและอุปสรรคได้ จึงไม่จำเป็นต้องใช้บุหรี่ไฟฟ้า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า¹³ ปัจจุบันการตลาดของบริษัทบุหรี่ไฟฟ้ามีการโฆษณาและเพิ่มช่องทางการขายทั้งร้านสะดวกซื้อ ขายผ่านสื่อสังคมออนไลน์และมีการแจกฟรี¹⁰ ทำให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่ายมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 จึงสามารถเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่าย

และการส่งเสริมการขายบุหรี่ไฟฟ้าด้วยการลดราคา แลก แจก และแถม ทั้งบุหรี่ไฟฟ้าและน้ำยาเติมบุหรี่ไฟฟ้า โดยมีการโฆษณาผ่านสื่อ เพื่อให้เกิดการงู้นไขมากขึ้น¹⁰ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.3 ไม่ต้งซื้อบุหรี่ไฟฟ้าเองเนื่องจากเพื่อนและสมาชิกในครอบครัวให้บุหรี่ไฟฟ้า จึงส่งผลให้การรับรู้ราคาบุหรี่ไฟฟ้าไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง เช่นเดียวกับ การพักอาศัยกับครอบครัว บิดามารดามีอิทธิพลต่อ วัยรุ่นตอนปลายน้อยลง มีการให้อิสระในการใช้ชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา³⁵ ที่พบว่า การพักอาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

เพื่อเป็นการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าใน นักศึกษา ที่มีสุขภาพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรติดตาม เฝ้าระวังกลุ่มนักศึกษา โดยเฉพาะนักศึกษาเพศชาย ผู้ที่มีผลการเรียนต่ำ ผู้ที่สูบบุหรี่มวน ให้ความสำคัญ ในการควบคุมปัจจัยดังกล่าว โดยการส่งเสริมสมรรถนะ ภายในตัวบุคคลให้มีความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยง การสูบบุหรี่ไฟฟ้า ฝึกทักษะการปฏิเสธหรือต่อรอง เมื่อถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า และการปรับเปลี่ยน ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษาผ่านกิจกรรม และสื่อต่าง ๆ ที่มีความสร้างสรรค์เพื่อดึงดูดความสนใจ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของวัยรุ่นยุคปัจจุบัน นอกจากนี้ ควรมีการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าหรือ บุหรี่มวนให้เลิกสูบ เพื่อให้สังคมเป็นสิ่งแวดล้อม ที่วัยรุ่นใกล้ชิดมากที่สุด เป็นสังคมปลอดบุหรี่ และ สนับสนุนให้บิดามารดา/ครอบครัวมีส่วนร่วมใน การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการวิเคราะห์สถิติ แบบ Multiple logistic regression เพื่อนำไปสู่การพัฒนา โปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษา ระดับอุดมศึกษา และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนวิจัยจากโครงการวิจัย เพื่อการควบคุมยาสูบประจำปี พ.ศ. 2568 ศูนย์วิจัยและ จัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

Declaration Statements

Conflict of Interest: No

Author Contribution: Orapin Sutthisahat: Conceptualization, Methodology, Formal analysis, Data curation, Writing original draft & editing, Approval of final manuscript; Pornnapa Homsin: Conceptualization, Methodology, Supervision, Resources, Approval of final manuscript; Rungrat Srisuriyawet: Conceptualization, Methodology, Supervision, Approval of final manuscript

AI Use Disclosure: AI was used for only editing purposes.

References

- Centers for Disease Control and Prevention. About electronic cigarettes (e-cigarettes) [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 2]. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/e-cigarettes/about.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/about-e-cigarettes.html
- National Statistical Office. The 2021 Health Behavior of Population Survey. Bangkok: Tana Press; 2021. (in Thai)
- Lapyai S. New Tobacco Products on Social Media and Law Enforcement on New Tobacco Products Control. Public Health & Health Laws Journal. 2019;5(1): 13–30. Available from: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/166554/120287 (in Thai)

4. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. Thai youth at risk: 12.3% of adolescents use e-cigarettes, more than two-thirds [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 10]. Available from: <http://bit.ly/3qPah8s> (in Thai)
5. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. Tobacco consumption situation report in Thailand, 2019. Bangkok: Sintaveekit printing; 2020. (in Thai)
6. Evans-Polce R, Veliz P, Boyd CJ, McCabe VV, McCabe SE. Trends in E-cigarette, Cigarette, Cigar, and Smokeless Tobacco Use Among US Adolescent Cohorts, 2014–2018. Am J Public Health. 2020; 110(2):163–5. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305421> PMID: 31855480
7. Patanavanich R. ‘E-cigarettes’ are harmful to both body and mind; ‘children and youth’ at high risk [Internet]. Naewna. 2022 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://www.naewna.com/local/690408> (in Thai)
8. Thai Health Promotion Foundation. Youth behavior survey on drug-related offenses released on World Drug Day 2023: “Cigarettes and e-cigarettes are the gateway to drugs” 2023 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://shorturl.asia/9Asq5> (in Thai)
9. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. Thai research finds “e-cigarettes” cost the government 2.7 million THB per person, increasing the likelihood of smoking by 3.5 times [Internet]. 2021 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://www.bangkokbiznews.com/social/948956> (in Thai)
10. Action on Smoking and Health Foundation. Tobacco business strategies to lure children and youth into becoming new customers [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://shorturl.asia/1FyWB> (in Thai)
11. Suwatpinyo P, Kengganpanich M, Kengganpanich T. Factors Related to E-Cigarette Smoking among Senior High School Students in Bangkok Metropolitan Srea. Thai Journal of Health Education. 2021;44(2): 88–101. (in Thai)
12. Patanavanich R, Aekplakorn W, Glantz SA, Kalayasiri R. Use of E-Cigarettes and Associated Factors among Youth in Thailand. Asian Pac. J. Cancer Prev. 2021;22(7):2199–207. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.7.2199> PMID: 34319044
13. Ruanphet K, Homsin P, Leelukkanaveera A. Factors Related to Electric Smoking among Male Vocational Students in Buriram Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(2):531–9. (in Thai)
14. Onmoy P, Buarueang A, Paponngam C, Janrungrueang T, Lao-noi N, Boonrawd A. Factors Associated with Electronic Cigarette Smoking Behaviors of Adolescents in Uttaradit Province. Journal of Health Science. 2022;31(2):197–205. Available from: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/12578/10444> (in Thai)
15. Phetphum C, Prajongjeep A, Thawatchaijareonying K, et al. Personal and perceptual factors associated with the use of electronic cigarettes among university students in northern Thailand. Tob Induc Dis. 2021;19:1–9. Available from: <https://www.tobaccoinduceddiseases.org/pdf-133640-64123?filename=Personal%20and%20perceptual.pdf>
16. Flay BR, Snyder F, Petraitis J. The theory of triadic influence. In: Diclemente RJ, Crosby R, Kegler MC, editors. Emerging theories in health promotion practice and research. 2nd New York: Jossey-Bass; 2009. p. 451–510.
17. Parel CP. Sampling Design and Procedures. New York: Agricultural Development Council; 1973.

18. Department of Mental Health. Mental Health Check In [Internet]. 2016 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://checkin.dmh.go.th/index.php> (in Thai)
19. Homsin P, Srisuriyawet R. Alcohol Drinking and Cigarette Smoking Among Thai Hearing Impaired Adolescents. *Journal of Ratchasuda College for Research and Development of Persons with Disabilities*. 2020;16(2):65–80. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/RSjournal/article/view/249048/167724> (in Thai)
20. Azzahro AW, Putra A, Rohmah IN. Meta-analysis: Peer influence on smoking behavior in adolescents. *J Health Promot Behav*. 2022;7(2):152–60. <https://doi.org/10.26911/thejhp.2021.07.02.07>
21. Kurdi R, Al-Jayyousi GF, Yaseen M, Ali A, Mosleh N, Abdul Rahim HF. Prevalence, risk factors, harm perception, and attitudes toward e-cigarette use among university students in Qatar: A cross-sectional study. *Front Public Health*. 2021;9:1–8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.682355>
22. Action on Smoking and Health Foundation. Nicotine in cigarettes: The most addictive substance [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://shorturl.asia/aB91o>
23. Yupa P, Aeksanti T, Pianthanya S, Kongrod S, Panchanthuek S, Ponphimai S. Factors related to the use of electronic cigarettes among university students in Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University*. 2024;9(2):51–69. Available from: <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/JAHS/article/view/1704/1554> (in Thai)
24. Pitriyati L, Wirawan DN, Sari KAK, Kurniati DPY, Duana IMK, Wirawan IMA. Factors affecting the use of electronic cigarettes in Udayana University students. *Public Health Prev. Med. Arch*. 2018;6(2):88–92. <https://doi.org/10.15562/PHPMA.V6I2.42>
25. Brown T, Isbel S, Yu ML, Bevitt T. Measuring attitudes: Current practices in health professional education. In: *Clinical education for the health professions: Theory and practice*. Springer Singapore; 2023. p. 1–28.
26. Vichayanrat T, Chidchuangchai W, Karawekpanyawong R, Phienudomkitlert K, Chongcharoenjai N, Funkiat N. E-cigarette use, perceived risks, attitudes, opinions of e-cigarette policies, and associated factors among Thai university students. *Tob Induc Dis*. 2024;20: 1–10. Available from: https://www.tobaccoinduced diseases.org/pdf-186536-109813?filename=E_cigarette%20use_.pdf
27. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
28. Cherdsook K, Homsin P, Srisuriyawet R. Factors Related to Electronic Cigarette Smoking Among Female Vocational Students in Chachoengsao Province. *Nursing Journal CMU*. 2024;51(4):56–71. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/269334/185593> (in Thai)
29. Sabbagh HJ, Alamoudi RA, Khogeer L, Allaf H, Sait A, Hassan Ahmed Hassan M. Electronic cigarettes use and parental factors among children and adolescents, Jeddah. A cross-sectional study. *Int J Environ Health Res*. 2024;24:1–14. <https://doi.org/10.1080/09603123.2024.2431241> PMID: 39580708
30. Han DH, Shin E. Parenting practices, mental health, and electronic cigarette use among U.S. young adolescents: A longitudinal panel analysis, 2013–2018. *Prev Med*. 2024;178:107795. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107795> PMID: 38065337
31. Santiprasitkul S, Jansook C. Epidemiology of tobacco consumption. In: Senadisai S, Kalampakorn S, editors. *Tobacco and health: Nurses and tobacco control*. Nonthaburi: Suesatawan; 2020. p. 1–78. (in Thai)

32. Wisanti E, Mulyono S, Widyatuti W, Kusumawardani LH. The effects of positive interactive education on adolescent perception and attitudes towards smoking behaviour. Sri Lanka J. Child Health 2020;49(2): 108-15.
33. Kendler KS, Ohlsson H, Fagan AA, Lichtenstein P, Sundquist J, Sundquist K. Evidence for a causal relationship between academic achievement and cigarette smoking. Nicotine Tob Res. 2021;23(2): 334-40. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa161> PMID: 32832997
34. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Academic information on e-cigarettes [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 11]. Available from: https://ddc.moph.go.th/otpc/journal_detail.php?publish=15890&deptcode=otpc (in Thai)
35. Kitsangthong C, Sillaparassamee R, Banchonhattakit P, Chusak T. Factors Related to Electronic Cigarette Smoking Behavior of Vocational Students at the Institute of Vocational Education Central Region 1. SHJ. 2024;33(2):B108-17. (in Thai)

ประสิทธิผลของนวัตกรรมการบอร์ดเกมพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างทัศนคติและความตั้งใจในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น¹

ณัฐชา ไชยชนะ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)²

อริศรา แสนทวีสุข พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)³

พิไลพร สุขเจริญ ปร.ด. (จิตวิทยาประยุกต์)⁴

บทคัดย่อขยาย

บทนำ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลก ปัจจุบันมีแนวโน้มการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเพศหญิงที่เพิ่มขึ้น นำไปสู่การเพิ่มโอกาสเกิดปัญหาพฤติกรรมและติดแอลกอฮอล์ ในวัยผู้ใหญ่ แม้ว่าจะมีมาตรการทางกฎหมายการบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับพิษภัยของแอลกอฮอล์ในหลักสูตรการศึกษา และการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนในการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น แต่ยังไม่พบว่ามีมาตรการเหล่านี้ไม่สามารถป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้นวัตกรรมการบอร์ดเกมจึงอาจเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติและความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตด้วยบอร์ดเกม และระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม

การออกแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบทดลองชนิดสองกลุ่มวัดซ้ำ มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะชีวิตตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซนร่วมกับการใช้กระบวนการวิศวกรสังคมตามแนวคิดวิศวกรสังคมผ่านนวัตกรรมการบอร์ดเกม โดยทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เชื่อว่าความตั้งใจเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม โดยปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) บรรทัดฐานทางสังคมในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อบุคคลได้รับการส่งเสริมทั้ง 3 ปัจจัย จะส่งผลต่อการเพิ่มความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านบอร์ดเกม เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม โดยเป็นกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านบอร์ดเกม 4 กิจกรรม และ กิจกรรมที่ 5 เป็นการอภิปรายกลุ่ม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การเล่นเกม “รู้จริงเรื่องแอลกอฮอล์” ให้ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมที่ 2 การเล่นเกม “คิดดีเลือกถูกทางอนาคตไกล” ส่งเสริมทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบรรทัดฐานทางสังคมจากการใช้สถานการณ์การ์ตูน กิจกรรมที่ 3 และ 4 การเล่นเกม “Say No ไม่เสียเพื่อน” ฝึกทักษะปฏิเสธและหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อสร้างเสริมความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกิจกรรมที่ 5 การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการจัดการตนเองในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการจัดการอุปสรรคที่เกิดขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเพศหญิง จากโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น 2 แห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนจำนวน 70 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 35 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) อายุ 11-15 ปี

¹ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ปี 2567

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี E-mail: arissara.suk@sru.ac.th

⁴รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ประสิทธิผลของนวัตกรรมการบอร์ดเกมพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างทัศนคติและความตั้งใจในการป้องกัน
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น

2) สามารถพูดคุยสื่อสาร อ่านออกและเข้าใจภาษาไทย 3) ไม่มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ
4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบด้วยโปรแกรม G*Power
เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) นวัตกรรมบอร์ดเกมพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
2) คู่มือการเล่น 3) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 4) แบบวัดทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ
5) แบบวัดความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน
พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึง มกราคม พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบ
คะแนนทัศนคติและความตั้งใจในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน
ร่วมสองทางแบบวัดซ้ำ และเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยสถิติ Bonferroni

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีอายุระหว่าง 12-15 ปี การพักอาศัย
อยู่ร่วมกับครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบคิดเป็นร้อยละ 42.86 และ 45.71 ตามลำดับ
และการไม่มีคนในครอบครัวดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบคิดเป็นร้อยละ
51.43 และ 34.29 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way ANOVA
with repeated measures) พบว่า ทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง
ระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตด้วยบอร์ดเกม และระยะสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 14.870, p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.18 ปฏิสัมพันธ์
ระหว่างช่วงเวลาและโปรแกรมฯ ไม่มีผลต่อทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($F = 0.090, p = .760$) ขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.00 และเมื่อวิเคราะห์ผลระหว่างกลุ่ม พบว่า ทัศนคติต่อ
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($F = 174.750, p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.72 การเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่า
คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการทดลอง กับหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนา
ทักษะชีวิตด้วยบอร์ดเกม และหลังสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($MD = 1.99, p = .003$ และ $MD = 3.24, p < .001$ ตามลำดับ) ในขณะที่หลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนา
ทักษะชีวิตด้วยบอร์ดเกม และหลังสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($MD = 1.26, p = .270$)

สำหรับความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลอง พบว่า
ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตด้วยบอร์ดเกม และระยะสิ้นสุด
กิจกรรมการอภิปราย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 6.230, p = .020$) โดยมีขนาดอิทธิพล เท่ากับ
0.09 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาและโปรแกรมฯ ไม่มีผลต่อความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่ม
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 1.870, p = .180$) ขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.03 และ
เมื่อวิเคราะห์ผลระหว่างกลุ่ม พบว่า ความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 149.440, p < .001$) โดยมี
ขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.69 เมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกัน
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการทดลอง แตกต่างกับหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตด้วย
บอร์ดเกม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 1.34, p = .350$) แต่แตกต่างจากหลังสิ้นสุด
กิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม ($MD = 1.34, p < .001$) และในระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตด้วย
บอร์ดเกม แตกต่างจากระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 2.71, p = .009$)

ข้อเสนอแนะ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบโปรแกรม
และนวัตกรรมบอร์ดเกมไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพเสริมสร้างทักษะชีวิต เพื่อเพิ่มทัศนคติ
และความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
ซึ่งนักเรียนมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ รวมทั้งการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริม
และแนะแนวทางแก่ครูผู้ศึกษาในการนำบอร์ดเกมนี้ไปประยุกต์ใช้

คำสำคัญ นวัตกรรมบอร์ดเกมพัฒนาทักษะชีวิต ทัศนคติ ความตั้งใจ การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
วันที่ได้รับ 15 ก.พ. 68 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 2 พ.ค. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 14 พ.ค. 68

Effectiveness of Life-skills Board Game Innovation to Enhance Attitudes and Intention of Alcohol Consumption Prevention in Female Middle School Students¹

Natchaya Chaichana, M.N.S (Community Nurse Practitioner)²

Arissara Saenthaweesuk, M.N.S (Mental Health and Psychiatric Nursing)³

Pilaiporn Sukcharoen, Ph.D. (Apply Psychology)⁴



Extended Abstract

Introduction Alcohol consumption among children and adolescents is a significant public health problem in Thailand and globally. Recent trends indicate an increasing prevalence of alcohol initiation among female middle school students, which may increase risks of behavioral problems and alcohol dependence in adulthood. Despite the implementation of legal measures, the integration of alcohol-related harm education into school curricula, and the provision of health services through school health programs aimed at preventing risky behaviors among adolescents, these strategies have not proven sufficiently effective in curbing youth alcohol consumption. The use of innovative tools, such as board games, may offer a promising approach to enhancing life skills and preventing alcohol consumption among young people.

Objectives This study aims to compare attitudes and intention to prevent alcohol consumption between the experimental and comparison groups across three phases: baseline, the post-life skills development activity with board games, and the post-group discussion activity.

Design This study employed an experimental, two-group repeated measures design, focusing on the development of life skills based on Ajzen's Theory of Planned Behavior (TPB), integrated with a social engineering process using an innovative board game intervention. According to the TPB, behavioral intention is the primary determinant of behavior, influenced by three key factors: (1) attitudes toward alcohol

¹ Received a Research Grant from Surattani Rajabhat University Research Fund, 2024

² Lecturer, Faculty of Nursing, Surattani Rajabhat University, Surattani Province, Thailand

³ Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Surattani Rajabhat University, Surattani Province, Thailand.
E-mail: arissara.suk@sru.ac.th

⁴ Associate Professor, Faculty of Nursing, Surattani Rajabhat University, Surattani Province, Thailand

ประสิทธิผลของนวัตกรรมบอร์ดเกมพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างทัศนคติและความตั้งใจในการป้องกัน
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น

consumption, (2) social norms in alcohol consumption, and (3) perceived ability to control alcohol consumption behaviors. Enhancing these three components is expected to strengthen participants' intentions to prevent alcohol consumption. Drawing on this theoretical framework, the researchers designed a 12-week life-skills board game innovation to enhance attitudes and intention of alcohol consumption prevention among adolescents. The program consisted of five structured activities: four board game sessions and one group discussion. Activity 1, "Know the Truth about Alcohol" provided foundational knowledge about alcoholic beverages. Activity 2, "Think Good, Choose Right for a Bright Future" aimed to promote positive attitudes and social norms through cartoon-based scenarios. Activities 3 and 4, titled "Say No without Losing Friends" focused on practicing refusal and avoidance skills to reinforce behavioral intentions to abstain from alcohol. Finally, Activity 5 involved a group discussion on self-management strategies for avoiding alcohol consumption and offered guidance on overcoming potential barriers.

Methodology The participants consisted of 70 female middle school students from two schools in Surat Thani Province, selected through multistage random sampling. Participants were randomly assigned to either the experimental group or the comparison group, with 35 students in each group. Inclusion criteria were as follows: (1) aged between 11 and 15 years, (2) able to communicate verbally, read, and comprehend the Thai language, (3) no history of alcohol consumption, and (4) willingness to participate in the study. The sample size was determined using power analysis via the G*Power program. Research instruments included: (1) an innovative board game to develop life skills to prevent alcohol consumption, (2) a game manual, (3) a general information questionnaire, (4) an attitude toward alcohol consumption scale, and (5) a behavioral intention scale for alcohol prevention. Data collection was conducted from November 2024 to January 2025. Descriptive statistics were used to analyze general data, while attitudes and behavioral intention scores were compared using Two-way repeated measures ANOVA. Pairwise comparisons were conducted using Bonferroni.

Results The participants were female middle school students aged between 12 and 15 years. Among the experimental and comparison groups, 42.86% and 45.71%, respectively, lived with their families. Additionally, 51.43% of participants in the experimental group and 34.29% in the comparison group reported having no family members who consumed alcohol. Results from the two-way repeated measures ANOVA revealed a statistically significant difference in attitudes toward alcohol consumption within the experimental group across the three time points: baseline, post-life skills development activity with board games, and post-group discussion ($F = 14.870, p < .001$), with an effect size of 0.18. However, the interaction effect between time and group was not statistically significant ($F = 0.090, p = .760$), with an effect size of 0.00. Between-group analysis showed a statistically significant difference in attitudes toward alcohol consumption between the experimental and comparison groups ($F = 174.750, p < .001$), with an effect size of 0.72. Pairwise comparisons indicated that the mean attitude scores differed significantly between baseline and post-board game activity ($MD = 1.99, p = .003$), and between baseline and post-group discussion ($MD = 3.24, p < .001$). However, no significant difference was found between the post-board game activity and post-group discussion phases ($MD = 1.26, p = .270$). Regarding behavioral intention to prevent alcohol consumption, a statistically significant difference was observed within the experimental group across the three time points ($F = 6.230, p = .020$), with an effect size of 0.09. The interaction effect between time and group was not statistically significant ($F = 1.870, p = .180$), with an effect size of 0.03. Between-group analysis revealed a statistically significant difference in behavioral intention between the experimental and comparison groups ($F = 149.440, p < .001$), with an effect size of 0.69. Pairwise comparisons showed no significant difference between baseline and post-board game activity ($MD = 1.34, p = .350$), but a significant difference was found between baseline and post-group discussion ($MD = 1.34, p < .001$), as well as between post-board game activity and post-group discussion ($MD = 2.71, p = .009$).

Recommendation Community nurse practitioners and public health personnel can apply this board game innovation for use in health service activities aimed at enhancing life skills in female middle school students. This approach is intended to improve attitudes and behavioral intentions toward alcohol prevention, thereby increasing their likelihood of engaging in preventive behaviors. Additionally, the board game can be utilized in activities designed to support and guide health education teachers in integrating this tool into their instructional practices.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(3) 525-545

Keywords life skills development board game innovation/ attitudes/ intention/ alcohol consumption prevention

Received 15 February 2025, Revised 2 May 2025, Accepted 14 May 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2018 (พ.ศ. 2561) วัยรุ่นที่เป็นนักตีมีที่มีอายุ 15-19 ปี มีจำนวนสูงถึง 155 ล้านคน¹ การศึกษาการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนในชุมชนชนบทของไทย ในปี ค.ศ. 2021 (พ.ศ. 2564) พบว่า ค่าเฉลี่ยของอายุในวัยรุ่นที่เริ่มตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์อยู่ที่อายุ 13 ปี² ซึ่งจากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีวัยรุ่นที่เริ่มตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์จำนวน 1.38 ล้านคน โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 15-19 ปี ซึ่งมีอัตราความชุกของการตีมีสูงถึงร้อยละ 30.79 นอกจากนี้ ยังพบว่ามีเด็กบางคนเริ่มตีมีตั้งแต่อายุเพียง 8 ปี และอัตราการตีมีของเพศหญิงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 7.2 โดยมีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มเพศชาย³ ประกอบกับมีรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีนักเรียนที่ตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ครั้งแรกตั้งแต่อ่อนอายุ 14 ปี สูงถึงร้อยละ 52.5 โดยร้อยละ 29.1 ตีมีเครื่องตีมีที่มีแอลกอฮอล์อย่างน้อย 1 แก้วต่อวันหรือมากกว่า ในช่วง 30 วันก่อนการสำรวจ⁴ การตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุยังน้อยส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของสมอง เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่ และอาจนำไปสู่ปัญหาทางพฤติกรรม เช่น ปัญหาทางการเรียน อุบัติเหตุ ความรุนแรง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การใช้สารเสพติด และสุขภาพจิต เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อหลายด้านทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม⁵ นอกจากนี้ การสำรวจพฤติกรรมการตีมีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ในปีการศึกษา 2564 พบว่า กลุ่มนักตีมีหน้าใหม่เพศหญิง

เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 เกือบ 4 เท่า จากร้อยละ 1.8 เป็น ร้อยละ 7.2 และกลุ่มนักตีมีหน้าใหม่เยาวชนอายุ 15-24 ปี มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นในปี 2564 เกือบ 2 เท่า⁶ และในปีการศึกษา 2563 พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีอัตราความชุกของการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์สูงกว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ⁷ ดังนั้น การป้องกันการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ในกลุ่มนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจึงมีความสำคัญ เพื่อลดความเสี่ยงในการเริ่มตีมีและป้องกันการเป็นนักตีมีในอนาคต

สำหรับการดำเนินงานป้องกันการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ในชุมชน แม้ว่ารัฐบาลจะมีมาตรการทางกฎหมาย เช่น การห้ามจำหน่ายเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ให้แก่บุคคลอายุต่ำกว่า 20 ปี หน่วยงานทางการศึกษามีการบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับพิษภัยของแอลกอฮอล์ในหลักสูตรการศึกษา⁸ และหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิมีการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนในการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น ในการลด ละ เลิก ตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์⁹ แต่ยังพบว่ามาตรการเหล่านี้ไม่สามารถป้องกันการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ของเด็กและเยาวชนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน⁹ พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความตั้งใจที่ถูกกำหนดโดยปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) เจตคติต่อพฤติกรรม (attitude toward the behavior) 2) บรรทัดฐานของสังคม (social norms) และ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control) สำหรับปัจจัยทั้ง 3 ในด้านการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ ได้แก่ 1) ทศนคติต่อการตีมี ซึ่งเกิดจาก

ความเชื่อและการประเมินผลในแง่บวกหรือลบเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) บรรทัดฐานทางสังคม ซึ่งเป็นแรงกดดันหรือความคาดหวังจากบุคคลสำคัญในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน หรือครู และ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งหมายถึงความมั่นใจของบุคคลในการควบคุมสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹⁰ รวมถึงทักษะการปฏิเสธและการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แนวคิดวิศวกรรมสังคม (social engineering) เป็นกระบวนการภายใต้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ศักยภาพชุมชน การยกระดับองค์ความรู้ของชุมชน การสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาชุมชน และการสร้างความยั่งยืนในการแก้ปัญหาเชิงพื้นที่บนฐานข้อมูลชุมชนที่สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินการเพื่อทำงานให้เข้าเป้าในการพัฒนาท้องถิ่นในท้องถิ่น โดยผ่านการใช้เครื่องมือวิศวกรรมสังคม 5 ชนิด คือ 1) ฟาประทาน เป็นเครื่องมือที่มุ่งสร้างทักษะวิคิด และทำความเข้าใจความหลากหลายของสังคม 2) นาฬิกาชีวิต เป็นวิธีการเรียนรู้กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนในแต่ละช่วงวัน เดือน และปี เพื่อการทำความเข้าใจจังหวะการดำเนินชีวิต และเหตุผลของการกระทำของผู้คน 3) ไทม์ไลน์พัฒนาการ เป็นเครื่องมือเพื่อศึกษาประวัติศาสตร์เฉพาะเรื่อง เฉพาะประเด็น เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในประเด็นเฉพาะที่สนใจ 4) ไทม์ไลน์กระบวนการ เป็นกระบวนการฝึกถอดรหัสขั้นตอนหรือกระบวนการด้วยการตั้งคำถามอย่างใคร่รู้และบันทึกข้อมูลเรียงลำดับอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เข้าใจวิธีการของสิ่งที่ศึกษาอย่างถ่องแท้และครบถ้วน ซึ่งจะนำไปสู่การคิดวิเคราะห์และการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนากระบวนการให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น และ

5) M.I.C. Model (Modify–Improve–Create model) เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น เป็นกระบวนการฝึกคิดเชิงสร้างสรรค์เพื่อสร้างนวัตกรรม โดยการนำผลลัพธ์ที่ได้จากเครื่องมือไทม์ไลน์กระบวนการมาพัฒนาต่อยอดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพ มูลค่า หรือคุณค่าให้สูงขึ้น

สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน ร่วมกับการประยุกต์ใช้เครื่องมือวิศวกรสังคม 2 ชนิด ได้แก่ ไทม์ไลน์กระบวนการ และ M.I.C Model เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น โดยบูรณาการกระบวนการวิศวกรสังคมในการสร้างและพัฒนาบอร์ดเกมพัฒนาทักษะชีวิต ที่ช่วยตอบสนองต่อการแก้ปัญหาวัยรุ่นที่กำลังจะกลายเป็นักเรียนใหม่ในชุมชน โดยเครื่องมือไทม์ไลน์กระบวนการ ใช้ในการวิเคราะห์สภาพปัญหา สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมท้องถิ่นที่มีผลต่อการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์วิเคราะห์ผู้เล่น และสภาพบริบทในโรงเรียน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับเครื่องมือ M.I.C model ใช้ในการสร้างนวัตกรรม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาบอร์ดเกม เพื่อให้บอร์ดเกมมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

บอร์ดเกมเป็นเครื่องมือหนึ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลด้วยการฝึกฝนหรือมีประสบการณ์จากกลไกของเกมที่ได้จำลองสถานการณ์ในชีวิตจริงขึ้นอย่างเป็นระบบ¹² จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่ประสบความสำเร็จในการนำบอร์ดเกมมาเป็นเครื่องมือในการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น โดยมุ่งเน้นการใช้บอร์ดเกมในการให้ข้อมูล การเลืกบุหรี่ พัฒนาทักษะในการเลืกบุหรี่ และปรับทัศนคติในการเลืกบุหรี่¹³ ส่วนในประเทศไทยพบว่าประสบความสำเร็จในการนำบอร์ดเกมมาใช้เป็น

เครื่องมือในการให้ความรู้และพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว¹⁴ แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่มุ่งเน้นการพัฒนาเครื่องมือการเรียนรู้แบบบอร์ดเกมเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียน มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนซึ่งให้ผลลัพธ์ที่ดีในการเพิ่มความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่าส่วนใหญ่จัดกิจกรรมด้วยการบรรยายร่วมกับวิดีโอทัศน์และการแสดงบทบาทสมมติ แต่ยังไม่สามารถคงไว้ซึ่งความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ในระยะยาว รวมทั้งแม้ว่าที่ผ่านมาได้มีการดำเนินการในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนในชุมชน แต่ยังไม่สามารถป้องกันการเพิ่มขึ้นของนักดื่มหน้าใหม่ในเยาวชนได้ ดังนั้น การพัฒนาแนวทางและเครื่องมือใหม่ดังเช่นบอร์ดเกมจึงอาจเป็นการพัฒนาแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน ซึ่งการเรียนรู้ผ่านกลไกของบอร์ดเกมสามารถลดความแตกต่างของศักยภาพของผู้ให้ความรู้และจัดการฝึกทักษะในนักเรียนได้ เนื่องจากบอร์ดเกมเป็นการเรียนรู้ผ่านเกมที่สามารถออกแบบให้เหมาะสมกับช่วงวัยของผู้เล่น มีรูปลักษณ์ที่ดึงดูดใจ และสามารถจำลองสถานการณ์ในเกมได้ บอร์ดเกมจึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น รวมทั้งกลไกของบอร์ดเกมสามารถออกแบบให้เกิดการเรียนรู้ผ่านเกมตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน เพื่อพัฒนาทั้งความรู้และทัศนคติได้ รวมทั้งในกระบวนการสร้างและพัฒนานวัตกรรมบอร์ดเกมสามารถประยุกต์ใช้แนวคิดวิศวกรรมสังคม เพื่อให้บอร์ดเกมเหมาะสมกับนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น และแก้ไขปัญหาได้สอดคล้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนพื้นที่นั้น ๆ ได้¹¹

จากข้อมูลข้างต้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนานวัตกรรมบอร์ดเกมเพื่อส่งเสริมทักษะชีวิตในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน^{9,15} และแนวคิดวิศวกรรมสังคม¹¹ โดยมีเป้าหมายในการสร้างสรรค์นวัตกรรมบอร์ดเกมที่เป็นเครื่องมือให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเสริมสร้างความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อันเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ในกลุ่มเยาวชนในชุมชน ซึ่งส่งผลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นและลดปัญหาที่เกิดในระดับครอบครัวและชุมชนได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ และความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตด้วยบอร์ดเกม และระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ และความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตด้วยบอร์ดเกม และระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม
3. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลากับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเจตคติทัศนคติและความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นในระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตด้วยบอร์ดเกม และระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเจตคติทัศนคติและความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตด้วยบอร์ดเกม และระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม

3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลากับโปรแกรมฯ มีผลต่อทัศนคติและความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน⁹ เป็นกรอบแนวคิด โดยทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมีความเชื่อว่าความตั้งใจเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม โดยปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) เจตคติต่อพฤติกรรม 2) บรรทัดฐานทางสังคม และ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สำหรับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยดังกล่าว ประกอบด้วย 1) ทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) บรรทัดฐานทางสังคมในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹⁵

เมื่อบุคคลได้รับการส่งเสริมทั้ง 3 ปัจจัย จะส่งผลต่อการเพิ่มความตั้งใจในการปฏิบัติตัว ซึ่งความตั้งใจเป็นตัวกำหนดให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม ร่วมกับการประยุกต์ใช้กระบวนการวิศวกรรมสังคมตามแนวคิดวิศวกรรมสังคมในการพัฒนานวัตกรรมบอร์ดเกม¹⁰ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซนและแนวคิดวิศวกรรมสังคม ไปใช้ในการจัดกิจกรรมด้วยกลไกของบอร์ดเกม 5 กิจกรรมประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 บอร์ดเกม “รู้จริงเรื่องแอลกอฮอล์” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้รู้จักและหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ กิจกรรมที่ 2 บอร์ดเกม “คิดดี เลือกถูกทางอนาคตไกล” เป็นการส่งเสริมทัศนคติและบรรทัดฐานทางสังคมในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นการเรียนรู้การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยสถานการณ์การ์ตูนที่สร้างตามบริบททางสังคมของนักเรียนหญิงในพื้นที่ กิจกรรมที่ 3 และ 4 บอร์ดเกม “Say No ไม่เสียเพื่อน” เป็นการฝึกทักษะปฏิเสธและหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกิจกรรมที่ 5 การอภิปรายกลุ่ม บอร์ดเกมทั้ง 1-4 มีการวางกลไกการให้รางวัลเมื่อผู้เล่นมีทัศนคติหรือการตัดสินใจในเกมไปในทิศทางของการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และรับบทลงโทษเมื่อมีทัศนคติหรือการตัดสินใจในเกมไปในทิศทางของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมทั้ง 5 จะช่วยสร้างเสริมความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นำสู่การป้องกันพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ (Figure 1)

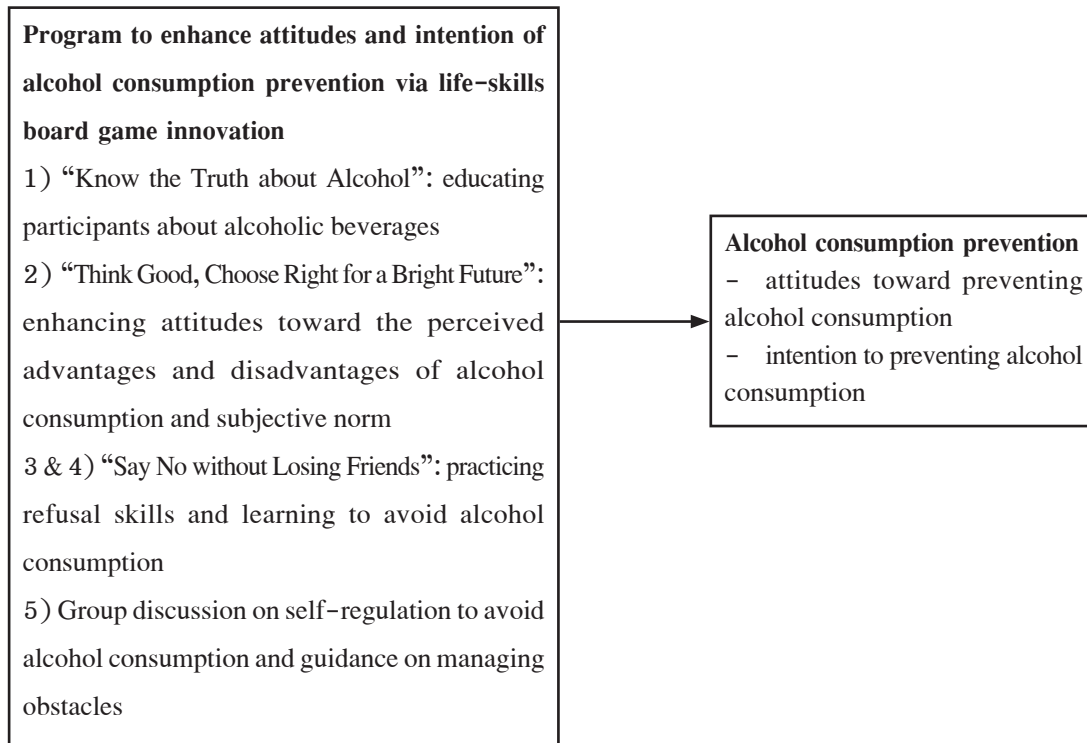


Figure 1 Conceptual Framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบทดลอง (Experimental design) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ โดยวัดผลก่อนการทดลอง ระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตด้วยบอร์ดเกม และระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนในพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเพศหญิงของโรงเรียนในพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปีการศึกษา 2567 สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก

เลือกโรงเรียน 2 แห่งในตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นโรงเรียนกลุ่มทดลอง 1 โรงเรียน และโรงเรียนกลุ่มเปรียบเทียบ 1 โรงเรียน จากนั้นสุ่มอย่างง่ายจากนักเรียนหญิงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยจับฉลากจากเลขประจำตัวนักเรียน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power และใช้ขนาดอิทธิพล (effect size) ที่อ้างอิงจากงานวิจัยของสุนัย เลาวีลาศ¹⁶ ได้ขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.80 สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 70 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน ในแต่ละกลุ่มประกอบด้วย นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 11 คน นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 11 คน และนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 13 คน

*ประสิทธิผลของนวัตกรรมการเล่นเกมพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างทัศนคติและความตั้งใจในการป้องกัน
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น*

เกณฑ์การคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 11-15 ปี 2) รับรู้ พูดคุยสื่อสาร อ่านออกและเข้าใจภาษาไทย และไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน 3) ไม่มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากวัตถุประสงค์ของการวิจัยมุ่งเน้นการป้องกันก่อนการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ครบตลอดการดำเนินการวิจัย ทั้งนี้ เมื่อสิ้นสุดการทดลองไม่มีกลุ่มตัวอย่างสูญหายจากการศึกษา

เครื่องมือวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) นวัตกรรมการเล่นเกมพัฒนาทักษะชีวิต เพื่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน แนวคิดวิศวกรรมสังคม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยเนื้อหาของบอร์ดเกมสร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและมีการพัฒนานวัตกรรมการออกแบบการวิศวกรรมสังคม ผ่านเครื่องมือโมเดลกระบวนการ และ M.I.C. Model เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น โดยผู้วิจัยศึกษาและสัมภาษณ์ครูและนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน เกี่ยวกับสภาพปัญหาสภาพสังคม วัฒนธรรมท้องถิ่น บริบทในโรงเรียน และบริบทของนักเรียนที่ส่งผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนหญิง เพื่อนำมาวิเคราะห์และสร้างกลไกในเกมที่สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนหญิงตามบริบทเฉพาะของชุมชนนี้ จากนั้นจึงพัฒนาเป็นนวัตกรรมการเล่นเกมที่ช่วยเสริมสร้างทัศนคติและความตั้งใจในการปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งกลไกของบอร์ดเกม ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นการเรียนรู้จาก

การทนายรายการของเครื่องดื่มหรือฉลากเครื่องดื่มว่ามีหรือไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ในการ์ด เพื่อให้รู้จักและหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ตามรายการที่แสดงไว้ในการ์ดเกม 2) การส่งเสริมทัศนคติและบรรทัดฐานทางสังคมในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นการเรียนรู้การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยสถานการณ์การ์ตูนที่สร้างตามบริบททางสังคมของนักเรียนหญิงในพื้นที่ และให้ผู้เล่นเลือกว่าตนเองเห็นด้วยกับความคิดเห็นต่อสถานการณ์การ์ตูนของตัวละครการ์ตูน เพื่อเพิ่มการรับรู้ของนักเรียนเกี่ยวกับแรงผลักดันของสังคมที่จะให้ดื่มหรือไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถานการณ์การ์ตูนส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับบุคคลที่มีความสำคัญต่อนักเรียนที่มีพฤติกรรมไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ บิดา มารดา ญาติ เพื่อน คนรัก และครู และ 3) การฝึกทักษะปฏิเสธและหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยในการฝึกปฏิเสธนั้นเรียนรู้จากการใช้การ์ดคำพูดตอบโต้กับการ์ดสถานการณ์ที่มีคำพูดอธิบายสถานการณ์การชักชวนให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งเน้นการปฏิเสธการชักชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลรอบตัวโดยไม่เสียสัมพันธภาพ ประกอบด้วย การบอกความรู้สึก การบอกปฏิเสธ การถามความเห็น และขอบคุณเมื่อเขายอมรับ รวมทั้งในกรณีที่ถูกเข้าซื้อให้รีบออกจากเหตุการณ์ ผัดผ่อนแล้วรีบออกจากเหตุการณ์ การต่อรองเพื่อหาทางเลือกอื่นที่เหมาะสมกว่าให้กับผู้ชวน หรือการชวนไปทำกิจกรรมอื่นที่ดีกว่าแทน ทุกเกมมีการวางกลไกของการให้รางวัลเมื่อผู้เล่นมีทัศนคติหรือการตัดสินใจในเกมไปในทิศทางของการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และรับบทลงโทษเมื่อมีทัศนคติหรือการตัดสินใจในเกมไปในทิศทางของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กิจกรรมในโปรแกรมฯ ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ รวม 5 กิจกรรม โดยสัปดาห์ที่ 1-4 เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านนวัตกรรมบอร์ดเกมฯ ดำเนินการโดยผู้วิจัย ซึ่งเป็นอาจารย์สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน จัดกิจกรรม 4 ครั้ง ประกอบด้วย 1) กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสร้างเสริมทัศนคติต่อการรับรู้ประโยชน์ในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการส่งเสริมบรรทัดฐานทางสังคมในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางอ้อมผ่านการใช้อาสาสมัครในการรณรงค์ของบอร์ดเกม 3) กิจกรรมที่ 3-4 (จัด 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 และ 4) เป็นการสร้างเสริมการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในปฏิบัติตัวการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองและทักษะปฏิเสธ และกิจกรรมที่ 5 (จัด 4 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 6, 8, 10 และ 12) เป็นกิจกรรมอภิปรายกลุ่มดำเนินการโดยอาจารย์สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ร่วมวิจัย กิจกรรมนี้ให้นักเรียนบันทึกการจัดการตนเองเมื่อพบเจอสถานการณ์การชักชวนให้ดื่มหรือพบเห็นการดื่มแอลกอฮอล์ลงสมุดบันทึกการจัดการตนเอง และนำมาอภิปรายกลุ่มร่วมกันตลอดช่วงการทดลองมีครูสอนสุขศึกษา ซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัย เป็นที่ปรึกษาให้นักเรียนในกรณีที่มีอุปสรรคในการควบคุมตนเอง

2) คู่มือการเล่นบอร์ดเกม ประกอบด้วย กลไกของเกม ได้แก่ อุปกรณ์ในการเล่น เป้าหมายของเกม การเตรียมตัวก่อนเริ่มเกม จุดสิ้นสุดของเกม และขั้นตอนการเล่นเกม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การอาศัยอยู่กับบิดามารดา การมีสมาชิกในครอบครัวดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 12 เดือน ลักษณะการตอบเป็นแบบเลือกตอบ

2) แบบวัดทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือของจิตรา สารงาม และคณะ¹⁷ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อความเชิงบวก 7 ข้อ และข้อความเชิงลบ 3 ข้อ จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนสำหรับข้อความทางบวก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) สำหรับข้อความทางลบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) ทำการกลับคะแนนเป็นทางบวก การแปลผลคะแนนสูง หมายถึง การมีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3) แบบวัดความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือของจิตรา สารงาม และคณะ¹⁷ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด ลักษณะการตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง การมีความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน 3 ท่าน ประเมินความสอดคล้อง ความเหมาะสมและ

ความครอบคลุมของเนื้อหา และเป็นผู้เชี่ยวชาญการพัฒนาบอร์ดเกม 3 ท่าน ประเมินนวัตกรรมการบอร์ดเกม คู่มือการเล่น รูปแบบกลไกในเกม กราฟิก ตัวอักษรและสี แล้วจึงนำไปปรับปรุงแก้ไขและทดลองใช้กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเพศหญิง จำนวน 7 คน ในตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่ได้เป็นโรงเรียนเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อปรับรูปแบบของแต่ละกิจกรรมให้เหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และแบบวัดความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) เท่ากับ .81 และ .82 ตามลำดับ จากนั้นนำไปตรวจสอบความเที่ยง โดยทดลองใช้กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเพศหญิงในพื้นที่ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .82 และ .88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี (SRU-REC 2024/060) เป็นระยะเวลา 1 ปี ในวันที่ 24 มิถุนายน 2567 ถึง 23 มิถุนายน 2568 ได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงเรียนให้ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งได้รับความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากนักเรียนและผู้ปกครองโดยได้ลงนามในใบเซ็นยินยอมจากนักเรียน ผู้ปกครองของนักเรียนทุกคน ซึ่งมีอายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้วิจัยมีการ

แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ในระหว่างการศึกษา และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องระบุเหตุผล การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการตีพิมพ์ผลงานวิจัย 1 ปี สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยได้แนะนำการจัดกิจกรรม มอบคู่มือและอุปกรณ์บอร์ดเกมให้ครูสอนสุขศึกษาของโรงเรียนที่กลุ่มเปรียบเทียบสังกัดอยู่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงเรียนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งส่งเอกสารชี้แจงและขอคำยินยอมแก่ผู้ปกครอง หลังจากผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย สำหรับผู้ช่วยวิจัยมีจำนวน 2 คน เป็นครูสุขศึกษา ในโรงเรียนที่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบสังกัดอยู่ โรงเรียนละ 1 คน มีหน้าที่ในการจัดเตรียมสถานที่ ประสานงานแจ้งนักเรียนในการเข้าร่วมกิจกรรม และเป็นผู้ช่วยในช่วงการจัดกิจกรรมผ่านบอร์ดเกม ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยด้วยการชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยทั้งกระบวนการ และเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย รวมทั้งบทบาทของผู้ช่วยวิจัย จนมีความเข้าใจอย่างชัดเจนก่อนเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยตนเอง โดยให้ทำแบบสอบถามด้วยตนเอง และดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1-4 และ

อาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งเป็นผู้ร่วมวิจัย เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในช่วงสัปดาห์ที่ 5-12 การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในระหว่างวันที่ 11 พฤศจิกายน ถึง 27 มกราคม 2568 ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะชีวิตด้วยบอร์ดเกม จัดกิจกรรมโดยผู้วิจัย 4 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1-4 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้สถานที่ห้องเรียนของโรงเรียนที่กลุ่มทดลองสังกัดอยู่ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มย่อย 5 กลุ่ม กลุ่มละ 7 คน ใช้ระยะเวลากิจกรรมละ 60 นาที โดยใช้เวลาในช่วงพักกลางวัน ซึ่งไม่ใช่เวลาเรียน หลังสิ้นสุดการเล่นบอร์ดเกมในแต่ละครั้งมีการระดมความคิดและสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ ประกอบด้วยกิจกรรมครั้งที่ 1 บอร์ดเกม “รู้จักเรื่องแอลกอฮอล์” สรุปความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากกลไกของบอร์ดเกม มุ่งให้นักเรียนทราบชนิดของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กิจกรรมครั้งที่ 2 บอร์ดเกม “คิดดีเลือกถูกทาง อนาคตไกล” การสร้างเสริมทัศนคติต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มุ่งให้นักเรียนทราบผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ และเลือกคิดตามและคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงจากสถานการณ์ในการตัดสินใจ กิจกรรมครั้งที่ 3 และ 4 บอร์ดเกม “Say No ไม่เสียเพื่อน” การสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการฝึกทักษะปฏิเสธและหลีกเลี่ยงสถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตด้วยบอร์ดเกม

ระยะการจัดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม

จัดกิจกรรมอภิปรายกลุ่ม โดยอาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ร่วมวิจัย จำนวน

ทั้งหมด 4 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 6, 8, 10 และ 12 ใช้ระยะเวลาครั้งละ 30-60 นาที ในกิจกรรมกำหนดให้นักเรียนบันทึกการจัดการตนเองเมื่อพบเจอสถานการณ์การชักชวนให้ดื่ม หรือพบเห็นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงสมุดบันทึกการจัดการตนเอง และนำประเด็นต่าง ๆ ดังกล่าว มาอภิปรายกลุ่มร่วมกันถึงประสบการณ์ในการจัดการตนเอง สำหรับนักเรียนที่พบปัญหาในการจัดการตนเอง มีการใช้กระบวนการกลุ่มในการให้คำแนะนำการจัดการอุปสรรคเพื่อหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนนักเรียนทุกคนเกี่ยวกับแนวทางในการจัดการตนเอง โดยตลอดช่วงการทดลองมีครูสอนสุขศึกษาเป็นที่ปรึกษาให้นักเรียนในกรณีที่มียุทธศาสตร์ในการควบคุมตนเอง เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 12 ผู้ร่วมวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม

กลุ่มเปรียบเทียบ หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลอนามัยโรงเรียนจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในพื้นที่ตามปกติ และได้รับการสอนสุขศึกษาตามแผนการเรียนการสอนปกติของโรงเรียน และมีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 และ 12

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วย Independent t-test และ Chi-square test และเปรียบเทียบทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลอง

ประสิทธิผลของนวัตกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างทัศนคติและความตั้งใจในการป้องกัน
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น

และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตด้วยบอร์ดเกม และระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม ด้วยสถิติ Two-way ANOVA with repeated measures ผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ และการทดสอบ Mauchly's Test of Sphericity พบว่าความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) การเปรียบเทียบรายคู่ใช้สถิติ Bonferroni กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีอายุระหว่าง 12-15 ปี กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 13.86 ปี (SD = 1.09) และกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 13.66 ปี (SD = 0.97) มีการพักอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ คิดเป็นร้อยละ 42.86 และ 45.71 ตามลำดับ และการไม่มีคนในครอบครัวดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบคิดเป็นร้อยละ 51.43 และ 34.29 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบ 2 กลุ่มด้วย Independent t-test และ Chi-square test พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .810, .480, .150$ ตามลำดับ)

ทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 33.03 (SD 4.73) ระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตด้วยบอร์ดเกม และระยะสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ย 35.46 (SD 4.22) และ 35.94 (SD 3.31) ตามลำดับ ในขณะที่ทัศนคติของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 31.03 (SD 4.14) ระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตด้วยบอร์ดเกม และระยะสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มเท่ากับ 32.57 (SD 4.38) และ 34.60 (SD 4.33) ตามลำดับ (Figure 2)

ความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 18.09 (SD 5.21) ระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตด้วยบอร์ดเกม และระยะสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มเท่ากับ 23.34 (SD 6.24) และ 27.57 (SD 3.51) ตามลำดับ ในขณะที่ความตั้งใจของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 20.17 (SD 5.47) ระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตด้วยบอร์ดเกม และระยะสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ย 17.60 (SD 5.32) และ 18.80 (SD 5.57) ตามลำดับ (Figure 3)

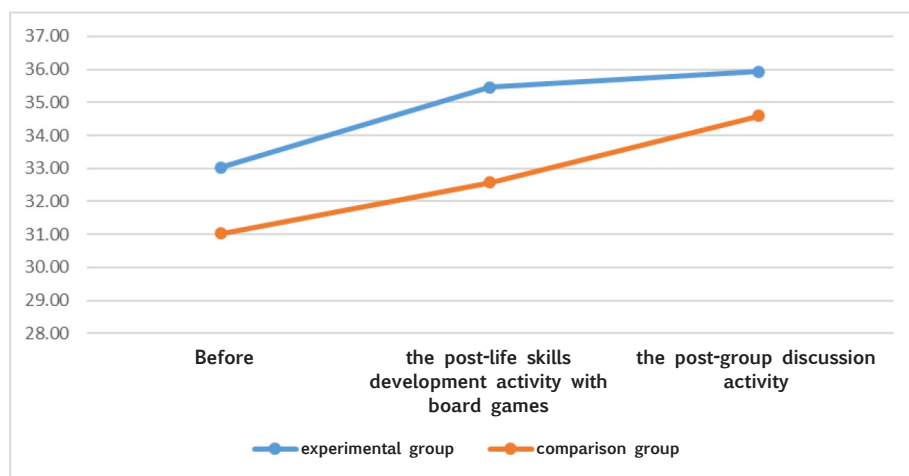


Figure 2 Changes in the attitudes toward preventing alcohol consumption

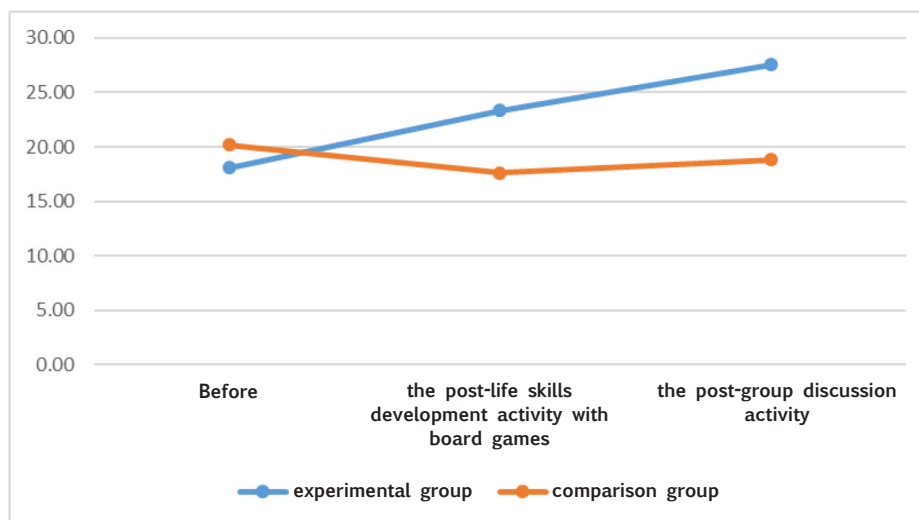


Figure 3 Changes in intention to preventing alcohol consumption

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง วัดซ้ำ (Two-way ANOVA with repeated measures) พบว่า ทักษะต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลอง ทั้ง 3 ระยะ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 14.870, p < .001$) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาและโปรแกรมฯ ไม่มีผลต่อทักษะต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 0.090, p = .760$) และเมื่อวิเคราะห์ผลระหว่างกลุ่ม พบว่า ทักษะต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 174.750, p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.72 (Table 1)

ความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลอง ทั้ง 3 ระยะ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 6.230, p = .020$) โดยมีขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.09 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาและโปรแกรมฯ ไม่มีผลต่อความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 1.870, p = .180$) ขนาดอิทธิพล เท่ากับ .03 และเมื่อวิเคราะห์ผลระหว่างกลุ่ม พบว่า ความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 149.440, p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.69 (Table 1)

Table 1 Two-way repeated measures ANOVA analysis of the study outcomes (n=70)

Sources of variation	SS	df	MS	F	p	Patial η^2
Attitudes toward preventing alcohol consumption						
<u>Within group</u>						
Time	236.82	1	236.82	14.870	<.001	0.18
Group* Time	1.49	1	1.49	0.090	.760	0.00
Error	1067.18	67	15.93			

ประสิทธิผลของนวัตกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างทัศนคติและความตั้งใจในการป้องกัน
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น

Table 1 Two-way repeated measures ANOVA analysis of the study outcomes (n=70) (Cont.)

Sources of variation	SS	df	MS	F	p	Patial η^2
<u>Between group</u>						
Group	2,491.34	1	2,491.34	174.750	<.001	0.72
Error	955.22	67	14.26			
Intention to preventing alcohol consumption						
<u>Within group</u>						
Time	165.52	1	165.52	6.230	.020	0.09
Group* Time	49.75	1	49.75	1.870	.180	0.03
Error	1,781.23	67	26.59			
<u>Between group</u>						
Group	4,199.12	1	4,199.12	149.440	<.001	0.69
Error	1,882.62	67	28.10			

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายคู่ โดยใช้ Bonferroni พบว่า ก่อนทดลองและระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตด้วยบอร์ดเกมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$) ก่อนทดลองและระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้ ระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตด้วยบอร์ดเกมและระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .270$) (Figure 1, Table 2)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายคู่ โดยใช้ Bonferroni พบว่า ก่อนทดลองและระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตด้วยบอร์ดเกมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .350$) ก่อนทดลองและระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รวมทั้งระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตด้วยบอร์ดเกมและระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .009$) (Figure 2, Table 2)

Table 2 Multiple comparisons of attitudes and intention to preventing alcohol consumption using Bonferroni

Time (I)	Time (J)	Mean difference (I-J)	SE	p
Attitudes toward preventing alcohol consumption				
Before	the post-life skills development	1.99	0.57	.003
	activity with board games			
	the post-group discussion activity	3.24	0.76	<.001

Table 2 Multiple comparisons of attitudes and intention to preventing alcohol consumption using Bonferroni (Cont.)

Time (I)	Time (J)	Mean difference (I-J)	SE	p
the post-life skills development activity with board games	the post-group discussion activity	1.26	0.73	.270
Intention to preventing alcohol consumption				
Before	the post-life skills development activity with board games	1.34	0.85	.350
	the post-group discussion activity	1.34	0.85	<.001
the post-life skills development activity with board games	the post-group discussion activity	2.71	0.88	.009

การอภิปรายผล

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมนวัตกรรมบอร์ดเกมพัฒนาทักษะชีวิต นักเรียนกลุ่มทดลองมีทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และสอดคล้องกับกลไกของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen ที่ระบุว่า เมื่อบุคคลได้รับปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บรรทัดฐานทางสังคมในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะส่งผลต่อการเพิ่มความตั้งใจในการปฏิบัติตัว ซึ่งความตั้งใจนี้เป็นตัวกำหนดให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างได้ นอกจากนี้ ทัศนคติต่อพฤติกรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญ

ที่มีผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติตัว โดยหากบุคคลมีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ คือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มความตั้งใจในการปฏิบัติตัว และลดการกระทำพฤติกรรมดังกล่าวลง⁶ และจากผลการวิจัยที่พบว่า ปฏิกริยาระหว่างเวลาและโปรแกรมไม่มีผลต่อการเพิ่มคะแนนทัศนคติฯ และคะแนนความตั้งใจฯ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย จึงสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมฯ มีผลต่อการกระตุ้นความตั้งใจในการปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิจิตรฯ สาริงาม และคณะ¹⁷ และวิทวัส สุดเพาะ และคณะ¹⁸ ที่แสดงว่า การจัดโปรแกรมและสร้างเครื่องมือที่สามารถส่งเสริมปัจจัยทั้ง 3 ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ส่งผลให้นักเรียนเกิดความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นรายคู่พบว่า คะแนนเฉลี่ยในระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มสูงกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่าโปรแกรมฯ มีผลต่อทัศนคติและความตั้งใจในการปฏิบัติตัว เนื่องด้วยบอร์ดเกมมีลักษณะส่งเสริมให้เห็นผลดีและผลเสียของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กระตุ้นการมีส่วนร่วม สร้างแรงจูงใจ และกระตุ้นให้ผู้เรียนคิด วิเคราะห์สถานการณ์เสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหลากหลายบริบท เนื่องจากกระบวนการสร้างและพัฒนาบอร์ดเกมที่ใช้กระบวนการวิศวกรสังคมมาวิเคราะห์ปัญหาของกลุ่มตัวอย่างในชุมชน ทั้งบริบทของนักเรียนหญิง สภาพแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมในชุมชน โดยครอบคลุมทั้งครอบครัว เพื่อน และโรงเรียน ส่งผลให้บอร์ดเกมช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทัศนคติที่ดีและความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์จริงที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Remziye และ ÖRSAL¹³ ที่พบว่า กลไกของบอร์ดเกมสามารถส่งเสริมทัศนคติที่ดี เพิ่มการรับรู้ประโยชน์และโทษของพฤติกรรมเสี่ยง และส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งผลให้หลังได้รับบอร์ดเกมกลุ่มวัยรุ่นมีความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของปาจริยสำราญจิตต์ และคณะ¹⁹ พบว่า การรับรู้ถึงโทษและผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มโอกาสของการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ประกอบกับการอภิปรายกลุ่มในการกระตุ้นเตือนนักเรียนเกี่ยวกับแนวทางในการจัดการตนเอง และการให้คำแนะนำ

การจัดการอุปสรรคในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมทั้งมีครูสอนสุขศึกษาเป็นที่ปรึกษาให้นักเรียนในกรณีที่มีอุปสรรคในการควบคุมตนเอง ส่งผลให้นักเรียนได้รับการสนับสนุนในการจัดการอุปสรรคที่เกิดขึ้น จึงสามารถคงไว้ซึ่งทัศนคติที่ดีในระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มและเกิดการเพิ่มความตั้งใจในการปฏิบัติตัว ซึ่งสิ่งที่นักเรียนสามารถปฏิบัติได้ดี คือ การรู้จักคิดเรื่องโทษและข้อเสียของแอลกอฮอล์ แม้ว่าจะเคยเห็นวัยรุ่นหรือดาราในแพลตฟอร์มต่าง ๆ ทางอินเทอร์เน็ตดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่กลุ่มตัวอย่างก็ยังคงเลือกที่จะไม่ดื่ม ทั้งนี้ จากกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า ยังมีนักเรียนบางคนมีความคิดลังเล คือ รู้โทษ ไม่อยากลอง แต่เมื่อเห็นวัยรุ่นหรือคนใกล้ตัวดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็อยากลองบ้าง บางคนรู้สึกเกรงใจที่จะปฏิเสธ ผู้วิจัยจึงเสริมแรงโดยการทบทวนทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เคยเล่นในบอร์ดเกมให้นักเรียน และทบทวนความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ที่ควรหลีกเลี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และให้นำประเด็นดังกล่าวมาอภิปรายกลุ่มอย่างต่อเนื่องระหว่างการดำเนินกิจกรรม ซึ่งทำให้นักเรียนกลุ่มนี้มีความมั่นใจมากขึ้นในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสามารถหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อโนทัย พุ่งขจร และยุวดี รอดจากภัย²⁰ และ พิมลวรรณ สุดซารี และจุริรา ดวงสงค์²¹ ที่พบว่า การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการร่วมกันหาวิธีหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมทั้งการได้รับการแนะนำที่เหมาะสมเป็นส่วนประกอบหนึ่งที่ส่งผลให้นักเรียนมีความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับผลการศึกษา

ของวิทวัส สุดเพาะ และคณะ¹⁸ ที่พบว่า การจัดกิจกรรมให้ความรู้ การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ การอภิปรายกลุ่ม และพูดคุยกระตุ้นเตือนให้กำลังใจ เป็นแนวทางที่ส่งเสริมให้ทัศนคติและความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้น การพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้ดังเช่นบอร์ดเกมที่เหมาะสมสอดคล้องตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน และการประยุกต์ใช้แนวคิดวิศวกรรมสังคมในกระบวนการสร้างและพัฒนานวัตกรรมบอร์ดเกมซึ่งเป็นการสร้างบอร์ดเกมที่เหมาะสมกับวัยและวิถีชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน รวมทั้งการอภิปรายกลุ่ม ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยเสริมสร้างและรักษาทัศนคติที่ถูกต้องและความตั้งใจในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรทางสาธารณสุขที่ดำเนินงานอนามัยโรงเรียน สามารถนำรูปแบบโปรแกรมและนวัตกรรมบอร์ดเกมไปประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อเพิ่มทัศนคติและความตั้งใจปฏิบัติตัวในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้สามารถจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและแนะแนวทางให้กับครูผู้ศึกษาในการนำบอร์ดเกมนี้ไปประยุกต์ใช้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป การศึกษาครั้งต่อไป ควรพิจารณาในส่วนของโปรแกรมกระตุ้น (booster program) และอาจพิจารณาเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนและการศึกษาติดตาม เพื่อให้

นักเรียนเกิดการได้รับอิทธิพลจากบุคคลที่ตนไว้วางใจ และคล้อยตามการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ทีมวิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานีที่สนับสนุนทุนวิจัย รวมถึงขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและผู้ประสานงานทุกท่านที่ให้ความสนับสนุนในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

Declaration Statements

Conflict of Interest: No

Author Contribution: Natchaya Chaichana: Conceptualization, Methodology, Formal analysis, Investigation, Resources, Writing original draft, Writing – review & editing, Project administration. Arissara Saenthaweek: Formal analysis, Investigation, Resources, Writing original draft, Writing – review & editing, Project administration. Pilaiporn Sukcharoen: Methodology, Formal analysis, Writing original draft, Writing – review & editing.

AI Use Disclosure: The authors declare that AI was used only for editing purposes.

References

1. World Health Organization (2018). Global Status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization.
2. Pramaunurur P, Anuntakulnathee P, Wangroongsarb P, Vongchansathapat T, Romsaithong K, Rangwanich J, et al. Alcohol consumption and its associated factors among adolescents in a rural community in central Thailand: a mixed-methods study. Sci Rep, 2022; 12(1):19605. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-24243-0> PMID: 36380057

**ประสิทธิผลของนวัตกรรมการบอร์ดเกมพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างทัศนคติและความตั้งใจในการป้องกัน
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น**

3. Assanangkornchai S, editor. Patterns and trends in alcohol drinking behavior of the Thai population. Songkhla: Center for Alcohol Studies, Prince of Songkhla University; 2022. Available from: <https://cas.or.th/content?id=36> (in Thai)
4. Ministry of public Health, Department of Health. Thailand global school-based student health survey, 2021: GSHS. Pathumthani: Minnie Group; 2022. Available from: https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/202301/m_document/35022/24069/file_download/c65a0996ba2d2784ca44411b69392a8d.pdf (in Thai)
5. Pimathai C, Siriboon S, Boonpha R. Community nurses' roles in preventing alcohol consumption in youth. Journal of Health Science, Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong. 2023;7(2):1-14. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsj/article/view/263973/179146> (in Thai)
6. Assanangkornchai S, editor. Report on the situation of alcohol consumption in Thai society in 2021. Bangkok: Sahamit Pattana; 2022. Available from: <https://cas.or.th/content?id=18> (in Thai)
7. Wichaidit W, Saingam D, Assanangkornchai S. The fifth surveillance of alcohol, tobacco, substance use and health-risk behaviors among high school students in Thailand in 2020. Songkhla: Center for Alcohol Studies, Prince of Songkhla University; 2021. Available from: <https://cas.or.th/content?id=111> (in Thai)
8. Ministry of Education, Office of the basic education commission. Indicators and core learning content of health and physical education subjects according to the basic education core curriculum B.E. 2551. Bangkok: The agricultural co-operative of Thailand; 2008. Available from: http://academic.obec.go.th/images/document/1559639643_d_1.pdf (in Thai)
9. Ajzen I. Constructing a Theory of Planned Behavior questionnaire; 2006. Available from: https://www.researchgate.net/publication/235913732_Constructing_a_Theory_of_Planned_Behavior_Questionnaire
10. Prayongkul P, Lohacheewa S. Guideline for preventing alcohol consumption in Thai adolescents according to the theory of planned behavior. Thai Red Cross Nursing Journal. 2020;13(2): 39-46. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/249747/169676> (in Thai)
11. Issaro N. The royal guidance on education with mission of Rajabhat university group for higher education institution to developing local group for higher education institution to developing local. Armed Forces Development Command Journal. 2021;45(2): 53-63. Available from: <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/AFDCJournal/article/view/248325/168244> (in Thai)
12. Husmin S. The Development process of board game innovation for learning. Journal of Education Khon Kaen University. 2023;46(3):1-10. Available from: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDKKUJ/article/view/263257/177546> (in Thai)
13. Remziye C.A.N., ÖRSAL Ö. Comparison of the effect of board game and tobacco cessation education on nicotine addiction in adolescent smokers. Duzce Med J. 2022;24(2):193-200. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2448732>
14. Amaritakomol A, Kanjanavanit R, Suwankruhasn N, Topaiboon P, Leemasawat K, Chanchai R, et al. Enhancing knowledge and self-care behavior of heart failure patients by interactive educational board game. Games Health J. 2019;8(3):177-186. Available from: <https://doi.org/10.1089/g4h.2018.0043>

15. Cooke R, Dahdah M, Norman P, French DP. How well does the theory of planned behavior predict alcohol consumption? a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev.* 2016; 10(2):148-67. <https://doi.org/10.1080/17437199.2014.947547> PMID: 25089611
16. Laowilas S. Effects of Self-efficacy enhancement on drinking alcohol, outcome perceive self-efficacy among undergraduates students in Maejo University at Chumphon [Dissertation]. Chumphon: Maejo University. 2015. (in Thai)
17. Saleengarm W, Rawiworrakul T, Jirapongsuwan A, Sompopcharoen M. Effects of a new drinkers prevention program for primary school students, Surin Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2019; 20(1):147-156. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/184954/130145> (in Thai)
18. Sudpror W, Sinsupan N, Sriruecha C. The effectiveness of alcohol drinking prevention program by application of the Theory of Planned Behavior with social support on alcohol drinking preventive behaviors among high school students. *Academic Journal of Community Public Health.* 2023;9(2):96-107. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/260984/178909> (in Thai)
19. Samranjit P, Usathporn S, Prutipinyo C. Factors affecting alcohol drinking of undergraduate university students: Phra Nakhon Si Ayutthaya District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. *Public Health Policy and Laws Journal.* 2022; 8(2):215-32. Available from: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/257001 (in Thai)
20. Fungkajorn A, Rodjarkpai Y. Effects of self-efficacy enhancement on perceived self-efficacy, outcome expectancy and alcohol drinking refusal late secondary school students in Bothong district, Chonburi province. *Journal of Public Health Nursing.* 2016;30(3):41-54. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/96555/75325> (in Thai)
21. Sudcharee P, Duangsong R. Effects of alcohol drinking prevention program by application of health literacy with “Facebook” among student in primary school. *KKU Journal for Public Health Research.* 2019;12(3):81-91. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/145753/155812> (in Thai)

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสภาการพยาบาล เป็นวารสารวิชาการภาษาไทย ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการทางการพยาบาลและที่เกี่ยวข้องทุก 3 เดือน ปีละ 4 ฉบับ (มกราคม-มีนาคม / เมษายน-มิถุนายน / กรกฎาคม - กันยายน / ตุลาคม-ธันวาคม)

วัตถุประสงค์ วารสารสภาการพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งในการเผยแพร่ผลงานวิชาการทั้งที่เป็นงานวิจัย บทความวิชาการ นวัตกรรมและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงเป็นแหล่งในการสืบค้นความรู้ทางวิชาการและการสร้างเครือข่ายความร่วมมือและการแลกเปลี่ยนทางวิชาการของสมาชิกร่วมวิชาชีพทั้งที่เป็นนักวิชาการและพยาบาลวิชาชีพ

ขอบเขตการรับบทความ วารสารสภาการพยาบาลเปิดรับบทความที่มีคุณภาพทั้งที่เป็นบทความวิชาการ งานวิจัยทางการพยาบาล การทบทวนวรรณกรรม การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล นวัตกรรมทางการพยาบาลและที่เกี่ยวข้อง

คำแนะนำในการเตรียมบทความ การส่งผลงานเข้ามาเพื่อรับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสภาการพยาบาลมีข้อแนะนำดังนี้

1. บทความวิชาการนั้น ๆ จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อนหรือไม่อยู่ระหว่างการรอผลการพิจารณาจากวารสารอื่นหรือส่งไปยังวารสารอื่นซ้อนกัน

2. ผู้มีรายชื่อในบทความทุกคนต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตผลงานวิชาการนั้น ๆ และมีความเห็นพ้องต้องกันในเนื้อหาสาระของบทความก่อนส่งเข้ามาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่

3. บทความที่ส่งเข้ามานั้น ผู้เขียนต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้วและไม่มี การลอกเลียนงานวิชาการ (Plagiarism) โดยมีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน เรื่องนี้มีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นประเด็นจริยธรรมของผู้เขียนบทความโดยทางศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) จะมีระบบในการตรวจสอบการลอกเลียนงานวิชาการทุกบทความที่เข้าในระบบ ThaiJO การป้องกันการ ลอกเลียนงานวิชาการผู้เขียนสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ <https://stanglibrary.wordpress.com/tag/plagiarism/>

4. บทความวิชาการที่เป็นผลงานของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาจะต้องมีลายเซ็นของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาสาระของบทความนั้นแล้ว ก่อนส่งบทความเข้ามารับการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่

หมายเหตุ: การส่งบทความเข้ามายังระบบออนไลน์ เจ้าของบทความจะต้องพิจารณาและกรอกแบบฟอร์มเพื่อยืนยันตามข้อ 1-4 การส่งบทความเข้ามาในระบบจึงจะมีความสมบูรณ์

5. องค์ประกอบของบทความแต่ละประเภท มีดังนี้

5.1 บทความวิชาการ เป็นบทความที่ผู้เขียนต้องการแสดงเนื้อหาที่เป็น ความรู้ใหม่ หรือ update ความรู้ที่มีอยู่เดิมหรือเขียนเชิงวิเคราะห์ในประเด็นที่เป็นที่สนใจของวิชาชีพแต่ยังมีความเห็นไม่ไปในทิศทางเดียวกันหรือการนำเสนอกรณีศึกษาที่น่าสนใจเพื่อการนำไปใช้หรือต่อยอดการสร้างองค์ความรู้ต่อไป องค์ประกอบของบทความวิชาการ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อขยายภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ เนื้อหาสาระและบทสรุป ต่อก้าวด้วยการอ้างอิงตามลำดับ

5.2 การพัฒนาแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการสังเคราะห์จากกลุ่มงานวิจัยเพื่อนำไปสู่การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล (Evidence-Based Practice) ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อขยายและคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการตามแนวคิดของการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เลือกใช้ เน้นความเข้มงวดในแต่ละขั้นตอนเพื่อให้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือ สอดคล้องกับบริบทและนำไปใช้ได้จริง ต่อก้าวด้วยการอภิปรายผลและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ข้อจำกัด (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิงตามลำดับ

5.3 บทความวิจัย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อขยายและคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ประกอบด้วยบทนำ วัตถุประสงค์ของการวิจัย การออกแบบการวิจัย ผลการวิจัย ข้อเสนอแนะ และคำสำคัญ) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ของการวิจัย กรอบแนวคิดของการวิจัย (หากมีไดอะแกรม/แผนภาพ นำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ) วิธีดำเนินการศึกษา (การออกแบบวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย (ในส่วนของการนำเสนอหรือกราฟ/ภาพ นำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ) การอภิปรายผลและข้อสรุป ข้อจำกัดของการวิจัย ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้และเอกสารอ้างอิงตามลำดับ

5.4 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อขยายและคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ การสืบค้นและแหล่งข้อมูล การประเมินคุณภาพงานวิจัย การสกัดข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเสนอผล การอภิปรายผลและข้อสรุป เอกสารอ้างอิง

5.5 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง ตามระเบียบของวารสารสภาการพยาบาลใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) เอกสารอ้างอิงต้องทันสมัย (Update) ตรงกับเนื้อหาในบทความและไม่ควรเกิน 30 เรื่อง

6. การพิมพ์บทความ ต้องพิมพ์ด้วย Microsoft Word ตัวอักษร Angsana New, Font ขนาด 16 point, Double space ใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 ในแต่ละหน้าขอให้ระบุเลขที่หน้าไว้ที่หัวกระดาษบนด้านขวา ถ้าจำเป็นต้องใช้ชื่อย่อในเนื้อหา จะต้องพิมพ์ครั้งแรกด้วยชื่อเต็มก่อนแล้วจึงใช้ชื่อย่อได้ภายหลัง การใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะเท่านั้นที่ตัวแรกใช้ตัวใหญ่ ความยาวของบทความอยู่ระหว่าง 10-15 หน้า ขึ้นกับเนื้อหา (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง)

7. การพิจารณาบทความ บทความที่ส่งเข้ามานั้นจะต้องผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) เบื้องต้นบรรณาธิการจะเป็นผู้อ่านและพิจารณาเนื้อหาคร่าว ๆ ว่าบทความนั้น ๆ เนื้อหาต้องตรงกับขอบเขตการรับบทความที่วารสารสภาการพยาบาลต้องกำหนด จากนั้น จึงพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิที่จะประเมินบทความนั้น

จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเนื้อหาของบทความนั้นมากที่สุดและไม่ใช้ผู้ที่ปฏิบัติงานในสถาบันเดียวกับเจ้าของบทความ จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิมี 3 ท่านโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านจะไม่ทราบว่าเป็นใคร เจ้าของบทความจะไม่ทราบว่าใครคือผู้ที่พิจารณาบทความของตน (Double-Blind) ระยะเวลาในการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิอยู่ระหว่าง 2-3 สัปดาห์ ผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ไม่สมควรรับตีพิมพ์ โดยระบุเหตุผล หรือ สมควรรับตีพิมพ์โดยต้องแก้ไขในระดับเล็กน้อยหรือมากพร้อมระบุข้อเสนอแนะในการปรับแก้ไข จากผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ หากผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นขัดแย้งกัน บรรณาธิการอาจพิจารณาเพิ่มผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ ท่านที่ 4 ในการให้ความเห็น จากนั้นบรรณาธิการจะพิจารณาภาพรวมอีกครั้งแล้วสรุปข้อเสนอแนะในการปรับแก้ไขไปยังเจ้าของบทความ ความเร็วหรือช้าขึ้นกับประเด็นแก้ไขมีมากหรือน้อย และระยะเวลาในการแก้ไขของผู้เขียน โดยทั่วไประยะเวลาตั้งแต่รับบทความจนได้รับการตีพิมพ์ใช้เวลาประมาณ 2-3 เดือน

8. การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง ดังกล่าวแล้ววารสารสภาการพยาบาลใช้ระบบการอ้างอิงของ Vancouver ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) 2) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือ เอกสารอ้างอิง (References)

8.1 การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) การนำผลงานของบุคคลอื่น มาอ้างอิงในบทความ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงหลังชื่อผู้เขียน หรือหลังข้อความที่อ้างอิง ในกรณีที่มีการอ้างอิงบทความเดิมซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิงทุกครั้ง

8.1.1 การอ้างอิงที่เน้นที่ผู้เขียนหรือผู้เขียนเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขการอ้างอิงตามหลังชื่อผู้เขียนดังตัวอย่าง

ในปี ค.ศ. 2017 Da Fonseca และคณะ¹ ทำการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 142 รายที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดโดยการให้ยา progesterone 100 มิลลิกรัมสอดทางช่องคลอด ตั้งแต่ 24 สัปดาห์จนถึง 34 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับยาหลอก พบว่า การให้ยามีผลในการลดการคลอดก่อน 37 และ 34 สัปดาห์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8.1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหาหรือผู้เขียนไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขการอ้างอิงหลังข้อความนั้น ดังตัวอย่าง

การคลอดก่อนกำหนด คือ การคลอดที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ซึ่งปัจจุบันแบ่งเป็น early preterm คือ การคลอดที่เกิดก่อนอายุครรภ์ครบ 34 สัปดาห์ และ late preterm คือ การคลอดที่เกิดช่วงอายุ ครรภ์ 34 ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน¹²

8.1.3 การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่การอ้างอิงตัวเลขเป็นลำดับต่อเนื่องกัน ให้ใช้เครื่องหมายดังก้าง (-) คั่นระหว่างตัวเลข แต่ถ้าลำดับตัวเลขการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข ดังตัวอย่าง

ในปัจจุบันแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ปรับเปลี่ยนเกณฑ์โดยเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ ในระดับ CD4 ที่สูงขึ้นกว่าเดิม⁶⁻⁷ ดังนั้นการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ยังไม่มีอาการ หรือสามารถวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีได้เร็ว จึงเป็นมาตรการที่จำเป็นเพื่อให้สามารถดำเนินงานตามแนวทางการรักษาและก่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด^{7,24}

9. เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ (References) เป็นการจัดเอกสารอ้างอิงตามตัวเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหาตามลำดับ 1, 2, 3, 4,..... ซึ่งการระบุตัวเลขจะต้องตรงกับตัวเลขที่อ้างอิงในเนื้อหา การเขียนเอกสารอ้างอิงจะแตกต่างกันไปตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง เช่น หนังสือ บทความในวารสาร วิทยานิพนธ์ เอกสารจากอินเทอร์เน็ต เป็นต้น

อนึ่ง สำหรับวารสารสหภาพการพยาบาลนั้น เนื่องจากเป็นวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูลของ Asean Citation Index (ACI) เอกสารอ้างอิงทั้งหมดต้องเป็นภาษาอังกฤษ ดังนั้นหากผู้เขียนอ้างอิงด้วยเอกสาร วิชาการใด ๆ ที่เป็นภาษาไทย จึงจำเป็นต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด และกำกับไว้ตอนท้ายว่า (in Thai) โดยมีหลักการดังนี้

9.1 ผู้เขียนชาวต่างประเทศหรือคนไทยให้ใช้นามสกุลขึ้นก่อนตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และอักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี) ดังตัวอย่าง

Ada Hamosh	ใช้ว่า	Hamosh A.
Mark R. Brinker	ใช้ว่า	Brinker MR.
Khachornjakdi Silpapojakul	ใช้ว่า	Silpapojakul K.
Robert C. Bast, Jr. and Jory D. Richman	ใช้ว่า	Bast RC Jr, Richman JD.

9.2 ผู้เขียนหลายคน ให้ใส่ชื่อผู้เขียนได้ไม่เกิน 6 คน ระหว่างชื่อผู้เขียนแต่ละคนใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นและเว้น 1 ตัวอักษร กรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 6 คน ให้คงไว้เฉพาะผู้เขียน 6 คนแรก หลังชื่อคนที่ 6 ต่อด้วยเครื่องหมาย จุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษรแล้วตามด้วย “et al” ดังตัวอย่าง

Ridker PM, Macfadyen JG, Nordestgaard BG, Koenig W, Kastelein JJ, Genest J, et al.

9.3 ผู้เขียนที่เป็นนิติบุคคล ได้แก่ หน่วยงาน องค์กร บริษัท สถาบัน มหาวิทยาลัย เป็นต้น ให้ใส่ชื่อหน่วยงานใหญ่ ตามด้วยหน่วยงานรอง ตามลำดับ ระหว่างชื่อหน่วยงานตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) และเว้น 1 ตัวอักษร ดังตัวอย่าง

American Cancer Society.

World Health Organization. Epidemiology Division.

Mahidol University. Faculty of Nursing. Surgical Nursing Department.

9.4 กรณีที่มีชื่อเรื่องย่อยให้ใช้เครื่องหมายทวิภาค (:) ตามหลังชื่อเรื่องหลักและเว้น 1 ตัวอักษร และหลังเครื่องหมายทวิภาค (:) ให้ใช้ตัวอักษรตัวพิมพ์เล็ก ดังตัวอย่าง

Nausea and vomiting: mechanisms and management.

Statin-induced self-management theory: a review and update.

9.5 กรณีเป็นหนังสือ ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ของหนังสือให้ใส่เฉพาะการจัดพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป โดยใส่ต่อจากชื่อเรื่อง ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) และเว้น 1 ตัวอักษร เช่น 2nd ed. 3rd ed. 4th ed.

9.5.1 สถานที่พิมพ์ (Place) และสำนักพิมพ์ (Publisher) ของหนังสือ กรณีที่ชื่อเมืองไม่เป็นที่รู้จักแพร่หลายให้ระบุชื่อรัฐกำกับไว้ในวงเล็บด้วย ดังตัวอย่าง

New York: McGraw-Hill; 2013.

Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

Libertyville (IL): Hollister; 2009.

St Louis (MO): Mosby; 2012.

9.5.2 ให้ตัดคำประกอบอื่น ๆ ในชื่อนักพิมพ์ออก เช่น Publisher, Co., Inc., Limited,

ดังตัวอย่าง

Lexi-Comp, Inc ใช้ว่า Lexi-Comp

Hollister Incorporated ใช้ว่า Hollister

9.5.3 กรณีใช้ชื่อหน่วยงาน หรือ สถาบัน เป็นสำนักพิมพ์หรือผู้จัดพิมพ์ ให้ใช้ชื่อหน่วยงาน
รอง และ ตามด้วยชื่อหน่วยงานใหญ่ ตามลำดับ ระหว่างชื่อหน่วยงานเว้น 1 ตัวอักษร ดังตัวอย่าง

Nonthaburi: Department of Disease Control: 2562.

Geneva: World Health Organization; 2012.

Songkhlanakarin: Department of Nursing Service, Songkhlanakarin Hospital; 2561.

9.6 เลขหน้า (Page) ของเอกสารอ้างอิง ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับ
หน้าแรก และตัดตัวเลขหน้าแรกเหมือนกันออกสำหรับหน้าสุดท้าย ดังตัวอย่าง

หน้า 10-18 ใช้ 10-8 หน้า 198-201 ใช้ 198-201

หน้า 1098-1105 ใช้ 1098-105 หน้า 2536-2549 ใช้ 2536-49

หน้า S104-S111 ใช้ S104-11 หน้า 105e-117e ใช้ 105e-17e

9.7 รูปแบบเอกสารอ้างอิงประเภทต่าง ๆ

9.7.1 บทความวารสาร (Journal Article) มี 2 รูปแบบ คือ

- วารสารที่มีเลขหน้าต่อเนื่องกันทุกฉบับในปีที่ (volume) เดียวกัน

รูปแบบที่ 1 (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียน./ ชื่อบทความ./ ชื่อวารสาร./ ปีพิมพ์;ปีที่:เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

หมายเหตุ วารสารที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทย ให้ใช้ชื่อเต็มของวารสาร

ตัวอย่าง:

1. Polsook R, Aungsueroch Y, Thanasilp S. Factors predicting medication adherence among Thai post myocardial infarction patients. J Health Res. 2013;27:211-6.
2. Veeratterapillay R, Shaw MB, Williams R, Haslam P, Lall A, Dela Hunt M, et al. Safty and efficacy of percutaneous nephrolithotomy for the treatment of paediatric urolithiasis. Ann R Coll Surg Engl. 2012;94:588-92.
3. Urairat P, Puwarawuttipanit W, Sriyuktasuth A, Teerapornlertratt T. Factors influencing relapse prevention behaviors in lupus nephritis patients. Journal of Nursing Science. 2012;30(3):55-63. (in Thai)

-วารสารที่มีเลขหน้าไม่ต่อเนื่องกัน มีการขึ้นหน้าใหม่ทุกฉบับในปีที่ (volume) เดียวกัน ให้ใส่ฉบับที่ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ (..) ตามหลังปีที่

รูปแบบที่ 2 (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อบทความ. / ชื่อวารสาร. / ปีพิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง:

1. Callender RA, Mukalel J, Aitamirano AV, Pivalizza EG, Cattano D. Hidden implications potential antiplatelet effects of adjuvant anaesthetic agents. Anaesth Intensive Care. 2013;41(4):550-1.

9.7.2 วารสารฉบับเพิ่มเติม มี 2 รูปแบบ ดังนี้

- กรณีที่เป็นฉบับเพิ่มเติม (Volume with supplement) ให้ใช้ว่า Suppl ต่อจากปีที่ โดยไม่ต้อง อยู่ในวงเล็บ จะสังเกตได้ในส่วนเลขหน้าจะมีตัวอักษร S อยู่ด้วย

ตัวอย่าง:

1. Chunharas A, Nuntnarumit P. Neonatal lupus erythematosus: clinical manifestations and management. J Med Asso Thai. 2002;85 Suppl 4:S1302-8.

- กรณีที่เป็นฉบับพิเศษของฉบับที่ (Issue with supplement) ให้เขียนฉบับพิเศษ และตอนย่อไว้ในวงเล็บ

ตัวอย่าง:

1. Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

9.7.2 บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต (Journal Article on the Internet) หรือบทความวารสาร อิเล็กทรอนิกส์ (E- Journal)

รูปแบบ (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อบทความ. / ชื่อวารสาร. / ปี /ปีที่:เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย / เข้าถึงได้จาก: /
http://

ตัวอย่าง:

1. Partiprajak S, Hanucharurenkul S, Piaseu N. Factors predicting self-care abilities and quality of Life in person with Type 2 Diabetes. Ramathibodi Nursing Journal. 2014; 20(1):97-110. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/19200/18389> (in Thai)

2. Dogan S, Abbasi SS, Theodore N, Horn E, Rekate HL, Sonntag VK. Pediatric subaxial cervical spine injuries: origins management, and outcome in 51 patients. Neurosurg Focus. 2006; 20:E1. Available from: <http://thejns.org/doi/pdf/10.317/foc.2006.20.2.2>
3. Leedham SJ. Measuring stem cell dynamics in the human colon—where there’s a wiggle, there’s a way. J Pathol. 2014. Available from: <http://onlinelibrary.com/doi/10.1002/path.4422/pdf>

9.7.3 บทความวารสารที่มีหมายเลข Digital Object Identifier (DOI)
รูปแบบ (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อบทความ. / ชื่อวารสาร. / ปีที่:เลขหน้า(ที่มีe กำกับ). / <https://doi.org/xxxxxxxxxx> /
หมายเลขประจำเอกสารในฐานข้อมูล PMID: /xxxxxxxxxx

ตัวอย่าง:

1. Winston F, Kassam-Adams N, Vivarelli O’Neill, Ford J, Newman E, Baxt C, et al. Acute stress disorder symptoms in children and their parents after traffic injury. Pediatrics. 2002;109:e90. <https://doi.org/0.1542/peds.109.6.e90> PMID: 12042584
2. Lorello GR, Cook DA, Johnson RL, Brydges R. Simulation-based training in anaesthesiology: a systematic review and meta-analysis. Br J Anaesth. 2014;112:231-45. <https://www.doi.org/10.1093/bja/aet414> PMID: 24368556

10. หนังสือ (Book)

รูปแบบ(เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อหนังสือ. / เล่ม. / ครั้งที่พิมพ์. / เมืองที่พิมพ์: / สำนักพิมพ์; / ปีที่พิมพ์

ตัวอย่าง:

1. Meinert CL. Clinical trials: design, conduct, and analysis. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.
2. Katz MH. Evaluating clinical and public health interventions: a practical guide to study design and statistics. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
3. Lawrence RA. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 4th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2009.
4. Piaseu N, editor. Nutritional care to control non-communicable diseases in the community. Bangkok: Judthong; 2018. (in Thai)

11. บทหนึ่งในหนังสือ (Chapter in book) เป็นการอ้างอิงบางบทในหนังสือเล่มนั้น โดยมีผู้เขียน แต่ละบท และมีชื่อบรรณาธิการ (editor) อยู่ที่หน้าปกหนังสือ

รูปแบบ (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียนในบท (Author). / ชื่อบท (Title of a chapter). / ใน (In): / ชื่อบรรณาธิการ, / บรรณาธิการ (editor(s)). / ชื่อหนังสือ (Title of book). / ครั้งที่พิมพ์ (Edition). / เมืองที่พิมพ์ (Place): / สำนักพิมพ์ (Publisher); / ปีพิมพ์ (Year). / หน้า (p.) / เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง:

1. Hamera J. Performance ethnography. In: Lincoln YS, Denzin NK, editors. Strategies of qualitative inquiry. Thousand Oaks (CA): Sage; 2013. p. 205–31.
2. Fisher MJ, Rheingold SR. Oncologic emergencies. In: Poplack DG, Pizzo PA, editors. Principles and practice of pediatric oncology. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 1125–51.
3. Zierler RE, Summer DS. Arterial physiology. In: Cronenwett JL, Johnston KW, editors. Rutherford's vascular surgery. Vol 1. 7th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010. p. 131–49.
4. Kraithawon P. Community health nursing process: planning, implementation, and project evaluation to solve community health problems. In: Piasue N, editor. Community health nursing: policy and theory to practice. 2nd ed. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2022. p. 155–82. (in Thai)

12. หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)

รูปแบบ (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียน./ ชื่อหนังสือ [อินเทอร์เน็ต]./ ครั้งที่พิมพ์./ เมืองที่พิมพ์: / สำนักพิมพ์; / ปีพิมพ์ / [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. / เข้าถึงได้จาก / <http://>

ตัวอย่าง:

1. Barrett KE. Gastrointestinal physiology [Internet]. 2nd ed. New York: McGraw–Hill; 2014 [cited 2014 Oct 24]. Available from: <http://www.accessmedicine.mh-medical.com> 3.
2. Lester SC. Manual of surgical pathology [Internet]. 3rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010 [cited 2014 Oct 24]. Available from: <http://www.clinicalkey.com>

13. บทหนึ่งในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (Chapter in e-book) เป็นการอ้างอิงบางบทในหนังสือเล่มนั้นโดยมีผู้เขียนแต่ละบทและมีชื่อบรรณาธิการ (editor) อยู่ที่หน้าปกหนังสือ

รูปแบบ (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียนในบท. / ชื่อบท. / ใน (In): / ชื่อบรรณาธิการ, / บรรณาธิการ (editor(s)). /
ชื่อหนังสือ. / ครั้งที่พิมพ์. / เมืองที่พิมพ์: / สำนักพิมพ์; / ปีพิมพ์.
/ เข้าถึงได้จาก: / <http://>

ตัวอย่าง:

1. Ghang GJ, Shelton AA, Welton ML. Large intestine. In: Michigan AA, Doherty GM, editors. Current diagnosis & treatments: surgery 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2010. Available from: <http://www.accessmedicine.mhmedical.com>
2. Pasquali P. Cryosurgery. In: Rigel D, Robin JK, Ross M, Friedman RJ, Cockerell CJ, Lim HW, et al., editors. Cancer of the skin. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2011. Available from: <http://www.clinicalkey.com>

14. วิทยานิพนธ์ (Thesis / Dissertation)

รูปแบบ (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อวิทยานิพนธ์ / [วิทยานิพนธ์]. / เมืองที่พิมพ์: / ชื่อมหาวิทยาลัย; / ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Moor JL. Pre-hospital pain assessment of pediatric trauma [Dissertation]. Ann Arbor (OH): Medical University of Ohio; 2006.
2. Srithanya S. The effects of a planned behavior program on the eating and physical activity behaviors of overweight late primary school-aged children [Thesis]. Pathumthani: Thammasat University; 2018. (in Thai)

สรุป

การใช้เครื่องหมายวรรคตอน และการเว้น 1 ตัวอักษรในรายการอ้างอิง

เครื่องหมาย	ชื่อ	การใช้ในรายการอ้างอิง
.	มหัพภาค (full stop)	1. ใช้หลังชื่อผู้เขียน ชื่อเรื่อง เล่ม ครั้งที่พิมพ์ และเลขหน้า 2. ใช้หลังข้อความที่อยู่ในวงเล็บเหลี่ยม เช่น อินเทอร์เน็ต วิทยานิพนธ์ 3. ใช้หลังข้อความ [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี] ในการเขียนอ้างอิง เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ยกเว้น หลัง URL ในการเขียนอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายนี้
,	จุลภาค (comma)	1. ใช้คั่นหลังชื่อผู้เขียนมากกว่า 1 คน
:	ทวิภาค (colon)	1. ใช้หลังชื่อเรื่องย่อย
;	อัฒภาค (semicolon)	2. ใช้หลังชื่อเมือง 3. ใช้หลังปีในการเขียนอ้างอิงบทความวารสาร 4. ใช้หลังข้อความ “เข้าถึงได้จาก” และ URL ในการเขียนอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์
-	ยัติภังค์ (hyphen)	1. ใช้หลังสำนักพิมพ์ 2. ใช้หลังปีพิมพ์ในการเขียนอ้างอิงบทความวารสาร
[]	วงเล็บเหลี่ยม (square brackets)	1. ใช้แสดงช่วงจำนวนหน้าในการเขียนอ้างอิงบทความวารสาร บทหนึ่งในหนังสือและเอกสารการประชุม 2. ใช้กับข้อความที่บอกประเภทของข้อมูล ในการเขียนอ้างอิงวิทยานิพนธ์ และเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ 3. ใช้กับข้อความ [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี] ในการเขียนอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

หมายเหตุ: หลังเครื่องหมายดังต่อไปนี้ให้เว้น 1 ตัวอักษร

. เครื่องหมายมหัพภาค

, เครื่องหมายจุลภาค

; เครื่องหมายอัฒภาค ยกเว้น การอ้างอิงบทความวารสารใช้ตามหลังปีพิมพ์ (year) ให้พิมพ์ติดกัน

: เครื่องหมายทวิภาค ยกเว้น การอ้างอิงบทความวารสาร ใช้ตามหลังปีที่ (volume) ให้พิมพ์ติดกัน

: ระบบ Vancouver ชื่อวารสารภาษาอังกฤษต้องใช้ชื่อย่อตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยผู้เขียนสามารถดูได้ที่เว็บไซต์ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> และคลิกที่ Journal in NCBI Databases ส่วนวารสารภาษาไทยขอให้ใช้ชื่อเต็มและร่อนยัตช์นวารสารไทย (TCI) กำหนดชื่อย่อวารสารเพื่อเป็นมาตรฐานที่อยู่ในฐานข้อมูลของ TCI โดยทางวารสารสภาการพยาบาล จะแจ้งให้ทราบต่อไป

แหล่งข้อมูล: ศุภพร ช่วยชูวงศ์ การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ค้นจาก

lib.med.psu.ac.th/libmed2557/images/Libservice/van1nov1.pdf